

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Die Transition von (Ehe-)Partnern in die Rolle pflegender Angehöriger

Eine qualitative Interviewstudie

verfasst von | submitted by

Eva Klinglmair BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2026

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree pro-
gramme as it appears on the student record
sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von | Supervisor:

Assoz. Prof. Mag. Dr. Martin Nagl-Cupal

Abstract Deutsch

Hintergrund und Problemstellung

Informelle Pflege erlangt in Österreich durch die steigende Pflegebedürftigkeit der Gesellschaft einen immer zentraleren Stellenwert. Obwohl nach wie vor Frauen den Großteil der Angehörigenpflege übernehmen, steigt der Anteil an Männern. Diese Entwicklung macht es erforderlich, die Erfahrungen und Bedürfnisse von Männern in der informellen Pflege stärker in den Fokus wissenschaftlicher Forschung zu rücken.

Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es, ein tieferes Verständnis für Männer zu bekommen, die informell ihre Partnerin pflegen. Dabei wird besonders die Phase des Übergangs vom (Ehe-)Partner hin zum pflegenden (Ehe-)Partner beleuchtet.

Forschungsansatz

Es wurden neun Interviews mit Männern in Pflegeverantwortung geführt. Die Auswertung erfolgte mittels des Kodierverfahrens der Grounded Theory nach Strauss und Corbin.

Ergebnisse

Die Transition des (Ehe-)Manns in die Rolle des pflegenden (Ehe-)Manns umfasst mehrere Phasen. Zu Beginn sehen sich die Betroffenen mit neuen Aufgabenbereichen und Herausforderungen konfrontiert. Im Verlauf erlernen die Männer, mit den veränderten Umständen umzugehen und erkennen sich selbst in der finalen Phase als pflegende Angehörige an. Insgesamt kann der Übergangsprozess als *Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein* beschrieben werden.

Diskussion

Die Transition in die Rolle des pflegenden Partners zeigt sich als multidimensionaler und emotional herausfordernder Prozess. Die Erfahrungen der Männer verdeutlichen, dass durch die Übernahme von informeller Pflegearbeit eine umfassende Umgestaltung der Beziehung, eine Reorganisation der Lebensführung sowie eine Neuaushandlung der eigenen Rolle vorgenommen werden muss. Zur strukturellen Verbesserung könnte vor allem

das 2022 in Österreich etablierte Community Nursing beitragen, das informell Pflegenden einen niederschweligen Zugang zu Unterstützung bietet.

Schlüsselbegriffe

Informelle Pflege, partnerschaftliche Pflege, männliche Angehörigenpflege, Transition in die Pflegerolle

Abstract English

Background

Informal care is becoming increasingly important in Austria due to the growing care needs of the population. Although women still provide most of the informal care, the proportion of men is rising. This development makes it necessary to focus scientific research more strongly on the experiences and needs of men in informal caregiving.

Purpose

The aim of this study is to gain a deeper understanding of men who informally care for their partners. Particular attention is given to the transition from being a husband / partner to becoming a caring husband / partner.

Research approach

Nine interviews were conducted with men who had caregiving responsibilities. The data was analyzed using the Grounded Theory coding procedures according to Strauss and Corbin.

Results

The transition from husband / partner to caregiving husband / partner comprises several phases. Initially, participants are confronted with new areas of responsibility and challenges. Over time, men learn to cope with the changed circumstances and, in the final phase, come to recognize themselves as informal caregivers. Overall, the transition process can be described as a *balancing act between being a partner and being a caregiver*.

Discussion

The transition into the role of the caregiving partner is a multidimensional and emotionally challenging process. The men's experiences demonstrate that taking on informal caregiving requires a comprehensive reconfiguration of the relationship, a reorganization of everyday life and a renegotiation of one's own role. Community nursing, which was established in Austria in 2022 could make a significant contribution to improving support, as it offers informal caregivers low-threshold access to assistance.

Key words

Informal caregiving, spousal caregiving, male caregivers, transition into care

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	6
2 Hintergrund und Problemstellung.....	9
3 Zielsetzung und Fragestellung	15
4 Theoretischer Rahmen zu Transition	17
5 Methodik	22
5.1 Forschungsansatz	22
5.2 Datenerhebung	22
5.3 Datenaufbereitung	25
5.4 Datenanalyse	26
5.5 Ethische Aspekte und Datenschutz.....	29
5.6 Gütekriterien	29
6 Ergebnisse	33
6.1 Demographische Daten der Teilnehmer	34
6.2 Zentrales Phänomen der Transition	36
6.3 Kategorien im Kontext des Kernphänomens	40
6.3.1 Kausale Bedingungen.....	40
6.3.1.1 Krankheitsauslöser	40
6.3.1.2 Motivation zur Pflegeübernahme.....	42
6.3.1.3 Persönliche und gesellschaftliche Erwartungen	43
6.3.2 Kontextbedingungen	44
6.3.2.1 Krankheitsbedingte Veränderungen im Alltag / Beziehungsleben.....	44
6.3.2.2 Wohn- und Lebensumfeld.....	46
6.3.2.3 Übernahme neuer Aufgaben und Verantwortlichkeiten	47
6.3.2.4 Alltägliche Herausforderungen und Belastungen	49
6.3.2.5 Spannungsfeld zwischen Selbstbewahrung und Pflegerolle	51
6.3.3 Intervenierende Bedingungen	52
6.3.3.1 Erfahrungen mit Unterstützungssystemen.....	52
6.3.3.2 Erleben sozialer Isolation.....	53
6.3.3.3 Rückmeldungen aus dem Umfeld	54
6.3.4 Handlungs- und Interaktionsstrategien	55

6.3.4.1 Nutzung eigener Ressourcen	55
6.3.4.2 Entwicklung stabilisierender Routinen	57
6.3.4.3 Neugestaltung von Rollen- und Aufgabenverteilung.....	58
6.3.5 Konsequenzen	59
6.3.5.1 Umstrukturierung des Alltags.....	59
6.3.5.2 Veränderungen im familiären Kontext	60
6.3.5.3 Seine Rolle erkennen und leben	60
6.3.5.4 Akzeptanz der Situation	61
6.4 Die Transition als Prozess.....	62
7 Diskussion	66
7.1 Einordnung der Ergebnisse in den Forschungsstand & Beantwortung der Forschungsfrage	66
7.2 Einbettung in das Transitionsmodell nach Meleis	72
7.2.1. Arten der Transition	73
7.2.2 Universelle Eigenschaften	73
7.2.3 Bedingungen, die Transition beeinflussen	74
7.2.4 Anzeichen einer gesunden beziehungsweise erfolgreichen Transition.....	75
7.2.5 Pflegerische Interventionen im Sinne des Modells	75
7.2.6 Visualisierung der theoretischen Implikationen	76
7.3 Praktische Implikationen und Empfehlung für weitere Forschung	77
7.4 Limitationen und methodenkritische Reflexion.....	79
8 Literaturverzeichnis.....	81
9 Abbildungsverzeichnis	87
10 Tabellenverzeichnis.....	88
Anhang.....	89

1 Einleitung

Die zunehmende Alterung der Gesellschaft (Statistik Austria, 2025) und der damit verbundene Anstieg der Pflegebedürftigkeit führen dazu, dass familiäre und informelle Pflege in Österreich eine immer zentralere Rolle einnehmen (Nagl-Cupal et al., 2018). Angefangen bei der Betreuung von Kindern bis hin zur Pflege von älteren oder erkrankten Angehörigen erstreckt sich das Spektrum der familiären Pflegeverantwortung. Die deutsche Soziologin Margit Brückner definiert *Care* dabei als „den gesamten Bereich der Fürsorge und Pflege, d.h. familialer und institutionalisierter Aufgaben der Gesundheitsversorgung, der Erziehung und der Betreuung im Lebenszyklus (Kinder, pflegebedürftige und alte Menschen) sowie der personenbezogenen Hilfe in besonderen Lebenssituationen“ (Brückner, 2008, S.47).

In Österreich betreuen etwa 947.000 Personen informell, also unentgeltlich, ihre Angehörigen, wobei 801.000 Personen ihre Angehörigen zu Hause versorgen und pflegen (Nagl-Cupal et al., 2018). Prognosen zu Folge soll die Anzahl der informell Pflegenden zukünftig weiterhin steigen, da chronische Krankheiten wie Demenz oder Krebs, die medizinisch behandelt, aber nicht geheilt werden können, die Pflegebedürftigkeit der Gesellschaft steigern und so mehr Menschen auf Hilfe angewiesen sein werden (Robinson et al., 2014 & Kenny et al., 2019).

Historisch gesehen sind es Frauen, die Care Aufgaben im familiären Bereich übernehmen. Die traditionelle Rollenverteilung sieht die Durchführung pflegerischer Tätigkeiten als Domäne der Frauen an, wohingegen der Aufgabenbereich von Männern vorrangig in der Finanzierung des Familienlebens liegt (Lehner, 2011).

Nach wie vor ist der Anteil der Frauen in der häuslichen Pflege größer als jener der Männer. So sind in Österreich 73% der pflegenden Angehörigen weiblich (Nagl-Cupal et al., 2018), vergleichsweise beträgt der Anteil an Männern in der Angehörigenpflege in Kanada bereits 40% (Robinson et al., 2014). Es sind vor allem die Ehefrauen beziehungsweise Partnerinnen, die ihre Angehörigen informell betreuen. Dabei leiden die zu Pflegenden vor allem im höheren Alter oft an chronischen Krankheiten wie Demenz oder Krebs (Robinson et al., 2014 & Kenny et al., 2019).

Die EU-Parlamentsabgeordnete Evelyn Regner thematisiert in einer Ausschreibung den sogenannten „Gender Care Gap“. Dieser beschreibt den Zeitunterschied, den Frauen und Männer mit informellen Pflegetätigkeiten verbringen. In Österreich beträgt dieser 55% (Regner, 2023).

Durch sozialgesellschaftliche Änderungen, die weibliche Emanzipation und häufigeres Auftreten von chronischen Krankheiten besonders bei Frauen, werden auch immer mehr Männer in der informellen Pflege tätig, ihr Anteil soll auch in den kommenden Jahren noch steigen (Kenny et al., 2019). Bereits 2003 konnte Zulehner in einer Studie feststellen, dass die Bereitschaft von Männern, Care Aufgaben zu übernehmen, in den letzten Jahren angestiegen ist (Lehner, 2015, zitiert nach Zulehner, 2003, S.88f). Die Realität zeigt jedoch nach wie vor eine gewisse Diskrepanz, denn Frauen übernehmen weiterhin den Großteil der Care Arbeit. Diese zögerliche Beteiligung von Männern lässt sich vor allem auf Angst vor Einkommensverlusten sowie einen möglichen Nachteil in der beruflichen Karriere zurückführen (Lehner, 2011, S.87). Eine Studie der Arbeiterkammer Oberösterreich stellt bereits einen geringeren Geschlechterunterschied in der Angehörigenpflege fest, insgesamt 8,7% der Frauen und 5,5% der Männer in Oberösterreich leisten informelle Pflegearbeit. Erwerbstätige pflegende Angehörige sind in Oberösterreich zu 61,2% Frauen und zu 38,7%¹ Männer (Kadi et al., 2024). Allerdings muss festgehalten werden, dass Frauen im Gegensatz zu Männern vermehrt dazu neigen, berufliche Tätigkeiten aufzugeben, um sich vermehrt der Care Arbeit widmen zu können (Kenny et al., 2019; Zwar et al., 2021).

Jene Männer, die eine pflegerische Verantwortung im familiären Bereich übernehmen, sorgen zumeist für ihre (Ehe-)Partnerin. Eine gezielte Übernahme der Pflegeverantwortung durch Söhne für ihre Eltern ist seltener der Fall (Langehennig, 2010, S.199). Als zentrale Motivationen für die Pflegeübernahme werden im Allgemeinen Verantwortungsgefühl sowie externe Umstände, die andere Lösungen unrealistisch machen, angeführt (Nagl-Cupal et al., 2023).

Charakteristisch für die informell pflegende Männergruppe ist auch ihr eigenes höheres Alter. Meist beginnen sie erst nach Eintritt in die Pension damit, Pflegeaufgaben zu übernehmen (Lehner & Reitingner, 2020).

¹ Bei diesen Zahlen liegt wohl eine Rundungsdifferenz vor.

Auch Glauber berichtet von einer Verringerung des Gender Care Gap im höheren Alter, da Männer in der Pension mehr Zeit in Haushalt und Familienarbeit investieren. Während der Geschlechterunterschied im Alter zwischen 50 und 65 Jahren noch deutlich ausgeprägt ist, nimmt dieser mit dem Aufgeben der Vollerwerbstätigkeit ab, da die Männer zunehmend mehr Zeit für die Pflege ihrer Ehefrauen aufbringen (Glauber, 2017).

2 Hintergrund und Problemstellung

Die Gesellschaft ist auf pflegende Angehörige angewiesen, da Pflegebedürftige oft den Wunsch äußern, zu Hause durch das familiäre Umfeld versorgt zu werden. Den Umzug in ein Pflegeheim möchten viele so lange wie möglich hinauszögern. Es wird also auf einen „expliziten Familialismus“ gesetzt, wodurch die Gesellschaft öffentlich dazu ermutigt wird, Pflegetätigkeiten und Betreuungsarbeit zu übernehmen (Mairhuber & Sardadvar, 2017; Leitner, 2003). Um Pflegebedürftigen in Bezug auf ihre pflegerische Versorgung finanziell zu unterstützen, gibt es die Möglichkeit, je nach Intensität des Pflegebedarfs, seitens des Staates Pflegegeld zu beziehen. Dies wiederum fördert in gewisser Weise auch die Miteinbeziehung von Angehörigen in die pflegerische Versorgung, da Angehörige eine vergleichsweise günstige Betreuung durch die familiäre Beziehung ermöglichen und staatliche Institutionen durch familiäres Aktivwerden entlastet werden. Somit verfestigt sich die Versorgung durch Angehörige als grundlegende Säule der sozialen Unterstützung (Mairhuber & Sardadvar, 2017). Eine politische Ausrichtung, die auf Familialismus setzt, trägt nicht nur zur Verstärkung von Ungleichheitsstrukturen in Bezug auf Geschlecht bei, sondern verstärkt auch die Differenz sozialer Klassen (Appelt, 2014).

Angehörigenpflege im familiären Kontext wird allerdings oft nicht nur von einer Person erbracht, vielmehr entwickelt sich ein „familiäres Pflegenetzwerk“. Inwieweit weitere Personen in dieses Netzwerk integriert sind, ist sehr individuell ausgeprägt. Oft gibt es aber eine Person, die als Hauptverantwortliche für die Pflege gilt beziehungsweise angesehen wird. Dennoch wird familiäre Pflege als dynamischer Prozess verstanden, der durch soziale Interaktionen erfolgt und permanente Anpassung der beteiligten Personen erfordert (Nagl-Cupal et al., 2023).

Auswirkungen der Pflegeübernahme

Mit der Übernahme von Pflegetätigkeiten im privaten Umfeld gehen auch physische und psychische Belastungen einher. Generell leiden informell Pflegende stark unter emotionalen Belastungen (Lopez–Anuarbe & Kohli, 2019). Ausschlaggebend hierfür ist einerseits die Belastung durch die Krankheit der Angehörigen an sich, da diese mit Unsicherheit und Überforderung einhergehen kann. Der mögliche Verlust einer geliebten Person

und das Gefühl, allein für diese verantwortlich zu sein, ist für Angehörige emotional schwer tragbar. Andererseits stellt die soziale Isolation der informell Pflegenden eine große Herausforderung dar. Angehörige sind teilweise so mit der Versorgung der Bedürftigen beschäftigt, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse hintenanstellen und kaum mehr Zeit für andere soziale Kontakte haben (Lopez–Anuarbe & Kohli, 2019). Zusätzlich stellen unerfüllte persönliche Bedürfnisse sowie das Bestreben, die erkrankte Person besser verstehen zu können, komplexe Herausforderungen im Pflegeumfeld dar. Unsicherheit, wie es mit der erkrankten Person weitergeht und die Auswirkung der Krankheit auf das alltägliche Leben repräsentieren besondere Herausforderungen aus männlicher Perspektive (Bamgboje-Ayodele et al., 2020).

Anders als Frauen, die eine stärkere Affektorientierung in der informellen Pflege aufweisen und häufiger mit Gefühlen wie Trauer oder Angst konfrontiert sind (Zwar et al., 2020), zeigen sich Männer als aufgabenorientiert (Robinson et al., 2014). Bamgboje-Ayodele et al. untersuchten die Auswirkungen von informeller Pflege von an Brustkrebs erkrankten Frauen auf ihre pflegenden Angehörigen. Hier zeigte sich, dass Männer weniger oft emotionale Belastung angeben als Frauen (Bamgboje-Ayodele et al., 2020). Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen informell Pflegenden zeigen sich vor allem im Erleben der Pflege. So ist es für Männer vor allem der zeitliche Aufwand, den sie als herausfordernd betrachten (Lüdecke & Minch, 2009).

Generell werden Herausforderungen in der Angehörigenpflege von Männern anders wahrgenommen als von Frauen. Dieser **Unterschied zeigt sich bereits bei der Transition** in die Pflegerolle, wobei Männer aufgrund von gesellschaftlichen Rollenvorstellungen und Stigmatisierung größere Schwierigkeiten erfahren als Frauen (Robinson et al., 2014). Obwohl Männer auf Grund traditioneller Ideale bestimmte Privilegien wie zum Beispiel Autonomie genießen, perpetuieren diese Ideale gleichzeitig spezifische Formen männlichen Leidens, da seltener emotionale Unterstützung in Anspruch genommen wird und psychische Probleme vermehrt zum Ausdruck kommen (Kenny et al., 2019).

Angesichts ihrer nach wie vor unterrepräsentierten Präsenz in der informellen Pflege sind Männer vermehrt mit Stigmatisierung konfrontiert. Das traditionelle Männerbild verortet Männer primär in der Rolle des Familienernährers, bei der ihre Hauptaufgabe darin besteht, den Lebensunterhalt der Familie zu sichern (Kenny et al., 2019 & Zwar et al., 2021).

Frauen hingegen verspüren ein größeres Verantwortungsgefühl für ihre Familienmitglieder, bei Pflegeabhängigkeit intensiviert sich dieses Verantwortungsbewusstsein (Geister, 2005). Die traditionelle Rollenverteilung manifestiert eine disparate Einkommensverteilung, die Männer in der Erwerbstätigkeit durchschnittlich höhere Einkommen erzielen lässt als Frauen. Diese Unterschiede setzen sich auch im Pensionsalter durch, beziehen Männer in Österreich doch um 41% höhere Pensionen als Frauen (Statistik Austria, 2023).

Stigmatisierung und Rollenwahrnehmung

Gesellschaftliche und demografische Veränderungen führen nun dazu, dass Männer zunehmend in Pflege- und Betreuungsaufgaben eingebunden werden und damit neue Rollen im familiären und sozialen Kontext einnehmen (Robinson et al., 2014). Dieser Wandel stellt sowohl in der Gesellschaft als auch im persönlichen Bereich Herausforderungen dar: Männer sehen sich mit einer Rolle konfrontiert, die häufig im Spannungsfeld zwischen traditionellen Rollenbildern, partnerschaftlichen Beziehungen und emotionalen Belastungen stehen. Die Übernahme von Pflegeaufgaben bedeutet dabei viel mehr als eine organisatorische Anpassung des Alltags, sie markiert **eine tiefgreifendere Transition im Selbstverständnis und in der Beziehungsgestaltung** der Betroffenen (Glauber, 2017; Stefánsdóttir et al., 2022).

Übernehmen Männer entgegen ihrer traditionellen Rolle Care Aufgaben, sehen sie sich verstärkt einer Stigmatisierung ausgesetzt. Zwar et al. thematisieren in einer deutschen Studie geschlechterspezifische Unterschiede in der informellen Pflege hinsichtlich Stigmatisierung und stellen dabei fest, dass informell pflegenden Männern mit größerer sozialer Distanz begegnet wird, als informell pflegenden Frauen. Diese soziale Distanz wird seitens der Gesellschaft als noch größer empfunden, wenn Männer neben ihrer Care Arbeit weiterhin berufstätig sind. Hingegen wird nebenbei arbeitenden Frauen größere Anerkennung zugesprochen. Diese vorurteilsbehaftete Sichtweise auf pflegende Männer kann als sehr belastend empfunden werden und infolgedessen zu sozialer Isolation bis hin zu einem schlechteren mentalen Gesundheitszustand führen (Zwar et al., 2021).

Dieser Wahrnehmung entgegen steht eine kontroverse Perspektive, die informell pflegende Männer als heroisch ansieht, da sie sich dem traditionellen Rollenbild widersetzen und Care Arbeit übernehmen. Dabei wird pflegenden Männern mehr Anerkennung zugesprochen. Für Frauen hingegen wird die Übernahme von Pflegearbeit als moralische beziehungsweise gesellschaftliche Verpflichtung angesehen, sie erhalten weniger Anerkennung (Elliott, 2015).

Das Geschlecht *Mann* als soziales Konstrukt

Obwohl nun Männer an sich keine homogene Gruppe bilden, da die individuellen Persönlichkeiten breitgefächerte Eigenschaften aufweisen, kann das Geschlecht *Mann* im Zuge dieser Arbeit als soziale Kategorie betrachtet werden, das gemeinsame Merkmale aufweist. So bilden etwa Macht, Wettbewerb, Konkurrenz (Meuser, 2008, S. 33) oder Erwerbstätigkeit zentrale Elemente in der Bildung männlicher Geschlechtsidentität. Geschlecht ist folglich eine soziale Konstruktion, die die Identität und das Verhalten von Individuen prägt (Baur & Luedtke, 2008, S.87). Weiterhin erfahren Männer als Gruppe bestimmte Rollen und Normen, die mit ihrer Geschlechtsidentität in Verbindung stehen. Männlichkeit wird nicht als inhärente Eigenschaft einzelner Personen betrachtet, sondern vielmehr als ein Prozess der sozialen Praxis, der durch soziale Interaktionen (re)produziert und institutionell verankert wird (Meuser, 2010, S. 105). Trotz der Feststellung individueller Unterschiede können Männer als soziale Gruppe analysiert werden, um Zusammenhänge sozialer Dynamiken zu identifizieren. Diese beziehen sich auf das Zusammenspiel und die Wechselwirkung zwischen verschiedenen sozialen Akteur*innen oder Strukturen, die auf Männer in der pflegerischen Versorgung einwirken, wie beispielsweise eine Veränderung in der Rollenverteilung, die emotionale Belastung und die gesellschaftlichen Erwartungen.

Elliott (2015) thematisiert in ihrem Framework mit dem Titel „Caring Masculinities“ eine umfassende Auseinandersetzung mit Herausforderungen und Chancen, die sich durch die Integration von Männern in Pflegearbeit bieten. In diesem Zusammenhang spielt das Geschlecht der Pflegenden eine bedeutende Rolle, da es hauptsächlich Frauen sind, die sich um Angehörige kümmern. Da Frauen aber weniger Privilegien genießen als Männer

und in der Gesellschaft unterbewertet werden, verliert die Care Arbeit den ihr zugeschriebenen Wert. Diesem Aspekt stellt sich das Framework entgegen, indem es der informellen Pflegearbeit einen höheren Stellenwert durch die Partizipation von Männern in der Care Arbeit verleihen möchte und sich so dem Gedanken hegemonialer Männlichkeiten widersetzt. Als Identitätskonzept mit dem zentralen Merkmal der Ablehnung von Dominanz orientiert sich das Framework an Gleichstellung, fürsorgischen Werten sowie positiven Emotionen, die in das Männlichkeitsbild aufgenommen werden sollen (Elliott, 2015). Das Framework der „Caring masculinities“ kann aber kein Einzelprojekt von Individuen sein, es bedarf der Miteinbeziehung des sozialen Umfelds sowie strukturell unterstützende Prozesse (Lehner, 2019).

Fazit

Vor dem Hintergrund der geschilderten Ausgangslage lassen sich aus wissenschaftlicher Perspektive mehrere Forschungslücken identifizieren. Obwohl in den letzten Jahren ein steigendes Interesse an Geschlechterunterschieden in der informellen Pflege zu beobachten ist, liegt der Fokus der bestehenden Forschung überwiegend auf den Erfahrungen von Frauen als Hauptpflegeperson. Die Erforschung männlicher pflegender Angehöriger ist nach wie vor unterentwickelt und es existiert nur begrenztes Wissen über pflegende Ehemänner und ihre spezifischen Unterstützungsbedürfnisse (Fee et al., 2020; Dickinson et al., 2017).

Im Vergleich zu weiblichen informell Pflegenden neigen Männer dazu, weniger oft über emotionale Belastung zu sprechen. Sie zeigen eine gewisse Zurückhaltung, Stressfaktoren in Zusammenhang mit ihrer Rolle als pflegende Angehörige zu thematisieren, was häufig zu einer Unterdrückung dieser Themen führt (Greenwood & Smith, 2015; Fee et al., 2020). Untersuchungen weisen zwar darauf hin, dass Unterstützungsmaßnahmen wie Informationen, Schulungen und praktische Hilfe entscheidend sind, um den Pflegealltag für pflegende Angehörige so einfach wie möglich zu gestalten (Fee et al., 2020; Dickinson et al., 2017), dennoch werden diese von Männern tendenziell seltener in Anspruch genommen (Greenwood & Smith, 2015).

