

THEORIE- UND WISSENSCHAFTSPREIS¹Normalitätskonstruktionen in Biografien
ehemaliger Pflegekinder

DR. DANIELA REIMER — ZÜRCHER HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN

Normalität ist für Pflegekinder ein besonders bedeutsames Thema: Die Art, wie Pflegekinder aufwachsen, widerspricht sowohl der gesellschaftlichen Norm als auch dem Durchschnitt der Kinder in westeuropäischen Ländern. Als Pflegekinder leben sie bei einer Familie, die nicht ihre leibliche ist, und haben in dieser Familie einen besonderen Status. In der psychologisch und medizinisch geprägten Forschung wird die Normalität von Pflegekindern – im Sinne psychischer und physischer Gesundheit und der normativen Entwicklung – sehr genau unter die Lupe genommen und (zumindest teilweise) kritisch bewertet (z. B. Kindler et al. 2011). Mit der entsprechenden (unterstellten) mangelnden oder prekären Normalität sind Pflegekinder während ihres Aufwachsens konfrontiert. Sie sind deshalb herausgefordert, für sich selbst unter schwierigen Bedingungen Normalität zu konstruieren, diese nach außen zu vertreten und immer wieder auszubalancieren. 1996 hat Klaus Mollenhauer als zentrale Aufgabe der Jugendhilfe die Normalitätsbalance benannt, aber den Begriff nicht näher ausgeführt. Ich möchte im Folgenden meine Untersuchung (Reimer 2017) vorstellen, bei der Biografien junger Erwachsener, die in Pflegefamilien aufgewachsen sind, daraufhin analysiert wurden, wie sich Normalitätskonstruktionen und Normalitätsbalancen formatieren und darstellen. Dazu werde ich knapp den Begriff der Normalität erläutern und in Bezug setzen zu Identität und anhand dessen die Begriffe Normalitätskonstruktionen und -balancen definieren. Konkretisieren werde ich dies empirisch anhand meiner Studie, es wird knapp das methodische Vorgehen beschrieben und es werden die analysierten Biografien und ihre Besonderheiten pointiert vorgestellt. Daran anknüpfend wird eine Typologie von Normalitätskonstruktionen und -balancen präsentiert. Abschließend skizziere ich Konsequenzen für Forschung und Praxis.

NORMALITÄTSBEGRIFF UND ZUSAMMENSPIEL MIT IDENTITÄT

Normalität erweist sich in der Sozialpädagogik und der Sozialen Arbeit als ein ständig schwebendes Thema. Seelmeyer (2008, S. 14) geht davon aus, dass man der Normalität in der Sozialen Arbeit nicht entrinnen kann, Dollinger und Oelkers (2015) beschreiben, dass Soziale Arbeit generell eine Grenzbearbeitung zwischen normal und unnormal vornimmt.

Aufgrund der Bedeutung von Normalität für die Soziale Arbeit ist es erstaunlich und gleichzeitig problematisch, dass es bislang wenig Bemühungen um eine Begriffsklärung gab

(vgl. Seelmeyer 2008). Ich gehe für den Kontext der vorgestellten Studie davon aus, dass Normalität immer auf der tatsächlichen oder in einer Gesellschaft oder einem bestimmten Milieu wahrgenommenen statistischen Normalverteilung rekurriert. Normalität stellt aber nicht einfach den statistischen Durchschnitt dar. Was normal ist und was nicht, wird in jeder Gesellschaft ständig in einem stets dynamischen Prozess ausgehandelt. Den Aushandlungen liegt immer eine (imaginäre) Gaußkurve zugrunde und die Setzungen und Verschiebungen

¹ Dr. Daniela Reimer wurde für ihre Dissertation und Buchveröffentlichung *Normalitätskonstruktionen in Biografien ehemaliger Pflegekinder* mit dem Deutschen Kinder- und Jugendhilfepreis 2018 in der Kategorie Theorie- und Wissenschaftspreis ausgezeichnet.

von Normalitätsgrenzen werden dynamisch reguliert. Die gesellschaftliche Produktion von Normalität findet dabei in einem anhaltenden Dualismus zwischen normierender Punktnorm, mit dem Versuch, Normalitätsgrenzen zu verengen, und einem flexibel normalistischen Rekurs auf Durchschnittsverteilung, mit dem Versuch, Normalitätsgrenzen zu weiten, statt (vgl. Link 2009).

