

Geschlechterverhältnisse und Ethos fürsorglicher (Pflege-)Praxis im Wandel: Literaturbericht und Problemskizzen zu häuslicher Pflege (Langfassung)

Rumpf, Mechthild

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Rumpf, M. (2007). *Geschlechterverhältnisse und Ethos fürsorglicher (Pflege-)Praxis im Wandel: Literaturbericht und Problemskizzen zu häuslicher Pflege (Langfassung)*. (artec-paper, 144). Bremen: Universität Bremen, Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-219657>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Mechthild Rumpf

**Geschlechterverhältnisse und Ethos
fürsorglicher (Pflege-)Praxis im Wandel.
Literaturstudie und Problemskizzen zu
häuslicher Pflege (Langfassung)**

artec-paper Nr. 144

Oktober 2007

ISSN 1613-4907



artec - Forschungszentrum Nachhaltigkeit
Enrique-Schmidt-Str. 7
Postfach 330 440
28334 Bremen
<http://www.artec.uni-bremen.de>

Die hier vorliegende Literaturstudie und Problemskizze von Mechthild Rumpf ist im Zusammenhang des Projekts **"Die Bedeutung neuer Geschlechterverhältnisse für die neue soziokulturelle Konstruktion des Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel – am Beispiel Pflege"** entstanden, das dankenswerterweise **durch die Hanns-Lilje-Stiftung Hannover** gefördert wurde. Der vorliegende Text liegt auch in einer Kurzfassung vor als artec-paper 145 von Mechthild Rumpf (siehe homepage von artec). Für weitere Literaturlauswertungen im Projektzusammenhang siehe das artec-paper 146 von Christel Kumbruck, das sich auf Entwicklungen im traditionellen Ethos bezieht sowie das artec paper (in Vorbereitung) von Helen Kohlen, in dem besonders die angelsächsische Literatur zur Care-Debatte durchgesehen wird.

Das genannte Projekt ist Teil des umfangreichen **Kooperationsvorhabens "Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel" des Sozialwissenschaftlichen Instituts der EKD (SI) und des Forschungszentrums Nachhaltigkeit (artec) der Universität Bremen**, für das Dr. Jürgen Rinderspacher und Prof. Dr. Wegner (SI) sowie Privatdozentin Dr. Christel Kumbruck und Prof. Dr. Eva Senghaas-Knobloch (artec) verantwortlich zeichnen.

Geschlechterverhältnisse und Ethos fürsorglicher (Pflege-) Praxis im Wandel

Literaturstudie und Problemskizzen zu häuslicher Pflege (Langfassung)

Inhalt:

I. Einführung	4
II. Geschlechterverhältnis und Geschlechterdifferenz in ihrer Bedeutung für fürsorgliche Praxis	7
II. 1. Traditionen und Konstruktionen der Geschlechterdifferenz im Kontext fürsorglicher Praxis	7
II. 2. Die feministische Care-Debatte: Neue Impulse für die Pflegeethik?	12
II. 3. Exkurs über Autonomie und Fürsorglichkeit – „Mein Bild von Dir bestimmt, wie ich mit Dir umgehe“ (Salomon)	18
II. 4. Zum Begriff der Pflege	20
II. 5. Pflege als weibliche Bestimmung oder Kompetenz?	22
II. 6. Nähe und Distanz in der ambulanten Pflege	26
III. Pflegende Angehörige und informelle Pflegearrangements	29
III. 1. Zusammenhang von informellen und formellen Pflegesystem	29
III. 2. Die Entdeckung Angehöriger in Theorie und Praxis	31
III. 3. Umfang und Bedeutung der Pflegeleistungen durch Angehörige – ein aktueller Überblick	36
III. 4. Zusammenfassung und Fazit	47
IV. Der Blick auf die Pflegebedürftigen: Die Bedeutung der Kategorie Geschlecht	49
IV. 1. Demografische Tendenzen	49
IV. 2. Geschlechtsspezifische Alter(n)risiken I: unterschiedliche Lebenslagen und Lebensstile	52
IV. 3. Geschlechtsspezifische Alter(n)risiken II: Psycho-soziale Aspekte, Gesundheit und Risiken der Pflegebedürftigkeit	58
IV. 4. Bedeutung von Häuslichkeit und Privatheit als geschützter Raum und Begrenzung. Ein besonderes Dilemma für Frauen?	65
IV. 5. Zusammenfassung und Fazit	68

V. Pflegearrangements	71
V. 1. Pflegende Töchter – Zwischen Nähe und Distanz – Autonomie und Verpflichtung – Fürsorglicher Praxis und Selbstsorge	71
V. 2. Männer in der Pflege	86
V. 3. Familiäre und soziale Netzwerke	93
V. 4. Bedingungen der Selbstbestimmung – Einflüsse des Milieus	96
V. 5. Zusammenfassung und Fazit	97
VI. Zukunft häuslicher Pflege – Trends und spezifische Problembereiche	103
VI. 1. Neue und alte Probleme	103
VI. 2. Schwindendes häusliches Pflegepotential ? – Pflege, eine Angelegenheit der ‚ganzen‘ Familie, professioneller Dienste und sozialer Netzwerke	106
VI. 3. (Nicht)Inanspruchnahme ergänzender Hilfen	111
Exkurs: „Angemessene Pflege ist in Deutschland legal offenkundig nicht bezahlbar.“	118
VI. 4. Angehörigenarbeit und Lebensweltperspektive	120
VI. 5. Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	122
VI. 6. Zusammenfassung und Fazit	129
VII. Abschließende Überlegungen	135
Literatur	140
Angaben zur Autorin	154
Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec)	155

I: Einführung

Die Familie ist der „größte Pflegedienst der Nation“ (Höhn 1995:10) – auf diese und ähnlich lautende Formulierungen stößt der interessierte Leser immer wieder in der Fachliteratur und in sozialpolitischen Debatten. Fast verschämt wird auf ein lange Zeit „unsichtbares“ und weitgehend „unentgeltliches“ Fundament spätkapitalistischer Leistungsgesellschaft aufmerksam gemacht und zugleich auf merkwürdige Weise „verdeckt“. Dass es überwiegend *Frauen* sind, die sich meist selbstlos der Pflege widmen, wird häufig erst dann thematisiert, wenn ein Rückgang des „*weiblichen Pflegepotentials*“ beunruhigend vermutet und diskutiert wird.

„Die Wohlfahrtseffekte der informellen Güter und Dienstleistungen in Privathaushalten“ der BRD werden „insgesamt auf einen Wert von einem Drittel bis zur Hälfte des Bruttosozialprodukts geschätzt und zum übergroßen Anteil von Frauen erbracht“ (Jansen 1999:524 mit Verweis auf Häußermann/Siebel 1996 u. Meier 1999; vgl. a. Künemund 2005; BMFSFJ 2006b).

Der faktische Vorrang häuslich-ambulanter vor stationärer Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen wird durch den Gesetzgeber (§ 3 SGB XI), die Alten- und Familienberichte der Bundesregierung, durch empirische Erhebungen (Künemund 2005; Klie et.al. 2005; Schneekloth/Wahl 2006; Tesch-Römer et.al. 2006a) und den öffentlichen sozialpolitischen Diskurs gestützt. Dies soll hier auch nicht in Frage gestellt werden – aufschlussreich ist jedoch manchmal die verwendete Begrifflichkeit, wie sie beispielsweise in folgendem Zitat auffällt:

Zur Begründung „argumentiert Zeman (...), dass eine ambulante Versorgung Pflegebedürftiger ihre privaten und lebensweltlichen Ressourcen besser zum Tragen kommen lasse, öffentliche und private Mittel schone und gleichzeitig den Bedürfnissen der Betroffenen entspreche.“ (Reißmann 2005:25; vgl. Zeman 2000:140) Stehen hier zufällig und unüberlegt die „Bedürfnisse der Betroffenen“ am Ende? Ist die öffentliche Selbstbestimmungs-Rhetorik vielleicht primär ökonomisch motiviert? Die Begründung vermittelt eine instrumentalisierende Sichtweise, da mit dem, der Ökonomie entlehnten Begriff „Ressourcen“ vor allem das weibliche Pflegepotential – flexibel abrufbar – angesprochen und zugleich verschwiegen wird.

Viele Facetten eines möglichen egalitären Geschlechterverhältnisses zerbrechen nicht nur an den Strukturen gesellschaftlicher Organisation von Erwerbsarbeit, ihren Zeitzwängen und den männlich definierten Karrieremustern, sondern gerade auch an der Ausblendung jener *fürsorglichen Praxis*, die sich den Kindern und der Sorge um alte, kranke und hilfsbedürftige Menschen widmet. Mit dem Verweis auf das Selbstbestimmungsrecht und die menschliche Würde Älterer, die zur Begründung des Vorrangs häuslich-ambulanter Pflege sowohl in der

Literatur, als auch vom Gesetzgeber stark betont werden, geht leicht der Blick auf das Selbstbestimmungsrecht und die menschliche Würde der Pflegenden – meist Frauen – verloren. Mit einer fürsorglichen Rhetorik kann auch die Ignoranz gegenüber den Pflegenden verbunden sein. Aufmerksamkeit ist somit gegenüber so manchem Subtext in öffentlicher Argumentation geboten: Da es nicht mehr opportun ist, den alten hierarchisch und arbeitsteilig konstruierten Gesellschaftsvertrag zwischen den Geschlechtern als selbstverständliche Norm ins Feld zu führen, nach der die Sorge um Kinder, Kranke und ältere Pflegebedürftige zum natürlichen Aufgabenbereich der Frau gehört, kann es eine sozialpolitische Strategie sein, stattdessen *ausschließlich* das Selbstbestimmungsrecht und die menschliche Würde der Pflegebedürftigen zu betonen. Dies kann als eine *absolut* geltende, neue, moderne Norm wahrgenommen werden, der sich vermutlich viele Frauen – sei es aus Zuneigung oder Verpflichtung, aber nicht unbedingt jeweils „selbstbestimmt“ – vielleicht nur schwer entziehen wollen oder können. Was aber würde dies für die Pflegenden bedeuten?

Gerade im Hinblick auf mehr Geschlechtergerechtigkeit ist festzuhalten, dass im Kontext häuslicher Pflege das moralische Dilemma zwischen eigenem Selbstbestimmungsbedürfnissen und dem Selbstbestimmungsrecht des pflegebedürftigen Angehörigen für beide Geschlechter gilt und nur reflexiv, mit guten Gründen und nicht „von Natur aus“ oder mit Verweis auf ein „weibliches Arbeitsvermögen“, gelöst werden kann. Wie sich zeigen wird, ist die freie und geglückte Lösung eines solchen Dilemmas unter gegenwärtigen gesellschaftlichen Bedingungen oftmals verstellt.

Sozialpolitische Diskurse und staatliches Handeln müssten deshalb im Wissen um „Fürsorgliche Konflikte“ (Eckart 2004a) auch stärker als bisher von der Sorge um die (potentiell) Pflegenden im häuslichen Bereich verantwortlich getragen sein! Ein auf häusliche Pflegearrangements bezogenes *Ethos fürsorglicher Praxis* sollte also beide Seiten im Blick haben. Diese Überzeugung leitet den folgenden Literaturüberblick.

In den folgenden Abschnitten des zweiten Kapitels (II.) werden zunächst einige Aspekte des Zusammenhangs von Geschlechterverhältnis, Geschlechterdifferenz und fürsorglicher Praxis thematisiert. Auf diesem Hintergrund werden Grundlagen, Streitpunkte und Perspektiven einer Pflegeethik referiert und mit Blick auf ein Ethos fürsorglicher Praxis kritisch gewichtet. Mit den daran anschließenden Befunden aus einigen aktuellen pflegewissenschaftlichen und gerontologischen Studien soll in einem ersten Zugang deutlich werden, welche Strukturbedingungen von Pflege und Professionalisierung, insbesondere im ambulanten Bereich, einem Ethos fürsorglicher Praxis enge Grenzen setzen.

Im dritten Kapitel (III.) wird der Zusammenhang von informellen und formellen Pflegesystemen thematisiert und die Bedeutung pflegender Angehöriger – überwiegend Frauen – ins Zentrum gerückt. Dabei werden Veränderungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements besonders hervorgehoben und im Hinblick auf die Relation zwischen pflegenden Frauen und Männern diskutiert.

Das vierte Kapitel (IV.) konzentriert sich auf geschlechtsspezifische Alter(n)s- und Pflegerisiken, wobei demografische, soziale, psychosoziale und medizinische Aspekte im Vordergrund stehen. Der entscheidende Befund, dass Frauen insbesondere in der Gruppe der hochbetagten und pflegebedürftigen Menschen überwiegen, wird in seiner Bedeutung für zukünftige Pflegekonstellationen und ihrer Bedingungen hervorgehoben.

Im fünften Kapitel (V.) werden die häufigsten privaten Pflegearrangements mikrologisch beleuchtet und insbesondere die komplexen Problem- und Motivlagen pflegender Töchter vermittelt. Der Blick auf pflegende Söhne (und Männer) wird vergleichend und in heuristischer Absicht eingeführt. Vor allem in diesem Kapitel wird der sozialpolitische Handlungsbedarf augenfällig, um pflegende Angehörige zu entlasten und psychosozial zu betreuen. Allerdings werden auch Ansätze zukunftsweisender Pflegearrangements benannt, die autonome und entlastende Handlungsoptionen erkennen lassen.

Im sechsten Kapitel (VI.) geht es um ein neues Verständnis von familialer Verpflichtung und die Bedeutung sozialer Netzwerke sowie ambulanter Dienste, um damit sowohl die Sorge um die zu Pflegenden *als auch die um die Pflegenden* hervorzuheben. In diesem Zusammenhang wird die häufig vertretene These vom rapide schwindenden häuslichen Pflegepotential aufgrund neuerer Untersuchungen etwas relativiert. Die Frage jedoch, weshalb nach wie vor etwa die Hälfte aller Pflegefamilien auf externe Hilfe verzichten und die Geldleistung wählen, konnte empirisch befriedigend nicht abschließend geklärt werden. Die zunehmende Relevanz notwendiger sozialpolitischer Regelungen, um Pflegetätigkeiten und Berufstätigkeit vereinbaren zu können, wird auf dem Hintergrund demografischer Daten und Angaben zur weiterhin steigenden Erwerbsbeteiligung von Frauen ausführlich begründet.

Im abschließenden Kapitel (VII.) wird die Bedeutung personenbezogener Fürsorgearbeit – Pflegeleistungen von Frauen und Männern im privaten Raum –, gewürdigt und im Zusammenhang mit gesellschaftlich notwendiger, stärkerer Unterstützung diskutiert. Resümierend wird festgehalten, dass die mehrheitlich von Frauen ausgeübten Hilfe- und Pflegetätigkeiten nicht ausschließlich auf Strukturen geschlechtshierarchischer Arbeitsteilung zurückgeführt werden können. Da sich das komplexe Ursachengeflecht ungleicher Verteilung von Pflegetä-

tigkeiten nur partiell mit dem Anspruch der Geschlechtergerechtigkeit kritisieren und verändern lässt, sollte die öffentliche und sozialpolitische Aufmerksamkeit verstärkt auf die teilweise unzumutbaren Rahmenbedingungen solcher fürsorglichen Praxis gerichtet sein. Frauen werden auch zukünftig – bedingt durch die anhaltende „Feminisierung“ des Alters – häufiger als Pflegende und Zupflegende präsent sein. Und sie werden vermutlich weiterhin – und Männer zunehmend – aus Zuneigung und aus einem moralischen Verpflichtungsgefühl heraus ihre (Ehe)Partner und vor allem ihre hochaltrigen, allein lebenden Mütter (Eltern) betreuen und pflegen. Nicht diese – voraussichtlich ungleichgewichtigen – Beanspruchungen von Frauen und Männern werden das große Problem sein, sondern eher die Frage, ob die angebotene Unterstützung der Gesellschaft gerecht und angemessen ist.

II. Geschlechterverhältnis und Geschlechterdifferenz in ihrer Bedeutung für fürsorgliche Praxis

II.1. Traditionen und Konstruktionen der Geschlechterdifferenz im Kontext fürsorglicher Praxis

Bei den zählebigen, über Jahrhunderte gewachsenen gesellschaftlichen Strukturen, die der sozialen Verortung der Geschlechter und den Facetten der Ungleichheit zugrunde liegen, handelt es sich – trotz aller Veränderungen – um den entscheidenden harten Fels, an dem jede schlichte Vorstellung von Autonomie und Geschlechtergerechtigkeit zerbricht. Ein Blick auf die Sphären der Macht, der Ökonomie, des Arbeitsmarktes, das implizite Geschlechterregime des Wohlfahrtsstaates, lässt nur für neoliberale Orientierungen den Eindruck entstehen, hier handele es sich um eine natürliche, unumstößliche Ordnung purer Leistungsgerechtigkeit. Zentral für feministisches Denken waren nicht nur die Dekonstruktion kultureller Vorstellungen von Geschlechterdifferenz und Asymmetrie, der Kampf um gleiche Rechte und die Überwindung von sozialen Ungleichheiten in der Erwerbssphäre, sondern auch die Aufhebung geschlechtlicher Arbeitsteilung und geschlechtsdifferenter Formen des Sich-Sorgens, die ja in ihrer gesellschaftlichen Vermittlung begriffen werden und nicht nur als individuelle Geschlechterarrangements.