Allerdings muss festgehalten werden, dass bezüglich Nutzung und Zugang zu Hilfsangeboten von informell pflegenden Männern in der Literatur Inkonsistentes zu finden ist, weshalb weitere Forschung zur Klärung betrieben werden sollte (Fee et al., 2020). Außerdem besteht der Bedarf nach einem besseren Verständnis von der Verbindung zwischen Männern, Pflege und Identität und was das für das Gesundheitswesen bedeutet (Fee et al. 2020), um dieser Personengruppe eine bestmögliche Unterstützung bieten zu können.

Wenig Aufmerksamkeit in der Erforschung von Männern in der Angehörigenpflege gilt dem Übergangsprozess in die Pflegerolle, also der Frage, wie Männer die Transition in die Rolle des pflegenden Partners erleben und bewältigen. Dieser Übergangsprozess umfasst nicht nur organisatorische Anpassungen, sondern auch tiefgreifende Veränderungen im Selbstverständnis, der Rollenidentität und partnerschaftlichen Dynamiken (Akouamba et al., 2025; Alvarez-Roldan & Bravo-González, 2025).

Insbesondere besteht ein Bedarf an qualitativen Studien, die die Erfahrungen von Männern in der informellen (Ehe-)Partnerinnenpflege veranschaulichen und deren Übergangsprozess auf emotionaler sowie identitätsbezogener Ebene nachvollziehen. Der aktuelle Stand der Forschung konzentriert sich überwiegend auf weibliche Pflegepersonen, während männliche Perspektiven oft nur am Rande oder im Rahmen von quantitativen Auswertungen berücksichtigt werden. Zygouri et al. zeigen in einer systematischen Übersichtsarbeit, dass geschlechterspezifische Unterschiede in der Angehörigenpflege zwar thematisiert werden, jedoch ein Mangel an tiefergreifenden, qualitativen Daten zur Erfahrung männlicher Pflegepersonen besteht (Zygouri et al., 2021). Auch Fee et al. betonen, dass ältere Männer als pflegende Angehörige zunehmend sichtbar werden, über ihre spezifischen Bedürfnisse und Erfahrungen jedoch wenig erforscht wurde (Fee et al., 2020).

3 Zielsetzung und Fragestellung

Die dargestellte Problematik verdeutlicht, dass in der informellen Pflege nicht nur Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen, sondern auch eine Ungleichheit in der Intensität und Tiefe der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Unterschieden erkennbar ist. Unterschiede gibt es sowohl in der Stigmatisierung der beiden Geschlechter also auch in den unterschiedlichen Bedürfnissen und Herausforderungen im Erleben der Pflegearbeit, beginnend mit der Transition in die Pflegerolle.

Die Übernahme pflegerischer Tätigkeiten im informellen Bereich durch Männer reflektiert Veränderungen innerhalb der familiären Beziehungen und im Privatleben der pflegeübernehmenden Männer. Darüber hinaus werden durch die veränderten Geschlechterdynamiken Fragen nach dem eigenen Selbstverständnis, geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen sowie den zugrunde liegenden gesellschaftlichen Normen und Wertvorstellungen aufgeworfen. Im Rahmen der angestrebten Forschungsarbeit soll die Transition als besonders prägende Phase fokussiert werden, weil sie den Ausgangspunkt für alle weiteren Prozesse darstellt.

Angesichts des begrenzten Wissens darüber, wie Männer den Übergang vom Partner hin zum pflegenden Partner erleben, verfolgt die Forschungsarbeit das Ziel, diesen Aspekt eingehender zu untersuchen. Dabei sollen nicht etwa neu hinzugekommene Tätigkeiten aneinander gelistet werden, sondern vielmehr die subjektive Erfahrung der Befragten bezüglich Veränderungen in unterschiedlichen Bereichen beleuchtet werden. Der Fokus dabei liegt auf der Transition in die Rolle des pflegenden Partners. Da der Übergang einen prozesshaften Charakters aufweist (Chick & Meleis, 1986, S.238f), verfolgt die Forschungsarbeit das Ziel, diese Prozesshaftigkeit genauer abzubilden und auf theoretischer Ebene zu beschreiben. Es wird angestrebt, ein zentrales Phänomen zu identifizieren, das den Übergangsprozess der Männer umfassend wiedergibt.

Weiters sollen Herausforderungen und Spannungsfelder aufgezeigt werden, die die Transition in die Rolle des pflegenden Partners mit sich bringt. Diese gilt es, nicht isoliert voneinander zu betrachten, sondern in ihrer ineinandergreifenden Dynamik zu analysieren. Die Betroffenen erleben in der Übergangsphase Veränderungen hinsichtlich ihrer bisherigen Rollenbilder und in ihrem Selbstverständnis. Eine Fokussierung auf diese

geschlechterspezifische Transition soll es ermöglichen, in weiterer Folge Unterstützungsangebote für Männer in dieser Phase bereitzustellen beziehungsweise zu optimieren. Ein tiefgreifenderes Verständnis über die Transition zum pflegenden Partner kann Anknüpfungspunkte für eine verbesserte pflegerische Praxis beziehungsweise spezifisch adressierte Beratungsangebote liefern.

Schließlich verfolgt die Forschungsarbeit auch eine gesellschaftsbezogene Komponente. Durch das Aufzeigen der männlichen Perspektive in einer sonst sehr weiblich dominierten Thematik, soll ein Beitrag gegen die Stereotypisierung männlicher Pflege geleistet werden. Durch einen Diskurs über Männer in der informellen Pflege können Geschlechterrollen kritisch reflektiert und eventuelle Vorurteile abgelegt werden.

Da Männer in der Angehörigenpflege eine bedeutende Gruppe darstellen und die Beziehungen zu den zu pflegenden Personen sehr unterschiedlich sein können, wird sich diese Arbeit auf partnerschaftliche Beziehungen konzentrieren, in denen die (Ehe-)Frau vom (Ehe-)Mann gepflegt wird. Diese Fokussierung auf eine enger definierte Zielgruppe soll zu mehr Homogenität im Datenmaterial führen sowie eine detailliertere Analyse und ein präziseres Verständnis der Angehörigenpflege durch (Ehe-)Partner ermöglichen.

Aus dieser zu Grunde liegenden Zielsetzung resultiert folgende zentrale Fragestellung für die Forschungsarbeit:

Wie erleben Männer die Transition in die Rolle des pflegenden Partners?

Diese Forschungsfrage soll es ermöglichen, Erfahrungen von pflegenden (Ehe-)Männern im Spannungsfeld zwischen Partnerschaft, Pflegeverantwortung und Selbstverständnis zu beleuchten. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf den Strategien zur Bewältigung der Rollenveränderung sowie auf Faktoren, die eine gelungene Transition fördern.

4 Theoretischer Rahmen zu Transition

Eine sehr prägende Phase kennzeichnet die **Transition in die Rolle der pflegenden Person**, da sie mit vielen Veränderungen einhergeht. Dieser Prozess ist in sich komplex und kann von langer Dauer sein. Betroffene können nur retrospektiv erkennen, dass sich ihre ursprünglich familiäre Beziehung in eine pflegerische Beziehung transformiert hat, teilweise auch nur deshalb, weil sie von anderen darauf aufmerksam gemacht werden (Nagl-Cupal et al., 2023).

Als theoretisches Rahmenwerk für Transitionen gilt jenes von Afaf Meleis, die sich im Zuge ihrer Forschung intensiv damit auseinandersetzte. Abgeleitet werden kann das Wort *Transition* vom lateinischen „*transire*“, das übersetzt „*hinübergehen*“ bedeutet. Meleis definiert Transitionen als „Übergang von einem Zustand zu einem anderen Zustand“ (Chick & Meleis, 1986, S.239).

Nach Meleis ist Transition eines der zentralen Konzepte in der Pflege, da Pflegepersonen in Übergangssituationen oft begleitend tätig sind. Häufig benötigen Personen gerade dann Pflege, wenn sie sich in einer Transition befinden, wie beispielsweise bei einem Rollenwechsel oder bei chronischen Erkrankungen (Meleis, 2010, S.38). Die Anerkennung von Transitionen als zentrales Konzept hilft Pflegenden, Übergänge systemisch zu erkennen und im Bedarfsfall den Betroffenen in dieser Phase durch Unterstützung und Information beistehen zu können. Pflegemaßnahmen umfassen dabei beispielsweise Vorbereitungen auf die bevorstehende Transition oder Unterstützung in der eigenen Rolle (Meleis, 2010, S.46).

Das folgende Modell „A nursing model of transitions“ nach Meleis visualisiert, wie Transitionen als dynamischer Prozess verstanden werden können, indem es Zusammenhänge sichtbar macht:

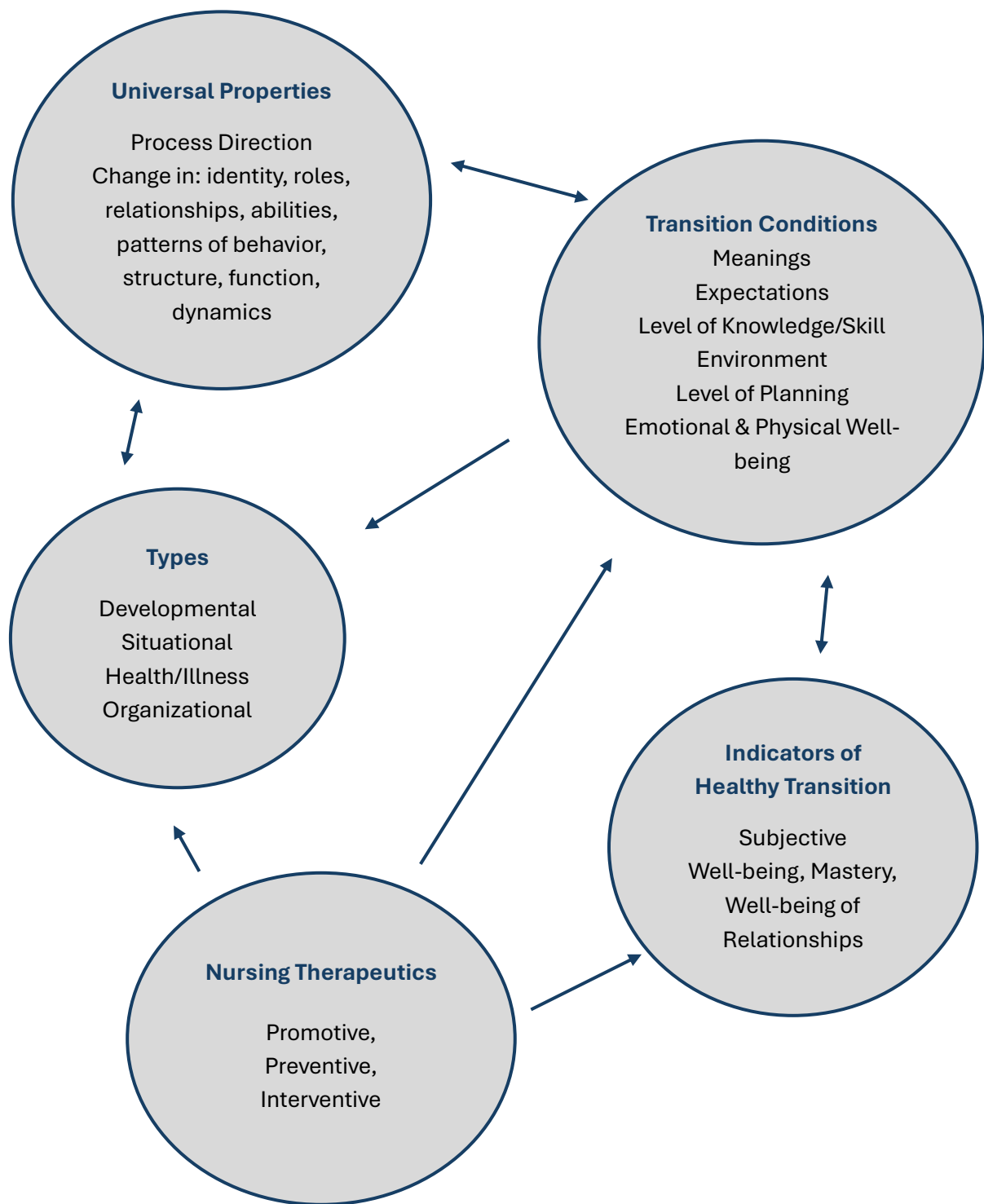


Abbildung 1: "A nursing model of transitions" angelehnt an Meleis, 2010, S. 47

Das „Nursing model of transitions“ nach Afaf Meleis beschreibt Transitionen als dynamische Prozesse, in denen ein Übergang von einem Zustand in einen anderen erlebt wird. Dabei werden fünf zentrale Bereiche thematisiert, die miteinander in Verbindung stehen.

Im ersten Bereich des Modells stehen die **Arten der Transitionen**, also jene Veränderungen, die den Ausgangspunkt des prozesshaften Übergangs bilden. Dabei werden beispielsweise entwicklungsbedingte, situative oder krankheitsbezogene Übergänge unterschieden. Die Arten der Transition können einzeln oder in Kombination auftreten und prägen die Art und Weise, wie Veränderungen durch Betroffene erlebt und bewältigt werden.

Im nächsten Bereich werden die **universellen Eigenschaften** einer Transition beschrieben. Dabei wird verdeutlicht, dass Übergänge einen prozesshaften Charakter haben und über den Lauf der Zeit stattfinden. Veränderungen in der Identität, der eigenen Rolle oder innerhalb einer Beziehung haben Einfluss darauf, wie tiefgreifend und bedeutsam eine Transition für die betroffene Person sein kann.

Der dritte Bereich umfasst die **Bedingungen, die Transitionen beeinflussen**. Diese können den Prozess erleichtern oder erschweren. Dazu zählen vor allem persönliche Faktoren wie beispielsweise Einstellungen, Wissen oder Erwartungen. Diese Bedingungen sind prägend für Reaktionen betroffener Personen und haben Einfluss auf die zu entwickelnden Bewältigungsstrategien.

Im vierten Bereich werden **Anzeichen einer gesunden beziehungsweise erfolgreichen Transition** beschrieben. Er zeigt an, welche Merkmale beziehungsweise Ergebnisse auf eine gelungene Transition hinweisen. Dazu zählen beispielsweise ein allgemeines Gefühl von Wohlbefinden oder die Fähigkeit, neue Rollen oder Aufgaben sicher und kompetent zu bewältigen.

Als fünften Bereich des Modells nennt Meleis schließlich die Pflege selbst, dargestellt durch die „**nursing therapeutics**“. Pflegefachkräfte haben den Auftrag, Transitionen zu erkennen, deren Bedingungen zu analysieren und gezielte Interventionen zu setzen, um ihre Patient*innen bestmöglich zu unterstützen. Ziel ist es, Menschen in Veränderungsprozessen zu stärken, Belastungen zu reduzieren und positive Transitionen zu ermöglichen beziehungsweise zu fördern (Meleis, 2010, S.38-47).

Das „Nursing Model of transitions“ verdeutlicht somit, dass Pflege weit über die reine Behandlung von Krankheit hinausgeht. Pflege begleitet Menschen aktiv in Veränderungsprozessen und trägt zu möglichst erfolgreichen und integrativen Übergangsprozessen bei.

Li et al. thematisieren in einer Studie die Transition in die Pflegerolle. Dabei konnte herausgefunden werden, dass vor allem pflegende Ehepartner*innen einen Rückgang am aktiven gesellschaftlichen Sozialleben erfahren. Auch erhielten sie weniger soziale Unterstützung, was den Übergang in diese Phase zusätzlich erschwerte. Gründe für diese soziale Exklusion sind einerseits die pflegenden Partner*innen selbst, da sie aus Pflichtgefühl die zu pflegende Person nicht allein lassen möchten und so vom Sozialleben fernbleiben. Andererseits übernehmen sie auch Tätigkeiten der erkrankten Person und haben somit weniger Zeit zur Verfügung (Li, Wister, Lee & Mitchell, 2023).

Auch Zwar et al. beschäftigen sich in einer Studie genauer mit dem Thema der Transition und beleuchten dabei auch geschlechterspezifische Unterschiede. Sie stellen unterschiedliche Tendenzen hinsichtlich psychosozialer Ergebnisse bei männlichen und weiblichen informell Pflegenden fest. Männliche Angehörige weisen dabei erhöhte Einsamkeit, depressive Symptome und ein verkleinertes soziales Netzwerk auf, sobald sie beginnen, informelle Pflegearbeit zu übernehmen. Hingegen konnte bei weiblichen Pflegenden ein erhöhter negativer Affekt festgestellt werden, die Herausforderungen konzentrierten sich hauptsächlich auf das emotionale Wohlbefinden. Für beide Geschlechter konnte also festgehalten werden, dass vor allem der Beginn der informellen Pflegearbeit mit negativen psychischen Ergebnissen verbunden ist (Zwar et al., 2020).

Übernehmen nun Männer pflegerische Tätigkeiten im informellen Kontext, handeln sie nicht nur entgegen ihren traditionellen Rollenbildern, sondern stehen wie auch Frauen vor persönlichen Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt (Zwar et al., 2021). Da Männer und Frauen aber mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert sind, sollte bei der Entwicklung von Unterstützungsprogrammen das Geschlecht der informell Pflegenden berücksichtigt werden. Dies erscheint besonders wichtig vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels hin zu Geschlechtergleichstellung. Da Tendenzen zeigen, dass nun auch Männer mehr Pflegearbeit übernehmen, sind Kenntnisse über mögliche Geschlechterunterschiede in den psychosozialen Folgen der informellen Pflege

erforderlich (Zwar et al., 2020). Die Bedürfnisse von informell pflegenden Männern zu verstehen und Maßnahmen zur Prävention von Belastungssituationen zu etablieren ist bedeutend, da Care Aufgaben sich auf den psychischen Gesundheitszustand der Pflegenden (Bamgboje-Ayodele et al., 2020) sowie auf Identitätskonzepte in Bezug auf Männlichkeit (Lehner, 2019) auswirken können.

5 Methodik

Um das festgelegte Ziel des Forschungsvorhabens bestmöglich beantworten zu können, wurde für die vorliegende Arbeit ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Dieser sollte es ermöglichen, durch die Miteinbeziehung subjektiver Sichtweisen ein tieferes Verständnis im Forschungsgebiet zu gewinnen (Helfferich, 2011, S.21).

5.1 Forschungsansatz

Da primär die subjektiven Ansichten der Befragten zu einer Beantwortung der zuvor formulierten Forschungsfrage führen sollen, liegt der Forschungsarbeit ein qualitatives Forschungsdesign zu Grunde. Dieses soll ermöglichen, die Erlebnisse in der Pflegearbeit möglichst angemessen darzustellen und sich an Einzelfällen zu orientieren (Mayer, 2007, S.70ff). Weiters erlaubt der qualitative Forschungsansatz eine gewisse Offenheit und Flexibilität in der Datensammlung und der anschließenden Analyse (Corbin & Strauss, 2015, S.9f). Dieser Ansatz erscheint sich als besonders geeignet zu erweisen, da es bislang nur begrenztes Wissen über das Gefühlserleben von Männern in der Angehörigenpflege sowie deren Rollenverständnis gibt (Fee et al., 2020; Dickinson et al., 2017). Ein qualitativer Forschungsansatz ermöglicht es zudem, auf individuelle Erfahrungen einzugehen und soziale Prozesse genauer zu untersuchen (Mayer, 2022, S.228). Dies soll dazu dienen, die Situation pflegender Männer in ihrer Multidimensionalität besser abzubilden.

Als methodisches Ziel der Arbeit wird das Erstellen einer Theorie beziehungsweise das Herausarbeiten eines Kernphänomens angestrebt, die das Erleben der informell pflegenden Männer möglichst realitätsnah abbildet und Aufschluss darüber gibt, was sich durch Pflegearbeit im Alltag verändert.

5.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte durch persönlich geführte Leitfadeninterviews, die einen offenen Charakter aufweisen und mit Hilfe eines Interviewleitfadens wichtige Themenschwerpunkte anschnitten. Durch die offene Form und eine möglichst vertrauensschaffende Atmosphäre wurde versucht, eine weiche Interviewführung zu verfolgen. Außerdem

ermöglichte der nicht standardisierte Interviewstil, dass die Gesprächspartner ihnen wichtig erscheinende Aspekte genau wiedergeben konnten (Mayer, 2022, S.225).

5.2.1 Erstellung des Interviewleitfadens

Alle Interviews wurden mit Hilfe eines Leitfadens geführt, der zuvor gemäß den Kriterien von Helfferich (2011) und Mayer (2022) erstellt wurde. Um dabei möglichst strukturiert vorzugehen, wurde die Erstellung des Leitfadens an das SPSS-Prinzip nach Helfferich (2011) angelehnt. Die Abkürzung steht für **S**ammeln, **P**rüfen, **S**ortieren und **S**ubsummieren (Helfferich, 2011, S. 182).

Zu Beginn wurden möglichst viele Fragen gesammelt (**S**), die mit der männlichen Transition in Verbindung gebracht wurden. Teilweise entstanden die Fragen bereits im Prozess der zuvor durchgeführten Literaturrecherche. In einem zweiten Schritt wurde die Relevanz der gesammelten Fragen anhand von Prüffragen (**P**) hinterfragt. Dabei kam es zu einer Kürzung und besseren Strukturierung der gesammelten Fragenliste. In einem weiteren Schritt wurden Themenschwerpunkte als Orientierungshilfe im Gespräch festgelegt und die Fragen somit sortiert (**S**). Im vierten Schritt wurde versucht, für die gebündelten Themenschwerpunkte eine möglichst zugängliche Erzählaufforderung zu finden und die Einzelaspekte der Themenschwerpunkte somit zu subsummieren (**S**) (Helfferich, 2011, S.182-185).

Weiters wurden noch Fragen gesammelt, die bei Bedarf die Aufrechterhaltung der Interviews unterstützen sollten. Durch gezieltes Nachfragen wurden die Teilnehmenden dazu ermutigt, Erfahrungen zu schildern und Situationen beziehungsweise Gefühle detailliert zu erzählen. (Mayer, 2007, S. 114f).

Um die Studienteilnehmer auch demographisch einordnen zu können, wurden noch vor Beginn der eigentlichen Interviews Informationen zu Alter, Familienstand, Tätigkeit sowie Dauer der informellen Pflege durch die (Ehe-)Partner erhoben.

Nach der Fertigstellung des Interviewleitfadens wurde dieser zunächst mit einer freiwilligen Versuchsperson getestet und im Anschluss entsprechend adaptiert. Während der Datenerhebung wurden kontinuierlich kleinere Veränderungen vorgenommen, um den

Leitfaden möglichst präzise und situationsangemessen zu gestalten. Ziel dieser Anpassungen war es, eine möglichst hochwertige Gesprächsqualität sowie eine tiefergehende Erfassung relevanter Inhalte sicherzustellen. Der Interviewleitfaden in seiner finalen Version ist im Anhang zu finden.

5.2.2 Stichprobe

Grundvoraussetzung für die Teilnahme am Interview war es, sich selbst als pflegender Angehöriger zu identifizieren. Gepflegt beziehungsweise betreut werden sollte jeweils die Partnerin, um die Interviews auf Grund ähnlicher Beziehungsverhältnisse besser miteinander vergleichen zu können. Tatsächlich war es der Fall, dass alle neun interviewten Männer mit der zu pflegenden Frau verheiratet waren. Das Alter spielte bei der Auswahl der Interviewpartner keine große Rolle, sofern die Teilnehmer erwachsen waren. Die Altersspanne reichte dabei von 51 bis 88 Jahre.

Bezüglich des Krankheitsbildes der pflegebedürftigen Person gab es keine Ausschlusskriterien. Sofern eine physische oder psychische Erkrankung vorlag und die Person auf pflegerische Betreuung angewiesen war, konnte ihr Angehöriger an der Befragung teilnehmen.

5.2.3 Feldzugang und Umsetzung

Geplant war es, Kontakte zu informell Pflegenden vor allem über soziale Medien, Internetforen und durch Anschreiben mobiler Pflegedienste herzustellen. Es wurde in mehreren Facebook-Gruppen ein Aufruf zur Teilnahme an einem Interview gepostet, was leider ohne Erfolg blieb. Gleichzeitig wurden mobile Pflegedienste via E-Mail über das Forschungsprojekt informiert (siehe Anhang) und gebeten, das an die E-Mail angehängtes Informationsschreiben (ebenfalls dem Anhang zu entnehmen) an potenzielle Interviewpartner weiterzuleiten. Große Unterstützung kam hier von der Caritas Oberösterreich, die angeboten hatte, einen Aufruf über ihre Website zu erstellen. Durch dieses Sprachrohr ließ sich ein Teilnehmer finden, der für ein Interview bereit war. Der Aufruf der Caritas ist ebenfalls dem Anhang zu entnehmen.

Durch soziale Kontakte im privaten Umfeld entstand die Verbindung zu einer Seelsorgerin in einem Pflegeheim, die durch ihre berufliche Tätigkeit insgesamt sechs Teilnehmer vermitteln konnte. Zwei weitere Kontakte ließen sich über Mundpropaganda im privaten Umfeld gewinnen. Insgesamt konnten so in einem Zeitraum von November 2024 bis Februar 2025 neun Interviews geführt werden.

Die vermittelten Kontakte wurden zumeist telefonisch kontaktiert. Dabei erhielten sie bei einem ersten Gespräch nochmals die wichtigsten Informationen bezüglich des Interviews und der Forschungsarbeit und es wurden Termine für ein persönliches Gespräch vereinbart. Der Ort der Interviewführung wurde versucht so zu wählen, dass für die Teilnehmer möglichst wenig Aufwand dadurch entstand. So ergab es sich, dass ein Großteil der geführten Gespräche im häuslichen Setting der Teilnehmer stattfand. Dies hatte den großen Vorteil, dass die Gespräche in privatem und vertrautem Rahmen stattfinden konnten.