Menschen werden in unserer Gesellschaft permanent – medial, aber auch in der Interaktion mit anderen Menschen – mit statistischen Durchschnitten und ergo Normalitäten konfrontiert. Wichtige Normalitätsfelder sind Körper, kindliche Entwicklung, Lebensstandard, Bildung, Arbeit/Beruf, Sexualität. Die ständige Konfrontation fordert – explizit oder implizit – auf, sich selbst und andere in diesen Normalitätsfeldern und statistischen Größen einzuordnen. Die Verortung im Durchschnitt bietet Sicherheit, gleichzeitig bedeutet sie auch Langeweile; die Verortung an einer Grenze bietet Spannung und Individualität, gleichzeitig stellt sie ein (Exklusions-)Risiko dar und kann Stigmatisierung nach sich ziehen. Es ist davon auszugehen, dass kein Mensch vollständig, in allen Lebensbereichen „normal“ ist (Krappmann 1975). Identität entwickelt sich in der Auseinandersetzung mit Normalitätserwartungen der Gesellschaft. Welche Normalitätserwartungen überschritten

werden können und welche nicht, ist von der jeweiligen Gesellschaft und ihren Machtverhältnissen abhängig (Foucault 1976). Menschen schaffen ihre Normalitätskonstruktionen in einem aktiven Prozess der Bedeutungsproduktion (Certeau 1988): Es erfolgt ein aktiver Prozess der Aneignung gesellschaftlicher Normalitätsvorstellungen, in dem die Menschen diese und die in ihnen enthaltenen Machtdimensionen wahrnehmen, bewerten, in ihnen aufgehen können, aber sie auch umgehen oder gar negieren können, für sich selbst Neues schaffen in ihrer Alltagswelt und sie „in die Ökonomie ihrer eigenen Interessen und Regeln ‚umfrisieren‘“ (ebd., S. 15). Um ihre Normalität auszubalancieren, wenden Menschen Taktiken an. Viele der Taktiken, die Anwendung finden, sind spontan, im Augenblick. Insgesamt ist ein Verwiesensein auf die Gelegenheiten festzustellen, es liegt keine bewusste Gesamtstrategie vor im Umgang mit der eigenen Normalität und den gesellschaftlichen Erwartungen – die Taktiken manifestieren sich stattdessen in einzelnen Situationen und Interaktionen (vgl. Certeau 1988). Anknüpfend daran verstehe ich unter Normalitätskonstruktionen solche Konstruktionen, die eine Person in einer Interaktion präsentiert. Die Normalitätskonstruktionen sind in diese Interaktion eingebunden, sie sind wandelbar und können sich in verschiedenen Interaktionen unterschiedlich präsentieren. Allerdings ist davon auszugehen, dass sie sich biografisch verdichten. Die Normalitätskonstruktion beinhaltet eine Selbstverortung in objektive oder subjektiv wahrgenommene Durchschnittsverteilungen sowie eine Stellung zu gesellschaftlichen Normen, inklusive eines Rekurses auf Machtverteilungen, die mit Normalität verbunden sind. Als Normalitätsbalance bezeichne ich, wie es einer Person gelingt, ihre Normalitätskonstruktion auszubalancieren. Balance ist hier ein nicht normativer Begriff, der ein immer wieder auszubalancierendes Verhältnis bezeichnet (Elias 1976). Die Normalitätsbalance bezieht sich auf das Verhältnis zwischen einem Menschen und seinen Individualitätsbestrebungen, seiner Biografie und den eigenen Vorstellungen von dem was und wie er oder sie sein möchte einerseits und andererseits den Normalitätserwartungen, die in einer konkreten Interaktion und den ständigen Auseinandersetzungen mit der Gesellschaft an die Person herangetragen werden.

ANZEIGE

Hilfen zur Erziehung & inklusive Schule



Wir bieten stationäre und ambulante Hilfen zur Entwicklung. Dabei stützen wir uns auf fast 25 Jahre Erfahrung in der Jugendhilfe.