„Erst den feministischen Kritikerinnen der politischen Philosophie der Aufklärung fiel auf, dass im klassischen Konstrukt des Gesellschaftsvertrags sich die Bürgerrechte auf Männerrechte reduzierten und unvermeidliche und existenzielle Abhängigkeitssituationen im Leben jedes Menschen ausgeblendet wurden. Die Selbstverständlichkeit, mit der aus dem neuen Diskurs über Unabhängigkeit, Freiheit und Gleichheit in der bürgerlichen Gesellschaft alles herausfiel, was auf die Entwicklungsphasen von Kindheit und Alter in ihrer Bedürftigkeit und Abhängigkeit von der Zuwendung anderer Menschen hätte hinweisen können, ist von feministischen Theoretikerinnen mit den Konzeptionen des Patriarchalismus und eines impliziten

Geschlechtervertrages erklärt worden. Tatsächlich ging die philosophische und rechtstatsächliche Herausbildung des bürgerlichen Individuums mit der Familiarisierung der (verheirateten) Frauen zusammen, eine Entwicklung, die Ute Gerhard besonders in Deutschland rechtshistorisch im Detail untersucht hat.“ (Senghaas-Knobloch 2004:7; vgl. Rumpf/Senghaas-Knobloch 2004; Gerhard 1990)

Die Komplexität der hier angesprochenen und ungelösten Probleme wird heute zunehmend im Kontext einer intensiven Debatte um „care“ erörtert, wobei sichtbar wird, dass ein weites Spektrum von sorgenden Tätigkeiten, die Frauen traditionell und immer noch strukturell zugeordnet werden, mit den Begriffen der Arbeit und geschlechtshierarchischer Arbeitsteilung allein nicht erfasst werden können (Eckart 1996, 1999, 2004; Eckart/Senghaas-Knobloch 2000; Senghaas-Knobloch 2001, Gerhard 2003)¹. Der weite Horizont der fürsorglichen Praxis ist nicht nur Thema der Geschlechterungleichheit sondern betrifft das gesellschaftliche Selbstverständnis, die Vorstellungen vom Selbst und von Selbständigkeit, Unabhängigkeit und die verhängnisvolle, inhumane ökonomistische Fixierung auf den bindungslosen und flexiblen Erwerbsbürger, wie Christel Eckart mit neueren Überlegungen sichtbar macht.

„Fürsorge als unerlässlicher Teil unserer Persönlichkeit und Ressource bedeutungsvollen Handelns und der Intersubjektivität ist nicht beschränkt auf das (unpolitische) ‚Reich der Notwendigkeit‘ leiblicher Bedürftigkeit, sondern wesentlicher Teil menschlicher Kommunikation und Interaktion. Sie ist beeinflusst von sozialen Machtverhältnissen und unterliegt formellen und informellen Regeln, Gewohnheiten und Interpretationen, sie ist weitreichend verbunden mit der Geschlechterordnung und mit den Deutungen und Bewertungen nach Geschlechterstereotypen. Politik ist als die ‚Regelung öffentlicher Angelegenheiten‘ danach zu beurteilen, wie sie die Bedingungen fürsorglicher Praxis beeinflusst, und umgekehrt: ob und wie Institutionen ‚lernen‘, Maßstäbe und gesellschaftliche Zielvorstellungen – wie wollen wir leben? – aus der fürsorglichen Praxis als allgemeine Kriterien politischer Gestaltung aufzunehmen, z.B. in der Zeitpolitik, in der Organisation von Arbeit, in der Ermöglichung verlässlicher Beziehungen und verbindlichen Zusammenlebens.“ (Eckart 2004b:28)

Eckart macht deutlich, dass fürsorgliche Praxis nicht nur unter Aspekten von Verteilungsgerechtigkeit gesehen werden kann, sondern Teil des Lebens selber ist, ein Wert an sich, nicht nur als Verpflichtung sondern als Bereicherung verstanden wird, die gegen die Zwänge der Marktgesellschaft, ihrer Zumutungen, instrumentellen Orientierungen sowie dem bloßen Reziprozitätsdenken zu verteidigen ist.

Nur selten wurden in der Vergangenheit die zerstörerischen gesellschaftlichen Auswirkungen auf sorgende Praxis im weitesten Sinne – ihrer faktischen Missachtung – so sensibel und mikroskopisch beleuchtet und kritisiert, wie von Theodor W. Adorno. In seinen Bildern der Liebe, Hingabe und Aufmerksamkeit für andere hat er spezifische Aspekte dieser sorgenden Praxis

¹ Die Tradition „weiblichen Dienstes“ in der Diakonie ist ein zentraler thematischer Schwerpunkt des Projektes zum „Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel“, vgl. dazu die Projektberichte Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2006, Kumbruck 2007, Senghaas-Knobloch/Kumbruck 2008.

nicht nur antizipiert, sondern zugleich "von subjektiver Erfahrung her", als ethische Prämisse, ungeschützt angedeutet: "Alle nicht entstellte Beziehung, ja vielleicht das Versöhnende am organischen Leben selber, ist ein Schenken". Dieses hätte sein "Glück in der Imagination des Glücks" des anderen. (Adorno 1951/1969:47; vgl. Rumpf 2006). Selbst wenn diese gegen den Zeitgeist festgehaltene Einsicht nicht konkret mit Blick auf Pflegepraxis formuliert wurde, so enthält sie doch einen übersetzbaren, verallgemeinerbaren Kern für ein Ethos fürsorglicher Praxis und damit auch für zentrale Aspekte „guter Pflege“.

Seit dem Wiederaufleben praktisch-philosophischer Fragen wird auch seit Jahren eine Kontroverse ausgetragen, die um angeblich differente moralische Orientierungen von Frauen und Männern kreist.² Dieser Streit um geschlechtsspezifisch unterschiedliche Orientierungen am konkreten Anderen, die beziehungsnahe Sorge und Verantwortung einerseits – die Orientierung am verallgemeinerten Anderen, einer beziehungsarmen, mehr oder weniger abstrakten Gerechtigkeitsethik andererseits, ist jedoch nicht nur, wie bereits angesprochen, ein Erbe der Aufklärung, der skizzierten Geschichte der Geschlechterordnung in der bürgerlichen Gesellschaft und der damit verbundenen differenten Identitätskonzepte.

Der weit gesteckte Horizont des Themas Care, der fürsorglichen Praxis, der Sorge, führt nicht nur zurück zur Frage der (Geschlechts)Blindheit universalistischer Theorien sondern zu einem tief liegenden epistemologischen Defizit: Feministische Theorien haben insbesondere in der Dichotomie von Öffentlichkeit und Privatheit eine Ursache für Geschlechterungleichheit und den Versuch der Legitimierung zugleich gesehen. Die Sozialphilosophin Seyla Benhabib sieht hier eine Logik der binären Opposition, die zugleich eine Logik der Herrschaftsausübung und Unterordnung ist (1995:22ff.). Sie erstreckt sich auf weitere Gegensatzpaare der politischen Theorie und Moralphilosophie, durch die Bereiche exkommuniziert werden, die wiederum primär mit den Erfahrungen von Frauen zu tun haben: Gerechtigkeit und gutes Leben, verallgemeinerte Interesse und private Bedürfnisbefriedigung, öffentliche Normen und private Werte, das Allgemeine und das Partikulare. Mit solch binären Oppositionen wird die "Milchglas-scheibe" zwischen öffentlicher und privater Sphäre immer wieder neu errichtet und Frauen bleiben dort verortet, wo ihnen schon seit langen Zeiten die fürsorgliche Praxis und die Sorge für das gute Leben auf den Leib geschrieben wurde. Mit ihrem Versuch, das Verhältnis von „generalisierten“ und „konkreten anderen“ in ein dialektisches Verhältnis zu setzen, versucht

² Einen sehr guten Überblick über diese, an den Forschungen von Lawrence Kohlberg und Carol Gilligan anknüpfende Debatte findet sich bei: Nagl-Docekal, H./Pauer-Studer, H. (Hrsg.), *Jenseits der Geschlechtermoral. Beiträge zur feministischen Ethik*. Frankfurt am Main 1993 und D. Horster (Hg.), *Weibliche Moral – Ein Mythos?* Frankfurt am Main 1998. Vgl. a. den im Projektzusammenhang „Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel“ entstandenen Literaturbericht von H. Kohlen (artec-paper i.V.).

Benhabib diese Oppositionen und die damit verbundene Verortung der Geschlechter im polarisierten Modell von Gerechtigkeit versus Anteilnahme aufzulösen. So schreibt sie in keiner Weise die Annahme von geschlechterdifferenten Moralien fort; vielmehr gelingt es ihr, mit der Auflösung theoretischer Oppositionen auch ein binäres moralorientiertes Geschlechtermodell zu überwinden. Allerdings sind die *Erfahrungen* von Frauen Bezugspunkt ihrer Überlegungen, weil sich in ihnen die öffentlich ausgegrenzten moralischen Fragen verdichten. Die Beziehung zwischen dem *verallgemeinerten und dem konkreten Anderen* sieht Benhabib als Kontinuum, das auf einem universalistischen Bekenntnis zum Recht jedes Menschen auf *universale moralische Achtung* beruht (1995:19).

Bedeutsam ist somit an der bisherigen Argumentation, dass selbst geschlechtsdifferente Praxen, soweit sie beobachtbar und gesellschaftlich relevant sind, noch keine Auskunft darüber geben, dass es zwei geschlechtsspezifische Moralien gibt. Begründbarer ist eher die Einsicht, dass verschiedene gesellschaftliche Kontexte unterschiedliche moralische Handlungsformen und Praxen ermöglichen, präferieren und umgekehrt oftmals strukturell ausschließen. Deutlich wurde, dass die Moderne zu einer gewissen moralischen Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern geführt hat – dies ist jedoch nicht gleichzusetzen mit einem philosophisch zu verstehenden „moralischen Dualismus“, wie die Philosophin Herta Nagl-Docekal (1998, 2000) betont. Auch sie sieht in der Rede von den zwei Moralien die Gefahr, dass sich Strukturen im Geschlechterverhältnis verfestigen könnten, anstatt sie aufzuheben. Insbesondere kritisiert sie aus einer philosophisch-systematischen Perspektive die Gegenüberstellung von zwei verschiedenen Formen der Moral (1998a).

Das Nachdenken über Moral – vor allem die Auseinandersetzung mit mancher feministischen Gleichsetzung der Kantschen Moralphilosophie mit universaler, abstrakter Gerechtigkeitsethik – führt an die eingangs ausgeführten Zusammenhänge zurück, zur Aufmerksamkeit für das Unerledigte und Verschwiegene der Aufklärung. Die genaue Relektüre von Kants Moralphilosophie durch Herta Nagl-Docekal zeigt, wieviel Unabgegoltene und Vergessene zum Vorschein kommt und dass sehr wohl die Orientierung am konkreten anderen, also Kontextsensibilität und nicht eine abstrakte Gerechtigkeitsmoral die Grundlage von Kants Denkens sind. In ihrer Begründung bezieht sie sich auf den kategorischen Imperativ, wie er von Kant in der „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“ (1785) formuliert wurde: "Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest". Nagl-Docekal interpretiert dieses moralische Gesetz, indem sie das Verbot der Instrumentalisierung herausstellt und ebenso das

Gebot, Menschen beizustehen, die ihre Zwecke nicht aus eigener Kraft zu realisieren vermögen:

„Der kategorische Imperativ impliziert demnach zum einen ein Verbot; dieses besagt, daß Menschen ‚niemals bloß als Mittel‘ gebraucht, das heißt gegen ihren Willen instrumentalisiert werden dürfen. Zum anderen enthält er das Gebot, daß Menschen jederzeit ‚als Zweck an sich‘ geschätzt werden müssen; das bedeutet, es ist zu respektieren, daß sie über die Kompetenz verfügen, ihre Zwecke selbst zu bestimmen.“(Nagl-Docekal 1998a:67).

Die zweite Bestimmung ist überaus komplex, da sie nicht nur gleiche Autonomiefähigkeit aller Menschen voraussetzt, sondern zugleich individuelle Zwecksetzungen und nicht verallgemeinerbare Vorstellungen von „Glückseligkeit“ (Kant) im Blick hat. Nagl-Docekal kommt deshalb bei ihrer Relektüre zu der Folgerung: „Das eine moralische Gesetz umfasst auch das Gebot, andere im Verfolgen ihrer jeweils individuellen Glücksvorstellungen soweit als möglich (und so weit dies nicht der Moralität widerspricht) zu unterstützen“ (ebd.). Soweit möglich, sich die Zwecke des anderen zu eigen zu machen, zählt für Kant zu den „Liebspflichten“, sei Ausdruck einer positiven und nicht nur negativen Übereinstimmung zur Menschheit. „Es zeigt sich nun, was es bedeutet, daß der kategorische Imperativ formal und nicht abstrakt ist. Es geht gerade nicht darum, andere nur als Menschen im allgemeinen – als ‚verallgemeinerte Andere‘ – zu sehen. Gefordert ist nicht, von den Besonderheiten der einzelnen Individuen abzusehen, sondern, im Gegenteil, diese zu befördern.“ (Ebd.:68) Für Nagl-Docekal liegt somit „auf der Hand“, dass Kant eine „Ethik der Fürsorglichkeit entwirft“. Damit weist sie überzeugend die fürsorgeorientierte als auch feministische Kritik an Kants vermeintlich abstrakten Universalismus zurück, da sie die Aporie von Universalismus und Partikularismus aufzulösen vermag: „Die eine formale Regel ist zugleich strikt universalistisch – sie gilt ja für alle Menschen gleichermaßen – und radikal individualisierend“ (ebd.:69).

Dies sollte als Thema der Gegenwart und der Zukunft präsent werden – nicht aber die Festbeschreibung differenter männlicher und weiblicher moralischer Orientierungen, oder die unveröhnnte Gegenüberstellung von vermeintlich abstrakter Gerechtigkeitsethik und feministisch akzentuierter Fürsorgeethik, die nur das *gesellschaftlich Nichteingelöste* der Prämissen Kants verdecken würden: die Anerkennung des Einzelnen als „Zweck an sich“ im nicht nur privaten Kontext. Mit der Lösung dieser nicht nur theoretischen Problemstellung muss sich zeigen, dass Moral nur jenseits der behaupteten geschlechtsdifferenten Moralen wirklich universal wird. Im folgenden Abschnitt geht es – bezogen auf den „engeren“ Kontext Pflege – um den Beitrag der feministischen Care-Debatte zur Pflegeethik.

II. 2. Die feministische Care-Debatte: Neue Impulse für die Pflegeethik?

Exemplarisch³ soll hier der Ansatz des Pflegepädagogen und Pflegeethikers Reinhard Lay (2004) vorgestellt werden, weil er sich in vieler Hinsicht in der Tradition der Moralphilosophie Kants versteht, Pflegeethik nicht aus der Medizinethik ableitet und auf anregende Weise feministische Debatten aus dem Kontext der Care-Ethik zu integrieren vermag. Lay thematisiert zunächst die moralische Entwicklung von Menschen und dabei bezieht er sich konsequenterweise auf Kohlbergs kontrovers diskutiertes Stufenmodell.