Die Gespräche unterscheiden sich sowohl in ihrer Dauer als auch in ihrer kommunikativen Dynamik. Durchschnittlich dauerten die Gespräche ungefähr 45 Minuten. Während einige Gesprächspartner ihre Erfahrungen in der informellen Pflege sehr frei und gut strukturiert schildern konnten, bedurfte es bei manchen Gesprächen einer verstärkten Gesprächsführung durch gezieltes Nachfragen, um relevante Inhalte zu erschließen.

Im Anschluss an jedes geführte Interview wurde ein Gedankenprotokoll angefertigt, in dem erste Eindrücke, nonverbale Gesten und Auffälligkeiten im Gesprächsverlauf festgehalten wurden. Diese Protokolle sollten in der reflexiven Auseinandersetzung und der Kontextualisierung im Analyseprozess behilflich sein.

5.3 Datenaufbereitung

Im Anschluss an die geführten Interviews wurden die Audioaufnahmen nach den Transkriptionsregeln von Kuckartz (2022) verschriftlicht. Die Transkription erfolgte nach einem geringen Detailierungsgrad, da der Schwerpunkt der Analyse auf den inhaltlichen Aspekten der Gespräche liegt. Daher wurde Dialekt in Standardsprache bereinigt und nonverbale Elemente wie Verzögerungs- beziehungsweise Pausenlaute nicht verschriftlicht. Relevante Pausen, besondere Betonungen oder emotionales Lachen, die für das

Verständnis der Gesprächssituationen von Bedeutung waren, wurden allerdings in den Transkripten vermerkt.

Die Transkription erfolgte möglichst zeitnah nach den einzelnen Interviews, sodass bereits mit der Verschriftlichung der ersten Gespräche begonnen wurde, bevor alle Interviews abgeschlossen waren (Mayer, 2022, S. 300f).

Im Zuge der Transkription erfolgte zugleich eine konsequente Pseudonymisierung der gesammelten Daten. Sämtliche Namen und Ortsangaben wurden durch Pseudonyme ersetzt. Mit diesen sollte erreicht werden, dass die Inhalte der Texte nachvollziehbar bleiben, zugleich aber auf Grund der pseudonymisierten Daten kein Rückschluss auf die Teilnehmer gezogen werden kann. Im Anschluss an die Verschriftlichung wurden die Audioaufzeichnungen der Gespräche gelöscht, lediglich die Transkripte wurden für die Analyse herangezogen.

Die fertig verschriftlichen Gespräche wurden ausgedruckt und bildeten die Ausgangslage für die anschließende Kodierung im Rahmen des Grounded-Theory-Ansatzes.

5.4 Datenanalyse

Zur Datenanalyse wurde die Methodologie der Grounded Theory verwendet. Der Ansatz der Grounded Theory versucht, aus den empirischen Daten eine Theorie zu bilden, um beschriebene Phänomene genauer zu erklären (Strauss & Corbin, 1996, S.39).

Die Grounded Theory zeichnet sich durch ein systematisches Vorgehen bei der Datenerhebung und -analyse aus, wobei die Daten spezifisch auf das untersuchte Phänomen bezogen sind. Die Fragestellungen innerhalb dieser Forschungsmethodologie sind stets auf Handlungen oder Prozesse ausgerichtet (Strauss & Corbin, 1996, S.7ff), wie auch hier in der vorliegenden Forschungsfrage: *Wie erleben Männer die Transition in die Rolle des pflegenden Partners?*

Ziel war es, aus den erhobenen Daten eine theoriegeleitete Verdichtung zu entwickeln, die das Erleben der Transition von Männern in die Rolle informeller Pflegekräfte in seinen zentralen Dimensionen beschreibt und erklärt.

Der Analyseprozess folgte nach Strauss & Corbin (1996) dem Prinzip des offenen, axialen und selektiven Kodierens und orientierte sich am Verfahren des konstanten Vergleichens. Für diese Datenaufbereitung wurden die Transkripte mehrmals durchgelesen und bearbeitet. Außerdem wurden während der gesamten Analysephase Memos verfasst, um analytische Gedanken, Hypothesen und theoretische Verknüpfungen im Datenmaterial festzuhalten und den Forschungsprozess zu dokumentieren.

Offenes Kodieren

Im ersten Schritt wurden die Interviews offen kodiert, die Texte werden dabei Wort für Wort beziehungsweise Zeile für Zeile begutachtet. Relevante Textstellen wurden mit inhaltlich-deskriptiven Codes versehen, die das Gesagte möglichst nahe am Text zusammenfassen. Ziel war es, zentrale Aussagen sichtbar zu machen, ohne diese vorschnell zu interpretieren. Gleichzeitig wurden bereits erste Memos verfasst, die Gedanken zum Datenmaterial festhielten. In dieser ersten Phase entstand eine Vielzahl an Codes, die erste thematische Felder wie „Rollenbilder“, „Unterstützungen“ oder „Herausforderungen“ abbildeten.

Axiales Kodieren

Im Anschluss an die erste Phase erfolgte das axiale Kodieren, wobei aus den entdeckten Codes Kategorien gebildet und in Beziehung zueinander gesetzt wurden. Die Kategorien wurden gebündelt, wodurch viele Subkategorien sowie fünf zentrale Hauptkategorien entstanden. Für diese fünf Kategorien wurden kausale Bedingungen, Kontextbedingungen, intervenierende Bedingungen, Handlungen sowie Konsequenzen herausgearbeitet. Auf diese Weise konnte sichtbar gemacht werden, unter welchen Bedingungen Männer in die Rolle pflegender Angehöriger wachsen und durch welche Phänomene dieser Prozess gekennzeichnet ist.

Selektives Kodieren

Im finalen Analyseschritt wurde der Text selektiv kodiert. Ein zentrales Kernphänomen wurde identifiziert, welches die verschiedenen Kategorien theoretisch integriert (Strauss & Corbin, 1996, S.100f). Das Kernphänomen beschreibt die Transition in die Rolle des pflegenden Partners als einen *Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein*, der durch Spannungen zwischen gesellschaftlichen Erwartungen, Pflichtgefühlen und individuellen Bedürfnissen geprägt ist.

Theoretisches Sampling

Während des gesamten Analyseprozesses wurden die Daten und bereits gebildeten Kategorien mit neu dazugewonnenen Daten verglichen. So konnten Kategorien überprüft beziehungsweise erweitert werden. Nachdem durch weitere gewonnene Daten keine neuen inhaltlichen Aspekte mehr gewonnen werden konnten, war davon auszugehen, dass eine theoretische Sättigung erreicht werden konnte (Strauss & Corbin, 1996, S.149ff).

Beispielsweise wurde im Analyseprozess deutlich, dass die Wohnsituation einen zentralen Einfluss auf das Erleben der Pflegerrolle hat. Je nachdem ob die Partnerin im häuslichen Umfeld oder im Pflegeheim betreut wurde, waren Unterschiede in der Alltagsgestaltung und im Erleben der Partnerschaft festzustellen. Da zu Beginn hauptsächlich von der Frau getrennt wohnende Partner befragt wurden, wurden daraufhin gezielt Männer gesucht, deren Partnerinnen nach wie vor im gemeinsamen Haushalt lebten, um Konsequenzen der räumlichen Distanz besser vergleichen zu können.

Das Erreichen der Datensättigung zeigte sich innerhalb der Datenanalyse dadurch, dass in den letzten analysierten Interviews keine neuen zentralen Kategorien mehr entdeckt wurden. Unabhängig vom Erkrankungsbild der Ehefrauen beschrieben die Befragten wiederkehrende Themen wie beispielsweise das Zurückstellen eigener Bedürfnisse oder Veränderungen in Bezug auf Körperlichkeit und Intimität. Die bereits entdeckten Kategorien konnten allerdings um einzelne Komponenten erweitert werden.

5.5 Ethische Aspekte und Datenschutz

Zu Beginn der Gespräche wurden die Teilnehmenden nochmals durch die Interviewerin über die Studie aufgeklärt und eventuelle Fragen wurden beantwortet. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnahme am Interview freiwillig ist und das Gespräch zu jedem Zeitpunkt abgebrochen werden kann, sollten sich die Teilnehmer nicht mehr wohl fühlen. Außerdem wurde den Interviewpartnern erklärt, dass die Gespräche aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert und pseudonymisiert werden. Anschließend wurde von den Interviewpartnern noch der „Informed Consent“ in schriftlicher Form eingeholt, auch dieser ist dem Anhang zu entnehmen.

Nach der Transkription der Gespräche wurden die Audiodateien gelöscht. Die pseudonymisierten Transkripte werden durch die Interviewerin aufbewahrt.

Die erhobenen Daten werden im Rahmen des Forschungsprojekts in pseudonymisierter Form behandelt. Trotz dieser Pseudonymisierung besteht die Möglichkeit, dass die interviewten Personen ihre eigenen Aussagen innerhalb der Forschungsarbeit erkennen. Obwohl es für sie möglicherweise befremdlich sein könnte, Interpretationen über ihre Erzählungen zu lesen, wird stark darauf gehofft, dass die Teilnehmenden sich nicht missverstanden fühlen. Vielmehr wird erhofft, dass dies ihnen die Gelegenheit bietet, ergänzende Perspektiven zu ihren Erzählungen beizusteuern und somit zu einem tieferen Verständnis beizutragen.

Das Zuziehen einer Ethikkommission wurde nicht als notwendig angesehen, da es sich bei der befragenden Gruppe nicht um vulnerable Personen im Sinne der Forschung handelt. Die Teilnehmenden waren alle erwachsen und kognitiv zurechnungsfähig. Es wird demnach davon ausgegangen, dass sie eigenständig einschätzen konnten, ob sie eine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie erteilen möchten.

5.6 Gütekriterien

Um die Qualität der vorliegenden Forschungsarbeit beurteilen zu können, werden die Gütekriterien qualitativer Sozialforschung nach Strübing et al. (2018) herangezogen. Im Folgenden genauer beleuchtet werden die drei Kriterien der Gegenstandsangemessenheit, der empirischen Sättigung und der Originalität, da diese besonders den prozesshaften

Charakter in der Grounded Theory als auch die Nähe zum empirischen Feld berücksichtigen.

Gegenstandsangemessenheit

Das Kriterium der Gegenstandsangemessenheit wird als grundlegendes Gütekriterium der qualitativen Sozialforschung angesehen und bezieht sich auf Passungsverhältnisse, fortgesetzte Justierung, einen reduzierten Methodenbegriff sowie auf einen starken Empiriebegriff (Strübing et al., 2018).

Es stellt sich die Frage, ob Theorie, Fragestellung, der empirische Fall, die Methode und Datentypen aufeinander abgestimmt sind. In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde der Übergang von (Ehe-)Partnern in die Rolle der informell pflegenden (Ehe-)Partner aus Perspektive der Betroffenen selbst untersucht. Der Forschungsprozess orientiert sich dabei konsequent an den Erfahrungen und Handlungsmustern der interviewten Männer. Ein ständiges Prüfen beziehungsweise Anpassen der Passungsverhältnisse führte dazu, dass die ursprünglich formulierte Forschungsfrage „Wie erleben Männer die Transition in die Rolle der pflegenden Angehörigen?“ zu „Wie erleben Männer die Transition in die Rolle des pflegenden Partners?“ adjustiert wurde. Grund dafür waren ausschließlich in einer Beziehung lebende Interviewpartner, sodass durch diese Anpassung die beforschte Gruppe noch spezifischer eingegrenzt werden konnte. Die Ausgangslage für die Wahl der Forschungsmethode bildete das zu untersuchende Feld selbst. Da das Erleben von Männern in der informellen Pflege bislang nur unzureichend erforscht ist und stark von subjektiven Deutungen geprägt ist, erwies sich ein qualitatives und gegenstandsnahes Vorgehen als besonders angemessen. Dabei ermöglicht es die Grounded Theory, theoretische Konzepte aus empirischem Datenmaterial herauszuarbeiten und die Komplexität von Übergangsprozessen in ihrer Vielfältigkeit abzubilden. Das entwickelte theoretische Phänomen des *Balanceakts zwischen Partner sein und Pfleger sein* stellt eine gegenstandsnahe theoretische Verdichtung der Erfahrungen der pflegenden (Ehe-)Männer dar und macht die prozesshafte Aushandlung zwischen beiden Rollen sichtbar. Somit geht das entwickelte Phänomen direkt aus dem empirischen Datenmaterial hervor.

Empirische Sättigung

Das Gütekriterium der empirischen Sättigung wird hergestellt durch (1) die Erschließung des Feldes und den Rapport zum Feld, (2) die Breite und Vielfalt des Datenkorpus sowie (3) die Intensität der Datengewinnung und deren Analyse (Strübing et al., 2018).

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde der Zugang zu Daten vor allem über Kontakte hergestellt. Dabei erschien es als besonders wichtig, ein überlegtes Auftreten im Feld zu präsentieren, angenehme Gesprächsatmosphären zu schaffen sowie ständige Optimierungen vorzunehmen, da der Zugang zu Wissen vom Feldzugang abhängt (Strübing et al., 2018).

Die Forschende selbst trifft bezüglich Datenmaterial Entscheidungen, die zur Herstellung des Korpus führen. Somit wurde der *Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein* von der Verfasserin konstruiert. Auch sind die Anteile der Forscherin in den Interviewsituationen eher stark zu werten, da Informationen durch ein direktes Gespräch interaktiv erzeugt wurden. Um Pluralität in den Interviews zu erreichen, wurde nach Breite und Vielfalt im Datenkorpus gesucht. So unterscheiden sich die Teilnehmenden in ihrem Alter, in Berufstätigkeit und im Dasein als pflegende Angehörige durch individuelle Anforderungen der unterschiedlichen Erkrankungen ihrer Partnerinnen.

Die Datenerhebung und -analyse wurde parallel durchgeführt, wodurch Kategorien kontinuierlich weiterentwickelt und mit neuen Daten verglichen werden konnten. Dieser Prozess ermöglichte es, zentrale Phänomene zu präzisieren und theoretisch zu verdichten. In der Grounded Theory ist der fortlaufende Wechsel zwischen Datengenerierung und Datenanalyse ein kennzeichnendes Merkmal, das unter dem Begriff „theoretical sampling“ (Strauss & Corbin, 1996, S.148) bekannt ist. Ermöglicht neues Datenmaterial keine neuen Einsichten mehr, ist von theoretischer Datensättigung auszugehen. Die Analyse der Daten erfolgte mittels Kodierung, was ein genaues Betrachten des Datenmaterials voraussetzt und somit eine gewisse Intensität der Datenanalyse sicherstellt.

Empirische Sättigung zeigt sich insbesondere im Hinblick auf das Kernphänomen des *Balanceakts zwischen Partner sein und Pfleger sein*. Im Verlauf der Analyse wiederholten sich zentrale Handlungsmuster und Spannungsfelder, sodass zusätzliche Daten keine neuen Dimensionen mehr eröffneten.

Originalität

Das Gütekriterium der Originalität bezieht sich auf die Umsetzung der allgemeinen Erwartung an die Forschung, neue Erkenntnisse zu generieren. Dabei erfordert das Kriterium das Reflektieren des Allgemeinwissens, einen respektvollen Umgang mit dem Sachwissen der Praktiker*innen sowie eine Auseinandersetzung mit ähnlichen, vergleichbaren Studien (Strübing et al., 2018).

Die Forschungsarbeit stellt die Perspektive pflegender Partner in den Mittelpunkt der Forschung. In Bezug auf informelle Pflege gibt es bereits einen breiten Wissensstand, wobei der Großteil der Studien allerdings das Erleben von Frauen beforscht, während diese Arbeit sich spezifisch auf (Ehe-)Männer bezieht. Als primäre Datenquelle werden die geführten Interviews mit neun Teilnehmern herangezogen, die ihre jeweiligen erkrankten Frauen pflegen. Das Kernphänomen des *Balanceakts zwischen Partner sein und Pfleger sein* erweitert die bestehende Forschung und regt zu einem Diskurs an. Es verdeutlicht die Spannung zwischen emotionaler Nähe und funktionaler Pflegeverantwortung und eröffnet somit eine neue Perspektive auf den Übergangs- und Identitätsprozess. Außerdem wird durch die Einbettung in das Transitionsmodell nach Meleis versucht, theoretisch an die bestehende Forschung anzuknüpfen.

6 Ergebnisse

Die Transition von Männern in die Rolle informeller Pflegkräfte zeigt sich als Prozess, der von den Betroffenen selbst erst retrospektiv wahrgenommen wird. Dabei ist hervorzuheben, dass dieser Prozess nie vollständig abgeschlossen ist, da sich sowohl die Krankheitsbilder der zu Pflegenden als auch die damit verbundenen Anforderungen an die Pflege kontinuierlich verändern. Einige informell pflegende Ehemänner² durchliefen zudem zwei aufeinanderfolgende Transitionen: Zunächst den Übergang in die Rolle des pflegenden Partners im häuslichen Setting und anschließend eine weitere Transition im Zuge des Umzugs der Ehefrau in ein Pflegeheim.

In diesem Kapitel wird das zentral herausgearbeitete Phänomen unter den Kriterien der Grounded Theory dargestellt, die Strukturierung der Kapitel unterliegt dabei dem methodischen Vorgehen des axialen Kodierens.

Im Zuge der Ergebnisaufbereitung wurden zur besseren Veranschaulichung zwei Modelle entworfen. Das erste Modell (S.39) gibt als Kodierparadigma der Grounded Theory die analytische Ordnung wieder, mit dem das Datenmaterial systematisch erschlossen wurde. Durch die Anordnung von kausalen Bedingungen, Kontext, intervenierenden Bedingungen, Konsequenzen sowie Handlungs- und Interaktionsstrategien um das zentrale Phänomen, den *Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein*, konnte der Übergangsprozess in die Rolle des informell pflegenden Ehepartners in seinen situativen Auslösern, Handlungsmustern und Auswirkungen rekonstruiert werden. Das zweite Modell (S.62) gibt Einblick über einen zeitlichen Verlauf und die verschiedenen Phasen, die die Betroffenen im Übergangsprozess durchlaufen. Die drei visualisierten Phasen der Transition fungieren hier als zeitliche Rahmung, sie verdeutlichen den prozesshaften Charakter des Übergangs. Somit wird eine Einordnung der konstruierten Kategorien in die unterschiedlichen Phasen der Transition ermöglicht. Die im Kodierparadigma identifizierten Bedingungen, Handlungen und Konsequenzen werden also in einen zeitlichen Kontext gebracht, der deren Bedeutung im Verlauf der Transition untermauert. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die beiden Modelle in einem Verhältnis zueinanderstehen: Während das Kodierparadigma die gegenstandsnahe Theorieentwicklung visualisiert,

² Da alle interviewten Männer mit ihrer Partnerin verheiratet waren, wird in diesem Kapitel der Ergebnisaufbereitung von „Ehemännern“ anstelle von „(Ehe-)Männern“ gesprochen.

ermöglicht das Modell der Transitionsphasen die Veranschaulichung der zeitlichen Komponente. Die analytische Grundlage des Kodierparadigmas wird durch das Phasenmodell um eine Verlaufslogik ergänzt.

6.1 Demographische Daten der Teilnehmer

Insgesamt wurden in einem Zeitraum von November 2024 bis Februar 2025 neun Interviews mit Männern in der Angehörigenpflege geführt. Um die Erfahrungen der Teilnehmer gut in die Arbeit integrieren zu können und auch gut zwischen den Teilnehmern unterscheiden zu können, werden die Namen der Teilnehmer im Folgenden in pseudonymisierter Form verwendet.

Alle neun Teilnehmer waren jeweils mit der pflegebedürftigen Frau verheiratet. Das Alter der Teilnehmer streckte sich von 51 bis 88 Jahre, die meisten Interviewpartner waren bereits in Pension, nur zwei waren noch im erwerbsfähigen Alter. Die Dauer des Daseins als pflegender Ehemann erreichte eine große Spannweite. Während ein Befragter erst seit circa acht Monaten die Betreuung seiner Frau übernommen hatte, pflegte ein anderer Gesprächspartner seine Frau bereits seit 35 Jahren.

Sehr ähnlich verteilt war der Einstieg in die Rolle des Pflegers: Bei vier Teilnehmern verschlechterte sich der Gesundheitszustand ihrer Frauen chronisch, sie wuchsen also langsam in die Rolle hinein, während fünf Teilnehmer auf Grund eines akuten Krankheitsgeschehens sich plötzlich in der neuen Rolle wiederfinden mussten.

Einen essenziellen Unterschied gab es in der Art der Betreuung der Ehefrauen: Sechs der Frauen wohnten zum Zeitpunkt der Gespräche bereits in einem Pflegeheim, wobei vier der sechs Frauen zuvor zu Hause durch den Ehemann versorgt wurden, eine Frau war zur Übergangspflege im Pflegeheim und zwei Frauen wurden im häuslichen Setting betreut.

In der folgenden Tabelle können die demographischen Daten der Teilnehmer entnommen werden.

Tabelle 1: Übersicht der Interviewteilnehmer

Angehöriger	Alter	Ort der Betreuung	Pflegedauer	Akut / chronisch	Berufliche Tätigkeit
Herr Aichinger	53	Pflegeheim	9 Jahre	Akut	Haustechniker in Seniorenresidenz
Herr Brunner	88	Pflegeheim	2 Jahre	Chronisch	Pensionist
Herr Conrad	66	Pflegeheim	35 Jahre, 34 Jahre war Frau zu Hause	Akut	Pensionist
Herr Dorninger	74	Pflegeheim	8 Jahre, seit 1,5 Jahren lebt Frau im PH	Akut	Pensionist
Herr Ehringer	83	Pflegeheim	1 Jahr	Akut	Pensionist
Herr Fuchs	79	Pflegeheim	Ca. 10 Jahre, Frau lebt seit 8 Monaten im PH	Chronisch	Pensionist
Herr Girkinge	68	Übergangspflege	8 Monate	Akut	Pensionist
Herr Hirsch	85	Zu Hause	Ca. 5 Jahre	Chronisch	Pensionist
Herr Irndorfer	51	Zu Hause	10 Jahre	chronisch	Technischer Angestellter

6.2 Zentrales Phänomen der Transition

Die Analyse der Interviews zeigte, dass sich das Erleben der Männer in die Rolle des pflegenden Angehörigen in fünf zentrale Kategorien verdichten lässt, die die unterschiedlichen Facetten des Übergangsprozesses sichtbar machen:

1. Veränderungen in der Paarbeziehung
2. Übernahme von Verantwortung
3. Emotionale Belastung und Ambivalenz
4. Ressourcen und Unterstützungssysteme
5. Rollen Aspekte und Neudefinition von Männlichkeit

Jede dieser Hauptkategorien umfasst mehrere Subkategorien, die sich konsistent in die jeweilige Struktur einordnen lassen und die Vielfalt der Erfahrungen differenziert abbilden. Um die Forschungsfrage nun möglichst präzise beantworten zu können, wurde mit Unterstützung der Haupt- und Subkategorien ein zentrales Phänomen entwickelt, das als Kernphänomen die theoretische Verdichtung im Sinne der Grounded Theory ermöglicht.

Dieses zentrale Kernphänomen beschreibt die Transition als **Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein**, es deutet also bereits auf die neue Rolle hin, die es im Zuge des Übergangsprozesses zu integrieren gilt. Außerdem lässt sich ein Spannungsprozess erkennen, in dem die Befragten ihre partnerschaftliche Identität mit den Anforderungen der Pflegeverantwortung vereinbaren müssen. Das Kernphänomen rückt die Doppelrolle als Partner und Pfleger ins Zentrum der Transition, im Verlauf des Übergangs muss diese immer wieder neu ausbalanciert werden.

Die Männer erleben den Übergang nicht lediglich als eine Übernahme neuer Aufgaben, sondern als tiefgreifende Veränderung innerhalb der Beziehungsgestaltung. Auffällig ist jedoch, dass es hier einen großen Unterschied zwischen akuten und chronischen Krankheitsverläufen bei den Ehefrauen gibt. Bei chronischen Krankheitsverläufen haben die Männer Zeit, in die Rolle des informellen Pflegers hineinzuwachsen, der Übergang wird hier oft als „schleichend“ oder „mit der Zeit“ beschrieben (Herr Irndorfer). Hingegen verhält sich die Transition in akuten Krankheitsverläufen ebenfalls akut, wie eine Aussage eines Teilnehmers verdeutlicht:

„Und, es war dann, als Angehöriger, als Ehegatte ist es ja so, dass die Beziehung keine Beziehung mehr ist, vom ersten Tag an. Das ist keine Beziehung mehr. Also, du siehst dann nur noch den Menschen, dem du die Hilfestellung geben willst.“
(Herr Conrad)

Auch das Alter der Befragten spielt im Übergangsprozess eine wesentliche Rolle. Bei älteren Teilnehmern wurde es oft als logischer nächster Schritt angesehen, dass entweder sie selbst oder die Frau etwas „nachlassen“ werden, Pflegebedürftigkeit schien hier ein weiterer Schritt in den unterschiedlichen Lebensphasen zu sein. Die Übernahme der Pflegeaufgaben wiederum war für die Männer ein ebenfalls logischer Schritt, der zu diesem Lebensabschnitt dazugehört. Jüngere Männer hingegen mussten die neue Rolle als Pfleger aktiv in den Alltag integrieren, ein Prozess, der häufig mit Unsicherheiten, Ambivalenzen und emotionalen Herausforderungen verbunden war. Obwohl emotionale Nähe und gegenseitige Fürsorge wichtige Ressourcen darstellen, führt die Verschiebung hin zu pflegerischen Aufgaben zugleich zu einer Neuordnung von Nähe, Intimität und Machtverhältnissen.