Jugendhilfeeinrichtung mit Internat und
Privater Sekundarschule
Anerkannter Träger der freien Jugendhilfe
0 57 55 - 962-0 www.schloss-varenholz.de

Schloss
Varenholz

METHODISCHES VORGEHEN UND DATENMATERIAL

Die Datengrundlage für die Untersuchung von Normalitätskonstruktionen und -balancen stellen biografisch-narrative Interviews nach Schütze mit jungen Erwachsenen dar, die in Pflegefamilien aufgewachsen sind (Schütze 1981; Reimer 2008 und 2011). Jedes Interview wurde aufwendig biografisch rekonstruiert, analysiert und nach verschiedenen Themenbereichen

kodiert. Im Anschluss wurden die Lebensgeschichten rekonstruiert, aus jedem Interview erfolgte eine Analyse der Normalitätskonstruktion, des biografischen Hintergrunds für die Konstruktion, Taktiken des Balancierens der Normalität, der Nutzen sowie die Risiken der Konstruktion.

EINBLICKE IN DAS INTERVIEWMATERIAL

Um das Interviewmaterial und den Analyseprozess zu veranschaulichen, werden hier pointiert alle sechs genutzten, kontrastiven Interviews vorgestellt:

Lena kam im Alter von neun Monaten in eine Pflegefamilie, die sie heute als ihre Familie ansieht. Von der leiblichen Familie grenzt sie sich stark ab. Im Interview ist es ihr besonders wichtig, sich selbst als normal (gute Schulbildung, durchschnittliche Hobbys) und die Pflegefamilie als normale Familie zu präsentieren. Ihr Bedürfnis, in der Pflegefamilie ein normales Kind zu sein, geht so weit, dass sie selbst die fehlende biologische Beziehung zur Pflegefamilie teilweise negiert.

Sascha kam nach sechs Jahren in der Herkunftsfamilie und sieben Jahren im Heim im Alter von 13 Jahren in eine Pflegefamilie. Den Eintritt in die Pflegefamilie konstruiert er als harten, positiven Wendepunkt in seiner Lebensgeschichte, die er bis dahin als Geschichte fehlender Normalität erzählt. Die Normalität der Pflegefamilie versucht er im Erwachsenenalter für sich zu bewahren, indem er sich an deren Normen und Werten orientiert und einen engen Kontakt pflegt. Die Beziehung zur leiblichen Mutter lebt er im Erwachsenenalter ebenfalls intensiv, lässt sich darin aber von der Pflegemutter supervidieren.

Amisha kam mit zwei Jahren in eine Pflegefamilie. Die Pflegeeltern sind beide professionelle Pädagogen. Amisha präsentiert sich einerseits als sehr normale junge Frau (stereotyp weiblich, durchschnittliche, geschlechtsadäquate Hobbys, enge Freundschaftsbeziehungen zu Gleichaltrigen). Gleichzeitig präsentiert sie sich als unnormal mit diversen Einschränkungen aufgrund ihrer Geschichte und aus diesem Grund als besonders schutzbedürftig. Die Schutzfunktion übernehmen die Pflegeeltern. Die Art der Übernahme dieser Funktion und Amishas Wunsch, gleichzeitig normal und schutzbedürftig zu sein, kollidieren regelmäßig.

Marcel kam mit vier Jahren in eine Pflegefamilie. Der Übergang in die Pflegefamilie stellt für ihn eine Denormalisierung dar. Die Notwendigkeit der Fremdunterbringung stellt er bis heute infrage. Er verortet sich in der leiblichen Familie und versteht die Beziehungen zu den Mitgliedern der leiblichen Familie als normale Beziehungen. Die Beziehung zur Pflegefamilie ist konfliktuell, aber dennoch intensiv.

Hannah kam als Baby in eine Pflegefamilie, in der sie bis zum Abbruch des Pflegeverhältnisses (vonseiten der Pflegeeltern) im Alter von 16 Jahren lebte. Hannah präsentiert

sich im Interview aufgrund ihrer Pflegekindgeschichte und des erlebten Abbruchs als unnormal. Dazu kommen andere Lebensbereiche, in denen sie sich selbst fehlende Normalität zuschreibt, vor allem aufgrund ihrer Homosexualität. Die fehlende Normalität kann Hannah aber zumindest teilweise kompensieren durch ein hohes Bildungsniveau, durch positive Beziehungserfahrungen im jungen Erwachsenenalter und dadurch, dass sie ein alternatives Milieu in einer Großstadt für sich gefunden hat, in dem sie sich mit ihrer fehlenden Normalität unter ihresgleichen befindet.