„Kohlbergs Theorie geht von einem Stufenmodell moralischer Entwicklung aus, das Heranwachsende auf ihrem Weg vom unreflektierten Kleinkind bis zum moralisch bewusst urteilenden Erwachsenen durchlaufen, wobei der höchste Reifegrad als ein Urteilen gemäß universellen Prinzipien und Rechten definiert ist. Die höchste Stufe moralischer Reife entspricht einer kantischen Position: Die moralisch reflektierte Position ist in ihrem Handeln weder von Selbstinteresse noch der unmittelbaren Bedürftigkeit anderer oder von Nützlichkeitsabwägungen, sondern von universellen Prinzipien wie Gerechtigkeit, Reziprozität und Respekt vor anderen geleitet.“ (Pauer-Studer 1996:88, zitiert bei Lay 2004:219)

Lay referiert feministische Kritik, aus deren Perspektive das Kohlbergsche Modell als „männerzentriert, starr und rational berechnend“ angesehen und auch deshalb abgelehnt würde, „weil es die vorgeblich eher weiblichen Qualitäten der Fürsorge, der Kontextsensitivität, der Anteilnahme und der emotionalen Bindungsfähigkeit systematisch ignoriere“ (Lay 2004:220). Feministische Ansätze propagierten dagegen eine „kontextsensitive Fürsorgeethik (care ethics oder ethics of care)“ statt einer „unparteilichen Normenethik (rule ethics)“.⁴

„Damit ist eine Ethik der Anteilnahme, der Obhut, des situationsentsprechenden Sich-Kümmerns gemeint (vgl. Loewy 1995:29), für die nicht ‚abstrakte‘ Pflichten und Prinzipien wie Autonomie und Gerechtigkeit die Basis seien, sondern Tugenden wie persönliche Zuwendung, Achtsamkeit, Mitgefühl und konkrete Fürsorge für das Wohl der Menschen (vgl. Rehbock 2000:281). Eine Ethik des Füreinander-Sorgens umfasst nach Arndt die ‚modernen Tugenden‘ Empathie, Solidarität, Kooperation, Kommunikation und Sorge (Arndt 2003a: 20f.). Da es noch keine zufrieden stellende deutsche Übersetzung von *care ethics* bzw. *ethics of care* gibt, schlägt Arndt für den Bereich der Pflege den Ausdruck ‚pflegerische Sorge‘ vor.“ (Lay 2004:220)

Der Autor hält die feministische Kritik durchaus für berechtigt, da mit einer „rein kognitiven (‚Männer‘-)Ethik“⁵ (...) „psychosoziale Aspekte weder angemessen beurteilt noch vermittelt

³ Im Rahmen dieses Literaturberichts kann nur exemplarisch die Frage verfolgt werden, in welcher Weise Ansätze der Care-Ethik im pflegewissenschaftlichen und pflegeethischen Kontext diskutiert werden. Zur vor allem angelsächsischen Debatte um Care vgl. den Literaturbericht von H. Kohlen (artec-paper i.V.), der im Projektzusammenhang "Die Bedeutung neuer Geschlechterverhältnisse für die neue soziokulturelle Konstruktion des Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel – am Beispiel Pflege" entstanden ist.

⁴ Vgl. dazu die ausführlicheren Auseinandersetzungen in Nagl-Docekal/Studer (1993) und Horster (1998).

⁵ In dieser Formulierung und in dem vorhergehendem Zitat wird allerdings deutlich, dass Lay die Annahme von „abstrakten Pflichten und Prinzipien“ unreflektiert referiert. Herta Nagl-Docekal hat in ihrer Argumentation überzeugend gezeigt, weshalb Vorstellungen von Autonomie und Gerechtigkeit gerade nicht abstrakt, sondern

werden“ könnten. „Pflegerische Bildung muss deshalb auch Aspekte einer Care-Ethik einschließen, die *als Ethik der Fürsorglichkeit die Qualitäten der Zuwendung, des Mitfühlens, der Anteilnahme und der Aufmerksamkeit einbezieht und eine Ethik des Rechts und der Fairneß ergänzen kann*’ (Arndt 1996:28).“ (Lay 2004:221) Feministischen Ansätzen könne jedoch nicht in allen Punkten zugestimmt werden, da eine Care-Ethik auch einseitig sein könne, betont Lay mit Verweis auf die Einwände von Win Tadd:

„In their rejection of principled approaches to ethics, many defenders of the ethics of care appear to miss the point that often moral principles and rules exist precisely because we care for others and wish to live in relation to them, and without some rules and principles, such as it is generally wrong to lie, it would be difficult for society to operate in anything other than an inconsistent arbitrary manner. The assumption, by many advocating an ethics of care, that principles are applied in a cold, calculating, abstract way can also be challenged, as can the fact these proponents fail to see that they too are relying on principles, albeit different ones from those involved in more traditional approaches. For example, the importance of relationship could be claimed as a principle on which an ethic of care is based, and like other moral principles, would have to be defended on universal grounds.“ (Tadd 1998:371, zitiert bei Lay 2004:221)

Für Lay ist der Fürsorgebegriff als polarisierender Gegenbegriff problematisch. Er würde in der Fachdiskussion auch aus anderen Gründen kritisch hinterfragt. So z.B. von Heinzmann, die aus der Münchner Erklärung der WHO vom Juni 2000 zitiert: “Wenn man Pflege als Fürsorge, als gesunden Menschenverstand oder als dienende Arbeit abtut, wird man der Komplexität und dem Wert des Berufs nicht gerecht.“ Heinzmann plädiert für einen Paradigmenwechsel in der Pflege, der „weg von der Fürsorgeleistung hin zur Dienstleistung führe“ (Heinzmann 2001:6, zitiert bei Lay 2004:221f.). Auch Raabe (2000:14) kritisiere den Fürsorgebegriff, da er in die Nähe von staatlicher Sozialfürsorge gerückt werden könnte und „Assoziationen von Armut und Entmündigung wecke. Er plädiert dafür, eher von „Fürsorglichkeit“ zu sprechen. (Lay 2004:222).

Rehbock „warnt vor einer sich auf vermeintlich weibliche Tugenden, z.B. Fürsorge, berufende Ethik in der Pflege. Eine feministisch geprägte Pflegeethik laufe Gefahr, eine überkommene Weiblichkeitsideologie des 19. Jahrhunderts wiederzubeleben (2000:281f.; vgl. Bischoff 1984)“. Diese Kritik wird von Remmers geteilt, „für den sich solche Tugendethiken für pflegerische Ethik-Konzepte (...) als riskant erweisen, weil sie an sozio-kulturelle Traditionsbestände einer Weiblichkeit, an eine in einer gender division of labor verankerten Kultur selbstlosen Dienens zumeist unreflektiert anschließen und dadurch überkommene Hierarchisierun-

nur als formale Prinzipien verstanden werden können, die gerade nicht – und das ist die Pointe – im Gegensatz zu fürsorglichen Tugenden gesehen werden können. Vgl. Kap. II.1.

gen interprofessioneller Arbeitsbeziehungen ideologisch überwölben können“ (Remmers 2000:311, zitiert bei Lay 2004: 222).⁶

Resümierend formuliert Ley: „Fürsorge stellt nach meiner Auffassung kein oberstes Prinzip dar, sondern ist als *eher emotional ausgerichtetes Streben nach Verwirklichung übergeordneter Werte* zu deuten. Fürsorgende Pflege kann etwa als Sorge um das Wohlbefinden oder um die Performanz von Autonomie und Würde des Klienten interpretiert werden.“ (Ebd.:222)

Damit ist eine argumentative Nähe zur innerfeministischen Kritik an geschlechtsdifferenten Moralkonzepten oder der Gegenüberstellung von Gerechtigkeits-Ethik und Care-Ethik, wie sie bereits dargestellt wurde, erkennbar. Für Lay ist unverzichtbar, die teilweise gegensätzlichen Positionen gut begründet zu kombinieren. Für moralisches Handeln in der Pflege sei beides erforderlich:

„Gerechtigkeit *und* Fürsorge, Fürsorge *und* kognitive Argumentationsfähigkeit (vgl. Bondolfi 1996:31). Auch Raven (1995:352) hält in der Bildung einer professionellen Handlungskompetenz der Pflege beide Elemente für erforderlich: moralisches Urteilen im Sinne von Gerechtigkeit und moralische Sensibilität im Sinne von Fürsorge. Rehbock drückt die Forderung nach einer Kombination der unterschiedlichen Positionen so aus: ‚Wir brauchen für die ethische Reflexion also beides: abstrakt-formale Prinzipien und ihre kontextuelle Deutung‘.“ (Lay 2004:223)⁷

Ley schlussfolgert, dass in keinem Fall rationale ethische Prinzipien und moralische Regeln ohne Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Kontexte angewandt werden sollten, da sie einer situationsentsprechenden Interpretation und Abwägung bedürfen. Andererseits sieht er, dass emotionale Faktoren und zugewandte Grundhaltungen einer Fürsorge nicht ausreichen, um „moralisches Handeln sowohl zu gewährleisten als auch im Diskurs begründen zu können.“ (Ebd.:223)

Ley benennt die für den Kontext Pflege zentralen ethischen Prinzipien, die er am Ende seiner ausführlichen Auseinandersetzung mit vorliegenden materialen Ansätzen innerhalb der Pflegeethik formuliert. Sein Modell sieht er deshalb als Kompromissvorschlag:

1. Förderung von Wohlergehen/Wohlbefinden
2. Förderung von Autonomie/Selbständigkeit
3. Gerechtigkeit
4. Aufrichtigkeit
5. dialogische Verständigung. (Ebd.:102)

⁶ Vgl. dazu die ausführlichen, im Projektzusammenhang zum „Ethos fürsorglicher Praxis“ entstandenen Ausführungen und empirischen Befunde in Kumbruck/Senghaas-Knobloch (2006), Kumbruck 2007 und Senghaas-Knobloch/Kumbruck 2008.

⁷ Fehlende philosophische Trennschärfe und eine gewisse Unentschiedenheit bei der Verwendung der Begriffe „abstrakt“ und „formal“ ist auch in der hier zitierten Formulierung von Rehbock deutlich. Vgl. dazu Kap. II.1.

Bedeutsam ist dabei die grundsätzliche Einsicht, die Lay korrespondierend formuliert: „Ethik in der Pflege erschöpft sich nicht in der Erarbeitung und Kritik von Berufskodizes und Prinzipienkatalogen, sondern reflektiert die spezifischen Gegebenheiten der Pflege auf dem Hintergrund ethischer Theorien und Prinzipien, um in den vier Feldern⁸ der Disziplin zu moralisch verantwortlichen und praktikablen Handeln anzuregen.“ (Ebd.) Eine Überlegung, die ja gerade auch für häusliche Pflegearrangements relevant ist und von Lay auch so gesehen wird.

So wird im eher anwendungsbezogenen Teil des Lehrbuchs zur Pflegeethik auf spezifische Probleme häuslicher Pflege und damit auch auf die besondere Situation pflegender Angehöriger eingegangen. Als unverzichtbar wird die Prämisse angesehen, dass Pflegequalität „nur im Zusammenwirken aller am Dienstleistungsprozess Beteiligten“ verwirklicht werden kann (ebd.:153). Damit ist insbesondere die „dialogische Verständigung“ – wie in der o.a. Liste der ethischen Prinzipien aufgeführt – angesprochen. Mitbetroffen sind für Lay aber auch die Angehörigen. Sie wären im ambulanten Pflegebereich „nicht selten körperlich und physisch erschöpft und zudem gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen sozial isoliert“. Gerade diese „Insulation“ könne für den pflegebedürftigen Menschen selbst wie für pflegende Angehörige „eine extreme Bedrohung ihres eigenen Lebens, Lebenskonzepts und ebenso ihrer Würde darstellen (Klie 1998:136)“. (Lay 2004:153)

Mit Verweis auf Städler-Mach (2003:174) wird hervorgehoben, dass im gegenwärtigen Gesundheitssystem „vielfach Töchter und Schwiegertöchter für die Pflege von Angehörigen mit herangezogen“ werden.

„Die öffentliche Wohlfahrt wird dadurch entlastet, das subjektive Wohlbefinden dieser Frauen dagegen vielfach belastet. Städler-Mach fragt deshalb (ebd.): ‚Wie weit kann das Leben eines Menschen durch die Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds dominiert werden?‘ Loewy nimmt zu dieser Frage grundsätzlich Stellung: ‚Auch wenn ein Patient etwa unbedingt nach Hause will und sich weigert, in ein Pflegeheim zu gehen, so bedeutet das noch lange nicht, dass die Familie alles – nur um des Patienten willen – opfern muß.‘ (Loewy 1995:38)“ (Lay 2004:S.153)

Wird aber nicht mit folgendem „Merksatz“ auch zugleich ein „Mehr“ an Angehörigenpflege eingefordert, dass dem Ziel einer tendenziellen Entinstitutionalisierung stationärer Einrichtungen verpflichtet ist?

„Während Angehörige im häuslichen Bereich von professionellen Helfern mehr Entlastung annehmen und erfahren sollten, werden sie in stationären Einrichtungen hingegen oft zu wenig am Prozess der Pflege beteiligt. Pflegekräfte sollten sich immer wieder vor Augen halten, dass sie eine *externe* Dienstleistung anbieten: *Fremdpflege*. Die eigentlichen ‚Insider‘ sind der betroffene Mensch und seine Angehörigen. Die Ressourcen der *Eigenpflege* (Selbstpflege und

⁸ Die vier Felder sind: Pflegepraxis, Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik und Pflegemanagement.

Angehörigenpflege) stellen die wichtigsten Faktoren für eine dauerhafte gesundheitliche Entfaltung eines Klienten in seinem sozialen Kontext dar.“ (Ebd.:154)

Der Autor räumt jedoch auch ein, dass Angehörige nicht in jedem Fall eine „Ressource“ sind, da sie die Entfaltung eines pflegebedürftigen Menschen auch einschränken können. Wichtig sei deshalb die Berücksichtigung der „individuellen Ziele, Möglichkeiten und Kräfte pflegender Angehöriger sowie ihre Begleitung, Beratung und Unterstützung“. Entsprechend wird von Lay in einem weiteren „Merksatz“ als ethische Prämisse festgehalten: „Auch das Wohlbefinden und die Selbständigkeit der pflegenden Angehörigen sind Ziele professioneller Pflege“ (ebd.:154). Dem korrespondiert eine neue Definition von Pflegequalität, die für ein „Ethos fürsorglicher Praxis“ relevant zu sein scheint, wobei jedoch unerläutert bleibt, weshalb die ethische Prämisse „Autonomie“ (s.o.) hier nun von Lay auf „Selbständigkeit“ reduziert wird:

„Pflegequalität (in der direkten Pflege) gibt den Grad der Verwirklichung von pflegerischen Zielen an, die sich auf die Förderung bzw. Erhaltung von Selbständigkeit und Wohlbefinden der Klienten beziehen und mit verantwortlichen zwischenmenschlichen Umgang und vertretbarem Einsatz von Mitteln angestrebt werden.“ (Ebd.:155)

Zusammenfassend formuliert Lay, und damit vielleicht implizit seinen eher pragmatischen Begriff der „Selbständigkeit“ kritisierend:

„Pflegetheorien sollten philosophisch-ethisch und nicht nur pragmatisch oder ökonomisch zu begründen sein. Das Modell der Gesundheitspflege versucht ethische, pflegetheoretische und Aspekte der Qualitätsdiskussion in einer integrativen Perspektive zu verbinden. Pflegeethik steht dabei im Zentrum der Konzeption von Pflegequalität. Daraus erwächst eine neue Definition von Pflegequalität.“ (Ebd.:156)

Die seit kurzem vorliegende *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* (2006) entspricht in vielen Aspekten den bisher skizzierten Überlegungen und ethischen Begründungen. Sie ist ein Ergebnis des im Herbst 2003 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit initiierten *Runden Tisches Pflege* mit Geschäftsstelle beim *Deutschen Zentrum für Altersfragen* (DZA). (Vgl. DZA 2005a,b) Die *Charta* wird vom *Deutschen Zentrum für Altersfragen* in folgender Weise vorgestellt und erläutert:

„Die am ‚Runden Tisch Pflege‘ entwickelte ‚Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen‘ spielt in der pflegfachlichen Diskussion bereits eine nicht zu unterschätzende Rolle. Sie soll zukünftig als ein Dokument wahrgenommen werden, das ein hohes Maß an Verbindlichkeit für die Ausgestaltung guter Pflege hat. Vor diesem Hintergrund wird vom BMFSFJ angestrebt, die Charta zum Ausgangspunkt für breit gefächerte Diskussionen und Auslöser für weitere Veränderungen im gesamten Bereich der Pflege und Betreuung zu machen.“

Neben strukturellen und organisatorischen Faktoren haben die Grundhaltungen und Werte der im Bereich der Pflege, Behandlung und Betreuung Tätigen entscheidenden Einfluss auf die

Lebens- und Versorgungsqualität der betroffenen Menschen. *Mit der Charta sollen daher auch Werte wie Fürsprache, Menschlichkeit und Respekt betont werden, da diese gegenwärtig zu häufig von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen vermisst werden.* Erfahrungsgemäß ist die Veränderung von Haltungen und Werten über Verhaltens- und Bewusstseinsmodifikationen ein äußerst langwieriger Prozess. Insofern bedarf die Umsetzung der Charta kontinuierlicher Impulsgebung, um eine nachhaltige Wirksamkeit zu erzielen. Die Leitstelle unterstützt das BMFSFJ bei der Verbreitung und langfristigen Umsetzung der Charta durch öffentlichkeitswirksame Aktivitäten und überregionale und regionale thematische Veranstaltungen. Die Ergebnisse dieser Workshops werden von der Leitstelle aufgearbeitet und ausgewertet, um weitere Instrumente zur Wirksammachung der Charta zu entwickeln.“⁹ (Hervorhebung M.R.)