Spannungen zeigen sich insbesondere in Alltagssituationen, in denen pflegerische Handlungen mit dem Beziehungsdasein kollidieren. Tätigkeiten wie Körperpflege, Unterstützung beim Toilettengang oder organisatorische Aufgaben können die partnerschaftliche Beziehung überlagern und verändern die Wahrnehmung der eigenen Rolle innerhalb der Paarbeziehung. Für viele Männer entsteht so das Gefühl einer Doppelfunktion, die es immer wieder neu auszubalancieren gilt.

Diese neue Rolle führt bei manchen Teilnehmern zu einer Vertiefung der Beziehung, das Übernehmen der Verantwortung wird als sinnstiftend erlebt und lässt die Männer ihre Partnerin umso mehr schätzen, wie folgendes Beispiel zeigt:

„Und da hat sich gar nichts geändert, im Gegenteil, es hat uns vielleicht sogar noch mehr zusammengeschweißt. (..) Es hört sich kitschig an, aber ich sag mal, verliebt wie am ersten Tag. Es hört sich kitschig an! Aber es ist wirklich so.“ (Herr Girking)

Andere Teilnehmer hingegen empfinden die neue Rolle als sehr schmerzhaft, da auf Grund der Erkrankung partnerschaftliche Leichtigkeit oder Intimität nicht mehr auf dieselbe Weise wie zuvor möglich sind. Der Balanceakt wird so zu einem ständigen Aushandlungsprozess zwischen emotionaler Nähe, Fürsorgepflicht und pflegerischer Distanz.

Das Kernphänomen **Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein** verdeutlicht, dass die Transition in die neue Rolle nicht nur eine Übernahme von neuen Aufgaben ist, sondern ein tiefergehender Prozess, der eine Neuorientierung in der Paarbeziehung mit sich bringt. Die Männer befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen Partner sein und Pfleger sein, das sowohl unterstützende als auch widersprüchliche Dynamiken mit sich bringt.

In der folgenden Grafik wird das Kernphänomen bereits überblicksartig visualisiert, die darauffolgenden Abschnitte beziehen sich auf das Erleben des Balanceakts.

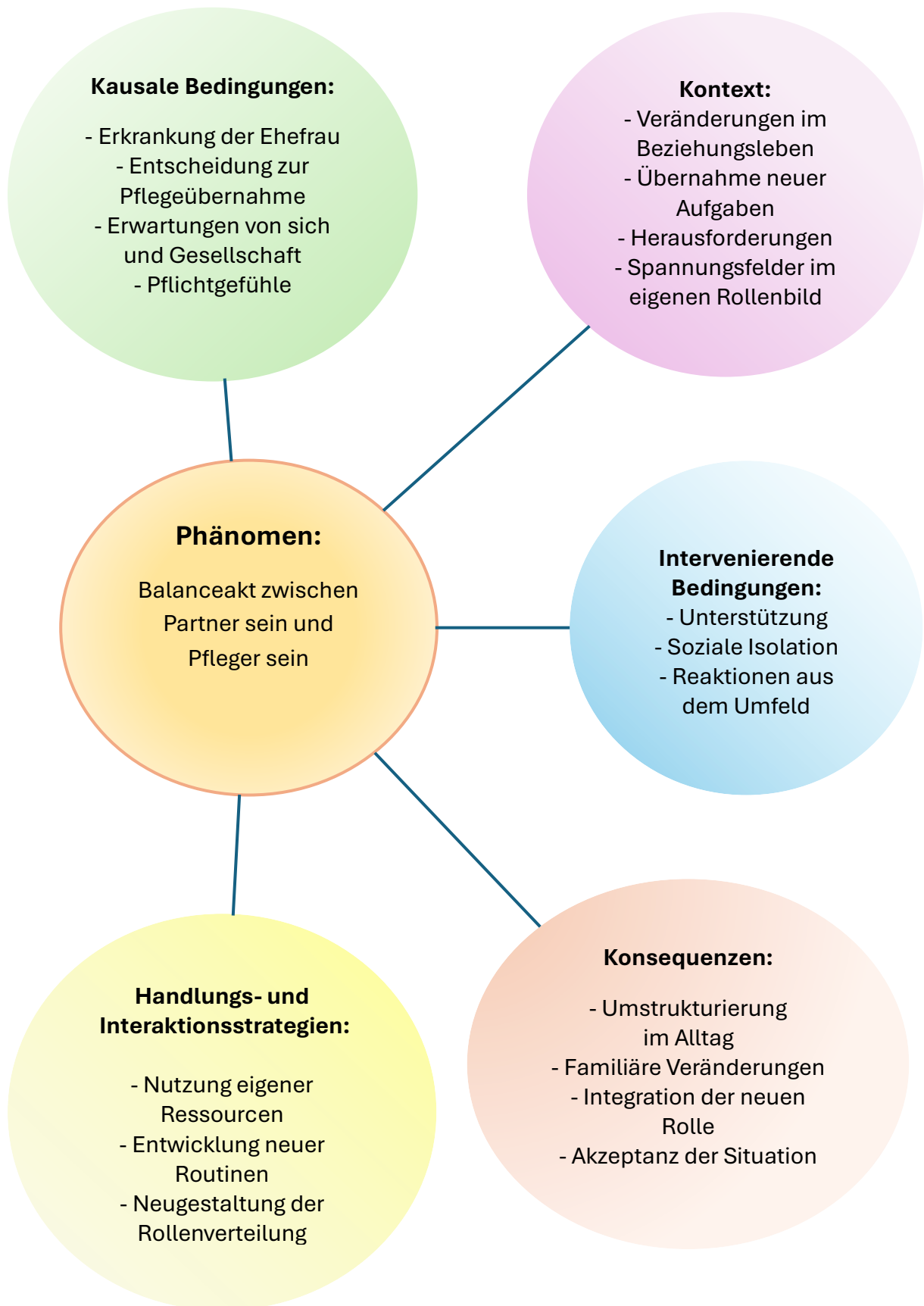


Abbildung 2: Kodierparadigma "Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein"

6.3 Kategorien im Kontext des Kernphänomens

Aufbauend auf dem Kernphänomen konnten im Analyseprozess mehrere zentrale Kategorien herausgearbeitet werden, die die Dynamiken und Einflussfaktoren der Transition verdeutlichen. Die Kategorien machen sichtbar, unter welchen Bedingungen die Männer Pflegeverantwortung übernehmen, welche Einflussfaktoren den Übergangsprozess begleiten, wie sie die neue Rolle bewältigen und welche Konsequenzen sich daraus für ihre Partnerschaft und ihr Selbstverständnis ergeben.

Die Struktur der folgenden Unterkapitel folgt dem Analyseverfahren der Grounded Theory und gliedert die Ergebnisse in kausale Bedingungen, Kontextbedingungen, intervenierende Bedingungen, Handlungsstrategien sowie Konsequenzen. Im Folgenden wird jede Kategorie näher beschrieben und mit exemplarischen Aussagen der Teilnehmer untermauert.

6.3.1 Kausale Bedingungen

Die Übernahme an pflegerischen Tätigkeiten erfolgt nicht zufällig, sondern ist an spezifische auslösende Bedingungen gebunden. Die Befragten berichten von unterschiedlichen Anlässen und Entwicklungen, die den Übergang in eine Pflegerrolle notwendig machten und somit den Beginn der Transition markierten.

6.3.1.1 Krankheitsauslöser

Ausgangslage, um zum pflegenden Ehemann zu werden, ist in den untersuchten Fällen immer die Erkrankung der Ehefrauen. Wie beziehungsweise wann genau diese Erkrankungen begonnen haben, ist bei den Befragten unterschiedlich, es kann jedoch in akuten und chronischen Krankheitsverläufen unterschieden werden.

Akutes Krankheitsgeschehen

Zirka die Hälfte der Befragten gibt an, dass ihre Frauen ein akutes Krankheitsgeschehen erlitten, sie wurden also in die Rolle des Angehörigenpflegers „hineingestoßen“ und hatten keine Zeit, in die neue Rolle hineinzuwachsen. Auslöser waren hier Unfälle,

Herzinfarkte, Schlaganfälle oder der plötzliche Ausfall motorischer Funktionen. Das Leben der Männer wurde durch die plötzliche Abhängigkeit ihrer Frauen sehr stark verändert, da es einerseits die Diagnosestellung und den akuten Erkrankungsfall psychisch zu verarbeiten galt und andererseits Aufgaben übernommen werden mussten, die den Ehemännern fremd waren. In diesen Akutphasen hatten die Teilnehmer kaum Zeit, das Geschehene zu verarbeiten:

„Man hat eigentlich gar keine Zeit zum Umstellen, sondern man wird hineingestoßen. Das ist schon so, wie wenn du an einer Kante stehst, beim Bungee-Jumping und dich stoßen sie hinein und dann bist du drinnen und du kannst eh nicht mehr raus. (...) Aber das war so ein Umsturz, dass du nur noch damit beschäftigt bist. (...) Also, du bist so beschäftigt, als ob du weggesprungen wärst und kannst nicht mehr zurück und bist nur noch beschäftigt.“ (Herr Conrad)

Wie dieses Beispiel verdeutlicht, ließen diese plötzlichen Einschnitte in das jeweilige Leben der Befragten wenig Zeit, um Vorbereitungen zu treffen und führten zu einem unmittelbaren Rollenwechsel. Ein weiterer Aspekt, den Herr Conrad in seiner Aussage ebenfalls anschneidet, ist das „nicht mehr raus können“. Besonders bei akuten Geschehnissen scheint eine Alternativlösung für die Pflegerolle als keine Option, es wird automatisch davon ausgegangen, dass der Ehepartner diesen Part übernimmt.

Schleichende Verschlechterung des Gesundheitszustandes

Die andere Hälfte der Teilnehmer erlebt die Transition direkt proportional zum Auftreten der Krankheit: als einen chronischen Verlauf, der oftmals als *schleichend* oder *mit der Zeit* umschrieben wird. Anders als bei akuten Krankheitseintritten haben die Partner der erkrankten Frauen hier Zeit, in eine neue Rolle hineinzuwachsen. Mit der Zeit übernehmen sie immer mehr Aufgaben und bieten mehr Hilfestellungen an. Das Beispiel von Herrn Irndorfer unterstreicht den prozesshaften Charakter:

„...und dann hat sie einen Schub gehabt und da ist das einfach mit der Zeit immer mehr geworden. (...) Naja, dass sie einfach mehr Hilfe gebraucht hat und das ist halt schleichend immer mehr geworden. Es ist jetzt nicht am Schlag gewesen, es

ist halt schleichend. Also immer ein bisschen mehr geworden. Am Anfang war es teilweise nur, dass ich ihr geholfen habe, beim Transfer vor allem.“ (Herr Irndorfer)

Ein wichtiger Unterschied zu akuten Verläufen scheint zu sein, dass die Transition hin zum pflegenden Partner besonders bei chronischen Verläufen nie ganz abgeschlossen sein kann, da sich durch chronische Verschlechterungen Sachverhältnisse ständig ändern und die Angehörigen sich immer wieder neu anpassen müssen, ein gewisser Transitionsprozess ist also immer vorhanden. Außerdem zeigt sich, dass die Transition unbemerkt beginnt und sich erst retrospektiv als Rollenwechsel verdeutlicht.

6.3.1.2 Motivation zur Pflegeübernahme

Warum die Teilnehmer zu pflegenden Ehemännern geworden sind, hat neben den medizinischen Auslösern auch moralische Ursachen.

Für einen Großteil der Befragten ist es selbstverständlich, diese Rolle zu übernehmen, da es sich bei der pflegebedürftigen Person um die eigene Ehefrau handelt. Dieses Selbstverständnis kommt einerseits durch ein Eheversprechen, sich gegenseitig zu unterstützen ist eine Erwartung, die man an die Ehe hat. Andererseits handeln manche Teilnehmer tatsächlich aus Liebe zu der Frau, die emotionale Bindung ist entscheidend.

Ein anderer Teil gibt an, aus Pflichtgefühl zu handeln. Loyalität zur Partnerin und die Verbindlichkeit zu ihr werden als handlungsleitende Motive genannt, Mitgefühl spielt eine zentrale Rolle. Man würde es selbst auch nicht übers Herz bringen, die Frau „im Stich“ zu lassen:

„Und das, was ich gemacht hab, ist nicht aus Liebe zu ihr (gewesen), sondern überhaupt diese Liebe zum Menschen. (...) Und dann ist sie so betroffen geworden mit irgendwas, wo sie nichts dafür kann. Sie hat nicht irgendwas gemacht, wo das vielleicht passieren kann, sondern das ist gekommen, da hat sie mir einfach als Mensch so leidgetan, dass ich mir gedacht hab, ich kann sie nicht verlassen. Und, nachdem ja alle Verwandten dann weg waren, (...) hab ich mir gedacht, na was soll ich tun. Ich kann ihr nur alles bieten, was sie braucht, was möglich ist. Und das

hab ich ihr halt geboten. Aber nicht, weil ich so verliebt war, unendlich verliebt war, sondern einfach als Mensch.“ (Herr Conrad)

Auch familiäre Dynamiken spielen bei der Frage nach der Pflegeübernahme eine Rolle. Teilweise gab es zum Ehemann als Pfleger keine Alternative, wenn beispielsweise die eigenen Kinder zu weit entfernt waren oder der Kontakt zur eigenen Familie auf Grund der Erkrankung auf ein Minimum beschränkt wurde. Ein Teilnehmer nannte auch die Angst vor dem Allein sein als Motiv. Die Entscheidung, seine Frau noch eine Zeit zu Hause zu betreuen, gab ihm eine Aufgabe in der Pension und damit ein für ihn wichtiges Gefühl von Sinnhaftigkeit und Gebrauchtwerden.

Gemeinsamer Faktor

Obwohl die auslösenden Faktoren für die Pflegeübernahme wie soeben geschildert verschiedene Gründe haben können, ist der Beweggrund bei allen Befragten derselbe: **Sich verantwortlich fühlen** ist die zentrale Motivation, warum Männer ihre Frauen pflegen. Dieses Verantwortungsgefühl gab es auf einer Beziehungsebene schon vor der Erkrankung der Partnerinnen, mit Krankheitsbeginn erweiterte es sich jedoch um eine pflegerische Dimension, die zusätzlich übernommen werden muss. Hierbei spielt das örtliche Setting kaum eine Rolle, denn sowohl bei Frauen, die (mittlerweile) im Pflegeheim wohnen als auch bei jenen, die zu Hause betreut werden, sahen sich stets die Ehepartner als Hauptverantwortliche. Jene Männer, die ihre Frauen in Pflegewohnheimen weiterhin betreuen, fühlten vor allem die Verpflichtung, die Frau so oft wie möglich zu besuchen. Ein Teilnehmer besuchte seine Frau sogar jeden Tag am Vor- und Nachmittag, ein anderer bezahlte jemanden für einen Besuchsdienst, wenn er an einem Tag mal nicht kommen konnte.

6.3.1.3 Persönliche und gesellschaftliche Erwartungen

Als weitere kausale Bedingungen der Transition lassen sich verschiedene Erwartungshaltungen identifizieren. Nach Bekanntwerden der Diagnose stellen viele Männer die Erwartung an sich selbst, der Partnerin so viel Normalität wie möglich zu bieten. Die bewusste

Entscheidung, die Frau im häuslichen Umfeld zu betreuen, wird dabei nicht nur als Ausdruck partnerschaftlicher Verantwortung, sondern auch als Versuch verstanden, den Alltag für beide Seiten in vertrauten Strukturen zu erhalten.

Neben den eigenen Erwartungen spielen zudem auch Erwartungen des sozialen Umfelds und allgemeine gesellschaftliche Einstellungen eine Rolle. Die kulturell geprägte Verortung von weiblichen Personen in der Care Arbeit ist zwar nach wie vor präsent, dennoch verspürten manche Befragte eine Erwartungshaltung Dritter – meist aus der eigenen Familie – die Sorgearbeit zu übernehmen. Dies zeigt, dass auch Angehörige beziehungsweise gesellschaftliche Vorstellungen von Männlichkeit und ehelichen Verpflichtungen den Entscheidungsprozess mitprägen und das Gefühl, Pflegeaufgaben selbst übernehmen zu müssen, verstärken können.

6.3.2 Kontextbedingungen

Neben den ursächlichen Auslösern prägen die Kontextbedingungen maßgeblich, wie Männer die Transition in die Rolle pflegender Angehöriger erleben. Diese stellen strukturelle, soziale und persönliche Rahmenbedingungen dar, innerhalb derer sich der Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein vollzieht. Die Kontextbedingungen sind ein wichtiger Faktor dafür, wie die Männer ihre Transition erleben und wie belastend der Einstieg in die Rolle des Pflegers empfunden wird.

6.3.2.1 Krankheitsbedingte Veränderungen im Alltag / Beziehungsleben

Wie bereits erwähnt prägen die Art und der Verlauf der Erkrankung der Partnerin den Einstieg in die Pflege. Die Männer beschreiben sowohl plötzliche Einschränkungen als auch den schleichenden Verlust verschiedener Fähigkeiten. Besonders hier muss in zwei Altersklassen unterschieden werden: Ältere Befragte bemerken nicht viel Unterschied durch die Erkrankungen der Ehefrauen und sehen ihre Aufgaben hauptsächlich im Da-sein. Sie bekommen mehr Unterstützung von den eigenen Kindern, erhalten Essen auf Rädern oder beziehen externe Unterstützungsdienste, die den Ehefrauen bei der Körperpflege behilflich sind. Allerdings sehen die Befragten diese Veränderungen als logisch folgenden Schritt in einen nächsten Lebensabschnitt. Ihnen ist die steigende

Pflegebedürftigkeit im höheren Alter bewusst, was ihnen im Gegensatz zu jüngeren Studienteilnehmern den Einstieg in die Rolle des pflegenden Angehörigen erleichtert hat.

Jüngere Befragte standen bei Übernahme von Pflege Tätigkeiten oft vor größeren Herausforderungen. Einerseits waren sie bei Beginn der Transition teilweise selbst noch im Berufsleben, andererseits kommen Diagnosestellungen oft sehr plötzlich, da man in jüngeren Jahren nicht mit krankheitsbedingten Einschränkungen rechnet. Diese unerwartete Konfrontation erfordert von den Betroffenen oft eine rasche Anpassung und führt nicht selten zu einer besonderen Herausforderung, da berufliche, partnerschaftliche und pflegerische Anforderungen gleichzeitig bewältigt werden müssen. Ein Teilnehmer schildert diese Situation folgendermaßen:

„Das war für mich auch Neuland, weil bisher war es so, wenn wir was gemacht haben, haben wir das miteinander gemacht. Wir haben alles miteinander gemacht. (...) Und auf einmal stehst du alleine da.“ (Herr Girking)

Neben dem Alter wirken sich insbesondere krankheitsbedingte körperliche Veränderungen auf die Gestaltung und Dynamik der Beziehung aus. Ein Teilnehmer berichtet davon, dass durch die Erkrankung seiner Frau die Intimität innerhalb ihrer Beziehung verloren ging. Für ihn war das anfangs sehr schwer zu akzeptieren, da er selbst noch aktiver gewesen wäre.

Die Teilnehmer berichten mit Beginn der Pflegebedürftigkeit von einem gleichzeitigen Auftreten von Ängsten. Dadurch, dass sie sich nun für die Frau auf einer pflegerischen Ebene verantwortlich fühlen, werden sie mit mehr Ängsten konfrontiert. Diese sind sehr breit gefächert, beispielsweise geben die Teilnehmer Angst vor einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Frau an oder berichten wie folgender Teilnehmer über die Angst, das erste Mal mit der akut erkrankten Frau alleine zu Hause zurechtkommen zu müssen:

„Das war sehr, sehr viel Unwissen natürlich und Angst, nicht. Weil mach ich das richtig, mach ich das nicht richtig, nicht? Medikamente geben und so weiter, wie wasche ich sie und so weiter. (...) Aber nach dem zweiten, dritten Mal alleine sie zu pflegen, das ist dann schon gegangen. Es kommt eine gewisse Routine hinein. (...) Aber das erste Mal hast du wirklich Angst und so weiter.“ (Herr Aichinger)

Auch Ängste über mögliche Stürze generell und speziell in Abwesenheit der Männer bis hin zu der Sorge, die Frau könnte in ihrer Demenz auf angezündete Kerzen vergessen, sind präsente Gedankengänge.

6.3.2.2 Wohn- und Lebensumfeld

Zum Zeitpunkt der Gespräche wohnen sieben von neun Ehefrauen der Befragten in einem Pflegeheim, vier davon waren zuvor, solange es für die Partner tragbar war, zu Hause. Eine Person ist auf Grund von akutem Krankheitsgeschehen noch in einem Pflegewohnheim, für sie wäre aber so bald wie möglich ein Umzug nach Hause geplant.

In welchem Umfeld die pflegebedürftigen Personen betreut werden sollen, ist eine Frage, die sich die Ehemänner als Hauptpflegepersonen früher oder später stellen müssen. Viele entscheiden sich zunächst für eine Betreuung der Frau im häuslichen Umfeld, teilweise auch, weil sich die Krankheiten der Partnerin chronisch verschlechtern und die Versorgung zu Beginn noch gut möglich erscheint. Aus unterschiedlichen Gründen ist dann ein Umzug in ein Pflegeheim notwendig, etwa weil sie zu Hause nicht mehr über die Stufen steigen können oder weil die Männer selbst an ihre Grenzen stoßen, die eine permanente Betreuung mit sich bringt. Ein Teilnehmer berichtet, seine sehr schwer betroffene Frau ist in das Pflegeheim umgezogen, da er selbst eine Operation benötigte und er niemanden sonst für seine Frau gehabt hätte:

„Drei Jahre lang bin ich gehumpelt und hab es immer wieder hinausgeschoben, eben wegen meiner Frau. (...) Aber das (*Anm.: die OP*) war eigentlich der Hauptbeweggrund, dass ich sie dann ins Heim gegeben hab, wobei es eigentlich eh schon nicht mehr gegangen ist.“

Jene Teilnehmer, die ihre Frauen zu Beginn und teilweise noch immer zu Hause betreuten, nahmen teilweise bauliche Veränderungen in den eigenen vier Wänden vor, um die Betreuung zu ermöglichen. So berichteten die Befragten von eingebauten Liften und Treppenliften, Adaptierungen von Griffen, Haltestangen oder Duschsesseln, oder die Beschaffung verschiedener Utensilien wie beispielsweise Pflegebette oder Badelifte. Ein Teilnehmer integrierte in das Ehebett sogar ein Pflegebett, er wollte damit so viel

Normalität in der Beziehung wie nur möglich bewahren. Ein weiterer Teilnehmer ist in eine barrierefreie Wohnung umgezogen, um der Frau ein nach Hause kommen zu ermöglichen.

6.3.2.3 Übernahme neuer Aufgaben und Verantwortlichkeiten

Im Zuge der Transition müssen von den Ehepartnern Aufgaben übernommen werden, die es zuvor nicht gab oder die zuvor die Frau erledigt hat. Diese Tätigkeiten sind laut Aussagen der Befragten sehr weit gestreut, manche bieten nur kleine Unterstützungen im Alltag an, während andere alles zu machen scheinen und dabei keine Zeit mehr für andere Dinge haben.

Einerseits werden durch die Männer nun vermehrt Tätigkeiten im Haushalt übernommen. Manche haben den Haushalt zuvor bereits gut untereinander aufgeteilt, andere mussten erst lernen, Wäsche zu waschen oder zu Kochen. Auch Einkaufen gehen und andere organisatorische Dinge, die bei manchen zuvor von den Frauen übernommen wurden, fielen nun auf die Männer zurück.

Andererseits wachsen die Männer durch pflegerische Tätigkeiten immer mehr in ihre neue Pfleger-Rolle. Je nach Erkrankungsbild liegen die Tätigkeiten hier auf verschiedenen Schwerpunkten. Zwei Herren, deren Ehefrauen an Demenz erkrankt waren, berichten von einem ständigen „Betreuen“ beziehungsweise „Da sein“, das auf Grund der Erkrankung notwendig war.