Dave kam nach neun Monaten in der Herkunftsfamilie und einem Heimaufenthalt mit zweieinhalb Jahren in eine Pflegefamilie. Er präsentiert sich im Interview als massiv unnormal. Dies begründet er vor allem mit seinen vielfältigen medizinischen Diagnosen und den sich anschließenden therapeutischen Interventionen, die aufgrund der Probleme, die er in der Pflegefamilie hatte und machte, eingeleitet wurden. Dave zieht einen großen Gewinn aus der fehlenden Normalität, von seinem Umfeld erwartet er maximale Rücksichtnahme und Verständnis. Gleichzeitig problematisiert er Zukunftssorgen und ein Exklusionsrisiko aufgrund seiner fehlenden Normalität.

ERGEBNISSE

Aus dem Vergleich der Interviewanalysen wurde ein theoretisches Modell von Normalitätskonstruktionen und Normalitätsbalancen bei Pflegekindern erstellt. Aufgrund der Komplexität wird auf die Darstellung an dieser Stelle verzichtet (mit Verweis auf: Reimer 2017). Aus dem Theoriemodell heraus wurden vier Typen gebildet, die idealtypisch verdichtet darstellen, wie junge Erwachsene, ehemalige Pflegekinder auf verschiedene Art Normalität konstruieren und ausbalancieren. Es ist davon auszugehen, dass die Idealtypen tatsächlich so auftreten können, dass es aber auch erwachsene Pflegekinder geben kann, bei denen sich Typen mischen.

TYP 1: NORMALITÄT BEHAUPTEN – GEGEN ALLE WIDERSTÄNDE

Dieser Pflegekindtypus präsentiert sich als über alle Maßen normal. Er weiß zwar um die fehlende Normalität, versucht diese allerdings zu glätten oder gar zu leugnen. Die Tatsachen, die zur Inpflegegabe geführt haben und mit fehlender Normalität in Verbindung stehen, werden bagatellisiert.

Mythen um die Inpflegegabe spielen eine wichtige Rolle, die Unterbringung in genau dieser Pflegefamilie wird als schicksalhaft betrachtet. In diesem Typus finden sich junge Erwachsene mit sehr enger Beziehung zur Pflegefamilie. Ein Ablöseprozess als wichtiger Teil der Autonomieentwicklung



↑ *Übergabe des Theorie- und Wissenschaftspreises, v. l. n. r.: Prof. Dr. Karin Böllert (Vorsitzende der AGJ), Prof. Dr. Wolfgang Schröer (Vorsitzender der Jury), Dr. Daniela Reimer (Preisträgerin) und Minister Dr. Heiner Garg. (Foto: Bildschön)*

hat hier noch nicht stattgefunden. Die Pflegefamilie wird als eigene Familie betrachtet, die Pflegefamilie und vor allem die Pflegemütter werden stark idealisiert, darüber wird ein hohes Maß an Zugehörigkeit zur Pflegefamilie konstituiert. Generell zeichnet sich dieser Typus dadurch aus, dass er stark normierte Vorstellungen über Familie, Bildung, Beruf, Freizeitbeschäftigungen und teilweise weitere Lebensbereiche hat. Der Kontakt zur Herkunftsfamilie ist stark eingeschränkt, es erfolgt eine deutliche Abgrenzung. Es dominiert ein Schwarz-Weiß-Denken, die Herkunftsfamilie und Pflegefamilie werden eingeteilt einerseits in die gute, richtige, normale Familie, andererseits in die schlechte, anormale Familie. Das Reflexionsniveau ist bei diesem Typus relativ niedrig. Den Hintergrund dafür bilden aber explizit nicht fehlende Bildungsressourcen, sondern die Tatsache, dass die Reflexion über die eigene Geschichte innerlich abgewehrt wird. Dieser Typus hat nur wenige Mitwisser der Fremdunterbringung. Das Stigmamanagement ist entsprechend verdeckt. Die angewandten Taktiken haben extremen Charakter, gängig sind auch Lügen und sich in Widersprüche zu verstricken. Als Preis für dieses strikte Informationsmanagement werden Kontakte außerhalb der Pflegefamilie stark eingeschränkt, sprich, dieser Typus hat wenige Freunde, diese