Die Charta umfasst folgende 8 Artikel:

„Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen zu können.

Artikel 2: Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

Artikel 3: Privatheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe, der Pflege sowie der Behandlung.

Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.“ (Charta 2006:7f.)

Die Beachtung und Umsetzung dieser erfreulich umfassend informierten, ethisch sensiblen und weitblickenden *Charta* stellt besondere Anforderungen nicht nur an den Gesetzgeber, an die mit professioneller Pflege betrauten Institutionen sondern auch an informelle Pflege im Privatbereich. Die *Charta* formuliert in dieser Form schon ein Ethos fürsorglicher Praxis – sie bliebe jedoch ohne gelingende fürsorgliche Zuwendung, Aufmerksamkeit, Empathie und Un-

⁹ Deutsches Zentrum für Altersfragen, <http://www.dza.de/allgemein/politik-leitstelle.html#charta>, aufgesucht am 25.1.2007.

terstützung im konkreten Pflegeprozess nur ein beschriebenes Blatt im Winde. Dieses mögliche Gelingen ist jedoch nicht nur von zuwendungsbereiten, achtsamen und kompetenten Pflegepersonen und entsprechenden Pflegekonzepten abhängig, sondern besonders dringlich von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. An anderem Ort wird deshalb zu diskutieren sein, inwieweit die *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* eine entscheidende Grundlage politischer Entscheidungen bei der angestrebten Reform der Pflegeversicherung sein wird?

Im folgenden Abschnitt sollen die bisherigen Überlegungen zum Zusammenhang von ethischen Prinzipien und Fürsorglichkeit exemplarisch im Kontext eines praxisnahen Berichts anschaulich werden.

II. 3. Exkurs über Autonomie und Fürsorglichkeit – „Mein Bild von Dir bestimmt, wie ich mit Dir umgehe“ (Salomon)

Lay hat – wie deutlich wurde – der Förderung des Wohlergehens und der Autonomie des pflegebedürftigen Menschen einen herausragenden Platz auf der Liste ethischer Prinzipien eingeräumt (s.o.). Vor diesem Hintergrund diskutiert er das Thema Fürsorge, das für ihn kein oberstes Prinzip darstellt, sondern als „*eher emotional ausgerichtetes Streben nach Verwirklichung übergeordneter Werte* zu deuten“ ist. Fürsorgende Pflege wurde von ihm etwa als „Sorge um das Wohlbefinden oder um die Performanz von Autonomie und Würde“ des Pflegebedürftigen interpretiert (Lay 2004:222). Auch die zitierte *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* (s.o.) zielt in diese Richtung.

Die Krankenschwester und Diplompädagogin Jutta Salomon diskutiert den Zusammenhang von Autonomie und Fürsorge unter der Fragestellung, wie Fürsorge, die Pflegenden alten und dementen Menschen entgegenbringen, unter „Respekt vor deren Autonomie gelingen kann“ und kommt zu ähnlichen Schlussfolgerungen wie Lay (Salomon 2006:1).

Aus ihrem Blickwinkel der Pflegepraxis scheint Autonomie ein „Synonym für das Gute und das Richtige an sich geworden zu sein. Patienten sind autonom, BürgerInnen, jede menschliche Person. Das gilt auch für den Bereich der Pflege und der Pflegenden, denn wer selbst nicht autonom ist, kann auch anderen nur schwer Autonomie zugestehen.“ (Ebd.) Salomon betrachtet zwar den Autonomiebegriff im Zusammenhang mit dem prozesshaften Verlauf einer Demenz, aber auch unabhängig von dieser spezifischen Pflegesituation sind ihre Überlegungen relevant. Zunächst diskutiert sie, dass Vorstellungen von Autonomie nicht einheitlich sind. Zum einen würde Autonomie als „kompetenzabhängig“ gesehen, „begründet durch

eine wenn auch noch so geringe Leistungsfähigkeit, z.B. im sprachlichen Ausdruck oder in der Orientierung“. Dieses Verständnis sieht Salomon bei Ruth Schwerdt (2005:61) in folgendem Sinne beschrieben: „Wer seine Fähigkeit verliert, neue Sinneseindrücke und Lebensinhalte zu erfassen und sprachlich auszudrücken, büßt auch die Fähigkeit ein, die eigene Situation zu verstehen und zu gestalten. Er kann das eigene Leben nicht mehr planvoll sichern, er kann nicht mehr die Aktivitäten des Lebens strukturieren, die Umgebung prägen und soziale Kontakte in alter Weise aufnehmen, geschweige denn, sie erhalten.“ (Salomon 2006:1) Bei fortschreitender Demenz würde nur noch die „verletzliche Autonomie des Augenblicks“ wahrnehmbar, die nach Schwerdt durch die Umgebung geschützt werden müsse, dabei habe hier die „Achtung vor dem Menschen als einer würdetragenden Person“ erste Priorität. (Ebd.:2).

Ein anderes Verständnis sieht Salomon bei der Philosophin Theda Rehbock, die Autonomie nicht von der Kompetenz des Einzelnen abhängig mache. Autonomie sei unbedingt gültig und nicht an empirisch überprüfbare Fähigkeiten gebunden. Für Rehbock (2002:139) sei Autonomie – ähnlich wie Würde – „ein anthropologischer Reflexionsbegriff, etwas, das zur Grundbedingung menschlicher Existenz gehört: Wer Mensch ist, ist autonom“. So sieht Salomon eine „moralische Verpflichtung zur Achtung der Autonomie, unabhängig von der Kompetenz (des Patienten)“. Von ihr „hänge zwar ab, wie, aber nicht ob sie zu achten ist“ und deshalb käme laut Rehbock „Autonomie ohne Fürsorge nicht aus“. „Autonomie und Fürsorge sind gleichermaßen unbedingt gültige moralische Grundforderungen, die sich wechselseitig bedingen und fordern“ (Rehbock 2002:138, zitiert bei Salomon 2006:3).

Fürsorge ist also der korrespondierende Begriff zu Autonomie. Auch Salomon trägt – ähnlich wie Lay (s.o.) – zunächst mehrere Einwände vor, um das Wort Fürsorge von antiquierten, fürsorgestaatlichen Assoziationen zu befreien. Aber sie verzichtet nicht auf den Begriff, um ihn beispielsweise durch „Fürsorglichkeit“ zu ersetzen. „Auch aus Sicht der Pflege hat der Begriff Fürsorge einen eher negativen Klang; man identifiziert sich heute nicht mehr so gerne mit einer Pflegeideologie, die sich an das Ideal der Nächstenliebe und das bürgerliche Frauenideal des 19. Jahrhunderts anlehnt“, charakterisiert durch „altruistische Selbstaufopferung und eine bevormundende Bemutterung des Patienten“. (Salomon 2006:2) Genau solche Assoziationen hätten dazu geführt, „die positiven Seiten von Fürsorge in der zwischenmenschlichen Beziehung zu vernachlässigen“. Fürsorge sollte als „soziale Hilfe“ gesehen werden, die über ein „Verstehen“ zu „Beziehung und Begegnung führt“:

„Sie hat weniger mit Bemutterung und Überstülpen von Idealen zu tun. So gesehen würde sie zu einer Bedrohung der Freiheit und verlöre ihr eigentliches Ziel aus den Augen. Fürsorge hat

zu tun mit Wahrnehmung, mit Sorgfalt und mit Achtsamkeit. Sie beinhaltet die Sorge um und die Sorge für den Anderen als personales und moralisches Gegenüber. (...) Wenn Fürsorge zu exzessiv betrieben wird, hat sie ihr Ziel verfehlt.“ (Ebd.:2f.)

Sie sei also insbesondere „Fürsorge für die Autonomie des Menschen“, die dem anderen einen Raum ermöglicht, „in dem er – trotz aller Einschränkungen und Begrenzungen – autonom sein kann“. Salomon betont auch zugleich die Grenze: die „Hinwendung zum Anderen darf jedoch nicht zur Aufopferung und damit zur Selbstzerstörung führen“. Zur Fürsorge gehöre somit auch die „klare Abgrenzung zum Umsorgten“ und die „Beachtung der Grenzen zwischen den beteiligten Personen“. Mit Blick auf die Ausführungen von Rehbock (2002:17f.) sieht Salomon in der „Selbstsorge der Pflegenden“ ein „korrespondierendes Element“ zu Fürsorge. (Ebd.:3)

„Autonomie hat zu tun mit Würde, Achtung, Anerkennung des Menschen, in deren Folge ich mich aufgefordert fühle, ihm Fürsorge entgegenzubringen. Fürsorge zeigt sich nicht in einem überstülpenden Bemuttern, sondern in einem sensiblen Wahrnehmen meines Gegenübers, dem Annehmen seiner Defizite und Förderung seiner Ressourcen.“ (Ebd.:12)

Dieses Resümee steht am Ende der praxisorientierten und erfahrungsreichen Ausführungen von Salomon, die in beeindruckender Weise zeigen, wie dieser Anspruch umgesetzt werden kann. Selbst im Umgang mit Demenz: „Wenn ich den dementen Menschen als autonome Person sehe, werde ich auch wertschätzend mit ihm umgehen können, denn mein Bild von ihm bestimmt mein Verhalten und meinen Umgang mit ihm“. (Ebd.)

Vor jeder fürsorglichen Handlung steht also das Bild vom Pflegebedürftigen, das die Pflegenden, Hilfeleistenden in ihrer Vorstellung entwerfen. Solche Vorstellungen – Bilder eben – können mit Projektionen bevölkert sein, die oftmals – so meine Vermutung – mehr über die unbewussten Wünsche, Bedürfnisse und Ängste der Pflegenden aussagen, als über die der Pflegebedürftigen. Bei Salomon wird deshalb noch einmal besonders deutlich, dass Fürsorglichkeit sich nicht als Gegenbegriff zu vermeintlich „rationalen Prinzipien“ verstehen lässt, auch nicht als höchster Wert, sondern nur im reflexiven Zusammenhang mit ethischen Prinzipien (wie Förderung von Wohlergehen, Autonomie und Gerechtigkeit, Aufrichtigkeit und dialogischer Verständigung) eine zeitgemäße (und weniger projektive oder „bemutternde“) moralische Gestalt bekommt. Im folgenden Abschnitt geht es darum, dass in politisch relevanten Pflegekonzepten dementsprechende Aspekte fehlen.

II. 4. Begriff der Pflege

Definitionen von Pflege sind in der einschlägigen Literatur keineswegs einheitlich. Vielmehr zeigt sich im Zusammenhang mit dem hier besonders relevanten Thema der häuslichen Pflege

ein kontroverses Spektrum unterschiedlicher Ansätze und Perspektiven. Im Zentrum vieler Betrachtungen steht die zunehmende Kritik an einem zu engen Pflegebegriff und den damit verbundenen Verfahren objektiverer Zeitmessung, wie sie mit weit reichenden Folgen der Pflegeversicherung zu Grunde liegen.

Die Sozialgerontologin Birgit Jansen referiert, dass die „inneren und äußeren Wirklichkeiten informeller Pflege hier zu Lande in spezifischer Weise diskursiv eingeengt (Lüders 1994:168)“ sind. (Jansen 1999:604) Der „handwerkliche“ Aspekt von Pflege – betont Jansen in ihrem Überblick – stände gegenüber dem kommunikativen und sozialpflegerischen im Vordergrund, obwohl letztere schwerer zu bewältigen seien und den eigentlichen Belastungsfaktor ausmachten. Wie schon Corbin/Strauss (1988) gezeigt hätten, umfasse Pflege mehr, als pflegetechnische Verrichtungen, Versorgung, Beratung, Betreuung und Gespräche. (Ebd.) Im Vergleich zu England würde in Deutschland informelle Pflege zumeist auf „direkte Assistenz“ eingeschränkt. Je nach Perspektive würde zwischen Hilfe und Pflege differenziert. Im (Er)Leben der Pflegenden als auch der Pflegebedürftigen wäre diese Grenze jedoch fließend, betont Jansen. Entsprechend kritisch betrachtet die Autorin die Pflegeversicherung mit ihrer objektivierte Zeitmessung und ihrem eng begrenzten Pflegebegriff. (Ebd.:605)

„Mit der Einführung der Pflegeversicherung gewinnt das mit der Medizin verbundene reduktionistisch-schützende Pflegeparadigma *instrumenteller Körperbeherrschung* neues Terrain. (...) Den vielen Fassetten von Haus und Häuslichkeit, des Alltags auch mit Pflege, ist jedoch eine *lebensweltorientierte und sozialökologische* Perspektive am ehesten angemessen.“ (Jansen/Klie 1999:534) Kritisiert wird, dass bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit, somatische, hygienische und Ordnungsaspekte im Vordergrund ständen. Jansen und Klie befürchten, dass sich ein Begriff von Pflege zu verfestigen droht, der nicht offen ist für „Kooperation und Koproduktion zwischen gepflegten Personen, pflegenden Angehörigen, Pflegefachkräften und weiteren Beteiligten“, sondern Pflege „einseitig vom Expertensystem zu definierendes normatives Gefüge abschließt“ (ebd.).

„Die angelsächsische, vor allem die dortige feministische Debatte (z.B. Chamberlayne 1996) zeigt zudem, dass das umfassende Verantwortungsgefühl für den gepflegten Menschen (to care) keinesfalls im Begriff der reproduktiven Arbeit aufgeht und dass dieser Arbeitsbegriff auch kaum jene emotionalen Bindungen und unsichtbaren Loyalitäten (Boszormenyi-Nagy/Spark 1981) berücksichtigt, die private Pflegebeziehungen überhaupt erst entstehen lassen und vielfach auch zusammenhalten. Differenzierungen wie die zwischen ‚caring for‘ (aufgabenbezogen) und ‚caring about‘ (emotional) kommen in der deutschsprachigen Debatte kaum noch vor.“ (Jansen 1999:604f.)

Jansen fragt nach Begrifflichkeiten, die dem „Eigensinn“ und den „Eigenheiten“ der in privaten Beziehungsgeflechten geleisteten Pflege entsprechen. Sie möchte eine Sprache finden für

die „Fürsorglichkeits-, Versorgungs-, Organisations-, Ressourcenbeschaffungs- und Vernetzungsaktivitäten und -kompetenzen pflegender Angehöriger. Aus dem Kontext der alten Debatte um Lohn für Hausarbeit bezieht sie Formulierungen wie „Kümmerarbeit“, „Sorgearbeit“, „für jemand da sein“, „sich umfassend für jemand verantwortlich fühlen“. Im „bürgerrechtlichen Diskurs“ werden „sorgeerfahrene BürgerInnen“ (Steiner-Hummel 1997) genannt, womit das „Selbstbild pflegender Angehöriger (und der Pflegealltag) recht gut getroffen würde (Zeman 1994, 1996)“. (Jansen 1999: 605f.) Zwischen Gerontologie und Pflegewissenschaft bedürfte es deshalb noch wechselseitiger Verständigungsprozesse um Begrifflichkeiten und ihre Bedeutung (ebd.: 606).

Etwas mehr klärende Argumentation wäre allerdings auch in den Überlegungen von Jansen wünschenswert gewesen. Einerseits wird die Differenzierung zwischen ‚caring for‘ (aufgabenbezogen) und ‚caring about‘ (emotional) als beispielhaft hervorgehoben, andererseits wird betont, dass die hierzulande häufig vollzogene Trennung zwischen Hilfe und Pflege problematisch sei, weil die Grenze fließend sei. Nun liegen beide Begriffspaare nicht auf derselben Ebene, aber es wird nicht angedeutet, wie ein Modell der umfassenden Sorge begrifflich, analytisch zu fassen wäre. Es ist davon ausgehen, dass in der informellen Pflege die aufgabenbezogenen Anteile (seien sie medizinisch, hauswirtschaftlich, körperhygienisch, mobilitätsfördernd oder ähnlich definiert) immer schon von emotionalen Beziehungsaspekten und Vorstellungen von Verantwortung und in unterschiedlicher Weise durch Förderung von Autonomie und Wohlergehen des Pflegebedürftigen bestimmt sind. *Wie und in welchem Umfang* die einzelnen Tätigkeiten (Pflege, Betreuung etc) ausgeführt werden und von welchen Kommunikationsaspekten sie begleitet werden, ist doch sicher in erster Linie von den *emotionalen Beziehungsstrukturen* abhängig und von der *Deutung* der Pflegesituation durch die Pflegenden. So ließen sich zwar einzelne Sorgetätigkeiten analytisch unterscheiden, die Trennung von aufgabenbezogen (caring for) und emotional (caring about) wäre jedoch für sich gesehen noch wenig hilfreich. Wie diese Unterscheidung für entsprechende Themenbereiche der beruflichen Bildung zum Tragen kommt und wie sie in der Pflegepraxis reflektiert wird, ist Gegenstand des folgenden Abschnitts.