Bei körperlichen Krankheitsbildern lag der Schwerpunkt der Tätigkeiten vermehrt auf der physischen Versorgung. So unterstützten die Männer bei der Mobilisation, teilweise hoben sie ihre Frauen auch von einem Ort zum anderen. Ein Teilnehmer erzählte, dass er seine Frau jahrelang mindestens 20-mal pro Tag gehoben hatte, beispielsweise vom Rollstuhl in den Treppenlift oder aufs WC. Viele der Frauen benötigten beim Toilettengang oder bei der Inkontinenzversorgung Hilfestellung, wobei die Männer auch außerhalb der eigenen Wohnung im Krankenhaus oder im Pflegeheim unterstützten:

„Aber wie sie noch nicht aufstehen hat können, als sie die Schüssel gebraucht hat, da müssen wir niemandem schreien, weil, das ist kein Problem, das mache ich. Oder nachher, wenn es zum Putzen ist, das mach ich alles.“ (Herr Girking)

Weiters unterstützten die Männer beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege und beim Haarewaschen. Als sehr aufwändig wurden Zwischenfälle empfunden, die die Männer nicht kommen sahen, wie folgender Teilnehmer schildert:

„Wenn wieder Durchfall kommt oder irgendwas und von oben bis unten ist sie dann zu waschen ... ich hab dann oft ein Malheur gehabt, ich hab dann oft das Zeug nicht einmal mehr ausgezogen, sondern heruntergeschnitten. Weil ich mir gedacht hab, wenn eine Person – schätze, meine Frau hat damals so an die 68kg gehabt - die überhaupt nicht mithelfen kann, die muss man mal ausziehen. Und dann muss man schauen, wenn dann alles schon voll ist, dass nicht ALLES voll ist! Das Bett und alles. Das ist so aufwändig. Ich hab dann das Gewand oft herunter geschnitten, ob es eine Trainingshose war oder eine Unterhose. Dass ich das irgendwie ordentlich weg bring, ohne dass da eine totale ... Und da ist man wirklich beschäftigt. Und sie hat dann am Anfang auch noch so Spasmen gehabt, das sind so Muskelanspannungen, wo dann die Beine sich immer zurückgezogen haben, ohne dass sie das absichtlich wollte.“ (Herr Conrad)

Ein weiterer neuer Tätigkeitsbereich kam durch mehrmaliges Aufstehen in der Nacht hinzu, etwa weil die Frau auf die Toilette begleitet werden musste oder um die Frau anders zu positionieren, damit keine Druckgeschwüre entstanden. Dadurch kam es bei den Männern zu starken Ermüdungserscheinungen, da sie nachts nicht mehr durchschlafen konnten:

„Da war es so, das war ein paar Jahre lang, da hab ich sie drei, viermal in der Nacht auf die Toilette gehoben. Das heißt, da weißt du dann nicht mehr recht, ob Tag oder Nacht ist. Weil du am Tag nicht schläfst und in der Nacht nicht schläfst. Da ist es passiert, dass ich irgendwas gehört hab, da bin ich dann schon aufgestanden aus dem Bett und wollte sie schon herausheben aus dem Bett, daweil war gar nichts, sie hat gar nicht gerufen, sondern du hast nur etwas gehört und bist schon aufgestanden. Das war dann auch ein paar Jahre.“ (Herr Conrad)

6.3.2.4 Alltägliche Herausforderungen und Belastungen

Mit Beginn der täglichen Pflegepraxis stießen die Männer immer wieder auf Herausforderungen, die es zu bewältigen galt. Teilweise handelte es sich hier um physische Herausforderungen, da man beispielsweise erst herausfinden musste, wie man der Frau am besten beim Transfer half oder wie mit Spasmen umgegangen werden konnte. Der größere Teil an Herausforderungen fiel allerdings bei fast allen Befragten psychischen Herausforderungen und bürokratischen Hürden zu. Mehrere Teilnehmer schilderten, dass eine fehlende Einsicht der Partnerinnen für sie sehr herausfordernd war, da sie zusätzlich viel Überzeugungsarbeit leisten mussten. Die pflegebedürftigen Ehefrauen mussten oft von neuen Vorgehensweisen wie dem Tragen einer Inkontinenzversorgung oder der Notwendigkeit externer Unterstützungsdienste überzeugt werden, was für die Männer sehr schwer war.

Hinzu kommt, dass die Übernahme neuer Pflegetätigkeiten für die Partner häufig mit einer erheblichen emotionalen Belastung verbunden ist. Eigentlich bräuchte man Zeit und den gewohnten Zusammenhalt innerhalb der Beziehung, um schicksalshafte Diagnosestellungen zu verarbeiten, was durch die plötzlichen Anforderungen der neuen Situation nicht möglich ist. Die Ehemänner mussten teilweise von jetzt auf gleich sehr viel übernehmen und hatten kaum Zeit, über die Situation nachzudenken und eigenen Gefühle zu reflektieren. Ein Teilnehmer berichtet, dass seine Frau sehr lang eine falsche Diagnose hatte, anstelle von Alzheimer wurde zu Beginn jahrelang von Depressionen ausgegangen. Als dann die richtige Diagnose kam, war das für ihn ein großer Schock.

Die eigenen Partnerinnen so krank zu sehen ist für viele sehr schwer. Ein Teilnehmer, dessen Frau in einem Pflegeheim versorgt wird, berichtet, dass er jeden Abend so spät wie möglich nach Hause kommt, um nicht zu viel nachdenken zu müssen, da er seit dem Unfall seiner Frau unter Angstzuständen leidet:

„Das geht ja alles auf die Seele, ja. Und deswegen brauchst du dann Psychopharmaka, dass du das irgendwie überlebst, ja. Weil wenn ich nach Hause komm, (...) Das heißt ich komm nach Hause, setz mich hin und ich spür innen in mir drinnen, wie diese ganzen Angstzustände anfangen, ja. (...) Sobald es zur Ruhe kommt, fängt das Rad an zu rennen. Was ist, ja? Und jetzt meistens natürlich vor Weihnachten, nicht, weil ich kann

meine Frau nicht nach Hause holen. Warum machst du das und blablabla.

Da rennt das Rad, nicht.“ (Herr Aichinger)

Eine weitere Herausforderung ist für viele Teilnehmer die Beschaffung von Informationen. Da man mit der neuen Situation nicht vertraut ist, weiß man viele Dinge nicht und ist auf Schulungen oder Informationen durch Dritte angewiesen. Viele Dinge erfährt man erst mit der Zeit, das ist teilweise frustrierend, wenn man nach Jahren erfährt, dass es für bestimmte Probleme schon seit Beginn gute Lösungen gegeben hätte. Ein Teilnehmer berichtet davon, dass eine große Herausforderung in der Pflege die Regelblutung seiner querschnittsgelähmten Frau war. Erst nach einigen Jahren hat er erfahren, dass es dafür eine Spritze gibt, die das Ausbleiben der Monatsblutung bewirkt. Fehlende Informationen sind für viele eine zusätzliche Belastung:

„Du rennst immer offene Türen ein, du weißt nicht, wo du hingehen musst, das ist immer ein Problem.“ (Herr Conrad)

Auch der organisatorische Aufwand mit Behörden wird von einigen Befragten als zusätzliche Belastung wahrgenommen. Ein Teilnehmer berichtet, dass er immer um Pflegegeld kämpfen musste, solange er seine Frau zu Hause betreut hat. Jetzt, wo seine Gattin im Pflegewohnheim lebt, hat sie plötzlich eine viel höhere Einstufung. Auch ein weiterer Befragter erzählt, dass seiner Erfahrung nach die Ämter und Behörden nur auf Profit aus sind. Man habe mit der Pflege selbst schon genug zu tun und muss dann auch noch mit verschiedenen Institutionen verhandeln, von denen man sich nicht verstanden fühlt. Das belastet zusätzlich.

Alles in allem sind die Befragten in sehr vielen Bereichen herausgefordert. Alles unter einen Hut zu bringen und trotzdem so viel Normalität wie möglich zu bewahren ist für viele mit sehr großem Aufwand verbunden. Dennoch geben die Befragten an, dass man sich an die neue Situation mit der Zeit anpasst, man lernt, auch Herausforderungen zu tolerieren, vermutlich auch, weil man wenig Alternativen hat:

„Ich hab sie immer alleine gehabt. Das ist das Schwere gewesen. Aber man gewöhnt sich daran.“ (Herr Dorninger)

6.3.2.5 Spannungsfeld zwischen Selbstbewahrung und Pflegerolle

Ein wesentlicher Kontextfaktor in den Erzählungen der Männer ist das Spannungsfeld zwischen der eigenen Selbstbewahrung und der Übernahme der Pflegerolle. Viele Befragte beschreiben, dass sie im Verlauf der Transition ihre eigenen Bedürfnisse, Interessen oder Gewohnheiten zurückgestellt und diese teilweise nicht mehr wieder aufgenommen haben. Die Rolle des Pflegers wird nicht nur als zeitintensiv, sondern auch als emotional absorbierend erlebt, sodass kaum Freiräume für eigene Bedürfnisse bestehen.

Gleichzeitig berichten die Teilnehmer auch von ihren eigenen Ansprüchen, ihre Partnerin bestmöglich zu versorgen und ihr in allen Lebenslagen beizustehen. Dieser Anspruch kollidiert häufig mit dem Bedürfnis nach Selbstfürsorge. Während manche der Befragten bewusst versuchten, durch Spaziergänge oder der Teilnahme an Vereinstreffen ihren eigenen Bedürfnissen nachzugehen, hatten andere Probleme damit, die Zeit für sich selbst auch wirklich nutzen zu können, da sie gedanklich nicht von ihrer Versorgungsaufgabe loskamen:

„Der Hintergedanke war schon immer (...). Weil, das war schon immer ein bisschen unsicher. Ein gutes Gefühl hab ich nicht gehabt. (...) Dann hab ich eh in der Zwischenzeit einmal angerufen (...) Ja, wie gesagt, der Gedanke ist immer da. (...) Aber gezittert hab ich schon immer ein bisschen, dass sie nicht umfällt oder was, weil wenn sie dann daliegt, ist niemand da, nicht. Ich mein, Hintergedanken hat man schon.“ (Herr Dorninger)

Dieses Spannungsfeld zwischen Selbstbewahrung und Pflegerolle, das die Befragten durchlaufen, erweist sich als fortlaufender Aushandlungsprozess. Während eine zu starke Fokussierung auf die Pflegeaufgaben zu Erschöpfung und im weitesten auch zum Verlust der eigenen Identität führen kann, da man sich selbst stark vernachlässigt, erleben Männer, die sich Freiräume bewahren und diese auch nutzen, ihre Rolle häufig stabiler. Somit bildet dieses Spannungsfeld eine zentrale Rahmenbedingung, die nicht nur den Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein beeinflusst, sondern auch entscheidend ist für eine langfristige Bewältigung der Transition.

6.3.3 Intervenierende Bedingungen

In den Erzählungen der Befragten lassen sich Faktoren identifizieren, die den Umgang mit der neuen Rollensituation erleichtern beziehungsweise erschweren. Diese intervenierenden Bedingungen beeinflussen, inwieweit es gelingt, den Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein aufrecht zu erhalten.

6.3.3.1 Erfahrungen mit Unterstützungssystemen

Unterstützend beim Übergangsprozess in die neue Rolle des Pflegers können sowohl verschiedene Personen aus dem sozialen Umfeld, externe Hilfe und Betreuungsdienste sowie technische Hilfsmittel sein.

Viele Befragte geben an, besonders am Anfang der Erkrankung ihrer Frauen Unterstützungsangebote im Familien- und Freundeskreis erhalten zu haben. Dabei werden von den Befragten folgende Personen genannt: die eigenen Kinder (meistens die Töchter) und Schwiegertöchter, eine Arbeitskollegin, eine Nachbarin, die Schwester und der Bruder, die Mutter, die Tante, sowie Freundinnen und Freunde. Auffallend ist hier, dass die Männer in den untersuchten Fällen zwar immer die Hauptpflegepersonen ihrer Frauen waren, ihre eigenen Unterstützungssysteme aber überwiegend weiblich sind. Obwohl nun die meisten der Befragten angeben, zu Beginn des Übergangsprozesses Unterstützung durch Familienmitglieder beziehungsweise den Freundeskreis erhalten zu haben, berichten davon wiederum einige, dass diese Unterstützung nicht von Dauer ist und sich die Angehörigen nach ein bis zwei Jahren wieder zurückziehen:

„Aber Schwester und so weiter, also das hat sich nach ein, eineinhalb Jahren sind Freunde, Bekannte, Nachbarn, das hat sich aufgelöst. Ja, also nach eineinhalb Jahren bist du dann ganz allein. Aber es ist überall so lustigerweise, wenn man sich umhört.“ (Herr Aichinger)

Ein Teilnehmer berichtet sogar, dass in seinem Fall die Familie ab dem ersten Tag weg war, er hatte von niemandem Rückhalt und war für viele Jahre neben externen Unterstützungsdiensten die einzige Bezugsperson für seine Frau.

Externe Unterstützungsdienste wie das Rote Kreuz, die Caritas oder die persönliche Assistenz werden von ungefähr der Hälfte jener Männer angenommen, die die Frauen lange

Zeit zu Hause pflegten. Bei einem eventuellen Umzug in ein Pflegeheim waren es oft die Hausärztinnen und Hausärzte, die den Männern dabei geholfen haben. Generell wird eine gute Beziehung zur Hausärztin beziehungsweise zum Hausarzt von den pflegenden Angehörigen als sehr wichtig empfunden, bei dringenden Fragen sind diese oft die erste Anlaufstelle.

Auch technische Hilfsmittel für den Pflegealltag und eine gute Beratung etwa durch Bandagisten wird von den Männern als unterstützend empfunden. So verwenden die pflegenden Angehörigen im Alltag verschiedene Hilfsmittel, die von einfachen Unterstützungsgeräten wie Rufhilfen oder haushaltsentlastenden Technologien wie zum Beispiel einem Thermomix bis hin zu komplexeren technischen Vorrichtungen wie speziellen Gurten für Treppenlifte oder Badeliften reichen.

Weiters gibt ein Teilnehmer an, dass es für ihn vor allem der Glaube ist, der ihm im Alltag Unterstützung gibt. Ein anderer Befragter erwähnt seinen Kater, der immer für ihn da ist und ihm so das Gefühl vermittelt, nicht alleine dazustehen. Auch freundliches Personal in Krankenhäusern oder Pflegewohnheimen geben den Männern Kraft. Für erwerbstätige ist auch der Rückhalt der Arbeitgeber ein wichtiger Unterstützungsfaktor. Auch die eigenen Frauen sind teilweise unterstützend für die Männer, weil sie nach wie vor beratend zur Seite stehen können.

6.3.3.2 Erleben sozialer Isolation

Ein häufig wiederkehrendes Thema in den Gesprächen war die Erfahrung der sozialen Isolation im Zuge der Erkrankung der Ehefrauen und der daraus resultierenden Pflegeübernahme. Die Teilnehmer berichten, dass ihr Sozialleben stark eingeschränkt wurde, da viel Zeit und Energie für die pflegerischen Tätigkeiten beansprucht wurden. Der Kontakt zu Bekannten reduziert sich, wodurch die Rolle des Pflegers als noch dominanter empfunden wird.

Die Rückzüge aus der Gesellschaft sind zum Teil bewusst gewählt, weil einerseits die Pflegearbeit als primäre Aufgabe angesehen wird und die Teilnehmer andererseits die Gesellschaft meiden, um nicht immer auf die schwere Situation zu Hause angesprochen zu werden. Auch um andere zu schützen und sie nicht mit eigenen Problemen zu belasten,

ziehen sich einige Befragte zurück und thematisieren auch im Familienkreis nur oberflächlich ihre Alltagsherausforderungen:

„Ich wollte meine Tochter nicht belasten, der hab ich nur das Notwendigste erzählt. Weil das ist für mich die einzige Ansprechperson. (...) Und ich erzähl auch nicht jede Begebenheit, die ich erleb mit der Mutter, wenn es ganz negativ ist, gell.“
(Herr Fuchs)

Gleichzeitig wird die soziale Distanz zu sozialen Netzwerken auch als schmerzhaft erlebt, die Befragten haben niemanden zum Reden und können der eigenen neuen Rolle kaum mehr entfliehen. Dies verstärkt die Isolation und führt zu Gefühlen von Einsamkeit.

Dadurch, dass die pflegenden Männer immer wieder bei Veranstaltungen auf Grund ihrer neuen Verpflichtungen absagen müssen, werden sie teilweise gar nicht mehr zu weiteren Treffen eingeladen, was die soziale Isolation fördert. Auch direkte Kündigungen von Freundschaften werden erlebt, ein Teilnehmer berichtet von einer langjährigen Nachbarschaftsrunde, aus der er und seine Frau bewusst ausgeschlossen wurden, da man mit der erkrankten Frau nichts zu tun haben wollte.

Insgesamt wird in fast allen Gesprächen verdeutlicht, dass sich soziale Kontakte deutlich reduzieren. Somit werden den Männern einerseits wertvolle Ressourcen für emotionale Stabilität entzogen, andererseits wird dadurch die Pflegerolle verstärkt und so das Ausbalancieren der beiden Rollen erschwert.

6.3.3.3 Rückmeldungen aus dem Umfeld

Schließlich spielt auch die Resonanz aus dem persönlichen Umfeld eine Rolle. Viele berichten, dass ihre Tätigkeiten als pflegende Angehörige im sozialen Umfeld nur eingeschränkt sichtbar sind und nehmen kaum Reaktionen anderer wahr.

Ein paar Teilnehmer schildern, dass sie positive und bestärkende Rückmeldungen aus dem Umfeld als kraftgebende Ressource empfanden. Anerkennung durch Nachbarinnen oder den Freundeskreis stärkt das Gefühl, in der Pflegerolle ernstgenommen zu werden.

Selbst kleine Gesten von Wertschätzung werden als positiv wahrgenommen und wirken identitätsstabilisierend.

Gleichzeitig berichten andere Teilnehmer von fehlenden Reaktionen, man würde weder Positives noch Negatives vernehmen. Als verunsichernd wiederum wurden Aussagen wie „Ich könnte das nicht“ verstanden. Diese verbalisieren zwar einerseits Anerkennung für geleistete Aufgaben, vermitteln aber auch das Gefühl, in einer Sonderrolle zu stehen und „anders“ zu sein.

Gesellschaftliche Anerkennung kann somit entscheidend auf den Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein wirken und die Integration der Pflegerolle in das Selbstbild fördern beziehungsweise behindern.

6.3.4 Handlungs- und Interaktionsstrategien

Die Transition in die Rolle des pflegenden Angehörigen ist durch verschiedene Bedingungen geprägt, die sowohl die individuelle, partnerschaftliche als auch gesellschaftliche Ebene beeinflussen. Vor diesem Hintergrund stellt sich nun die Frage, welche Strategien die Männer entwickeln, um den Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein zu bewältigen. Es konnten drei Überkategorien gefunden werden, die zum Teil aktiv, zum anderen Teil aber auch passiv, also unbewusst, von den Männern als Handlungsstrategie verwendet werden.

6.3.4.1 Nutzung eigener Ressourcen

Im Verlauf des Übergangsprozesses entwickeln die Männer individuelle Ressourcen, die teils bewusst, teils unbewusst entstehen und ihnen dabei helfen, die Transition zu bewältigen und zu verarbeiten. Ein wichtiger Aspekt stellt in diesem Zusammenhang das Aufbauen von Sicherheitsnetzen dar. So berichtet ein Teilnehmer, dass er sich im Pflegeheim nach verfügbaren Betreuungsplätzen erkundigte. Bereits die Information, im Bedarfsfall einen verfügbaren Platz für seine Frau zu bekommen, vermittelt ihm ein Gefühl von Sicherheit. Obwohl er weiterhin im häuslichen Umfeld für seine Frau sorgt, ermöglicht ihm das Wissen um eine verlässliche Alternative eine gewisse Entlastung und trägt zu seiner psychischen Stabilität bei.

Eine weitere wichtige Ressource stellt das Fragen um Hilfe dar. Die pflegenden Männer erkennen eigene Grenzen und erweitern ihr Wissen, indem sie professionelles Personal um Hilfe bitten. Die Aneignung neuen Wissens trägt dazu bei, Ängste zu überwinden, da Unsicherheit häufig durch fehlende Kenntnisse verstärkt wird. Mit zunehmendem Wissen entwickeln die Männer im Pflegealltag mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, agieren selbstständiger und sicherer und festigen dadurch – teils bewusst, teils unbewusst – ihre Rolle als Pflegende.

Der gleichzeitige Versuch, auch eigenen Bedürfnissen gerecht zu werden, verdeutlicht den Balanceakt, den die Männer bewältigen müssen. Ein Teilnehmer berichtet, dass er sich oft rechtfertigen musste, wenn er eigenen Bedürfnissen nachging und seine Frau trotz Rufhilfe für kurze Zeit alleine zu Hause ließ. Dennoch ließ er sich nicht davon abhalten, seine Freizeit wahrzunehmen. Diese Abwechslung zum monotonen Alltagsleben stärkt sein psychisches Wohlbefinden:

„Jetzt war ich nochmal 13 Jahre lang Seniorenbundobmann. Ja und da fahr ich heute auch noch jeden Donnerstag für zwei Stunden hin, weil da sind wir gesellig beieinander, 30 Senioren, und wissen Sie, da blüht man auf. Da kann ich abschalten.“ (Herr Hirsch)

Um neben dem Pfleger-Dasein gleichzeitig auch Partner zu sein, versuchen viele Männer, so viel Normalität wie möglich zu bewahren. Sie fahren weiterhin mit der Frau auf Urlaub, unternehmen Ausflüge, pflegen gemeinsame Routinen und Rituale und bemühen sich, partnerschaftliche Elemente des Zusammenlebens aufrechtzuerhalten. Auf diese Weise soll die Beziehung nicht ausschließlich durch die Pflege geprägt sein, sondern auch Raum für gemeinsames Erleben und Verbundenheit bestehen bleiben.³

Viele der Befragten geben an, dass es vor allem Bewegung ist, die sich positiv auf das emotionale Gleichgewicht auswirkt. Die Teilnehmenden berichten von Radfahren, langen Spaziergängen oder auch Schifahren, was ihnen einen willkommenen und kraftgebenden Ausgleich zum pflegerischen Dasein bietet.

³ Hier muss angemerkt werden, dass dies nicht bei allen Paaren der Fall war. Bei sehr starkem Krankheitsausmaß der Frau wurden die partnerschaftlichen Elemente in der Beziehung immer weniger.

6.3.4.2 Entwicklung stabilisierender Routinen

Ein zentrales Element der Handlungsstrategien der Männer liegt in der bewussten Strukturierung des Alltags. Die Befragten berichten von Veränderungen im Tagesablauf durch die Integration von Pflege Tätigkeiten. Um die neue Situation mit all ihren Anforderungen in den Alltag zu integrieren, wurden neue Routinen entwickelt, die durch Struktur mehr Orientierung im Alltag boten. So berichtet ein Teilnehmer davon, dass sein Tag durch die Anforderungen der Pflege Tätigkeiten um einiges früher beginnt als zuvor, da er seiner Frau bei der Morgenhygiene Unterstützung bietet. Dennoch frühstücken die beiden gemeinsam, bevor sie zur Arbeit gehen. Die Entwicklung solcher Routinen reichen über praktische Abläufe hinaus – sie beinhalten eine emotionale Stabilisierung. Pflege Tätigkeiten werden in den Alltag integriert, gleichzeitig werden aber auch gemeinsame Momente, wie in diesem Beispiel das gemeinsame Frühstück, beibehalten. So kann die Beziehung trotz Krankheit fortbestehen, es wird ein Gleichgewicht zwischen Partner sein und Pfleger sein geschaffen.

Auch andere Befragte berichten von der Strukturierung des Alltags. Sie entwickeln Routinen, wann sie die Frau im Pflegeheim besuchen, wann sie sich um den Haushalt kümmern und wann sie die Zeit nur für sich beanspruchen, etwa durch Spaziergänge oder ausgedehntes Frühstück. Im häuslichen Pflegesetting werden Termine koordiniert, etwa wann die Frau durch persönliche Assistenz unterstützt wird und wann der Mann wieder von der Arbeit zurück sein soll, um die Betreuung zu übernehmen.

Die Betreuung der Ehefrauen entwickelt sich vor allem mit dem Faktor Zeit zu einer gewissen Routine für die Ehemänner. Beispielsweise schilderten Männer von psychisch erkrankten Partnerinnen, dass sie im Verlauf lernten, die Kommunikation bewusster zu gestalten. Sie reflektieren genauer, welche Themen aufgegriffen werden konnten und welche vermieden werden sollten, um den Gesprächsverlauf möglichst konstruktiv zu gestalten.

Ein weiterer Aspekt, der im Verlauf der Transition von den Männern gelernt wurde, ist das Reden über das Erlebte. Viele haben festgestellt, dass es ihnen besser geht, wenn sie über ihre Erfahrungen mit anderen reden können, ein paar wenige der Befragten sind auch Mitglieder in Gruppen für Pflegenden Angehörige und haben so einen Diskurs mit Personen

in ähnlichen Situationen. Ein Befragter schildert, dass ihm das offen Reden darüber sehr guttut:

„Also Reden ist das aller wichtigste. Sich von der Seele etwas reden, das hat schon seine Bedeutung, das stimmt schon. Zumindest bei mir. Darum red ich ganz zwanglos und auch gerne darüber.“ (Herr Girking)

Insgesamt zeigt sich, dass die Entwicklung von Routinen nicht nur praktische Effizienz schafft, sondern vor allem ein zentrales Instrument ist, um emotionale Belastung zu reduzieren und die eigene Rolle als Partner und Pfleger bestmöglich auszubalancieren.

6.3.4.3 Neugestaltung von Rollen- und Aufgabenverteilung

Ein weiterer Bestandteil der Handlungs- und Interaktionsstrategien liegt in der (un-)bewussten Neugestaltung von Rollen- und Aufgabenbereichen. Die Pflege der Partnerin bringt häufig eine Umkehr beziehungsweise Verschiebung von traditionellen Verantwortlichkeiten mit sich. Tätigkeiten, die zuvor von der Partnerin übernommen wurden, fallen nun den Männern zu. Beispielsweise wurde immer wieder erzählt, dass vor allem die Haushaltsführung als neues Aufgabenfeld übernommen wurde:

„Ich hab nicht mal gewusst, wie ich die Waschmaschine einschalte.“ (Herr Dorninger)

Diese Übernahme neuer Aufgabenbereiche wurde als ambivalent erlebt. Einerseits fühlten sich die Männer herausgefordert, die neuen, zusätzlichen Aufgaben zu bewältigen, andererseits beschrieben andere auch Stolz über ihre Lernfortschritte und das Gefühl, die Verantwortung zu tragen. Durch die Überwindung stereotypischer Rollenklischees gewannen sie an Selbstvertrauen und definierten Männlichkeit weniger stark über Stereotype:

„... Und genauso kann ich das. Ich kann Bad putzen ich kann Boden putzen ich kann abwaschen, genauso gut wie eine Frau.“ (Herr Conrad)

Darüber hinaus mussten innerhalb der Beziehungen Nähe und Distanz neu ausgehandelt werden. Insbesondere bei Personen, die vermehrt auf die körperliche Unterstützung ihrer Partner angewiesen sind, war diese neue Dynamik oft mit Unsicherheit verbunden, da intime Pflegetätigkeiten sowohl Nähe als auch Rollenwechsel erforderten und somit die bisherige partnerschaftliche Dynamik neu organisiert werden musste:

„Natürlich küsst man sich und so weiter. Aber emotional ist das ganz wo anders.“
(Herr Aichinger)

Auch Teilnehmer, deren Frauen mittlerweile in Pflegewohnheimen lebten, berichteten davon, nach wie vor noch ein *Paar* zu sein. Teilweise etablierten die Männer Ausflüge oder sogar Urlaube mit ihren Ehefrauen in ihren Alltag, um trotz der Erkrankung die partnerschaftliche Beziehung bestmöglich fortführen zu können.