sind dann aber engste Vertraute. In der Regel sind bei diesem Typus viele Kompensationsmöglichkeiten vorhanden – gute Integration in die Pflegefamilie und deren soziales Umfeld, Bildungsressourcen, gelingender Übergang Schule – Beruf. Die Chancen für diesen Typus liegen in der Scheinklarheit, die eine feste Verortung und Zugehörigkeit ermöglicht und dadurch auch Handlungsfähigkeit bietet. Dieser Typus kann vollständig von den Ressourcen, die die Pflegefamilie bietet, profitieren. Demgegenüber stehen Risiken für die Autonomieentwicklung. Aufgrund der engen Beziehung zur Pflegefamilie, ihrer außerordentlichen Wichtigkeit und der damit einhergehenden Idealisierung wird es schwierig, sich selbst als autonome Person mit einer eigenständigen Lebensführung zu formieren.

TYP 2: NORMALITÄT VORLEBEN – RISIKEN ENTGEHEN

Bei diesem Typus dominiert ein Verständnis als Normale. Die Bereiche im heutigen Leben oder in der Geschichte, die von fehlender Normalität gekennzeichnet sind, werden aber deutlich wahrgenommen und benannt. In Abgrenzung zum Typus 1 dient hier allerdings nicht die Pflegefamilie als zentraler Normalitätsanker. Die Pflegefamilie hat zwar eine zentrale Bedeutung und wird auch tendenziell idealisiert, daneben gibt es allerdings weitere zusätzliche Verankerungen von Normalität in diversen anderen Lebensbereichen. Hier geht es darum,

sehr bewusst in sämtlichen Bereichen Normalität vorzuleben und dadurch eine ständige Rückversicherung für die eigene Normalität zu erlangen. Im Zentrum stehen geschlechtstypische Handlungsmuster und die daraus folgende Rückversicherung, eine normale Frau oder ein normaler Mann zu sein, genauso wie die Rückversicherung, einen normalen, ordentlichen Beruf zu haben und gegebenenfalls selbst eine normale Familie zu gründen. Es besteht das zentrale Bedürfnis, Zugehörigkeit zu den als normal Wahrgenommenen herzustellen und zu erhalten. Darüber hinaus wird eine sekundäre Zugehörigkeit zu den als normal Verstandenen hergestellt, indem eine starke Orientierung an deren Normen und Werten erfolgt. Dagegen erfolgt eine deutliche Abgrenzung von denen, die fehlende Normalität repräsentieren. Mit dem Kontakt zu den Anormalen geht eine ständige Sorge vor einer Kontamination einher, die ein Risiko für die eigene Denormalisierung mit sich bringt. Die Abgrenzung ist allerdings tendenziell nicht so hart wie beim Typ 1, es kann eine Annäherung erfolgen, die dann allerdings stark reflektiert wird, um eine Kontaminationsgefahr zu minimieren. Vielschichtigkeiten und fehlende Eindeutigkeiten werden teilweise wahrgenommen, doch gibt es auch hier Dramatisierungen und Übertreibungen, die die Angst vor dem Risiko fehlender Normalität verdeutlichen. Die aus der subjektiven Sicht Normalen werden weitgehend unkritisch betrachtet. Das Reflexionsniveau ist relativ niedrig. Im Stigmamanagement sind offene und verdeckte Formen denkbar. In der Regel gibt es intensive Außenkontakte, in denen ein offenes Informationsmanagement betrieben wird, der große Freundeskreis dient wiederum der Rückversicherung der Normalität. Zentrale Ressource dieses Typus ist eine enge Bindung an die Pflegefamilie. Die klare Orientierung an den Normen und Werten „der Normalen“ verschafft Handlungsoptionen und Handlungssicherheit. Weitreichendes und sich verstetigendes Risikoverhalten ist von diesem Typus nicht zu befürchten, da dies eine Gefahr für die Normalität darstellen könnte. Zentrales Risiko für diesen Typus ist eine zu große Anpassung an die als normal bewerteten Menschen und deren Werte und Normen, die dazu führt, dass die eigenen Bedürfnisse nicht wahrgenommen werden können. Die Idealisierung der Normalen und der Normalität als Ganzes, kann zu einem ausgeprägten Schwarz-Weiß-Denken führen, das Exploration und Mut hemmt. Die Angst vor einer potenziellen Grenzüberschreitung in einem Normalfeld kann hemmend wirken.