II. 5. Pflege als weibliche Bestimmung oder Kompetenz?

Ausgangspunkt der berufssoziologischen Überlegungen der Pflegewissenschaftlerin Gudrun Piechotta (2000) ist die kritische Betrachtung des Sonderstatus der Pflegeausbildung, der geringen gesellschaftlichen Anerkennung und Bezahlung des Pflegeberufs und der Tatsache, dass Pflege nach wie vor ein Frauenberuf ist. Die beiden letzteren Fragen werden im Kontext

der Frauen- und Geschlechterforschung thematisiert, im Zusammenhang mit den bekannten Thesen zur Geschlechter-Ungleichheit und zum geschlechtsspezifisch segmentierten Arbeitsmarkt gesehen (ebd.:11ff.).

Das besondere Anliegen der Autorin bezieht sich auf den problematischen Sonderstatus der Ausbildung, den „Ausschluß der Pflegeausbildung vom staatlichen dualen Ausbildungssystem“ und dass „Pflegerinnen in der Bundesrepublik (...) keine monopolisierten Aufgaben- und Kompetenzbereiche juristisch zugestanden werden. (...) Warum ist die Ausbildung vom Berufsbildungsgesetz ausgeschlossen, und warum setzt erst jetzt eine Akademisierung (...) in einigen Bereichen“ ein? (ebd.:16). Diese Fragen werden historisch und aktuell verfolgt und die Geschlechterfrage wird dabei nicht ausgeblendet.

Die Auseinandersetzung mit den vor zwei Jahrzehnten von Ilona Ostner und Elisabeth Beck-Gernsheim formulierten Thesen zum „weiblichen Arbeitsvermögen“ ist dabei ein zentrales Thema. Die dabei reduzierte Wahrnehmung von Pflege als „hausarbeitsnah-sozialisiert“ könnte die fehlende Integration der Pflegeausbildung in das duale System erklären, argumentiert Piechotta (ebd.:17).

„Meine These ist hierbei, dass es zwar einer Bereitschaft und persönlicher Fähigkeiten für den täglichen, intensiven, körperlichen, emotionalen und sozialen Umgang mit kranken und alten Menschen bedarf, dass aber Motivation und persönlichkeitsgebundene Eigenschaften, wie sie im weiblichen Arbeitsvermögen gefasst werden, inhaltlich nicht ausreichend sind, damit Pflegerinnen den diffizilen und qualifikationsfordernden Situationen im Berufsalltag adäquat und langfristig begegnen können.“ (Ebd.)

Piechotta kritisiert unter anderem die von „Ostner/Beck-Gernsheim postulierte arbeitsinhaltliche Barriere“, weil die beiden „Autorinnen davon ausgehen, dass personengebundene Fähigkeiten hinreichend für die Ausübung einer pflegerischen Erwerbstätigkeit sind. Letztlich reproduzieren sie so die überholte Sichtweise von Pflege als ‚hausfrauenspezifischer Arbeit‘ und treten einem Prozeß beruflicher Qualifizierung entgegen“ (ebd.:96, vgl. S.202).¹⁰ Die Autorin bezieht sich deshalb konsequent auf die Perspektive, die „Anforderungen an Pflegerinnen und die Fähigkeit von Pflegerinnen als fachliche Anforderungen bzw. als fachliche Leistung zu fassen“. Entsprechend bezieht sie sich ausführlich auf die Debatte um Schlüsselqualifikationen und Kompetenzen.

„Die aus ihr resultierende Forderung nach ‚Schlüsselqualifikationen‘ und ‚Kompetenzen‘ ist für die Pflege ein Gewinn, da Arbeitsinhalte nicht mehr mit ‚weiblichen Arbeitsvermögen‘ assoziiert werden. Vielmehr wird versucht, Arbeitsleistungen und -Fähigkeiten in beruflich qualifizierende Bildungsprozesse einzubinden und pflegerische Erwerbstätigkeit reflexiv im

¹⁰ Auf die grundsätzliche Kritik von Axeli Knapp (1988) wird verwiesen.

Kontext einer eigenständigen gesellschaftlichen, gesundheitspolitischen und ethischen Verantwortung zu betrachten.“ (Ebd., vgl. S. 202)

Damit allein könnten aber noch nicht die professionspolitischen Barrieren beseitigt werden: „Die Problematik professionspolitischer Widerstände, die Pflege in eine der Medizin untergeordnete Position verweist, dürfte zudem Ausdruck einer gesellschaftlichen Geschlechterhierarchie sein“ (ebd.:18, vgl. S.203). Im Zusammenhang mit dem historisch gewachsenen „hierarchischen Mann-Frau-Verhältnis“ wird gefragt und geklärt, „warum Pflege in der Vergangenheit und Gegenwart eine Sonderrolle – als weiblich segregierter und stereotypisierter Ausbildungs- und Arbeitsbereich – einnimmt“. Dabei bezieht sich Piechotta insbesondere auf die Untersuchungen von Pfau-Effinger, die gezeigt habe, dass die sozialen Chancen auf dem Arbeitsmarkt, als auch die soziale Anerkennung einer Arbeit „wesentlich von der gesellschaftlichen Wertschätzung von Frauen und Männern bzw. von der Übertragung dieser Wertschätzung auf die jeweiligen Ausbildungs- und Arbeitsbereiche und den damit einhergehenden unterschiedlichen Kompetenzen abhängen“ (ebd.:54).

Die Verortung eines geschlechtsspezifischen weiblichen Arbeitsvermögens im Kontext Pflege und die Etikettierung als caritativer Liebesdienst standen und stehen nach Piechottas Analysen wohl weiterhin einer Professionalisierung im Wege, stützen die Geschlechterhierarchie und das Machtgefälle zwischen Medizin und Pflege (ebd.:57ff.). Die Autorin verdeutlicht, welche ideologischen und professionsspezifischen Barrieren für den Sonderstatus und die vergleichsweise geringe gesellschaftliche Anerkennung der Pflegearbeit verantwortlich sind.

Diese Thematik wird im empirischen Teil der Untersuchung von Piechotta weiter verfolgt. Als ein Ergebnis wird festgehalten, dass bei fast allen Befragten¹¹ die Ausbildungsentscheidungen für Pflege nicht auf geschlechtsspezifisch sozialisierte Bedürfnisse zurückzuführen sind (ebd.:203). Lediglich die interviewten Kinderkrankenschwestern empfänden ihren Beruf als „mütterlichen“ Frauenberuf (ebd.:207). Die Krankenschwestern und Altenpflegerinnen betonten eher, dass das „simple Übertragen der ‚mütterlichen‘ Rolle auf den Arbeitsplatz zu Überprotektion und/oder zur Infantilisierung der Patienten/ -innen“ führen würde (ebd.). Fast alle Gesprächspartnerinnen betonten zudem, dass ihre „Arbeit oftmals abgewertet“ werde, dass sie „seltener in Leitungspositionen gelangen“ und „geschlechtsspezifische Arbeitsverteilungen“ nachteilig für sie seien (ebd.).

¹¹ Es wurden 41 TeilnehmerInnen des Kontaktstudiums „Probädeutikum Pflegewissenschaft“ der Universität Bremen befragt, dabei interessierten insbesondere „Bildungserfahrungen“ sowie „Chancen und Hindernisse im Prozeß um berufliche Kompetenz“. (Ebd.:203)

Es werden vielfältige Kritikpunkte der jeweils erfahrenen Aus- und Weiterbildung sowie der beruflichen Praxis angesprochen, auf die jedoch hier nicht näher eingegangen werden kann. Drei Aspekte erscheinen jedoch – im Kontext des Themas fürsorglicher Praxis – besonders bedeutsam und zugleich bedenklich zu sein: der auf zwiespältige Art betonte Zeitmangel, die Ortlosigkeit der psychosozialen Aspekte der Pflege und deren mangelnde Reflexion sowie das Defizit an pflegeethischer Orientierung.

„Was den Zeitmangel (womit vor allem zu wenig Zeit für psychosoziale Aufgaben gemeint ist) betrifft, ergab die Befragung, dass dieser Aspekt ein ernstzunehmendes Problem in der Pflege darstellt. Die permanente Deklaration von ‚keine Zeit haben‘ hat darüber hinaus aber auch eine Funktion als Vermeidungsmechanismus, um die psychischen und physischen Belastungen der täglichen Arbeit handhaben zu können. Solche – oft institutionell verankerten – Modi, sind insofern problematisch, weil die konfliktuösen und gefühlhaften Aspekte der Situation und die eigene oder kollektive Entlastungsstrategie weder bewusst wahrgenommen noch thematisiert bzw. im Hinblick auf strukturelle Veränderungen aufgearbeitet wird.“ (Ebd.:206)

Im Kontext dieser Problematik sieht die Autorin noch eine weitere „widersprüchliche Konstellation“, die von den Befragten nur zum Teil als solche „erfaßt“ würde: Für die Pflegenden gelte zwar „offiziell“ die Orientierung an einer „patientenzentrierten und psychosozialen Betreuung – informell gälten dagegen solche Tätigkeiten eher als „lässliche Ergänzung“ und sie stellten unter dem Aspekt:

„...des in der Pflegepraxis (latent) geltenden Wertesystems – keinen Beleg für berufliche Kompetenz dar.(...) Die zu leistenden psychosozialen Aufgaben – die methodisch die Fähigkeit zu einem reflektierten Umgang mit den eigenen Affekten voraussetzen – gelten als Zusatzleistung, deren Realisierung nicht als adäquate Methode bzw. nicht als berufliche Kompetenz erlernt werden muß.“ (Ebd.)

Auf diese Weise bliebe die Pflege aber in der Rolle der „hausarbeitsnahen Berufsarbeit“ befangen: „sie hält (weiterhin) das Haus ‚sauber‘“. Abschließend hält Piechotta fest, dass „zumindest immanent heterogene Sichtweisen über die Hierarchie der relevanten Arbeitsinhalte in der Pflege“ existierten: „Wie ist z.B. die psychosoziale Tätigkeit zu bewerten? (...) Welcher Lernprozesse und Kompetenzen bedarf es, um sie hinreichend ausüben zu können? Offensichtlich muß noch eine genauere Konturierung der pflegerischen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche bzw. des beruflichen/ professionellen Profils und einer entsprechenden inhaltlichen Ausrichtung der Ausbildung erfolgen.“ Eine wichtige Voraussetzung dafür sieht die Autorin in der Akademisierung (Lehre und Forschung). Dadurch könnte die Positionierung des Pflegeberufs gestärkt werden und eine „selbstbestimmte“ Ausbildungspraxis möglich werden (ebd.: 207).

Selbst wenn diese Ergebnisse einer qualitativ orientierten empirischen Forschung nicht vor-schnell verallgemeinert werden können, so werfen sie doch einen nachdenklich stimmenden

Blick auf alltägliche Praxis und das Selbstverständnis professioneller Pflegekräfte. Wenn sich das Konzept „care“ auch auf die „bezahlten“ Fürsorgetätigkeiten bezieht und sich somit von der „Trennung in öffentliche und private Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten“ löst (Gerhard 2003:63), so ist noch wenig gewonnen, wenn deutlich wird, dass bei „bezahlten“ Fürsorgetätigkeiten die instrumentellen Hilfeleistungen im Vordergrund stehen und sich somit abzeichnet, dass sich ein fürsorgliches Verhalten im weiten Sinne nur in persönlichen Nahebeziehungen verwirklichen lässt, bei aller Ambivalenz und Konflikthaftigkeit, die hier wiederum quasi beziehungsbedingt angelegt sind und nicht unbedingt ein Gelingen garantieren. Die Hoffnung von Piechotta (und auch vielen anderen) auf mehr „Kompetenz“ in fürsorglicher Hinsicht bei professionellen Pflegekräften und die Risiken des Scheiterns fürsorglicher Pflegebeziehungen im privaten Kontext verhalten sich spiegelbildlich zueinander. Ein weiteres und korrespondierendes zentrales Problem von professionellen Pflegekräften und Angehörigen ist das der Gestaltung angemessener Nähe und Distanz zum Pflegebedürftigen.

II. 6. Nähe und Distanz in der ambulanten Pflege

Die Pflegewissenschaftlerin Sabrina Duppel (2005) thematisiert in ihrer Arbeit „Basiswidersprüche“ zwischen der *gesetzgeberisch* erzeugten *Distanz* zur Klientel und der moralischen Aufforderung zu *Nähe*, die historisch wechselnde Gesichter des Sich-Aufopfern und des Rückzugs hat. Die Autorin kommt zum Ergebnis, dass professionelle Pflege heute die Fähigkeit verlangt, am Krankenbett *Nähe und Distanz* zugleich herzustellen. Nähe und Distanz als Komponenten pflegerischer Kompetenz auszubalancieren gilt ihr als eine wesentliche Grundlage moderner Pflegeleistung

Unterschieden werden 6 Dimensionen gesellschaftlich definierter Distanz in der ambulanten Pflege: ökonomischer Druck, gesetzliche Grundlagen, Abstraktion vom Zeitfaktor, Verobjektivierung, institutionelle Kontrolle. Die Autorin reflektiert sehr genau, dass jedes pflegerische Handeln „psychische Distanzierungsmomente braucht“ – die „hier dargestellten Distanzierungsformen wirken jedoch von außen auf die Beziehungsebene zwischen Zupflegenden und Pflegenden“ ein und schaffen zum Teil erst „ethisch-moralische Konflikte“ (ebd.:56).

Duppel thematisiert 3 Phänomene kulturell erwarteter Nähe: Angewiesen-Sein, Intimität, (mit)menschliche Zuwendung. Sie sieht die Situation des Angewiesen-Seins notwendig mit Fürsorge *als auch* Partizipation verknüpft, um die Würde des Pflegenden zu wahren. Mitmenschliche Zuwendung wird verstanden als Haltung, die zur Überwindung des Machtgefälles beitragen kann. Intimität verweist auf die besondere Bedeutung des Schutzes durch die Pflegenden. (Ebd.:67f.) Begründet wird von Duppel, weshalb nicht alle lebensweltlich (durch

Lebensform und Lebenslage) verankerten Facetten von Nähe vorab antizipiert werden können. (Ebd.:85)

Die komplexen Anforderungen an die professionelle Pflege, um Nähe und Distanz ausbalancieren zu können, werden von Duppel kenntnisreich skizziert; ebenso ausführlich wird der Problembereich „Nähe und Distanz“ als Gegenstand der pflegerischen Ausbildung (Umsetzung, Vermittlung) thematisiert. (Ebd.:Kap.5,6) Resümierend betont die Autorin die Konfliktstruktur von Nähe und Distanz als gesellschaftliche Grundlegung in der ambulanten Pflege:

„Das bestehende Dilemma lässt sich bis zu den historischen Wurzeln von Pflege zurückverfolgen. Dem der Verberuflichung von Pflege implizite Prozess der Entfremdung (z.B. durch Arbeitsteilung und Spezialisierung) stehen die in der beruflichen Tradition impliziten moralischen Wertmaßstäbe (z.B. die christlich-humanistischen Motive zur Pflege) unverbunden und konträr gegenüber.“ (Ebd.: 85)

Aus dieser Perspektive wäre das Spannungsfeld von Nähe und Distanz grundsätzlich nicht versöhnbar: weder allein durch großzügigere Zeitvorgaben und weniger Dokumentationsaufwand, noch allein durch reflektiertere ethische Orientierungen und fürsorglichere Haltungen bei den Pflegenden.

„Während die gesetzlichen Rahmenbedingungen auf eine rein äußerliche, formale Leistungserbringung abzielen und bezüglich der humanen Inhalte pflegerischen Handelns unspezifisch bleiben, konzentrieren sich die Erwartungen der Hilfeempfänger v.a. auf die sozialen und humanen Aspekte pflegerischer Handlungen. Nach meiner Ansicht ist es eine zentrale Anforderung an die professionelle Pflege, diese gegenläufigen gesellschaftlichen Interessen miteinander zu verbinden und sich nicht der Illusion hinzugeben, das bestehende Konfliktfeld sei auflösbar. (...) Mit einer ideellen Konzeption der Pflege als Kontrapunkt zu der erfahrbaren Wirklichkeit einer zunehmenden Konfliktgesellschaft würde man das individuelle Scheitern der Pflegenden vorprogrammieren (Panke-Kochinke 1999:5). Vielmehr müssen die beruflich Handelnden bereits in der Ausbildung auf die Widersprüche vorbereitet werden und lernen, damit umzugehen.“ (Duppel 2005:86f.)