6.3.5 Konsequenzen

Der Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein wird durch vielfältige Faktoren beeinflusst. In diesem Kapitel soll nun der Frage nachgegangen werden, welche Konsequenzen dieses Kernphänomen mit sich zieht und wie die Transition von den Männern erlebt wird.

6.3.5.1 Umstrukturierung des Alltags

Eine direkte Konsequenz war die teilweise tiefgreifende Umstrukturierung des Alltags. Die Männer beschreiben, dass sie den Tagesablauf zunehmend nach den Bedürfnissen der Frau gestalteten. Beispielsweise gab ein Befragter seine Anstellung auf und machte sich selbstständig, um von zu Hause aus arbeiten und so gleichzeitig auch für die Frau da sein zu können.

Spontanität wurde durch die Pflegeanforderungen bei den meisten stark eingeschränkt, Aktivitäten außerhalb des eigenen Umfelds mussten genau organisiert werden und brauchten Vorbereitungszeit. Ein Teilnehmer schildert, dass es sehr schwierig wurde, mit

seiner auf den Rollstuhl angewiesenen Frau und dem gemeinsamen Kind auf Urlaub zu fahren, weil er sich nicht um beide gleichzeitig kümmern kann.

Auch Freizeitaktivitäten und Hobbys der Männer wurden stark eingeschränkt. Viele berichten davon, viel Zeit zu Hause zu verbringen und nur noch selten etwas zu unternehmen. Bei Aktivitäten haben die Männer stets ihr Handy dabei, um immer für die Frau erreichbar zu sein. Ein Teilnehmer berichtet davon, hin und wieder von Vereinstreffen nach Hause zu fahren, der Frau behilflich zu sein und wieder zu den Treffen zurückzufahren.

6.3.5.2 Veränderungen im familiären Kontext

Krankheitsbeginn und daraus resultierende Pflegeübernahme brachten auch verschiedene Folgen für die familiären Verhältnisse. Das erweiterte familiäre Umfeld zog sich in vielen Fällen der Befragten eher zurück, man hatte zwar schon noch Kontakt, dieser wurde aber oberflächlicher und distanzierter. Weniger Veränderungen gab es im unmittelbaren Familienleben: Die Mehrheit der Teilnehmer berichtet von sehr ähnlichen Verhältnissen wie zuvor, erwachsene Kinder waren oft eine Unterstützung für die Väter, die die Hauptpflegerrolle übernahmen. Nur ein Teilnehmer, dessen Tochter bei Erkrankung der Frau im Teenageralter war, schildert ein distanzierteres Verhältnis. Auf Grund der schweren Betroffenheit der Frau ist die gemeinsame Tochter traumatisiert und kann die Mutter nicht mehr sehen, was für den Teilnehmer als Familienvater und Ehemann sehr schwer ist.

6.3.5.3 Seine Rolle erkennen und leben

Die Transition in die Pflegerolle brachte die Notwendigkeit mit sich, die eigene Rolle zu reflektieren und neu zu definieren. Die Befragte berichten, dass es vor allem Zeit braucht, sich an die neuen Umstände zu gewöhnen und neue Aspekte in die eigene Rolle zu integrieren:

„Ich glaube, da wächst man einfach rein. Da denkt man nicht dran. Also ich halt nicht. (...) Man muss halt mehr selber nachdenken, wie das funktionieren könnte. Das glaub ich. Aber sonst ist das einfach mit der Zeit. Sicher, es ist nicht mehr so einfach wie früher, (...) weil man einfach viel mehr Sachen berücksichtigen

muss. Aber sonst. Man recherchiert mehr, ob das dann dort gut passt oder nicht. Das ist das.“ (Herr Irndorfer)

Ein Unterschied konnte hier bei den verschiedenen Altersgruppen der Befragten festgestellt werden. Teilnehmer, die in jüngeren Jahren die Transition zum pflegenden Partner erlebten, fiel es tendenziell schwerer, in ihre neue Rolle hineinzuwachsen, sie benötigten dafür mehr Zeit. Gleichzeitig war die Gruppe jüngerer Teilnehmer aber auch jene, die ihr Handeln stärker reflektierte und dadurch ein gefestigteres (neues) Rollenbild schuf. Von der älteren Teilnehmergruppe wurde die Rolle weniger stark hinterfragt, da sie von den Teilnehmern als logischer Lebensabschnitt angesehen wurde und somit für die Befragten nicht sehr stark als hinterfragwürdig galt.

6.3.5.4 Akzeptanz der Situation

Als finale Konsequenz kann die Akzeptanz der Situation angesehen werden. Dabei spielt vor allem Zeit eine wesentliche Rolle, da es sich um einen Prozess handelt und man in eine neue Rolle hineinwachsen muss. Ein Teilnehmer berichtet, dass es für ihn zwei Jahre gedauert hat, bis er die Situation annehmen konnte und die neue Rolle akzeptierte. Gründe für diese lange Dauer sind vor allem Hoffnung auf Besserung, die sich die Männer für ihre erkrankten Frauen wünschen. Zu Beginn der Diagnosestellung kämpft man und versucht verschiedene Wege, ein möglichst gutes Outcome der Situation erreichen zu können. Um die neuen Umstände annehmen zu können ist es wichtig, Realität zu schaffen. Vor allem gut geschultes Fachpersonal kann dazu beitragen, indem die Betroffenen und ihre Angehörigen darüber aufgeklärt werden, was in ihrem Fall möglich ist und was nicht. Falsche Hoffnungen zu kreieren ist äußerst hinderlich, da es eine Annahme der Situation hinauszögert. Akzeptanz bedeutet dabei nicht Resignation, sondern vielmehr eine bewusste Anerkennung der veränderten Lebensrealität. Sie ermöglicht es, Energien nicht mehr in Abwehr und Frust zu investieren, sondern in konstruktive Strategien zur Bewältigung des Alltags.

6.4 Die Transition als Prozess

Die Transition in die Rolle des pflegenden Angehörigen ist ein Prozess, der verschiedene Phasen beinhaltet. Wie schnell dieser Prozess von den Männern durchlebt wird, ist sehr individuell. Im Rahmen der geführten Gespräche lassen sich einige Merkmale identifizieren, die bei mehreren Personen im Übergangsprozess vorgekommen sind.

Das folgende Phasenmodell der Transition visualisiert deren Verlauf:

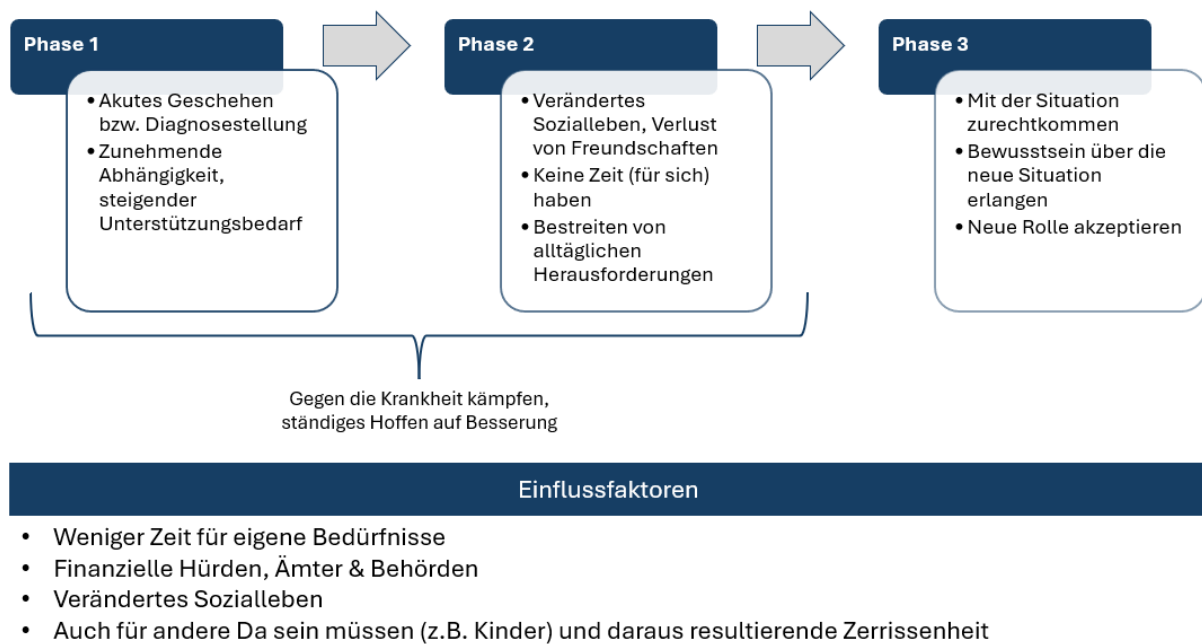


Abbildung 3: Phasen der Transition

Beginn der Transition

Der Beginn des Übergangsprozesses ist zwar für alle Befragten Personen die Diagnosestellung beziehungsweise die beginnende Erkrankung der Frau, allerdings muss hier zwischen einem akuten und einem chronischen Verlauf bei den Krankheitsbildern unterschieden werden. Während bei chronischen Erkrankungen der Übergang in die Pflegerolle meist schrittweise und begleitend zum Krankheitsverlauf erfolgt, wird der Übergangsprozess bei akuten Krankheitsverläufen häufig durch ein abruptes, einschneidendes Ereignis ausgelöst, das eine sofortige Anpassung der Betroffenen erfordert. Krankheitsverlauf und Transitionsprozess verlaufen also direkt proportional zueinander. Ein Teilnehmer, dessen Frau akut erkrankte, beschreibt die Situation folgendermaßen:

„Es war von einem Tag auf den anderen alles anders. (...) Und da ist die Situation dann von einem Tag auf den anderen gröber am Kopf gestanden“ (Herr Girking)

Die Befragten schilderten, sich in eine neue Situation hineingestoßen zu fühlen, man hatte keine Zeit, um sich auf neue Gegebenheiten umzustellen, da man plötzlich rund um die Uhr beschäftigt ist.

Erste Phase

In der ersten Phase der Transition priorisieren die Männer die Erkrankung der Partnerin und sind mit sehr vielen neuen Tatsachen konfrontiert, die sie zuvor nicht kannten. Dieses Unwissen über die Krankheit und eine Überforderung im Alltag fördert Angstgefühle, dass man etwas falsch machen könnte. Man hinterfragt ständig die eigene Handlungsweise und versucht, alles richtig zu machen.

Außerdem ist diese beginnende Phase oft gekennzeichnet mit einem starken Willen der Ehemänner, gegen die Krankheit anzukämpfen. Man versucht verschiedene Wege, das Outcome der Krankheit zu optimieren und hat Hoffnung auf Besserung der Situation:

„Und, du kämpfst, wenn du die Diagnose bekommst, dann ist es ja nicht so, dass du sagst ‚So jetzt hab ich die Diagnose und so ist das‘. Du kämpfst ja. Du sagst: ‚Alle sterben an der Krankheit‘, es ist ganz egal welche Krankheit, ‚aber ich werd nicht sterben dran.‘ “ (Herr Conrad)

Bei chronischen Krankheitsverläufen berichten die Männer von teils ähnlichen Verhaltensweisen. Gleichzeitig zeigen sich jedoch Unterschiede: Durch die schleichende Entwicklung und Chronizität der Erkrankung wird diese zu Beginn häufig kaum wahrgenommen und im Alltag zunächst verdrängt oder ignoriert, da ihre Auswirkungen zu Beginn nur geringfügig spürbar sind. Erst bei zunehmender Hilfestellung durch die Männer wird die Erkrankung auch wirklich wahrgenommen und die Etablierung der Pflegerolle beginnt.

Zweite Phase

In einer zweiten Phase der Transition erleben die Männer sowohl bei akuten als auch chronischen Krankheitsverläufen unterschiedliche Veränderungen in ihrem Alltagsleben. Viele berichten, dass das Sozialleben außerhalb des eigenen Umfelds durch die neuen Rollenanforderungen eingeschränkt wird. Auch für sich selbst haben die Betroffenen weniger Zeit, eigene Bedürfnisse werden vernachlässigt.

„Ich hab mich nie gefragt, was ich genau will. (...) Aber du hast nie so richtig Zeit gehabt für dich, dass du in dich selber reinhörst.“ (Herr Conrad)

Teilweise schildern die Befragten, dass sie die Frage nach Ursachen im Übergangsprozess stark beschäftigt. Im Reflektieren der Situation wird nach dem Wieso gefragt. Verschiedene Zugänge werden dabei als Antwort geduldet, etwa medizinische Erklärungen wie beispielsweise genetische Veranlagung oder auch eigene Herleitungen, die das Auftreten der Erkrankung erklären könnten.

Dritte Phase

Die dritte Phase ist durch das Bewusstwerden der eigenen Rolle gekennzeichnet. Die Angehörigen kommen mit der Situation zurecht, sie entwickeln Strategien für den Alltag. Die neuen Lebensumstände werden angenommen und die neue Rolle durch die Erkrankung der Frau kann akzeptiert werden. Ein Teilnehmer berichtet, dass das Bewusstsein über die eigene Rolle mit der Zeit kommt:

„Naja, das ist einfach mit der Zeit gekommen. Wenn ich meiner Frau in der Dusche geholfen hab, beim Waschen, Kopfwaschen. Am Anfang hat sie Pants gehabt. Also am Anfang nicht. Irgendwann ist das dann gekommen, dass sie Pants gebraucht hat, weil sie den Harndrang nichtmehr so bremsen hat können oder irgendwas. Dann hat es angefangen, mit den ganzen Hilfsmitteln von den Bandagisten, die es da gibt, einfach mit dem Mithelfen. Pants tauschen und so Sachen, mit dem ist das eigentlich gekommen, sag ich.“ (Herr Irndorfer)

Für manche der Befragten gestaltet sich die Annahme der Pflegesituation als besonders herausfordernd. Der Beginn der Transition ist häufig von der Hoffnung geprägt, dass sich der Gesundheitszustand der Partnerin wieder verbessert. Mit dem fortschreitenden Verlauf der Erkrankung und der zunehmenden Einsicht in deren Unumkehrbarkeit wird jedoch deutlich, dass ein dauerhafter Anpassungsprozess erforderlich ist. Die bewusste Annahme der Situation kann als Ausdruck von Akzeptanz im Transitionsprozess nach Meleis (2010) verstanden werden. Gleichzeitig wird diese Erkenntnis von einigen Teilnehmenden als emotional belastend beschrieben, da sie mit dem Verlust von Hoffnung einhergeht. Mehrere Männer berichten, dass die Wahrnehmung der Endgültigkeit und das Wissen um die fehlende Aussicht auf Besserung als stark deprimierend erlebt werden. Andererseits muss auch erwähnt werden, dass es auch in der finalen Phase der Akzeptanz durchaus Teilnehmer gibt, die dennoch sehr optimistisch sind und die Motivation haben, auch aus einer schweren Situation das Beste daraus hervorzuholen:

„Man muss die Situation annehmen, es hilft nichts, wenn ich mich jetzt selbst bemitleide und mich krank jammere. Es hilft auch nichts, wenn man sich verzweifelt Fragen stellt, so warum wir, und hätte ich, wäre ich. Sondern der Blick ist nach vorne.“ (Herr Girking)

Diese finale Phase verdeutlicht die Tatsache, dass die Pflegerolle nicht als vorübergehende Belastung erlebt wird, sondern als Teil der eigenen Identität und des gemeinsamen Alltags anerkannt wird. Es werden Wege verfestigt, die den Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein dauerhaft gestalten.

7 Diskussion

Die vorliegende Forschungsarbeit hat es sich zum Ziel gesetzt, einen tieferen Einblick in die Angehörigenpflege durch (Ehe-)Partner zu gewinnen. Im Fokus stand dabei der Übergang in die Rolle des pflegenden Partners. Im folgenden Kapitel werden die in der Analyse gewonnenen Ergebnisse im Lichte bestehender Forschung und theoretischer Ansätze diskutiert. Dabei wird versucht, eine Antwort auf die Forschungsfrage „Wie erleben Männer die Transition in die Rolle des pflegenden Partners?“ zu geben. Ziel ist es, die Bedeutung des identifizierten Kernphänomens „Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein“ im Kontext der bereits vorhandenen Literatur und in Zusammenhang des Transitionsmodells nach Meleis zu beleuchten.

7.1 Einordnung der Ergebnisse in den Forschungsstand & Beantwortung der Forschungsfrage

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass Männer (in dieser Studie ausschließlich Ehemänner) in der Angehörigenpflege mit einer Vielzahl an Emotionen, Herausforderungen und Aufgaben konfrontiert werden. Um den neuen Anforderungen, die mit der Erkrankung der Partnerinnen einhergehen, gerecht werden zu können und gleichzeitig die bestehende Partnerschaft aufrecht zu erhalten, finden sich die Männer in einem kontinuierlichen **Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein** wieder. Dieses Spannungsfeld zeigt einen komplexen Prozess der Identitätsarbeit, in dem partnerschaftliche Bindung, Anforderungen an pflegerisches Handeln und traditionelle Geschlechterrollen in Beziehung zueinander stehen.

Rollenbilder und Männlichkeitskonstruktion in der informellen Pflege

Nach wie vor wird Pflegearbeit sehr stark mit Weiblichkeit, Empathie und Emotionalität assoziiert, während Männlichkeit traditionell mit Rationalität und Autonomie verknüpft bleibt (Robinson et al., 2014; Kenny et al., 2019). Befassen sich Männer also mit pflegerischen Tätigkeiten in Pflegesituationen, befinden sie sich in einem Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Normen und persönlichen Anforderungen innerhalb der

Pflegearbeit. Zygouri et al. (2021) beschreiben, dass Männer in der Angehörigenpflege verstärkt problemorientierte Coping-Strategien entwickeln. Sie betrachten den Pflegeprozess als eine neue Art berufliche Rolle und führen diese Fürsorgerolle pragmatisch aus, als handle es sich um die Erledigung einer Reihe von Aufgaben, wobei sie die emotionalen Aspekte der Pflege in den Hintergrund stellen (Zygouri et al., 2021).

Die durchgeführte Forschungsarbeit bestätigt diese Beobachtung, zeigt jedoch auch, dass Männer im Laufe der Pflegearbeit eine Transition durchlaufen, indem sich diese funktionale Rolle zunehmend mit emotionalen Perspektiven verbindet. Der **Balanceakt**, den die Männer im Übergangsprozess erfahren, verdeutlicht, dass die Männer Fürsorge und Männlichkeit nicht als Gegensätze begreifen, sondern beide Rollenbilder in ein neu konzipiertes Selbstbild integrieren und in Zusammenhang bringen. Während zu Beginn häufig organisatorische Maßnahmen im Vordergrund stehen, bekommt das emotionale und körperliche Wohlbefinden der Partnerin mit der Zeit einen immer größer werdenden Stellenwert. Dadurch zeigt sich, dass die eigene Geschlechtsidentität reflektiert und neu verhandelt wird, indem pflegerische Tätigkeiten mit männlicher Identität verknüpft werden.

Intimität, Körperlichkeit und Grenzen

Pflege innerhalb einer Partnerschaft verändert die Dynamik von Nähe und Intimität grundlegend. Durch die Übernahme pflegerischer Tätigkeiten müssen diese Themen neu ausverhandelt werden.

Für viele Männer bedeutet die körperliche Pflege ihrer Partnerin – etwa beim Waschen, Ankleiden oder bei der Körperhygiene – einen deutlichen Bruch mit den gewohnten Formen der bisherigen Intimität. Eine Studie durch Stefánsdóttir et al. (2022) untersucht Männer, deren Frauen an Demenz erkrankt sind. Die Ergebnisse zeigen, dass die älteren, vollzeitpflegenden Männer das Gefühl haben, durch den Wegfall gemeinsamer Routinen und Intimität ihre Partnerschaft schrittweise zu verlieren. Körperliche Nähe in der Pflege kann zugleich als Ausdruck von Fürsorge und als Quelle von Überforderung erlebt werden. Einerseits kann die Pflege der Frau die körperliche Verbundenheit vertiefen und das

Gefühl von Nähe stärken, andererseits konfrontiert sie Männer mit eventueller Scham und Hilflosigkeit, was Distanz verstärkt (Stefánsdóttir et al., 2022).

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass sich Nähe und Intimität innerhalb der Beziehung stark verändern. Für viele Männer besteht der Wunsch, ihrem bisherigen partnerschaftlichen Verständnis von Intimität weiterhin Ausdruck zu verleihen, was allerdings auf Grund des Ausmaßes der jeweiligen Erkrankung der Frau nicht immer möglich ist. Diese Diskrepanz zwischen Wunsch und Möglichkeit wird von den Männern als sehr einschneidend erlebt und stellt eine zentrale Veränderung in der bisherigen Normalität der Beziehung dar. Besonders deutlich wird diese Veränderung bei pflegerischen Tätigkeiten wie der Körperpflege oder dem An- und Ausziehen. Hierbei geht die Körperlichkeit der Beziehung in einen funktional-pflegerischen Kontext über. Dieser Bereich war zuvor Teil eines intimen Miteinander und stellt nun eine Notwendigkeit des Alltags dar. Die körperlich-pflegerische Arbeit wird somit zu einem zentralen Ort, der den Rollenkonflikt zwischen Partner sein und Pfleger sein verdeutlicht. Besonders in diesen Situationen überwiegt der Teil des Pfleger seins und lässt sich von den Männern nur sehr schwer mit der partnerschaftlichen Ebene ausgleichen. Obwohl weiterhin Intimitäten wie Umarmungen oder Küsse ausgetauscht werden, findet diese Form der Zuneigung auf einer emotional anderen Ebene statt: Die Gesten werden weniger als Ausdruck romantischer Identität, sondern vielmehr als Zeichen fortbestehender Verbundenheit gedeutet.

Hinzu kommt, dass in der vorliegenden Arbeit Intimität und Nähe nicht nur durch körperliche oder kognitive Einschränkungen erschwert, sondern auch durch räumliche Trennung stark eingeschränkt wird. Männer, deren Partnerinnen im Pflegeheim leben und somit im Zuhause physisch nicht anwesend sind, erleben eine verstärkte emotionale Distanz durch die unterschiedlichen Wohnsituationen. Nähe zur Partnerin ist nur noch durch Besuche in ritualisierten Formen möglich. Außerdem wird das Gefühl von Distanz durch das schlechte Gewissen verstärkt, dass die Partnerin im Pflegeheim wohnen „muss“.

Die Erkenntnisse verdeutlichen, dass Intimität im Kontext männlicher Angehörigenpflege nicht primär als Verlust, sondern vielmehr als Neuordnung von Nähe verstanden werden kann. Die emotionale Beziehung hat sich auf Grund eines Abhängigkeitsverhältnisses auf eine neue Ebene verschoben, wodurch die Grenzen zwischen Partner sein und Pfleger

sein deutlich gezeigt werden und gleichzeitig immer wieder neu ausverhandelt werden müssen.

Neuverhandlung von Berufsleben, Alltag, Zeit und Selbstfürsorge

Die Pflege der erkrankten Partnerin verändert nicht nur Rollen, Beziehung und Intimität, sondern greift tief in die alltäglichen Routinen, das Arbeitsleben und die Selbstfürsorge der pflegenden Männer ein. Mit Beginn der Pflegeübernahme gehen auch Veränderungen im Berufsleben der Männer einher, woraus finanzielle Herausforderungen bis hin zu Arbeitsverlust als weiteres Problem resultieren. Um diese finanziellen Verluste ausgleichen zu können sind sowohl wirtschaftliche Unterstützung durch Arbeitgeber*innen - beispielsweise in Form von flexibleren Arbeitszeiten - als auch finanzielle Unterstützung erforderlich (Akouamba et al., 2025). Im Zuge dieser Forschungsarbeit wurden finanzielle Herausforderungen unter den erwerbstätigen Teilnehmern ebenfalls thematisiert. Ein Teilnehmer schildert eine äußerst prekäre Situation, da zusätzlich zu seinem durch die Pflegearbeit eingeschränkten Arbeitsleben das Gehalt seiner nun erkrankten Frau wegfiel. Das Familieneinkommen hatte sich halbiert, während die Lebenserhaltungskosten gestiegen sind. Viele der Befragten berichten, dass diese Situation zusätzlich durch sehr umständliches Zusammenarbeiten mit diversen Behörden, um finanzielle Unterstützung wie zum Beispiel Pflegegeld zu erhalten, erschwert wird.