TYP 3: ÜBER FEHLENDE NORMALITÄT PHILOSOPHIEREN – UND SIE (AUCH DADURCH) TEILWEISE RELATIVIEREN

Die fehlende Normalität und die daraus hervorgehenden Herausforderungen stehen im Mittelpunkt der Denkprozesse dieses Typus. Reflexion ist die zentrale Dimension, um die sich alle anderen Taktiken drehen. Dadurch erfolgt teilweise ein Reframing der Normalitätsfrage: Dieser Typus wird allein aufgrund der weitreichenden Reflexion über die fehlende Normalität paradoxerweise teilweise als normal wahrgenommen. Schon während des Pflegeverhältnisses wird viel über die fehlende Normalität dieser Form von Familie und des Zusammenlebens nachgedacht und die Normalität der Pflegefamilie tendenziell infrage gestellt, was (heftige) Konflikte im Jugendalter mit sich bringen kann, bis hin zum Abbruch oder zu zeitweiligen Zerwürfnissen in der Phase der Beendigung. Die Wahrnehmung von Vielschichtigkeit bei Pflegefamilie wie Herkunftsfamilie ist sehr hoch, auch deren jeweilige Werte und Normen werden ständig hinterfragt und können nicht einfach akzeptiert oder gar übernommen werden. Aufgrund dessen gibt es lediglich lose Zugehörigkeiten und auch nur lose Abgrenzungen. Dieser Typus nimmt eher Abgrenzung von Normen und Werten oder Zuschreibungen vor als von konkreten Menschen. Abgrenzungstechniken sind weicher als bei Typus 1 und 2. Zugehörigkeit wird eher zu imaginierten oder abstrakten Gruppen von Personen oder zur selbst gegründeten Familie hergestellt, zu Pflege- und Herkunftsfamilie wird keine zu enge Zugehörigkeit empfunden. Das Stigmamanagement erfolgt in Form eines offenen Umgangs mit der Pflegekindtatsache. Diesem Typus ist es wichtig, sich im Gespräch erklären zu können und fehlende Nachfragen oder gar eine fehlende Bereitschaft der Auseinandersetzung mit der Person wird als potenziell kränkend erlebt. Kompensation der fehlenden Normalität ist diesem Typus sehr wichtig. Zentrale Taktiken sind Erfolg im Bildungssystem und im Beruf sowie das Gründen einer der Normalfamilie entsprechenden eigenen Familie. Ist in einem Bereich keine Normalität möglich, wird dies reflektiert und problematisiert. Die Ressourcen dieses Typus sind ein kritischer Geist, er ist selbstständig und autonom, hat oft Erfolge in Bildungssystem und Beruf und ist sehr bemüht um positive Beziehungen in Partnerschaften und in der selbst gegründeten Familie. Besondere Risiken bei diesem Typus sind eine „Ich-glaub-keinem-was“-Haltung, die Überbewertung von Reflexion und den daraus hervorgehenden Ressourcen, eigenbrötlerische Haltungen. Aufgrund der Überbetonung ihrer Autonomie riskieren diese Menschen Einsamkeit. Erfolg in zentralen Lebensbereichen erscheint obligatorisch, teilweise gar überlebenswichtig.