Dieser eher skeptische Blick auf die Möglichkeiten und Grenzen fürsorglicher Pflegepraxis im ambulanten Bereich ist durchaus doppelgesichtig oder er kann so verstanden werden. Er kann im Sinne von Duppel zu einem höheren Grad von Bewusstsein und Reflexionsvermögen über grundlegende Widersprüche in der Pflege führen. Damit können Ansatzpunkte für Veränderung entwickelt werden, die sich nicht der Illusion hingeben, versöhnte Modelle zu entwerfen. Andererseits kann jedoch auch das Wissen um den grundlegenden Widerspruch als Legitimationsrhetorik eingesetzt werden, um die psychosozialen Aspekte der Pflege als „lässliche Ergänzung“ abzutun oder zu umgehen, wie Piechotta zeigte (s.o.). Deutlich wird aber auch, dass die schon beispielhaft zitierte Einsicht von Adorno: "Alle nicht entstellte Beziehung, ja vielleicht das Versöhnende am organischen Leben selber, ist ein Schenken", auf Freiheit und bewussten Widerstand gegen gesellschaftliche Zwänge und individuelle Verhär-

tungen verweist. Eine solche Einsicht ist nicht in berufliche Kompetenz zu übersetzen sondern an ein sich zuwendendes Mensch-Sein gebunden – unbezahlbar eben und nicht käuflich. (Vgl. Kap. II.1.)

Ergänzend zum bisher dargestellten Spannungsfeld von Nähe und Distanz sind die theoretischen Überlegungen und empirischen Befunde, die der Sozialwissenschaftler Stefan Blüher (2004) vorlegt. Er ist den "Kulturen des Helfens" als kollektiven Bedingungen individuellen Handelns auf der Spur (ebd.:11). Diese skizziert er in der Tradition staatlich-öffentlicher Semantik seit Bismarck (Pflegeversicherung) und er sieht diese zugleich verbunden mit neuen "Bedeutungen". Sein besonderes Interesse gilt den Auswirkungen der unter das „Stichwort von der 'neuen Kultur des Helfens' subsumierten neuen Handlungsbedingungen auf das häusliche Pflegegeschehen zwischen Sozialstaatsanspruch (und -semantik), knappen Ressourcen, professionellen Handlungsbedingungen und familialen Motivationslagen und Erwartungen“ (ebd.:17).

Blüher geht davon aus, dass in der häuslichen Pflege in besonders eindrücklicher Weise unterschiedliche 'Kulturen des Helfens' (im Sinne unterschiedlicher Bedeutungskontexte) aufeinander treffen und entsprechend in Aushandlungsprozesse treten müssen, um die optimale Versorgung der Betroffenen zwischen 'Pflegedienst und Liebesdienst' zu gewährleisten" (ebd.). Sein Resümee zur eigenen empirischen Studie über professionelle Pflegekräfte¹² in der Altenpflege überrascht vermutlich ein wenig nach den bisher erörterten Problembereichen ambulanter Pflege:

"Die im Rahmen unserer Erhebung befragten Pflegekräfte betrachten ganz überwiegend ihr Verhältnis zu den Patienten als die zentrale Beziehungsdimension der Pflege, die maßgeblich ist für die geäußerte Arbeitszufriedenheit insgesamt. Entscheidend für das pflegerische Selbstverständnis und die Formen professioneller Vergesellschaftung in häuslichen Pflegearrangements wird somit zukünftig die Frage sein, ob Sach- oder Beziehungsdimensionen in der Wahrnehmung professionell Pflegenden im Vordergrund stehen. Die Patientenorientierung gerät dabei aus Sicht der befragten Pflegekräfte durch die Effizienzerfordernisse des Wohlfahrtsmarktes zunehmend unter Druck; letztlich werden die wahrgenommenen Diskrepanzen zwischen Berufsverständnis und Anforderungen des Marktes als Gegensatz von 'Menschlichkeit' einerseits und 'Wirtschaftlichkeit' andererseits konstruiert." (Blüher 2004: 30)

Vor dem Hintergrund der bisher diskutierten Ansätze und Überlegungen von Piechotta und Duppel erscheint allerdings das hier präsentierte Resümee von Blüher als „allzu glatt“. „Patientenorientierung“ und „Menschlichkeit“ werden als ambivalenzfreies pflegerisches Selbst-

¹² Den Ausführungen von Blüher liegt 1.) eine empirische Untersuchung zugrunde, die 2002 in Nürnberg durchgeführt wurde. Kontext: 80 ambulante Pflegedienste, 811 Fachkräfte erhielten einen 15seitigen Fragebogen, 212 kamen zurück. 2.) hat er ebenfalls in Nürnberg 15 leitfadengestützte Interviews mit pflegenden Angehörigen zu häuslichen Pflegearrangements durchgeführt.

verständnis der Befragten konstatiert. Der Konflikt liegt demnach allein zwischen dem fürsorglichen Ethos und den Prämissen der Wirtschaftlichkeit. Nach den von Pflegekräften auf „zwiespältige Art betonten Zeitmangel“, auf den Piechotta beispielsweise verwies (s.o.), müssen Zweifel angedeutet werden, wenn ein ungebrochener und intrasubjektiv konfliktfreier, handlungsleitender Selbstanspruch artikuliert wird. Das Fehlen von Zwischentönen, inneren Konflikten und Ambivalenzen mag der Anlage der empirischen Untersuchung geschuldet sein, die auf schriftlicher Befragung basierte.

Welchen Stellenwert hat nun die Angehörigenpflege? Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturrecherche zum Verhältnis von pflegenden Angehörigen und informellen Pflegearrangements dargestellt.

III. Pflegende Angehörige und informelle Pflegearrangements

Seit den 80er Jahren wird die Situation pflegender Angehöriger intensiv diskutiert. Die Literatur über pflegende Angehörige ist inzwischen unübersehbar geworden, betont Jansen (1999:606). Dies hat seinen Grund darin, dass die moderne altenhilferelevante Politik „zur Realisierung ihres obersten Ziels, die größtmögliche Selbständigkeit der individuellen Lebensführung alter Menschen zu erhalten, mit der Pflegebereitschaft und Belastbarkeit pflegender Angehöriger“ rechnet. (Ebd.: 620) Entsprechend habe es auch mehrere Modellprojekte in den 1990er Jahren gegeben, die auf die Förderung der Zusammenarbeit von pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegekräften verweisen.

Gründe für die Konjunktur des Themas „pflegende Angehörige“ sieht Jansen in der Entwicklung von Pflegewissenschaft und Forschung, in den Impulsen von Selbsthilfegruppen sowie durch ein steigendes öffentliches Problembewusstsein gegeben. Mit der Diskussion demografischer Entwicklungen und sozialegpidemiologischer Studien sei ein stärkeres Bewusstsein für das Lebensrisiko Pflege, die Zunahme langfristiger Pflegebedürftigkeit, die potentielle Kumulation von Pflegeproblemen in den letzten Lebensmonaten und das Risiko von Mehrfachpflegen entstanden. Damit verbunden ist die Wahrnehmung für gestiegene Anforderungen an die Pflege zu Hause und die verstärkte Forderung nach stützender Sozial- und Gesundheitspolitik.

III. 1. Zusammenhang von informellen und formellen Pflegesystem

Jansen skizziert den Zusammenhang von informellen (verborgenen, privaten) und formellen (sichtbaren, öffentlichen) Pflege- Gesundheits- und Wohlfahrtssystem. Angehörige sind dabei „unverzichtbarer“ Bestandteil dieses „dualen“ Systems. „Die beiden Systemen gemeinsame prägnante geschlechtliche Arbeitsteilung bei der gesellschaftlichen Herstellung von Pflege in

Privatwohnungen verweist auf die Zerreißung von Autonomie und Abhängigkeit bzw. Fürsorglichkeit (Eckart 1996, 1999).“ (Ebd.)

Dieses Konfliktfeld prägt nach Ansicht der Autorin nicht nur die Professionalisierung sondern auch das häusliche Pflegegeschehen. Beide Systeme „weisen keine substitutive Beziehung“ auf, da sie aufeinander angewiesen sind – sie und ihre jeweiligen Akteure stehen jedoch in einem „asymmetrischen Verhältnis“ (ebd.:607). Dies wird nicht erläutert, aber vermutlich ist das Verhältnis von bezahlter und nichtbezahlter Pfl egetätigkeit gemeint und die jeweils unterschiedlichen Auswirkungen der Definitionsmacht über Pfl egekriterien durch das öffentliche System auf informelle und professionelle Pfl egekonstellationen. Damit ist angesprochen, was Jansen mit ihren weiteren Ausfuhungen näher erläutert. Mit der Krise des Wohlfahrtsstaates steht „Hilfe zur Selbsthilfe“ auf dem Programm – so die Autorin. Dadurch könnten öffentliche Aufgaben in den informellen Bereich verlagert werden. Dies würde aber bedeuten, „unterschiedliche Funktionen“ sowie eine bereits eingetretene „Überstrapazierung der informellen Hilfen zu ignorieren“. Die Autorin geht dagegen davon aus, dass es im „ganz nüchternen Interesse sozial- und gesundheitspolitischer Rationalität“ läge, „die Ressource informelle Hilfe durch verschiedenste Unterstützungsformen davor zu schützen, dass sie völlig verschleift“. Sie wäre kaum zu ersetzen. (Ebd.)

Jansen weist darauf hin, dass in Deutschland – im Vergleich zu anderen europäischen Ländern – erst mit einiger Verspätung Debatten beginnen, die sich mit Themen wie „ethics of care“ (Eckart 1999), der Normalisierung des Lebensrisikos Pflege (Backes 1996), der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (Bäcker/Stolz-Wittig 1997, Beck u.a.1997), der Selbstbestimmung Pflegebedürftiger, der Kritik am Fremdbild Kunde (Schnetzer 1996, Petzold/Petzold 1997 u.a.) und neuen Kulturen des Helfens (Kuratorium Deutsche Altershilfe) beschäftigen.

Einen Grund dafür sieht die Autorin in der „weiterhin als fraglos gültig unterstellten geschlechtshierarchischen Arbeitsteilung“ (ebd.:608). Angesprochen wird auch der wichtige Aspekt, dass die Pfl egenden und Pflegebedürftigen keine Lobby haben, anders als z.B. in Großbritannien oder im Vergleich mit Behindertenverbänden oder dem Verband Angehöriger psychisch Kranker (ebd.:609). Zumindest seit der wahrnehmbaren Öffentlichkeitsarbeit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft wäre diese Einschätzung zu relativieren. Auch die gerade vorgelegte *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* (2006) lässt deutlich werden, dass viele kritische Ansätze und Überlegungen aus der wissenschaftlichen Diskussion als auch der Pfl egepraxis, ein neues Problembewusstsein zumindest auf der Ebene der Deklaration gefördert haben (vgl. Kap. II.2.).

III. 2. Die Entdeckung Angehöriger in Theorie und Praxis

In der bundesdeutschen Altenhilfe, Pflege und Gerontologie gab es zunächst eine „Phase der Nicht-Wahrnehmung“ pflegender Angehöriger. Angehörige galten eher als „sperriges Organisations-Problem“ für professionelle Kräfte. Anschließend standen die Belastungen im Zentrum, initiiert durch Lehr (1972), die den Begriff Sandwich-Frauen oder Sandwich-Generation prägte. In der fachlichen und sozialpolitischen Diskussion wurde zunehmend die Bedeutung pflegender Angehöriger betont, abgestützt durch die erste Untersuchung, der Sozialdata-Studie von 1980. Damals wurden 9 von 10 pflegebedürftigen Menschen zu Hause von Angehörigen versorgt und Familie wurde als „größter Pflegedienst“ entdeckt. Zahlreiche Untersuchungen folgten und sozialpolitisch wurden Wege der Entlastung gesucht (Jansen 1999:613f.).

Durch den Belastungsdiskurs wurden Leistungen, kumulative Belastungen in der häuslichen Pflege und auch deren Grenzen sichtbar sowie notwendige Entlastungen antizipiert. Der Blick auf überforderte und erschöpfte pflegende Angehörige wurde differenziert und entmoralisierend. Forschungen in diesem Zusammenhang beschäftigten sich insbesondere mit den Töchtern (Hedtke-Becker/Schmidtke 1985, Bracker u.a. 1988). (Jansen 1999:614)

Der Belastungsdiskurs war jedoch nach Einschätzung von Jansen zu einseitig: Pflegende Angehörige wurden zu sehr als Opfer gesehen – Fähigkeiten, Stärken und Wünsche der Pflegenden blieben ausgeblendet. Die Folge praktischer (sozialer) Arbeit war, pflegende Angehörige „fürsorglich zu klientifizieren“ mit entmündigenden und pädagogisierenden Folgen (ebd.).

Dieser Diskurs wurde in der Folge ergänzt durch eine Kompetenzperspektive. Erfahrungen, Kenntnisse und Fähigkeiten pflegender Angehöriger wurden „erkannt und anerkannt“. „Sozialpolitik wie Dienstleistungsanbieter tendieren seither dazu, pflegende Angehörige als ‚Ressourcen‘ zu definieren. Dieses (instrumentalisierende) Fremdbild hat mit dem Selbstbild pflegender Angehöriger nachweislich wenig zu tun (Zeman 1994).“ (Jansen 1999:614f.)

Parallel bildet sich ein psychodynamisch und sozialtherapeutisch orientierter Diskurs aus, der überwiegend ein filialer geblieben ist. „Kollusive familiäre Verstrickungen, wechselseitige Macht- und Rachegeleüste sowie familiäre Schuldkonten in Pflegebeziehungen“ konnten erhellt werden. Mißverständnisse ergaben sich in der Praxis hinsichtlich der „Therapeutisierung pflegender Angehöriger“. (Ebd.: 615)

Ergänzend zur Kompetenzperspektive entwickelte sich eine Lebenswelt- und alltagsorientierte Sichtweise auf die Situation pflegender Angehöriger. Inzwischen existiert ein differenzier-

tes Bild pflegender Angehöriger. Diese werden gesehen als „eigenständige und äußerst heterogene Zielgruppe(n) einer integrierten Altenhilfepolitik und vernetzter Angebote“ (ebd.).

Jansen unterscheidet fünf praxis- und theorierelevante Gruppen: a) „Ältere pflegende (Ehe) PartnerInnen; b) pflegende (Schwieger) Töchter und -Söhne; c) diejenigen, die verwirrte alte oder psychisch kranke Menschen zu Hause betreuen; d) diejenigen, die chronisch erkrankte (MS, Parkinson, Aids, Krebs, usw.) Menschen im meist jüngeren oder mittleren Lebensalter zu Hause pflegen; e) Angehörige (fast immer Mütter), die Menschen mit angeborenen oder früh erworbenen Behinderungen betreuen und pflegen“ (ebd.).

Quer zu diesen Zielgruppen im engeren Sinne identifiziert Jansen weitere unterschiedliche Gruppen: a) Männer und Frauen; b) noch berufstätige pflegende Angehörige; c) pflegende Angehörige in ländlichen und städtischen Regionen; d) Personen, die kurz vor oder am Anfang einer Pflegebeziehung stehen einerseits und diejenigen, die schon lange pflegen, sehr erschöpft, psychosomatisch und/oder depressiv erkrankt sind, andererseits; e) Pflegende Angehörige, die die „alltagspraktische Verantwortung für den gepflegten Menschen an ein Pflegeheim demnächst abgeben wollen oder müssen“; f) „Personen, die ihre kranken Angehörigen über Jahre hin bis zum Tod gepflegt haben, diese schwierige Aufgabe verloren haben und nun allein sind“, wobei besondere intrapsychische, familiendynamische, dyadische Problemkontexte relevant sind (ebd.:616).

Diese Ausdifferenzierung findet im Kontext eines weiteren sozialpolitischen Paradigmenwechsels statt. Sowohl die traditionelle Vorstellung von der selbstverständlichen häuslichen Pflege als auch das Modell vorrangiger professioneller Pflege wie in den skandinavischen Ländern, haben sich als unrealistisch herausgestellt. Informelle Pflege als eigene Sphäre wird entdeckt und bejaht (ebd.).