Weiters verändert die Übernahme der Pflegeverantwortung die zeitliche Alltagsgestaltung so stark, dass frühere Tagesrhythmen kaum aufrechterhalten werden können (Zygouri et al., 2021; Liu et al., 2021). Auch die Ergebnisse dieser Arbeit deuten darauf hin, dass sich der Alltag zunehmend entlang der Bedürfnisse der Partnerin gestaltet. Körperpflege, Unterstützung bei diversen Alltagstätigkeiten oder Termine bestimmen die Tagesstruktur, wodurch Spontanität und persönliche Freiheiten in den Hintergrund treten. Diese Verdichtung der pflegerischen Handlungen im Alltag führt zu einer Verschiebung von eigenen Prioritäten hin zu einer starken Fremdbestimmung des eigenen Alltags durch die pflegebezogenen Aufgaben.

Gleichzeitig wird sichtbar, dass durch die Pflegearbeit die Zeitressourcen nicht nur eingeschränkt werden, sondern eine grundlegende Veränderung der Alltagslogik auftritt.

Stefánsdóttir et al. (2022) zeigen, dass insbesondere männliche (Ehe-)Partner die pflegerische Versorgung als moralische Verpflichtung begreifen, wodurch die Grenzen zwischen freiwilliger Sorgearbeit und sozial erwarteter Verantwortungsübernahme verschwimmen. In der Studie berichten Männer, dass sie sich häufig verpflichtet fühlen, ständig verfügbar zu sein, auch dann, wenn professionelle Dienste oder andere Angehörige entlasten könnten. Dieser permanente Druck, allzeit verfügbar sein zu müssen, verschärft das Gefühl, keine Zeit mehr für sich selbst zu haben (Stefánsdóttir et al., 2022). Verstärkt wird dieses Gefühl durch die Priorisierung der Bedürfnisse der zu betreuenden Frauen und das Hintenanstellen eigener Ansprüche. Auf längere Zeit kann sich diese Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse auf den physischen und mentalen Gesundheitszustand auswirken (Akouamba et al., 2025). Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen diese Befunde. Obwohl durch Entlastungsangebote von Familienangehörigen oder professionellen Diensten ein geringes Maß an Freizeit besteht, können die pflegenden Männer in dieser Zeit nicht wirklich abschalten und ihre Freizeit somit nicht in vollen Zügen genießen. Auch der Umzug mancher Frauen in ein Pflegeheim hat daran bei manchen Befragten nichts geändert. Man fühlt sich verpflichtet, weiterhin für die Frau da zu sein, weshalb ein Teilnehmer sogar angibt, seine Frau sowohl vor- als auch nachmittags zu besuchen. Dieser Zeitaufwand, der durch die häufigen Pflegeheimbesuche entsteht, wird als sehr bedrückend und einschränkend empfunden, Zeit für eigene Bedürfnisse bleibt kaum.

Zudem weisen Liu et al. (2021) bei informellen Pflegekräften ein kleiner werdendes Sozialnetzwerk auf und beschreiben unter Pflegenden eine signifikant geringere Zufriedenheit mit sozialen Aktivitäten als bei vergleichbaren Populationen an Nicht-Pflegenden (Liu et al., 2021). Auch im Zuge dieser Forschungsarbeit wird immer wieder davon berichtet, dass sich Freundes- und Bekanntenkreise mit Erkrankung der Partnerin verkleinern. Allerdings schaffen sich die Männer dennoch kleine Zeitfenster der Selbstfürsorge, die sich teilweise bewusst gegen das sonst fremdbestimmte Zeitmanagement richten. Kurze Spaziergänge, ein Abend im Verein oder ein Treffen mit Freund*innen bieten eine kurze Auszeit vom Alltag und ermöglichen es den Männern, ein Gefühl von Autonomie und Identität zu bewahren. Auch Zygouri et al. (2021) und Fee et al. (2020) beschrieben solche zeitlichen Rückzugsorte als zentrale Bewältigungsstrategie, um emotionale Belastung zu regulieren und fortlaufenden Veränderungen im Alltag standzuhalten (Zygouri et al., 2021; Fee et al., 2020).

Insgesamt zeigen die Daten, dass Neuverhandlungen in Alltag und Zeitmanagement eng an den Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein geknüpft sind. Pflegearbeit ist nicht nur als praktische Tätigkeit zu sehen, sondern auch als fortbestehender Aushandlungsprozess zwischen eigenen Bedürfnissen, den Anforderungen der Pflegetätigkeiten und der emotionalen Verbindung zu der pflegebedürftigen Person.

Zusammenfassende Einordnung

Insgesamt bestätigen beziehungsweise erweitern die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit den aktuellen Forschungsstand in mehrfacher Hinsicht:

1. Sie zeigen, dass Männer in der informellen Betreuung ihrer Partnerinnen ihre Geschlechtsidentität neu ausverhandeln, da pflegerischen Tätigkeiten mit männlicher Identität verknüpft werden.
2. Sie verdeutlichen, dass Pflege in einer Partnerschaft ein permanenter Aushandlungsprozess ist, wobei der Ausdruck von Intimität im Kontext männlicher Angehörigenpflege einer Veränderung unterliegen kann.
3. Sie weisen darauf hin, dass die Verdichtung der pflegerischen Handlungen zu einer stärkeren Fremdbestimmung im Alltag führt. Um Autonomie und Identität zu bewahren, werden kleine Zeitfenster zur Selbstfürsorge genutzt.

Damit trägt die vorliegende Arbeit zu einer spezifischeren Perspektive in der Angehörigenpflege durch (Ehe-)Männer bei. Der *Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein* wird als zentrales Phänomen für Identitätsarbeit pflegender Partner identifiziert und leistet somit einen theoretischen Beitrag zur bereits bestehenden Literatur im Kontext geschlechterspezifischer Pflegepersonen im informellen Bereich.

Finale Beantwortung der Forschungsfrage

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass Männer die Transition in die Rolle des pflegenden Ehepartners als einen multidimensionalen, dynamischen und emotional herausfordernden Prozess erleben. Der Übergang in die neue Rolle ist nicht abrupt, sondern hat einen prozesshaften Charakter, entwickelt sich schrittweise und passt sich den Anforderungen an, die durch die Erkrankung der Ehefrau notwendig werden. Männer durchlaufen

dabei mehrere unterschiedliche Phasen, die zu einer Neugestaltung in Alltag und Beziehungsleben führen. Die Übernahme pflegerischer Tätigkeiten bedeutet für viele zunächst einen Bruch mit bisherigen Vorstellungen von Männlichkeit, Intimität oder Beziehungsgestaltung. Es wird deutlich, dass die durchlebte Transition tief in die eigene Identität eingreift: Männer beginnen, ihre Rolle neu zu definieren und die Beziehung unter den Anforderungen der Krankheit neu auszurichten. Das Kerngeschehen ihres Erlebens lässt sich dabei als **Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein** beschreiben, ein Prozess, der permanentes Aushandeln von Nähe und Distanz sowie funktionaler Versorgung, Pflichtgefühl und Verbundenheit mit sich bringt.

Gleichzeitig erfordert die Transition große Anpassungsleistungen der Männer. Sie verändern ihren eigenen Alltag, um pflegerischen Anforderungen gerecht zu werden und entwickeln individuelle Bewältigungsstrategien. Dabei suchen sie nach Wegen, die einerseits ihrer Partnerin gerecht werden und andererseits ihre eigene Stabilität aufrechterhalten. Der Übergangsprozess wird von den Männern als ambivalent erlebt und wird von Belastung, Überforderung und Angst geprägt, gleichzeitig aber auch von Sinnhaftigkeit, Loyalität und dem Bedürfnis, der Partnerin trotz den erschwerten Umständen nahe zu bleiben. Insgesamt verdeutlichen die Erfahrungen der Männer, dass informelle Pflege weit über die praktische Versorgung der (Ehe-)Frau hinausgeht, informelle Pflege bedeutet eine umfassende Umgestaltung der Beziehung und eine Reorganisation von Selbstverständnis und Lebensführung.

7.2 Einbettung in das Transitionsmodell nach Meleis

Um die Ergebnisse der Arbeit in einen theoretischen Rahmen einzuordnen, wurde, wie bereits zu Beginn darauf eingegangen, das Transitionsmodell nach Meleis (2010) „A nursing model of transitions“ gewählt. Anhand des Modells kann verdeutlicht werden, dass der Übergang von (Ehe-)Männern hin zu der Rolle der pflegenden (Ehe-)Männer einen komplexen Prozess darstellt, der sowohl strukturelle, emotionale als auch identitätsstiftende Dimensionen umfasst. Das Kernelement des Erlebens, der Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein, spiegelt zentrale Elemente der Transitionstheorie nach Meleis wider.

7.2.1. Arten der Transition

Nach Meleis (2010) entstehen Transitionen auf Grund von Veränderungen im Lebensverlauf. Dabei unterschieden werden verschiedene Bereiche wie Gesundheitszustände, Entwicklungsprozesse oder situationsbezogene Übergänge, die entweder einzeln oder in Kombination eintreten können (Meleis, 2010, S.39f). In der bearbeiteten Thematik handelt es sich um eine Kombination von zwei Arten:

- **Krankheitsbezogene Transition**, da das Auftreten der Erkrankung der Partnerin beziehungsweise deren Fortschritt eine Rollenveränderung bewirkt, die eine kontinuierliche Anpassung zur Folge hat.
- **Situative Transition**, da der Mann im Verlauf seine Rolle vom primären Beziehungspartner um die Rolle der Hauptpflegeperson erweitert.

Die beiden Arten der Transition überlagern sich und verstärken sich im Verlauf gegenseitig. Fortschreitende Krankheitssymptome der (Ehe-)Frau bewirken immer neue situative Entscheidungen und Anpassungen des (Ehe-)Manns. Das Kernphänomen des Balanceakts kommt somit auch hier zur Geltung, da ein ständiges Abwägen und Ausgleichen von Handlungen und Tätigkeiten erforderlich ist.

7.2.2 Universelle Eigenschaften

Die Eigenschaften einer Transition verdeutlichen den prozesshaften Charakter der Übergänge und haben Einfluss auf die Bedeutung und Tiefe für die betroffenen Personen (Meleis, 2010, S.41). Einige der beschriebenen Merkmale durch Meleis (2010) finden sich auch deutlich in den Ergebnissen wieder:

- **Identität / Rolle:**
Durch die Verknüpfung von pflegerischen Aspekten mit der bisherigen Vorstellung männlicher Identität schaffen die pflegenden Männer ein neues Rollen- beziehungsweise Selbstbild. Diese Eigenschaft erscheint besonders wichtig, da eigene Identität grundlegend für eine gelungene Transition und Sinnhaftigkeit im Tun ist.
- **Beziehung:**
Durch die Erkrankung der Partnerin ändert sich auch das bisherige Beziehungsverhältnis, da eine gewisse Abhängigkeit vom Partner entsteht. Bereiche wie Intimität

und Nähe müssen neu ausverhandelt werden und bekommen durch die durchlaufene Veränderung eine neue Bedeutung.

- **Veränderung über Zeit:**

Männer durchlaufen im Übergangsprozess verschiedene Phasen, die von einer anfänglichen Angst und Überforderung zu einer zunehmenden Routine im Alltag und einer angepassten Partnerschaft führen. Die Transition weist somit einen deutlichen prozesshaften Charakter auf und zeigt sich dynamisch.

7.2.3 Bedingungen, die Transition beeinflussen

Zu den beeinflussenden Bedingungen zählen vor allem persönliche Faktoren wie Einstellungen, Wissen oder Erwartungen. Je nach dem können sie die Transition erleichtern oder erschweren (Meleis, 2010, S.41-45). Die Ergebnisse zeigen vor allem zwei besonders relevante Einflussfaktoren:

- **Persönliche Bedingungen:**

Die Transition der Männer wird von ihren bisherigen Erfahrungen, ihren Einstellungen und Erwartungen geprägt. Obwohl fast keiner der Männer Erfahrung in der Pflege von Angehörigen hatte, war es für fast alle von Anfang an klar, dass sie die Hauptpflege übernehmen werden. Viele gaben an, dass die Pflege der Frau eine eigene Erwartung durch ein gegebenes Eheversprechen war.

- **Gemeinschaftliche Bedingungen:**

Die meisten Männer hatten durch emotionale Bindung und eine meist langjährige Beziehung eine tiefe Verbindung mit der Frau. Diese Verbundenheit zeigte sich im Laufe der Transition als wichtige Komponente, die Rahmenbedingungen erleichterte. Auch ein Rückhalt im familiären Netzwerk und die Zugänglichkeit beziehungsweise Annahme professioneller Unterstützung beeinflussten den Verlauf der Transition.

7.2.4 Anzeichen einer gesunden beziehungsweise erfolgreichen Transition

Erfolgreiche Transitionen werden bei Meleis (2010) anhand bestimmter Indikatoren zur Bewältigung definiert. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit zeigen sich folgende Anzeichen für einen gelungenen Übergang:

- **Integration der neuen Rolle:**

Männer, die durch Pflegearbeit eine Erweiterung ihres Selbstbildes sehen, berichten von mehr Stabilität im Alltag. Die Rolle annehmen und integrieren zu können bedeutet, auch positive Seiten im veränderten Lebensstil zu erkennen und diese akzeptieren zu können.

- **Neuauslegung von Beziehung und Intimität:**

Paare, die trotz körperlicher Distanz emotionale Verbundenheit entwickeln können, haben im Übergangsprozess gelernt, neue Formen von Nähe in ihre Beziehung zu integrieren. Diese Verbundenheit im Zusammenspiel mit pflegerischen Tätigkeiten auszubalancieren, spiegelt das Kernphänomen der Arbeit wider.

- **Etablierung von Selbstfürsorge:**

Die Transition wird gestärkt durch die Etablierung bewusster Selbstfürsorgemomente. Um einen Ausgleich zum pflegerischen Alltag zu schaffen, helfen bereits kleine Zeitfenster, in denen die Männer eigenen Bedürfnissen nachgehen können. Die Inanspruchnahme und Akzeptanz von Unterstützungsangeboten ist ein weiteres Anzeichen einer erfolgreichen Transition.

7.2.5 Pflegerische Interventionen im Sinne des Modells

Um die pflegenden Männer in ihrer Transition bestmöglich begleiten und unterstützen zu können, lassen sich aus den Ergebnissen für Pflegepersonen mehrere Interventionen ableiten:

- **Unterstützung bei Alltagsmanagement:**

In erster Linie besteht die Aufgabe von Pflegepersonen darin, die Männer in Übergangsprozessen aufzuklären und ihnen wichtige Informationen bereit zu stellen. Zu lange Broschüren und unübersichtliche Behördengestaltung sind für betroffene Personen vor allem in der Anfangsphase ein großes Hindernis. Umso wichtiger ist es also, pflegerische Aufklärung intensiv zu betreiben und auch aktiv

auf die pflegenden Männer zuzugehen. So kann der Zugang zu extramuralen Diensten erleichtert oder das Erlernen pflegerischer Fähigkeiten niederschwellig gefördert werden.

- **Ressourcenbildung:**

Da sich Männer besonders in Anfangsphasen der Transition als Alleinkämpfer beweisen wollen, ist es wichtig, ein unterstützendes Netzwerk aufzubauen. Pflegepersonen können durch Vermittlung von Anlaufstellen eine begleitende Rolle einnehmen.

- **Förderung der Selbstfürsorgekompetenz**

Pflegepersonen können die pflegenden Ehe-)Männer darin unterstützen, eigene Grenzen zu erkennen und Selbstfürsorge als legitim zu betrachten.

In diesen Punkten wird deutlich, dass professionelle Pflege einen wichtigen Beitrag in Transitionen hin zum pflegenden Partner leisten kann und sogar muss, um die Transitionserfahrung der Männer zu erleichtern und möglichst positiv zu gestalten.

7.2.6 Visualisierung der theoretischen Implikationen

Die theoretische Verankerung dieser Arbeit findet sich im Transitionsmodell nach Meleis (2010) wieder. Die Ergebnisse zeigen, dass der Übergang vom (Ehe-)Partner hin zum pflegenden (Ehe-)Partner nicht nur durch individuelle Anpassungen erfolgt, sondern auch die Beziehungsdynamik sowie das soziale Umfeld und die eventuelle Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten einen Einfluss auf den Erfolg der Transition haben. Als Kernphänomen des Erlebens wurde ein Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein identifiziert. Im folgenden Modell wird dieser in das Transitionsmodell nach Meleis (2010) eingebettet:

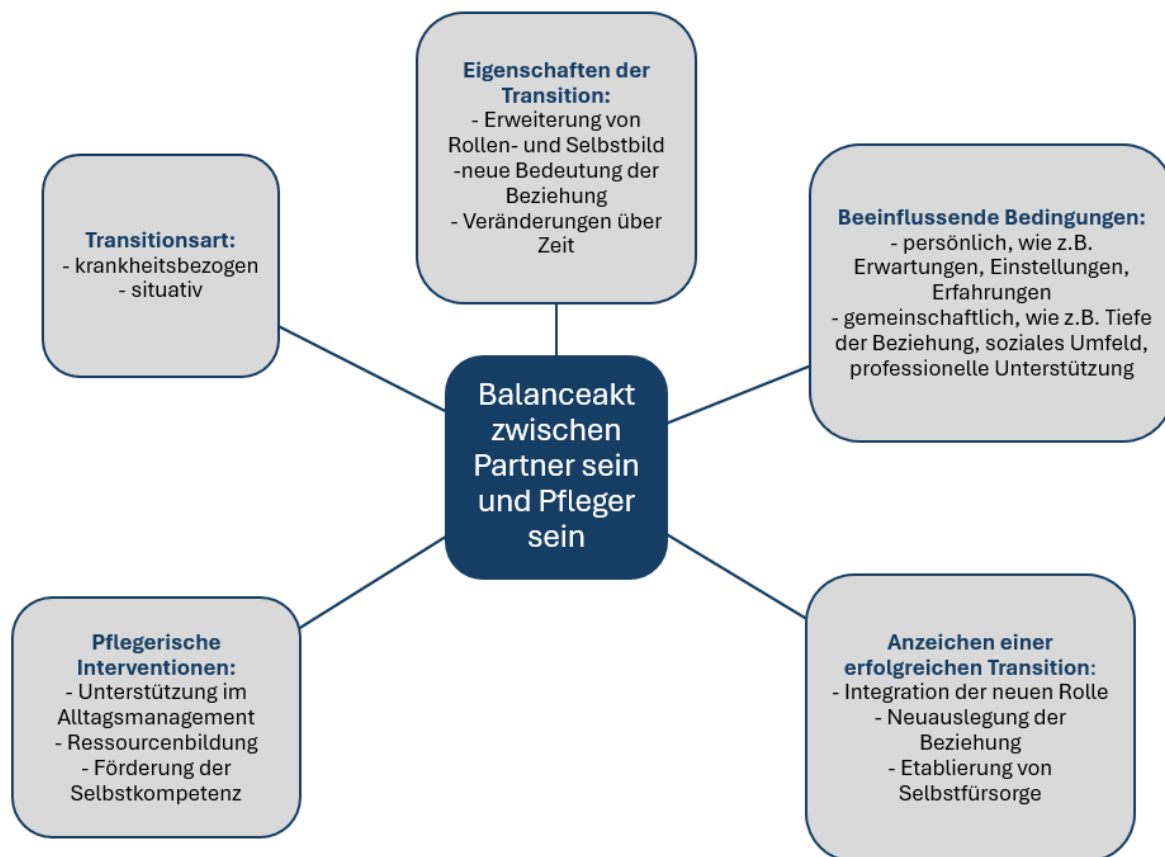


Abbildung 4: Transitionsmodell des Balanceakts zwischen Partner sein und Pfleger sein, angelehnt an das Transitionsmodell nach Meleis, 2010

7.3 Praktische Implikationen und Empfehlung für weitere Forschung

Wie die vorliegende Arbeit zeigt, ist die Transition von (Ehe-)Männern in die Rolle informell pflegender (Ehe-)Männer ein in sich komplexer Prozess. Aus den Ergebnissen lassen sich mehrere Ansatzpunkte ableiten, die für weiterführende Forschung notwendig erscheinen, um die Lebenslage und Bedürfnisse dieser wachsenden Gruppe zu verbessern.

Wie in den Interviewsituationen immer wieder von den Teilnehmenden angesprochen wurde, ist die anfängliche Informationsbeschaffung eine sehr große Hürde im Dasein als pflegender Angehöriger. Der Zugang zu Informationen wird als schwierig empfunden und Behörden werden als zusätzliche Herausforderung betrachtet, anstatt unterstützend zur Seite zu stehen. Daraus lässt sich folgern, dass ein niederschwelliger Zugang zu Informationsbeschaffung und Beratungsstellen als wichtiger Aspekt angesehen werden kann. Ein vielversprechender Ansatz könnte hier im Community Nursing liegen, das seit 2022 auch

in Österreich etabliert wird (Eberle et al., 2025). Community Nursing bietet eine niederschwellige Möglichkeit, pflegende Angehörige in verschiedenen Bereichen zu unterstützen, wie etwa durch Information und Beratung zur häuslichen Versorgung oder in administrativen Prozessen, einschließlich Antragsstellungen und Beantragungen von Pflegegeld. Darüber hinaus könnte Community Nursing eine präventive Begleitung pflegender Angehöriger gewährleisten und dadurch Belastungen frühzeitig erkennen und diesen entgegenwirken. Der Ausbau von Community Nursing-Strukturen stellt somit eine potenziell wirksame Intervention dar, um die Situation pflegender (Ehe-)Männer nachhaltig zu verbessern.

Da Männer in der Angehörigenpflege eher unterrepräsentiert sind und ihre Rolle gesellschaftlich weniger selbstverständlich verankert ist, besteht außerdem ein klarer Bedarf, männliche Fürsorgearbeit zu enttabuisieren. Pflege- und Sozialpolitik sollten daher gezielte Angebote entwickeln, die Männer in ihren spezifischen Pflegesituationen ansprechen, wie etwa niederschwellige Beratungs- und Entlastungsangebote oder Unterstützungsformate, die speziell auf Herausforderungen männlicher Identitätsarbeit in der Pflege zugeschnitten sind. Parallel dazu bedarf es einer größeren Öffentlichkeitsarbeit, die traditionelle Geschlechterstereotype zu Care Arbeit in Frage stellt und alternative Männlichkeitsbilder sichtbar macht. Beispielsweise könnten hier pflegerische Organisationen oder Bildungseinrichtungen dazu beitragen, Pflege als geschlechtsunabhängig zu vermitteln und männliche Pflegepersonen als Selbstverständlichkeit in der pflegerischen Versorgungsstruktur darzustellen.

Das verwendete Transitionsmodell nach Meleis (2010) macht deutlich, dass auch Pflegepersonen anhand **pflegerischer Interventionen** einen Beitrag in Transitionen leisten. Dies beginnt bei der Inanspruchnahme von pflegerischen Leistungen im Zuge von medizinischen Konsultationen oder Krankenhausaufenthalten und erstreckt sich über einen Bereich von mobilen Diensten bis hin zur Versorgung in Pflegeheimen. Gesundheitsfachkräfte spielen dabei eine entscheidende Rolle in der Unterstützung der informell pflegenden Männer, indem sie sowohl den Tätigkeitsbereich als auch die körperlichen und emotionalen Gesundheitsbedürfnisse der informell Pflegenden berücksichtigen. Die Einbindung von Pflegefachkräften und weiteren Gesundheitsfachkräften ist wesentlich, um eine

qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen und den vielfältigen Bedürfnissen von informell Pflegenden gerecht zu werden (Akouamba et al., 2025).

Schlussendlich bedarf es an weiterer Forschung, um festzustellen, ob und wie sich das soziale Engagement langfristig auf die Gesundheit von informell Pflegenden auswirkt (Liu et al., 2021). Auskunft darüber könnte vor allem mittels Längsschnittstudien erreicht werden. So könnten Informationen generiert werden, wie sich Rollenbilder, Beziehungsdynamiken und Bewältigungsstrategien im Verlauf der Transition verändern.

7.4 Limitationen und methodenkritische Reflexion

Trotz sorgfältiger Durchführung der Forschungsarbeit und hoher inhaltlicher Dichte der erhobenen Daten weist die vorliegende Studie mehrere Limitationen auf, die es bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen gilt.

Einerseits ist die Stichprobengröße, die sich an den Prinzipien der Grounded Theory orientiert und auf eine theoretische Datensättigung abzielt, begrenzt. Dadurch wurde zwar ein vertiefter Einblick in die jeweiligen Daten der Teilnehmer ermöglicht, auf Grund der kleineren Stichprobe ist aber keine allgemeine Generalisierung auf informell pflegende Partner möglich. Zudem muss beachtet werden, dass die Auswahl der Teilnehmer überwiegend durch eine Kontaktperson erfolgte, die die Männer im beruflichen Kontext kannte. Der Zugang zu vielen Teilnehmern basiert also auf der Selektivität der Kontaktperson, die aus ihrer Sicht geeignete Interviewpartner für die Forschungsarbeit rekrutierte. Möglicherweise nahmen die Männer auch nur auf Grund der Bekanntschaft mit der Kontaktperson teil und wurden aus Gründen wie emotionaler Offenheit oder bestimmter Persönlichkeitsmerkmale überhaupt erst angesprochen. Somit kann nicht ausgeschlossen werden, dass Männer, die Pflegearbeit als stärker zurückhaltend oder konflikthaft erleben, weniger stark in der Studie vertreten sind.

Außerdem wurden in der Stichprobe ausschließlich Männer in heterosexuellen Partnerschaftsbeziehungen aufgenommen. Dadurch bleiben Erfahrungen von Männern in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften oder anderen Beziehungsformen unberücksichtigt, obwohl auch dort informelle Pflege entsteht. Die Ergebnisse dieser Arbeit sind daher vor allem auf heteronormativ geprägte Beziehungsformen beziehbar, eine Übertragbarkeit auf andere partnerschaftliche Konstellationen ist eingeschränkt.