TYP 4: FEHLENDE NORMALITÄT ZELEBRIEREN – UND EXKLUSION RISKIEREN

Dieser Typus präsentiert sich als unnormal. Dabei erscheint die fehlende Normalität einerseits als Makel, andererseits wird ein (großer) Nutzen aus ihr gezogen. Weitreichende Diagnose- und Therapieerfahrungen und die Annahme einer Identität als (psychisch) Kranker sind bei diesem Typus gängig. Typisch ist eine Grundhaltung, bei der davon ausgegangen wird, dass eigentlich alle Menschen unnormal sind und man selbst lediglich einer unter ihnen ist, allerdings mit einem spezifischen Profil. Abgrenzung erfolgt vor allem über die Dramatisierungen von Vorerfahrungen und die Distanzierung von bestimmten Menschen. Teilweise gibt es auch Kontaktabbrüche mit Menschen, deren fehlende Normalität als zeitweilig unerträglich erlebt wird, der Abbruch des Kontakts ist aber meist nur zeitlich befristet. Zugehörigkeit wird nur lose zu Menschen konstruiert, weil Beziehungen generell als kompliziert erfahren werden; die Verortung der Zugehörigkeit findet sich tendenziell bei abstrakten Gruppen, die sehr unterschiedlich sein können (z. B. Kranke, Pflegekinder, Unnormale, Verständnisvolle). Vielschichtige Perspektiven auf die eigene Geschichte und die wichtigen Menschen in der Geschichte sind sehr ausgeprägt, aber weitgehend unreflektiert. Oft sind sie beeinflusst von Therapien. Damit einher geht häufig eine Übernahme therapeutischen Vokabulars. Diesem Typus stehen oft nur wenige Kompensationsmöglichkeiten zur Verfügung, da Probleme im Bildungssystem (fast immer) bestanden. Entsprechend konnten keine weitreichenden Bildungsressourcen gesammelt werden, der Übergang in Schule und Beruf ist dadurch ebenfalls kompliziert und bedarf mehrerer Anläufe oder scheitert

↑ *Die Rede für den Stifter des Deutschen Kinder- und Jugendhilfepreises – Hermine-Albers-Preis –, die Obersten Jugend- und Familienbehörden der Länder, hielt Minister Dr. Heiner Garg. (Foto: Bildschön)*

gar. Positive Partnerschaftserfahrungen sind wegen der komplizierten generellen Beziehungsgestaltung auch eher selten. Das Stigmanagement ist situationsabhängig. Dieser Typus zieht wichtige Ressourcen daraus, dass er mit seiner fehlenden Normalität (zumindest: weitgehend) ausgesöhnt ist. Ihm stehen viele Freiheiten offen. Das große und weitreichende Risiko ist, dass Diskrepanzen zwischen Sein und gesellschaftlichen Erwartungen verkannt werden. Während des Jugendmatoriums besteht noch eine besondere Art von Schutz, sozialpädagogische Angebote können in Anspruch genommen werden. Sobald dieser Rahmen wegfällt, riskiert der Typus gesellschaftliche Exklusion.

SCHLUSSFOLGERUNG/AUSBLICK

Die vorgestellten Ergebnisse legen nahe, Normalitätsprozesse von Pflegekindern in ihrer Komplexität zu sehen und damit sowohl Chancen als auch Risiken – die sich bei allen Typen finden lassen – offenzulegen. Für diese komplexe Analyse hat sich die Biografieforschung als methodischer Ansatz sehr bewährt. Interessant wäre es nun, an den herausgearbeiteten Dimensionen weiter zu forschen und insbesondere die komplexen Prozesse von Zugehörigkeit und Abgrenzung mit ihren – oft widersprüchlichen – Taktiken näher in den Blick zu nehmen. Aber auch das weitere Erforschen von Ambivalenzen und Reflexionen könnte sich als ergiebig erweisen. Für beides wäre ein longitudinales Design, das nicht nur den Zustand und

die Konstruktion zu einem bestimmten Zeitpunkt in den Blick nimmt, sondern die Veränderungen in diesen Dimensionen über die Zeit untersucht, besonders ergiebig.