„Sozialpsychologisch geht damit eine (allerdings ungleichzeitige) Modernisierung der Bilder über familiäre Verpflichtungen (Brody 1985) einher, wie sie sich in der Wahrnehmung pflegender Angehöriger als Personen mit einem eigenständigen Anspruch und moralischem Recht auf eigene Wünsche und Bedürfnisse ausdrückt, die durch Pflegekräfte, Sozialarbeiterinnen u.a. im Sinne einer Unterstützung zur Selbstpflege (z.B. Beek 1996) befördert wird oder befördert werden sollte. Eine Voraussetzung dazu war und ist die Vermittlung eines Bewusstseins dafür, dass eigene Wünsche schuldfrei zugelassen werden ‚dürfen‘ und dass ein Wechselverhältnis von Abgrenzung und Bindung zum pflegebedürftigen Menschen eine wichtige Vorbedingung zur Aufrechterhaltung von Pflegebereitschaft und -fähigkeit darstellt (Steiner-Hummel 1993a, 1993b).“ (Jansen 1999: 616f.)

Gleichzeitig werden auch die fachlichen Zielsetzungen, Pflegebündnis und Pflegedreieck zwischen pflegenden Angehörigen, gepflegten Menschen und Professionellen thematisiert. Wei-

terentwickelt wird dies im bürgerschaftlichen Diskurs, der „Pflege als Koproduktion“ begreift. (Ebd.:617)

Jansen bezieht sich auf die Infratest-Studie von 1991 (Schneekloth et.al., 1993,1996), die erstmals auf breiter empirischer Basis die beeindruckend hohe Pflegebereitschaft von Angehörigen, deren Umfang und Dauer bestätigte:

„Die These von der automatisch schwindenden Pflegebereitschaft im Modernisierungsprozess und von der informellen Pflege als quasi vormodernem Auslaufmodell gerät ins Wanken, wenn sie auch immer noch kursiert. Auch die Differenzierung von Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit (Jansen/v. Kardoff 1995, 1996) konnte mit dazu beitragen, die eigensinnige Sphäre informeller Hilfen mit ihrem unverwechselbaren Leistungsprofil zu beschreiben. Allerdings scheint in der öffentlichen Diskussion eine eher von unbewussten Zerfallsängsten als von soziologischen Diagnosen geprägte Lesart der ‚Risikogesellschaft‘ (Beck 1986) von der fälschlichen Prämisse auszugehen, Individualisierungsprozesse führten zum Verlust der Pflegebereitschaft; diese verwechselt Pflegebereitschaft mit Pflegefähigkeit.“ (Ebd.)¹³

„Dramatisierende und polarisierende demographische Befürchtungen“ sind auch in der Fachdiskussion präsent. So wird ein kausaler Zusammenhang zwischen zunehmender Erwerbstätigkeit von Frauen und schwindendem Pflegepotential immer wieder behauptet. (KDA 1992, Kritik: Evers/Olk 1995, Rückert 1999). Jansen weist darauf hin, dass sich diese Vorurteile empirisch nicht bestätigen lassen: „Empirisch zeigen sich moralische Verpflichtungen weiterhin als Konstituens familialer Bindungen (Schütze 1989; Bengtson/Schütze 1992), wobei neben traditionellen weitere Optionen informeller Arrangements dazukommen (Backes 1996; Evers/Olk 1997)“ (Jansen 1999: 618).¹⁴

Jansen referiert Angehörigenstudien, die sich mit den Folgen weiblicher und männlicher Biografien und Sozialisationen beschäftigen: Twigg u.a. (1990) zeigen, dass alte, pflegende Ehemänner informelle und professionelle Hilfen nicht als „persönliches Versagen“ empfinden würden. „Sie sind deutlich häufiger Organisatoren von Pflege als direkte Pfleger (Bracker 1992).“ (Ebd.) Hier wird jedoch nicht kritisch hinterfragt, ob bei den jeweiligen Untersuchungen nicht vielleicht ein zu enger Pflegebegriff zugrunde liegt. Selbst wenn Männer eher Pflege im engeren Sinne (medizinisch, hygienisch) delegieren, bedeutet dies nicht, dass sie sich dem vielfältigen Spektrum sonstiger Hilfeleistungen, psychosozialer Betreuung und Zuwendung entziehen (vgl. Kap. V.2).

In Jansen/v. Kardoff 1995 wird aufgezeigt, dass sich bei pflegenden Männern ein „tendenzielles Defizit der aktiven Aufnahme, Gestaltung und Pflege sozialer Kontakte“ feststellen lässt, was aber aufseiten alter pflegender Frauen „sogar dann eine gelebte Kompetenz darstellte,

¹³ Eine weiter reichende Auseinandersetzung mit der Beckschen Individualisierungsthese führt Gerhard (2003).

¹⁴ Dieser Themenkomplex wird in Kap.III.3. ausführlich, auf der Basis aktueller empirischer Befunde, diskutiert.

wenn diese durch langjährige und psychisch belastende Pflege bereits sehr erschöpft waren“ (ebd.).

Jansen stellt fest, dass ein interdisziplinärer Brückenschlag zwischen Frauen- und Geschlechterforschung und Gerontologie erst zögerlich stattfände. Dies sei mit Blick auf die besonderen Belastungen der „Sandwich-Frauen“ besonders verwunderlich. Anfänge sieht sie bei Lehr 1972, Bracker et.al. 1988, Lambrecht/Bracker 1992, Backes 1994, Baltes 1995, Eckart 1996, Hoppe 1996, Teising 1996, Niederfranke 1997 und bei Eckart, Backes, Fooken in Jansen et.al. 1999. Dies Defizit könnte zur verspäteten Wahrnehmung pflegender Angehöriger beigetragen haben. (Ebd.)

„Von heute aus zeigt sich: Die überwiegende filiale Perspektive der 80er Jahre in Belastungs- und psychodynamischen Diskurs sowie ihre Rezeptions- und Verwandlungsgeschichte hat unangemessene Ursachen und Effekte zugleich.“ (Jansen 1999:618) Einerseits gab es eine selektive Wahrnehmungskonzentration auf pflegende (Schwieger)Töchter und zu wenig Beachtung der älteren, pflegenden (Ehe) Partner/Innen – von Lambrecht/Bracker 1992 abgesehen – sowie älterer pflegender Mütter. Dies steht im Gegensatz zu empirischen Realitäten. Jansen vermutet, dass dies Desinteresse mit der jeweiligen Generationen- und Geschlechtszugehörigkeit der Forschenden zu tun haben könnte (ebd.:618f.).

„Zum anderen findet sich in den 80er Jahren wegen der überwiegend filialen Perspektive ‚(Ablösungs)Autonomie‘ als das hidden curriculum gerontologischer Angehörigenforschung. Bindung wurde eher unterbewertet. Gerade in familiärer Pflege ist jedoch das Spannungs- und Balanceverhältnis zwischen beiden Polen als existenziell zu charakterisieren (Jansen 1997a).“ (Ebd.:619) In einer zugehörigen Anmerkung schreibt die Autorin mit Verweis auf Eckart (1996), dass diese „normative Affirmation eines einseitigen und fetischisierten Autonomie-Ideals“ einen „allgemeinen gesellschaftlichen Trend“ darstelle. Im männlich-bürgerlichen Autonomieideal würde einseitig die Trennung betont.

An dieser Stelle ist eine Klärung von Begrifflichkeiten sinnvoll, da ja „Autonomie“ im Kontext von Care und Pflegeethik (Kap.II) im philosophischen Sinne als „Selbstbestimmung“ eingeführt wurde. Dieser Autonomiebegriff steht jedoch nicht im Gegensatz zu Bindung, sondern zu Heteronomie. Autonom werden heißt zunächst in psychodynamischer Perspektive: mündig zu werden, frei zu denken und zu handeln und in diesem Sinne Abhängigkeit abzustreifen. In Sozialisationsprozessen ist solche Ablösungs-Autonomie unerlässlich, sie führt jedoch nicht zwangsläufig dazu, Bindungen zu negieren oder zu durchtrennen, diese werden vielmehr neu strukturiert und emotional verändert. Bindungen können allererst aus der Per-

spektive der Autonomie frei gewollt, anerkannt oder gewählt werden. Mit der Deutung der Verpflichtungen, die aus der gewollten Bindung entstehen, können moralische Dilemmata verbunden sein, z.B. zwischen Selbstsorge und Sorge für den anderen. Hierin würde ein Spannungsverhältnis bestehen. Wird dies nicht autonom moralisch reflektiert, kommen nur fremdbestimmte Lösungen – oder auch egozentrische – zustande. Autonomie steht im Spannungsverhältnis zur Heteronomie, wie Bindung zur Nicht-Bindung (Atomisierung). Jansens Kritik am Autonomiebegriff bezieht sich vielmehr zu Recht auf die reduzierten, männlich-bürgerlichen Vorstellungen von einem „freien“, selbständigen, unabhängigen Wirtschaftssubjekt. Diese soziale Dimension steht auch bei den kritischen Ausführungen von Eckart (zuletzt 2004) im Vordergrund. Das Begriffspaar Autonomie – Heteronomie ist nicht übersetzbar in Unabhängigkeit – Abhängigkeit oder Nicht-Bindung - Bindung. Es geht um jeweils sehr verschiedene analytische Ebenen.

Auch in der folgenden Skizze von Jansen kommen verschiedene Sachverhalte hinter dem einheitlich und unklar verwendeten Autonomiebegriff zum Ausdruck. Mit der „Autonomie der Jüngerer“ sind eher die häufig diskutierten Aspekte wie Unabhängigkeit, geringere Verbundenheit und gesuchte Distanz angesprochen.¹⁵ So sehr der gerontologische Diskurs das Thema „Autonomie der Jüngerer“ in den Vordergrund gerückt habe, schreibt die Autorin, so wenig würde bisher das „familiäre Autonomiestreben gegenüber dem formellen System, auch und gerade alter Ehepaare, als solches benannt oder konzeptionell berücksichtigt“. Eine Ausnahme ist Pullwitt/Fischer 1996. Das Autonomiebedürfnis von Pflegefamilien würde eher als Mangel thematisiert.¹⁶ Zintl-Wiegands Studie (1994) betone dagegen die große innere Nähe und Verbundenheit pflegender EhepartnerInnen (Jansen 1999: 619).

Neuere Untersuchungen gehen intensiv auf diese Fragestellung ein, die in anderem Kontext wieder aufgegriffen wird (vgl. Kap. VI.3.). Zunächst ist es jedoch noch eine offene Frage, ob die Zurückhaltung der meisten Pflegefamilien gegenüber den Sachleistungen nach SGB XI (vgl. Schneekloth 2006) vor allem einem Autonomiebedürfnis entspringt. Oder ob nicht in vielen Fällen aus anderen Gründen die Geldleistung im Vordergrund steht oder spezifische, oftmals sich selbst überschätzende Motivationen der Pflegenden, allein verantwortlich sein zu „müssen“ oder es aus Zuneigung zu wollen, wie es beispielsweise bei den erwähnten pflegenden EhepartnerInnen zum Ausdruck kommt.

¹⁵ Empirische Untersuchungen zeigen jedoch, dass Verbundenheit mit den Eltern und wechselseitige Hilfeleistungen keineswegs im Schwinden begriffen sind, vgl. Siebter Familienbericht (BMFSFJ 2006b) und Kap. V.3.

¹⁶ Jansen erinnert daran, dass eine reine „Substitutionslogik illusionär wäre“, da ja höchstens 2 Stunden täglich durch Sachleistungen abgedeckt werden könnten, es blieben also noch 22 Stunden für fürsorgliche Tätigkeiten übrig (ebd.:619).

III. 3. Umfang und Bedeutung der Pflegeleistungen durch Angehörige – ein aktueller Überblick

Künemund präsentiert 1996 erhobene Daten und Interpretationen zu den Pflegeleistungen älterer Menschen aus der ersten Welle des *Alterssurvey*. Herausgestellt wird zunächst der „außerordentlich hoch“ einzuschätzende „gesellschaftliche Wert dieser Pfllegetätigkeiten“ angesichts der Tatsache, dass der „ganz überwiegende Teil der älteren Pflegebedürftigen nicht in Heimen, sondern in Privathaushalten lebt und dort zumeist von den (Ehe)Partnern betreut wird“ (Künemund 2005:287). Der Befund, dass so viele Menschen im Rentenalter pflegerisch tätig sind, ist für Künemund auch u.a. ein zentraler Einwand gegen die verbreiteten Vorurteile von den „unproduktiven Alten“, die nur eine „Last“ seien.

Festgehalten wird auch die „deutlich höhere Quote der pflegenden Frauen“ im Vergleich zu Männern. Dieser Unterschied sei am höchsten in der jüngsten Altersgruppe, in der es vor allem um die Betreuung und Pflege der (Schwieger)Eltern geht und „geringer in der mittleren und höchsten Altersgruppe, in der die Pflege des (Ehe)Partners in den Vordergrund tritt“ (ebd.). Überraschend ist, dass sich bei der Deutung vorliegender Daten keine signifikanten soziostrukturellen Zusammenhänge jenseits von Alter und Geschlecht ergeben¹⁷ (ebd.: 304).

Wer wird von den 40-85jährigen gepflegt und/oder betreut?

- 61 % Elterngeneration
 - 01 % Großelterngeneration
 - 19 % Ehepartner
 - 16 % andere Verwandte
 - 17 % nicht verwandte Personen
- (Mehrfachnennungen möglich, ebd.: 305)

In der Gruppe der 40-54 jährigen überwiegt die Pflege der Eltern (76%). 10% pflegen nicht verwandte Personen. Von den 55-69jährigen pflegen immerhin 22% nichtverwandte Personen. Bei den 70-85jährigen überwiegt die Pflege des Ehepartners (43%), 28% dieser Gruppe pflegen eine Person, mit der sie nicht verwandt sind. Mit zunehmendem Alter wächst also der Anteil der (Ehe)Partnerpflege und die nichtverwandter Zupflegender (ebd.: 305).

Künemund setzt sich sehr ausführlich mit Annahmen und Befunden zur geschlechtsspezifischen Verteilung von Pfllegetätigkeiten auseinander:

„Sehr häufig wird davon ausgegangen, dass im Falle einer Pflegebedürftigkeit eines Eltern- teils zuerst die (Ehe)Partner, dann die Töchter, danach die Schwiegertöchter, und erst danach

¹⁷ Weitere Variablen waren Bildung, Einkommensposition, Gesundheit, Familienstand.

die Söhne, die Schwiegersöhne und schließlich Nicht-Verwandte einspringen.(...) Wenn diese Zuständigkeiten auch in der Bundesrepublik derart verteilt sind, dürften jene zehn Prozent der Männer, die eine hilfe- oder pflegebedürftige Person betreuen, streng genommen nur ihre (Ehe)Partnerinnen betreuen, es sei denn, sie sind allein stehend und haben keine Schwester oder Schwägerin. Diese These wird implizit auch im zweiten Altenbericht der Bundesregierung vertreten: Männer pflegen ... erheblich weniger als Frauen. Sie pflegen oftmals deshalb, weil sonst niemand verfügbar ist, der die Pflege übernehmen kann“. (Ebd.:305).

Künemund erwähnt, dass viele Studien diese These zu stützen scheinen, u.a. auch Schneekloth /Potthoff (1993). Seinen Zweifel an dieser These begründet der Autor mit vorliegenden Daten des *Alterssurvey* aus dem Jahr 1996:

7% der 40-85jährigen Männer betreuen ein (Schwieger)Elternteil. Im Vergleich dazu sind es bei den Frauen auch nur 8%. (2/3 der pflegenden Männer betreuen ihre (Schwieger)Eltern, von den pflegenden Frauen sind es 57%). Frauen betreuen zwar insgesamt häufiger, aber das liegt daran:

„dass sie häufiger als die Männer andere Verwandte, Freunde, Nachbarn und Bekannte betreuen, weniger an der Betreuung der (Schwieger)Eltern. Die ihre (Schwieger)Eltern pflegenden Männer haben aber nicht seltener Schwestern als die anderen Männer (jeweils exakt 41,6%) und sie haben häufiger eine Lebenspartnerin als jene Männer, die keine solche Betreuung angeben (93 Prozent gegenüber 88 Prozent), was bei Einbezug der Schwiegereltern tendenziell auch zu erwarten war. Auf dieser Ebene kann die These, Männer würden hier nur dann einspringen, wenn niemand sonst dafür in Frage kommt, nicht bestätigt werden. Wie aber kommt es dann zu dieser hartnäckigen These?“. (Ebd.:305f.)

Ohne Zweifel ist diese präzise und tiefgehende Interpretation vorliegender Daten sehr erhellend. Wie erklärt sich also der oftmals oberflächliche Blick? In einer Anmerkung verweist Künemund vorab auf Schütze (1989:99), die davon ausgeht, dass es vielen Forschern nicht ins „ideologische Konzept“ passe, „zuzugestehen, dass auch Männer Betreuungsaufgaben übernehmen“ (ebd.:306). Eine weitere Spurensuche sollte sich demnach auch kritisch auf vorliegende, feministisch orientierte Ansätze und Analysen richten.