Hinzu kommt, dass acht der neun Teilnehmenden aus dem Bundesland Oberösterreich kommen. Die strukturellen Begebenheiten in Oberösterreich könnten sich von den anderen Bundesländern unterscheiden, weshalb eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf ganz Österreich nur eingeschränkt möglich ist. Strukturelle Unterschiede in extramuralen Pflegediensten und der unterschiedliche Zugang zu Pflegeheimen oder Krankenhäusern können somit nicht berücksichtigt werden.

Andererseits muss auf Grund der geschlechterspezifischen Thematik auch das weibliche Geschlecht der Forscherin berücksichtigt werden. Die Tatsache, dass die Interviews von einer Frau geführt wurden, könnte sich auf die Art und Weise ausgewirkt haben, wie männliche Teilnehmende über ihre Erfahrungen in der Rolle des pflegenden Partners berichtet haben. Möglicherweise wurde Themen wie Belastungen im Alltag oder Intimität mit größerer Zurückhaltung begegnet. Gleichzeitig wäre aber auch denkbar, dass eine weibliche Interviewpartnerin - insbesondere im pflegerischen Kontext – als empathischer wahrgenommen wird und somit die Offenheit größer ist, über emotionale oder verletzte Aspekte zu sprechen.

8 Literaturverzeichnis

- Akouamba, B. S., Audette-Chapdelaine, S., Gheorghiu, I., Lai, H., Wassef, M., Mares, A., & Marcantoni, W. (2025). Male caregivers: a scoping review of impacts, needs, challenges, and best practices. *Discover Health Systems*, 4(1), 104.
- Alvarez-Roldan, A., & Bravo-González, F. (2025, January). Masculinity in Caregiving: Impact on Quality of Life and Self-Stigma in Caregivers of People with Multiple Sclerosis. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 3, p. 272). MDPI.
- Appelt, E. (2014). Das österreichische Elder-Care-Regime – eine intersektionelle Analyse. In: Appelt, E., Fleischer, E. & Preglau, M. (Hrsg.), *Intersektionelle Analysen der informellen Betreuung und Pflege aller Menschen in Österreich* (55-76). Innsbruck: StudienVerlag.
- Bamgboje-Ayodele, A., Levesque, J. V., Gerges, M., Girgis, A. (2020). The male perspective: A mixed methods study of the impact, unmet needs and challenges of caring for women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 39(2), 235-251. doi: 10.1080/07347332.2020.1850600.
- Baur, N. & Luedtke, J. (2008). Männlichkeit und Erwerbsarbeit bei westdeutschen Männern. In Baur, N. & Luedtke, J. (Hrsg.), *Die soziale Konstruktion von Männlichkeit: Hegemoniale und marginalisierte Männlichkeiten in Deutschland* (S.81-103). Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Brückner, M. (2008). Wer sorgt für wen? Auswirkungen sich wandelnder Geschlechter und Generationsverhältnisse auf die gesellschaftliche Organisation des Sorgens (Care). In: Bauer, A. (Hrsg.), *Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel* (S. 45-61). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. *PL Chinn (Ed.), Nursing research methodology: Issues and implementation*, 237-257.
- Corbin, J.M. & Strauss, A.L. (2015). Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory (Fourth edition). Los Angeles, London, New Delhi & Singapore: Sage Publications.

- Dickinson, C., Dow, J., Gibson, G., Hayes, L., Robalino, S., & Robinson, L. (2017). Psycho-social intervention for carers of people with dementia: What components are most effective and when? A systematic review of systematic reviews. *International Psychogeriatrics*, 29(1), 31–43. doi: 10.1017/S1041610216001447
- Eberle, L., Edtmayer, A., Hagmann, E., Kerschbaum, A., Kucera, S., Leuprecht, E., Mayer, L., Rappold, E. & Sackl, A. (2025). Pilotierung von Community Nursing in Österreich 2022–2024. Erkenntnisse und Ergebnisse aus der Pilotphase.
- Elliott, K. (2015). Caring masculinities: Theorizing an emerging concept. *Men and masculinities*, 19(3), 240-259.
- Fee, A., McIlpatrick, S., & Ryan, A. (2020). Examining the support needs of older male spousal caregivers of people with a long-term condition: a systematic review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 15(3), e12318. doi: 10.1111/opn.12318
- Geister, C. (2005). Sich-verantwortlich-fühlen als zentrale Pflegemotivation. Warum Töchter ihre Mütter pflegen. *Pflege*, 18(1), 5-14. doi: 10.1024/1012-5302.18.1.5
- Glauber, R. (2017). Gender differences in spousal care across the later life course. *Research on aging*, 39(8), 934-959.
- Greenwood, N., & Smyth, R. (2015). Barriers and facilitators for male carers in accessing formal and informal support: A systematic review. *Maturitas*, 82, 162–169. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.07.013
- Helfferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (4. Auflage). Heidelberg: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kadi, S., Pot, M., Simmons, C., Leichsenring, K., Staflinger, H. (2024). Angehörigenpflege und Berufstätigkeit in Oberösterreich: Ausgangssituation und Handlungsbedarf. Linz und Wien: Arbeiterkammer Oberösterreich & Europäisches Zentrum für Wohlfahrts-politik und Sozialforschung.

- Kenny, K., Broom, A., Kirby, E., Oliffe, J. L., Wyld, D., & Lwin, Z. (2019). Reciprocity, autonomy, and vulnerability in men's experiences of informal cancer care. *Qualitative health research, 30*(4), 491-503. doi: 10.1177/1049732319855962.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden (5. Auflage). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Langehennig, M. (2010). In der Angehörigenpflege ein richtiger „Mann“ bleiben. In Reitinger, E. & Beyer, S. (Hrsg.), *Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe* (S. 197-209). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Lehner, E. (2011). Neue Männlichkeitsbilder durch männliche «careworker». *Kurswechsel, 2011* (4), 86-94.
- Lehner, E. (2015). Männlichkeit und Sorge – spannungsreich und widersprüchlich. In Mahs, C., Rendtorff, B. & Warmuth, A. D. (Hrsg.), *Betonen – Ignorieren – Gegensteuern?: Zum pädagogischen Umgang mit Geschlechtstypiken* (S. 75-89). Weinheim und Basel: Beltz-Juventa.
- Lehner, E. (2019). Manns-Bilder. Konstruktionen von Männlichkeit und ihre Wirkmächtigkeit. In Throm, C. (Hrsg.), *Pro- statt Anti-Feminismus: Beiträge aus den Netzwerktreffen 2017-2019* (S 77-87). Wien: MA 57 – Frauenservice der Stadt Wien.
- Lehner, E. & Reitinger, E. (2020). Wenn Frauen und Männer betreuen und pflegen. Gender im Care-Alltag. In: Dressel, G., Auer, E., Müller G., Pichler, B. & Reitinger, E. (Hrsg.), *Who cares? Geschichten übers Sorgen, Pflegen und Betreuen* (201-210). Essingen: der hospiz verlag.
- Leitner, S. (2003). Varieties of familialism: The caring function of the family in comparative perspective. *European societies, 5*(4), 353-375.
- Li, L., Wister, A.V., Lee, Y. & Mitchell, B. (2023). Transition Into the Caregiver Role Among Older Adults: A Study of Social Participation and Social Support Based on the Canadian Longitudinal Study on Aging. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 2023, 78*(8), 1423–1434. doi: 10.1093/geronb/gbad075.

- Liu, C., Fabius, C. D., Howard, V. J., Haley, W. E., & Roth, D. L. (2021). Change in social engagement among incident caregivers and controls: Findings from the Caregiving Transitions Study. *Journal of Aging and Health*, 33(1-2), 114-124.
- Lopez-Anuarbe, M. & Kohli, P. (2019). Understanding Male Caregivers' Emotional, Financial, and Physical Burden in the United States. *Healthcare (Basel)*, 22;7(2):72. doi: 10.3390/healthcare7020072.
- Lüdecke, D. & Minch, E. (2009). Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – Unterschiede von pflegenden Männern und Frauen. In: Behrens, J. (Hrsg). *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Pflegebedürftige in der Gesundheitsgesellschaft. Tagungsband 26-28.* (311-327). Halle: Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Mairhuber, I., & Sardadvar, K. (2017). Pflegekarenz und Pflegezeit in Österreich: eine Neuausrichtung im Langzeitpflegeregime? Folgen, Potenziale und Grenzen einer Maßnahme zur 'Vereinbarkeit' von Erwerbsarbeit und Care. *Femina Politica - Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft*, 26(2), 47-61.
- Mayer, H. (2007). Pflegeforschung kennenlernen. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Mayer, H. (2022). Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung (6., überarbeitete Auflage). Wien: facultas
- Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice. Springer publishing company.
- Meuser, M. (2008). Ernste Spiele. Zur Konstruktion von Männlichkeit im Wettbewerb der Männer. In Baur, N. & Luedtke, J. (Hrsg.), *Die soziale Konstruktion von Männlichkeit: Hegemoniale und marginalisierte Männlichkeiten in Deutschland* (S.33-44). Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Meuser, M. (2010). Geschlecht und Männlichkeit: Soziologische Theorie und kulturelle Deutungsmuster. Wiesbaden: VS Verlag.

- Nagl-Cupal, M., Kolland, F., Zartler, U., Mayer, H., Bittner, M., Koller, M., Parisot, V., Stöhr, D., Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.) (2018). Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Universität Wien.
- Nagl-Cupal, M., Parisot, V., Stöhr, D. & Zartler, U. (2023). Towards a typology of negotiating care in families: a qualitative multiple perspectives study in Austria. *International Journal of Care and Caring*, 1(aop), 1–21. doi: 10.1332/239788221X16764028221810
- Regner, E. (2023). EU Pflegepaket. Informationen für MeinungsbildnerInnen. Zugriff am 05. Jänner 2026 unter <https://evelyn-regner.at/wp-content/uploads/Factsheet-Care-DE.pdf>
- Robinson, C.A., Bottorff, J.L., Pesut, B., Oliffe, J.L., Tomlinson, J. (2014). The male face of caregiving: A scoping review of men caring for a person with dementia. *American Journal of Men's Health* 8(5):409-426. doi: 10.1177/1557988313519671.
- Statistik Austria (2023). Lohnunterschied zwischen Frauen und Männern trotz Rückgang über dem EU-Durchschnitt. Wien. Zugriff am 03. Jänner 2026 unter <https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2023/03/20230303GenderStatistik.pdf>
- Statistik Austria (2025). Bevölkerungswachstum flacht ab. Rückgang der Bevölkerungszahl wird ab den 2040er-Jahren erwartet. Wien. Zugriff am 03. Jänner 2026 unter <https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2025/11/20251112Bevoelkerungsprognose.pdf>
- Stefánsdóttir, O. Á., Munkejord, M. C., & Sveinbjarnardóttir, E. K. (2022). Maintaining or letting go of couplehood: Perspectives of older male spousal dementia caregivers. *Scandinavian journal of caring sciences*, 36(3), 742-751.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1996). Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.

- Strübing, J., Hirschauer, S., Ayaß, R., Krähnke, U., & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie*, 47(2), 83-100.
- Zwar, L., Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Riedel-Heller, S.G., König, H.H. & Hajek, A. (2021). Are informal family caregivers stigmatized differently based on their gender or employment status?: a German study on public stigma towards informal long-term caregivers of older individuals. *BMC Public Health* 21: 1868. doi: 10.1186/s12889-021-11955-7.
- Zwar, L., König, H. H. & Hajek, A. (2020). Psychosocial consequences of transitioning into informal caregiving in male and female caregivers: Findings from a population-based panel study. *Social Science & Medicine* 264: 113281. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113281
- Zygouri, I., Cowdell, F., Ploumis, A., Gouva, M., & Mantzoukas, S. (2021). Gendered experiences of providing informal care for older people: a systematic review and thematic synthesis. *BMC Health Services Research*, 21(1), 730.

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: "A nursing model of transitions" angelehnt an Meleis, 2010, S. 47	18
Abbildung 2: Kodierparadigma "Balanceakt zwischen Partner sein und Pfleger sein"	39
Abbildung 3: Phasen der Transition.....	62
Abbildung 4: Transitionsmodell des Balanceakts zwischen Partner sein und Pfleger sein, angelehnt an das Transitionsmodell nach Meleis, 2010	77

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Interviewteilnehmer	35
--	----

Anhang

11 Anhangsverzeichnis

11.1 Interviewleitfaden	91
11.2 Anschreiben für mobile Pflegedienste.....	94
11.3 Informationsschreiben	95
11.4 Aufruf der Caritas.....	97
11.5 Einverständniserklärung.....	98

11.1 Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

Beginn

- Begrüßung und Vorstellung
- Kurz auf Thema eingehen -> Forschungsarbeit und Ziel des Interviews
- Erklärung der Anonymität und Vertraulichkeit
- Einverständnis zur Aufnahme des Interviews einholen
- Demografische Daten: Alter, Familienstand, berufliche Tätigkeit, wer wird gepflegt und wie lange?

Inhaltliches Kerngebiet	Vertiefende Fragen	Anmerkungen
1. Einleitende Fragen, Allgemeiner Kontext, Beginn von Care Arbeit	• Seit wann und unter welchen Umständen haben Sie begonnen, als pflegender Angehöriger tätig zu werden? • Wie kam es dazu, dass Sie für ihre (Ehe-)Frau sorgen? • Hatten Sie vorher schon Erfahrung in der Pflege oder Betreuung?	Ziel: Überblick über die Lebenssituation schaffen, Transition in die Rolle des pflegenden Angehörigen einordnen
2. Übergang in die Rolle des pflegenden Angehörigen	• Gab es einen bestimmten Zeitpunkt oder Ereignis, das den Beginn Ihrer Pflegetätigkeit markiert hat? • Wie haben Sie den Eintritt in die Pflege-rolle erlebt? • Welche Hauptveränderungen in Ihrem Alltag haben sich durch die Pflege ergeben? (Sozialleben, Beruf, Hobbys, ...) • Wie hat sich Ihre Rolle innerhalb der Familie oder in Ihrem sozialen Umfeld seitdem verändert?	
3. Mehrdimensionalität von Transition	• Wie haben Sie die Veränderung in Ihrer Rolle emotional erlebt? ○ Wie beeinflusst die Pflege Ihre Beziehung zu ihrer (Ehe-)Frau, die Sie pflegen? • Welche physischen und praktischen Herausforderungen sind durch diese neue Rolle aufgetreten?	Transition betrifft oft mehrere Lebensbereiche gleichzeitig – physisch, psychisch, sozial

	• Haben sich durch Ihre Pflegeverantwortung auch Ihre sozialen Kontakte oder Ihr Berufsleben verändert? • Hat sich das Sozialleben verändert? Wie? Gibt es mehr/weniger Kontakt zu Nahestehenden Personen? Warum? • Welchen Einfluss hat die Pflege Ihrer Frau auf Ihre Freizeitgestaltung? Gehen Sie manchmal Essen, ins Theater, Kino, ...? Haben Sie das vor der Erkrankung auch gemacht? • Wie viel Zeit haben Sie für sich? Soziale Kontakte, Freizeit,... ?	
4. Fördernde und hindernde Faktoren	• Gab es Unterstützung aus Ihrem Umfeld oder von professionellen Stellen, die Ihnen geholfen hat, die neue Rolle anzunehmen? ○ In welcher Form erhalten Sie diese Unterstützung? ○ Wie sehen andere Familienmitglieder Ihre Rolle als pflegender Angehöriger? Sind andere unterstützend? • Was waren die größten Herausforderungen oder Hindernisse, die Sie als pflegender Angehöriger erlebt haben? • Wie gehen Sie mit diesen Herausforderungen um?	
5. Wahrnehmung und Anpassung an die neue Rolle	• Inwiefern haben Sie sich an Ihre neue Rolle gewöhnt? Was hat Ihnen dabei am meisten geholfen? • Wie hat sich Ihre Sicht auf die Pflege als Angehöriger im Laufe der Zeit verändert? • In der heutigen Gesellschaft ist es noch immer eher unüblich, dass Männer Pflegearbeiten im privaten Umfeld übernehmen. Wie haben Sie diese Pflegeübernahme hinsichtlich Ihres Geschlechts erlebt? Welche Reaktionen gab es darauf? • Haben Sie das Gefühl, dass es besondere gesellschaftliche oder kulturelle Hindernisse für Männer in Pflegepositionen gibt? Warum ja/nein und falls ja welche?	Ziel: Untersuchung der Anpassungsprozesse und der Akzeptanz der neuen Rolle & Veränderungen in der Wahrnehmung der Rolle verstehen

	• Wie hat sich Ihre Sicht auf traditionelle Geschlechterrollen durch Ihre Pflegetätigkeit verändert?	
6. Zukunftsperspektiven und Unterstützung	• Wen fragen Sie, wenn Sie Hilfe brauchen? Bzw. fragen Sie um Hilfe? • Mit wem können Sie über das, was Sie in der Pflege erleben, reden? ○ Spielt Geschlecht hier eine Rolle? • Welche Ressourcen oder Unterstützungssysteme brauchen Sie? • Gibt es spezifische Programme oder Hilfsangebote, die Sie als besonders nützlich empfinden? • Was fehlt Ihrer Meinung nach an Unterstützung für männliche Pflegende? • Wie stellen Sie sich Ihre Zukunft in der Rolle als pflegender Angehöriger vor? • Was würden Sie anderen Männern raten, die sich in einer ähnlichen Situation befinden oder bald in eine solche Rolle kommen?	
7. Schlussfragen	• Gibt es etwas, das Sie noch hinzufügen möchten oder etwas, das wir bisher nicht angesprochen haben, das aber für Ihre Erfahrung als pflegender Angehöriger wichtig ist?	

11.2 Anschreiben für mobile Pflegedienste

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Eva Klinglmair und ich bin Studentin an der Universität Wien am Institut für Pflegewissenschaft. Ich wende mich an Sie im Rahmen meiner Masterarbeit, die sich mit der **Erfahrung männlicher Angehöriger** von zu betreuenden (Ehe-)Frauen befasst.

Das Ziel meiner Forschungsarbeit ist es, ein besseres Verständnis für männliche Bezugspersonen in der Angehörigenpflege zu entwickeln, insbesondere im Kontext von häuslicher Pflege. Der Fokus liegt dabei auf der Einstiegsphase in die Pflegerolle und damit einhergehenden Veränderungen im persönlichen Bereich, eventuellen Stigmatisierungen und geschlechterspezifischen Rollenbildern.

Nun bin ich auf der Suche nach Personen, die als männliche Angehörige Erfahrungen in der Betreuung und Pflege von Familienmitgliedern haben und mit mir darüber sprechen würden. Das Gespräch wird in etwa 30 bis 60 Minuten dauern, genaueres wie Ort und Zeit des Interviews würde ich individuell mit den Teilnehmenden klären.

Es ist mir besonders wichtig anzumerken, dass die Teilnehmenden in der Forschungsarbeit **NICHT namentlich genannt** werden. Die Daten werden im Anschluss an das Gespräch anonymisiert, sodass von dritten kein Rückschluss auf die Identität der Teilnehmer gezogen werden kann.

Durch die Teilnahme am Gespräch können in erster Linie Einschätzungen zum Wohlbefinden der Angehörigen getroffen werden, woraus Bedürfnisse abgeleitet und Unterstützungsangebote entwickelt beziehungsweise verbessert werden können.

Ich würde Sie als leitende Führungskraft eines mobilen Pflegedienstes bitten, in Frage kommende Personen über meine Studie mittels angehängtem Informationsschreiben zu informieren und an der Teilnahme zu motivieren. Teilnehmen kann dabei jeder, der sich selbst als pflegender Angehöriger identifiziert.

Bei weiteren Fragen können Sie sich jederzeit per E-Mail (eva.klinglmair@univie.ac.at) an mich wenden.

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Eva Klinglmair

11.3 Informationsschreiben

Studieninformation zur Teilnahme an einem Interview

Thema: Männer in der Angehörigenpflege

Sehr geehrte Herren,

mein Name ist Eva Klinglmair und ich bin Studentin an der Universität Wien am Institut für Pflegewissenschaft. Ich wende mich an Sie im Rahmen meiner Masterarbeit, die sich mit der **Erfahrung männlicher Angehöriger** befasst, die ihre pflegebedürftige (Ehe-)Frau betreuen.

Ziel des Forschungsprojekts

In diesem Forschungsprojekt sollen die Erfahrungen von Männern untersucht werden, die als pflegender Angehörige für ihre (Ehe-)Frau beziehungsweise Partnerin sorgen. Ziel dabei ist es, ein besseres Verständnis für männliche Bezugspersonen in der Angehörigenpflege zu entwickeln, insbesondere im Kontext von häuslicher Pflege.

Der Fokus liegt auf der Einstiegsphase in die Pflegerolle und damit einhergehenden Veränderungen im persönlichen Bereich, eventuellen Stigmatisierungen und geschlechterspezifischen Rollenbildern.

Durch die Teilnahme am Gespräch können in erster Linie Einschätzungen zum Wohlbefinden der Angehörigen getroffen werden, woraus Bedürfnisse abgeleitet und Unterstützungsangebote entwickelt beziehungsweise verbessert werden können.

Wer kann teilnehmen?

Teilnehmen können **Männer ab 18 Jahren**, die aktuell oder in der Vergangenheit ihre (Ehe-)Frau oder Partnerin gepflegt haben.

Wie erfolgt die Datenerhebung?

Die Teilnahme erfolgt in Form eines **Interviews**, bei dem Sie über Ihre persönlichen Erfahrungen als pflegender Angehöriger sprechen können. Das Gespräch dauert in etwa 30 bis 60 Minuten, je nachdem wie viel es zu erzählen gibt. Den Ort des Interviews würde ich individuell mit Ihnen klären.

Die Teilnahme an den Interviews erfolgt vertraulich und auf freiwilliger Basis, Sie können zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme beenden.

Wofür wird das Interview verwendet?

Das Interview wird mittels Tonaufnahme aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Dabei werden Ihre Daten anonymisiert und alle personen- und ortsbezogenen Informationen pseudonymisiert. Das bedeutet, dass es **keine Möglichkeit gibt, Rückschlüsse auf Ihre Identität zu ziehen**. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt. Die Tonaufnahmen werden nach der Verschriftlichung gelöscht. Sämtliche Daten aus den Interviews werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

Warum sollten Sie teilnehmen?

Durch Ihre Erzählungen tragen Sie dazu bei, ein besseres Verständnis für Männer in der Angehörigenpflege zu erlangen. Sie haben die Möglichkeit, Ihre Erfahrungen zu teilen und dabei zu helfen, den oft unsichtbaren Beitrag von pflegenden Angehörigen besser zu verstehen. Weiters könnte ihre Teilnahme dazu beitragen, die Unterstützung und Anerkennung für Männer in der Angehörigenpflege zu verbessern.

Nutzen und mögliche Risiken einer Teilnahme

Grundsätzlich sind mit der Teilnahme an einem Interview keine Risiken verbunden. Alle Interviews werden **vertraulich** behandelt, und Ihre Daten werden **anonymisiert**, sodass keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Sie können das Gespräch auch zu jedem Zeitpunkt und ohne Angabe von Gründen abbrechen. Da es sich um ein sensibles Thema handelt, könnte die Reflexion darüber emotional aufwühlend sein. Bei Bedarf kann während des Interviews eine Pause eingelegt werden. Sollten Sie nach dem Interview noch Fragen oder Anliegen haben, können Sie sich selbstverständlich melden.

Kontakt

Bei noch offenen Fragen stehe ich Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

E-Mail: eva.klinglmair@univie.ac.at

Ich freue mich über Ihre Teilnahme!

11.4 Aufruf der Caritas

Service für Pflegende Angehörige

Wir bieten Menschen in Oberösterreich, die Familienangehörige zuhause pflegen und betreuen, verschiedene Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten. Unsere Beratungen finden persönlich, telefonisch, mittels Videochat oder online statt. Ihre Ansprechpersonen finden Sie [hier](#).

Hier finden Sie die [Teilnahmebedingungen](#) für unsere Veranstaltungen.

Teilnehmer für Studie gesucht:

Männer in der Angehörigenpflege

Für eine Masterarbeit werden Männer gesucht, die als pflegende Angehörige für ihre Partnerin sorgen. Der Fokus liegt auf der Einstiegsphase in die Pflegerolle und damit einhergehenden Veränderungen im persönlichen Bereich, eventuellen Stigmatisierungen und geschlechterspezifischen Rollenbildern. Die Teilnahme erfolgt in Form eines Interviews.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an eva.klinglmair@junivie.ac.at



Servicestelle



Beratungsangebote



Treffpunkte



Bildungsforum



Erholungstage



Auszeit-Tage



11.5 Einverständniserklärung

Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Interview

Thema: Die Transition von Männern in die Rolle informeller Pflegekräfte

Name des Teilnehmers: _____

Ich wurde vor meiner Teilnahme umfassend über das Forschungsprojekt informiert und habe das Informationsschreiben sorgfältig gelesen und verstanden. Die möglichen Vorteile sowie Risiken des Projekts wurden mir erläutert. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen, und bin mir bewusst, dass meine Teilnahme freiwillig ist. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit zurückziehen kann. Zudem erkläre ich mich einverstanden, dass mein Interview aufgezeichnet und die pseudonymisierten Daten zu wissenschaftlichen Zwecken genutzt werden.

Hiermit bestätige ich meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

Datum und Unterschrift des Teilnehmers:

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Eva Klinglmair