Für die Praxis der Pflegekinderhilfe erweisen sich die hier vorgelegten Ergebnisse auf den ersten Blick als sperrig: Alle herausgearbeiteten Typen weisen Chancen und Risiken auf, es gibt kein Ideal, auf das die Praxis zuarbeiten sollte. Klare Handlungsanweisungen für die Praxis erweisen sich also als unzureichend, aber es können Haltungen herausgearbeitet werden, die der Komplexität von Normalitätsprozessen bei Pflegekindern gerecht werden und Pflegekinder darin unterstützen können, die chancenreichen Konsequenzen der Normalitätskonstruktionen und -balancen weiter auszubauen und auch die Risikoseiten nicht zu verkennen. Wichtige Bausteine einer derartigen Haltung sind: die Komplexität von Normalitätsprozessen bei Pflegekindern wahrnehmen und anerkennen; den Aufwand, den Pflegekinder für ihre Normalitätskonstruktion und -balance betreiben, anerkennen und würdigen; vordergründig unverständliches Verhalten auch als Taktiken zur Aufrechterhaltung einer komplexeren Normalitätsbalance verstehen; Reflexion anregen (zum Beispiel im Rahmen von Biografiearbeit), aber nicht erzwingen; Ambivalenzen wahrnehmen und anerkennen; Pflegekindern Ressourcen zur Verfügung stellen, die helfen, Ambivalenzen auszuhalten; entsprechend vorhandene Ressourcen fördern auch mit dem Ziel, Kompensationsmöglichkeiten zu erarbeiten (z. B. Bildung, Köngeter et al. 2016); Pflegekindern Ressourcen zur Verfügung stellen, die hilfreich sind, um flexible Familienbilder entwickeln zu können, die ihren Lebensrealitäten besser entsprechen als stark normalistische Familienbilder; individuelle Formen des Stigmamanagements in einem vertraulichen Rahmen ansprechen und Unterstützung anbieten bei der Entwicklung hilfreicher und angemessener Formen.

Darüber hinaus ergeben sich aus der Studie Zweifel an einer pathologisierenden Sicht auf Pflegekinder, wie sie eingangs skizziert wurde und regelmäßig in Forschung und Praxis anzutreffen ist: eine Denormalisierung durch Diagnosen und Behandlungen stellt ein besonderes Risiko für die Normalitätsbalance von Pflegekindern dar, das nur mit einer Vielzahl vorhandener Ressourcen (teilweise) kompensiert werden kann. Die Studie ist ergo auch ein Appell an Wissenschaft und Praxis, die Nebenwirkungen stigmatisierender Zuschreibungen in den Blick zu nehmen, die eigene Forschung und Praxis diesbezüglich zu hinterfragen und daran zu arbeiten, einer vielschichtigeren Perspektive auf Pflegekinder und ihrem Aufwachen mehr Gehör zu verschaffen.

LITERATUR

- Certeau, M. de (1988): **Kunst des Handelns**. Berlin.
- Dollinger, B./Oelkers, N. (Hg.) (2015): **Sozialpädagogische Perspektiven auf Devianz**. Weinheim.
- Elias, N. (1976): **Über den Prozeß der Zivilisation: soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen**. Frankfurt am Main.
- Foucault, M. (1976): **Mikrophysik der Macht. Über Straffjustiz, Psychiatrie und Medizin**. Berlin.
- Kindler, H./Scheurer-Englisch, H./Gabler, S./Köckeritz, C. (2011): **Pflegekinder: Situation, Bindung, Bedürfnisse und Entwicklungsverläufe**, in: Kindler, H./Helmig, E./Meysen, T./Jurczyk, K. (Hg.): *Handbuch Pflegekinderhilfe*. München, S. 128–224.
- Köngeter, S./Mangold, K./Strahl, B. (2016): **Bildung zwischen Heimerziehung und Schule. Ein vergessener Zusammenhang**. Weinheim: Juventa.
- Krappmann, L. (1975): **Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen**. Stuttgart.
- Link, J. (2009): **Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird**. 4. Aufl. Göttingen.
- Reimer, D. (2011): **Pflegekinderstimme. Arbeitshilfe zur Begleitung und Beratung von Pflegefamilien**. Düsseldorf.
- Reimer, D. (2017): **Normalitätskonstruktionen in Biografien ehemaliger Pflegekinder**. Weinheim.
- Seelmeyer, U. (2008): **Das Ende der Normalisierung? Soziale Arbeit zwischen Normativität und Normalität**. Weinheim.



ÜBER DIE AUTORIN

DR. PHIL. DANIELA REIMER ist Hochschuldozentin an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) und Mitglied der Forschungsgruppe Pflegekinder. Ihre Schwerpunkte in Forschung und Lehre sind Biografiearbeit, Pflegekinder und Pflegefamilien, Normalität und Kultur.

Kontakt: daniela.reimer@zhaw.ch