Zur Erklärung der „hartnäckigen These“ verweist Künemund auf mehrere plausible Aspekte: Das Geschlecht der zu betreuenden Person kann relevant sein, ebenso die „Art der notwendigen Aufgaben“, die Frage der Erwerbstätigkeit und die „Intensität der Pflagetätigkeit“. Daraus ergeben sich vier Erklärungen:

- Weit mehr ältere Männer als Frauen haben noch eine(n) Lebenspartner(in). Schon deshalb treten Frauen hier häufiger als „Hauptpflegepersonen“ auf.
- Bei den älteren Frauen müssen hingegen die Kinder wesentlich häufiger pflegen.
- Je nach Art der dann notwendigen Hilfeleistungen ist es bei der „traditionellen Rollenteilung“ wahrscheinlicher, dass die „Töchter intensiver (aber nicht zwangsläufig prozentual

häufiger) als Söhne eingebunden werden“. Auf die Bedeutung des Aspekts Intimpflege wird hingewiesen.

- Die „Partizipation am Arbeitsmarkt dürfte von Bedeutung sein“. Damit ist wohl gemeint, dass Frauen weniger kontinuierlich erwerbstätig und flexibler sind.

„Alle diese Faktoren dürften dazu führen, dass Männer deutlich seltener als Hauptpflegepersonen in Erscheinung treten, aber dies bedeutet – wie bereits gezeigt – offenbar nicht, dass sich die Männer überhaupt nicht oder nur dann an der Pflege und Betreuung ihrer (Schwieger)Eltern beteiligen, wenn niemand anderes mehr in Frage kommt.“ (Ebd.: 306)

Künemund erwägt noch das Argument, ob Männer weniger Zeit aufwenden, die Hauptlast also eher bei Frauen läge, ob Männer eher „pflegeunterstützend“ aktiv wären oder vielleicht lediglich die weibliche Hauptpflegekraft „begleiteten“? Mit dem Alterssurvey ließe sich jedoch nur die Zeitfrage beantworten (ebd.:306f.). Im Durchschnitt liegt der Zeitaufwand für Pflege bei 81 Stunden pro Monat. Bei der Pflege von (Ehe)Partnern werden 240 Stunden für den gleichen Zeitraum ermittelt und bei nichtverwandten Personen 54 Stunden. „Und tatsächlich sind die Männer weniger intensiv mit Pflegeaktivitäten befasst.“ (Ebd.:307)

Mit Blick auf die (Schwieger)Eltern-Pflege sei die Differenz jedoch gering: Männer (s=135) leisten hier 72 Stunden pro Monat, Frauen (s=96) (bei geringerer Varianz) leisten 79 Stunden. Jene Männer, die mehr als 40 Stunden pro Monat angeben, hätten sogar überdurchschnittlich (69%) oft Schwestern!

„Auch wenn hier die konkrete Art der Tätigkeit im Dunkeln bleibt und die Hauptlast bei den Pflegeaktivitäten tatsächlich bei den Frauen liegt – es gibt pflegende Söhne, und zwar auch dann, wenn Töchter und Schwiegertöchter existieren. Und dass ältere Männer seltener ihre (Ehe)Partnerinnen pflegen als ältere Frauen ihren Lebenspartner, ist aller Wahrscheinlichkeit nach darauf zurückzuführen, dass die Frauen in den Partnerschaften durchschnittlich jünger sind und eine durchschnittlich höhere Lebenserwartung haben. Die genannte These ist also überzogen – aus der Tatsache, dass Frauen häufiger und intensiver in der Pflege tätig sind, folgt nicht zwangsläufig, dass Männer dies nur tun, weil sonst niemand verfügbar ist. Auch eine deterministische Interpretation der genannten Hierarchie der Pflegepersonen in diese Richtung erscheint vor diesem Hintergrund problematisch.“ (Ebd.: 307f.)

Aufgrund der vorliegenden Daten kann Künemund keinen nennenswerten Zusammenhang von Erwerbstätigkeit und Pflege feststellen. Er konstatiert jedoch, dass die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege im Einzelfall „sicher erhebliche Probleme“ mit sich bringt, bezogen auf die „40-85jährigen insgesamt wird aber nur selten die Konsequenz einer Reduzierung oder Aufgabe der Erwerbstätigkeit notwendig“ (Ebd.:308). Mit Verweis auf Beck et.al. (1997:142) wird angesprochen, dass gegen Ende der 1990er Jahre ein Drittel der Frauen und 14% der Männer ihre Erwerbstätigkeit wegen Pflegeaktivitäten einschränken oder aufgeben

mussten. Kühnemann erklärt diese Zahlen damit, dass in der Studie von Beck et.al. nur „Hauptpflegepersonen“ aufgeführt würden, oder solche, die die „Hauptlast“ tragen.

Diese Ausführungen von Kühnemund sind richtungsweisend, weil sie die Aufmerksamkeit für eine kritische und kompetente Analyse statistischer Daten stärkt und damit verbreitete Vorstellungen und Angaben zum Verhältnis von weiblichen und männlichen Pflegeleistungen etwas gerade rückt. So kann auch begründet vermutet werden, dass allein mit den Daten zu „Hauptpflegepersonen“ noch keine differenzierte Aussage zur Geschlechterverteilung bei praktischen Pflege- und Hilfetätigkeiten getroffen werden kann. Entsprechend wären insbesondere die Angaben aus dem Kontext der Pflegeversicherung mit Vorsicht zu betrachten, denn die dort ermittelten „Hauptpflegepersonen“ werden auch „pragmatisch“ benannt und sind nicht unbedingt diejenigen, die überwiegend die Hilfe- und Pflegeleistungen erbringen.¹⁸

Inzwischen ist der *Alterssurvey* in eine zweite Welle gegangen und die Vergleichsdaten aus dem Jahr 2002 liegen vor.

„Bei den ersten Auswertungen des Alterssurveys 1996 hatte sich gezeigt, dass die vorliegenden Studien z.T. durch die Konzentration auf die jeweiligen Hauptpflegepersonen, die auf der Ebene der gepflegten Personen erhoben werden, auf der Ebene der pflegenden Personen keine Repräsentativität beanspruchen können und hier eher zu Fehlschlüssen verleiten. Dies wurde u.a. daran deutlich, dass sich im Alterssurvey ein höherer Anteil von pflegenden Männern ergab, als dies üblicherweise angenommen wurde (...). Inzwischen konnte diese Perspektive auch mit den Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) repliziert werden, wobei die Ergebnisse jenen des Alterssurvey weitgehend entsprechen (vgl. Schupp & Kühnemund 2004).¹⁹

¹⁸ Dies soll an einem konkreten Beispiel deutlich werden: Einem 77jährigen, mehrfach krankem und beidseitig beinamputierten Mann, wird nach leichtem Schlaganfall die Pflegestufe 2 zugewiesen. Die Ehefrau wird, weil es das System der Pflegeversicherung so vorsieht, zur Hauptpflegeperson und entsprechend zur Empfängerin des Pflegegeldes. Die Töchter sehen jedoch die Überforderung der alten Dame und sind abwechselnd, wöchentlich für viele Stunden für einzelne Hilfetätigkeiten präsent und organisieren zusätzlich eine entlastende Haushaltshilfe, die sie auch bezahlen. Die Geldleistung würde dafür nicht ausreichen. Zudem werden viele Hilfetätigkeiten auch vom Schwiegersohn ausgeführt, die zur Erleichterung des Pflegealltags beitragen. Die Pflege im engeren Sinne (Körperpflege, Hilfe beim An- und Auskleiden, Medikation) bleibt zunächst primär Aufgabe der Ehefrau, im nächsten Schritt übernimmt die örtliche Sozialstation Teile diese Aufgabe, ohne sie vollständig erfüllen zu können. Aufwendige Körperpflege ist nicht nach der Uhr programmierbar, oftmals entsteht sie erst dann – aus welchen Gründen auch immer – wenn professionelle Pflegekräfte nicht mehr präsent sind. Aber die Geldleistung entfällt. Ein nach wie vor großer Hilfebedarf bleibt jedoch bestehen. Ohne die weiterhin unterstützenden Hilfen der Töchter und des Schwiegersohns und der separat bezahlten Haushaltshilfe, würde die Ehefrau bald unter der körperlichen und psychischen Belastung die Pflege aufgeben müssen. Was sagt dies aus für die Interpretation statistischer Daten? In der offiziellen Statistik zur Pflegeversicherung würde nur die Ehefrau als Hauptpflegeperson aufgeführt mit den entsprechenden Angaben, ob Geld- oder Sachleistungen in Anspruch genommen werden. Das komplexe Pflegearrangement wird dagegen nicht erfasst. Deshalb ist gegenüber vielen statistischen Angaben Skepsis angebracht, insbesondere im Hinblick auf die geschlechtsspezifische Verteilung von Hilfe- und Pflegetätigkeiten. So fordert diese exemplarische, praxisbezogene Darstellung, verbunden mit den kritischen Anmerkungen von Kühnemund, einen verschärften Blick gegenüber neueren, empirisch belegten Aussagen.

¹⁹ „Nach den Ergebnissen des vom DIW Berlin in Zusammenarbeit mit Infratest Sozialforschung erhobenen Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) beteiligten sich im Jahre 2003 rund 5 % aller erwachsenen Männer und knapp 8 % aller Frauen an der Versorgung Pflegebedürftiger. Der zeitliche Umfang an einem durchschnittlichen Wochentag betrug bei pflegenden Männern 2,5 Stunden und bei Frauen rund 3 Stunden. Männer pflegen damit zwar weniger häufig und in geringerem Umfang, beteiligen sich aber zu einem nicht unerheblichen Anteil ebenfalls aktiv an der Betreuung Hilfs- und Pflegebedürftiger.“ (Schupp/Kühnemund 2004: 1)

Die zweite Welle des Alterssurvey bietet hier insofern eine weitere Perspektive, als nun auch gefragt wurde, ob sich die Pflegenden selbst als Hauptpflegepersonen bezeichnen würden.“ (Künemund 2006: 304)

Im Vergleich zu 1996 scheinen 2002 Hilfe- und Pfl egetätigkeiten²⁰ etwas seltener zu sein: der Anteil Pflegender bei den 40-85jährigen ging von 13,3% auf 11,4% zurück. Für diese Altersgruppen gibt Künemund das Verhältnis von 15% pflegender Frauen gegenüber 8% pflegenden Männern an (ebd.:305). Was er im Text allerdings verschweigt und nicht interpretiert, ist die Tatsache, dass nach den Vergleichszahlen des *Alterssurveys* der Anteil pflegender Männer seit 1996 gesunken, der Frauenanteil dagegen gleich geblieben ist (ebd., Tab. A2: 325). Dies verwundert umso mehr, als Künemund ja so engagiert den männlichen Beitrag hervorgehoben hat (s.o.).

Die Differenz zwischen Frauen und Männern bei den Hilfe- und Pflegeleistungen ist am größten in der Altergruppe der 40-54jährigen (16,0%:7,8%), geringer in der Altersgruppe der 55-69jährigen (14,6%:9,3%) und am niedrigsten bei den 70-85jährigen (10,4%:7,4%). Nur in letzterer Altergruppe hat sich der Anteil pflegender Männer seit 1996 (von 6,8% auf 7,4%) erhöht (ebd.).

Dieser Befund steht im Zusammenhang mit den sich verschiebenden Pflegeschwerpunkten im Lebensverlauf: bei der ersten Altersgruppe steht die Elternpflege mit einem Anteil von 72% im Vordergrund, bei den beiden anderen wird die (Ehe)Partnerpflege bedeutsamer, aber auch die ehrenamtlichen Hilfeleistungen. Von den 70-85jährigen pflegen 45% den (Ehe)Partner und überraschenderweise 32% eine nicht-verwandte Person, mehr als doppelt soviel wie die 40-54jährigen. „Und wo die (Ehe)Partner gepflegt werden, handelt es sich oftmals um eine Betreuung ‚rund um die Uhr‘“ (ebd.:305). Im Vergleich zur Gruppe der 40-45jährigen verdoppelt sich laut Künemund die zeitliche Beanspruchung in den höheren Altersgruppen.

Wer wird 2002 von den 40-85jährigen gepflegt und/oder betreut?

51 % Elterngeneration (1996: 61%)

01 % Großelterngeneration

18 % Ehepartner (1996: 19%)

19 % andere Verwandte (1996: 16%)

17 % nicht verwandte Personen

(Mehrfachnennungen, ebd. 305; zum Vergleich s.o.)

²⁰ Gefragt wurde nach privaten und ehrenamtlichen Hilfe- und Pflegeleistungen innerhalb und außerhalb des eigenen Haushalts (ebd.: 325).

Künemund hatte schon darauf hingewiesen, dass mit der zweiten Welle des *Alterssurveys* in besonderer Weise die Frage verfolgt werden sollte, „ob sich die Befragten selbst als Hauptunterstützungspersonen bezeichnen würden“ (ebd.:305f.). Die Ergebnisse zeigen, „dass die Wahrscheinlichkeit, Hauptpflegeperson zu sein, bei den Frauen mit dem Alter in einem leicht umgekehrt U-förmigen Zusammenhang steht, bei den Männern aber stark zunimmt: In den drei Altersgruppen von 42 über 53 auf 70 Prozent (Frauen: 62, 72 und 59 Prozent).“ (Ebd.: 306) Künemund interpretiert diesen Befund mit der großen Bedeutung der Tochterpflege in der Gruppe der Frauen.

„Insgesamt aber lässt sich festhalten, dass Frauen insgesamt betrachtet häufiger und auch zeitlich intensiver mit Pflegetätigkeiten befasst sind. Diese Differenz zwischen Männern und Frauen nimmt allerdings über die Altersgruppen hinweg betrachtet ab (...). In Anbetracht der steigenden Erwerbsbeteiligung der Frauen wie auch der zukünftig erwartbar geringeren Zahl an Töchtern und Schwiegertöchtern wird die Frage nach der Beteiligung der Männer in diesem Bereich sicher noch stark an Bedeutung gewinnen.“ (Ebd.)

Diese Befunde sollen mit anderen aktuellen, statistisch relevanten Untersuchungsergebnissen verglichen werden, soweit dies möglich und sinnvoll ist.²¹ Die von vielen Autorinnen und Autoren referierten älteren Daten zu Umfang und Bedeutung der Angehörigenpflege beruhen häufig auf der Repäsentativerhebung von Infratest Sozialforschung zu Beginn der 1990er Jahre (Schneekloth/ Potthoff 1993) oder dem Alterssurvey 1996. Nun liegen neuere Erhebungen von Infratest Sozialforschung vor, für die Schneekloth ebenfalls mitverantwortlich zeichnet (Schneekloth 2006a,b; Schneekloth/Wahl 2005, 2006).

„Mit dem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanzierten Forschungsprogramm ‚Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung‘ (MuG) liegt für Deutschland inzwischen ein umfassender Überblick zur Situation von Menschen vor, die auf Hilfe oder Pflege angewiesen sind. Die vor kurzem abgeschlossene Studie MuG III (Schneekloth/Wahl 2006) bietet die Möglichkeit, die wichtigsten Entwicklungen in der Versorgungssituation von häuslich betreuten Hilfe- und Pflegebedürftigen im Trend zu beurteilen. Die Untersuchung stützt sich auf eine von TNS Infratest Sozialforschung verantwortete Repräsentativerhebung (n=25.095 Haushalte, davon n=3.622 mit hilfe- und pflegebedürftigen Personen), die auf einer echten Zufallsstichprobe von Privathaushalten in Deutschland beruht und die methodisch voll vergleichbar mit der zu Beginn der 90er Jahre durchgeführten Erhebung MuG (Schneekloth/Potthoff 1993) angelegt ist.“ (Schneekloth 2006:20)²²

²¹ Auf die amtlichen Pflegestatistiken wird hier nicht näher eingegangen, da sie sich am Begriff der Pflegebedürftigkeit nach SGB IX, § 15 orientieren und somit nur die Fälle mit bewilligter Pflegestufe ermitteln, den tatsächlichen Pflegebedarf jedoch nicht erfassen. Vgl. zu dieser Problematik Hoffmann 2005.

²² Parallel zu diesem Projekt wird der Bereich der stationären Unterbringung durch MuG IV untersucht und demnächst publiziert. Auch hier wird an eine frühere Untersuchung angeknüpft, die ebenfalls in der Literatur häufig zitiert wird: Schneekloth/Müller 1997. Hingewiesen wird außerdem auf vertiefende Zusatzuntersuchungen zum Thema häusliche Pflege. Dabei wird u.a. das Institut für Gerontologische Forschung (IFG) Berlin mit einem Projekt zur besonderen Qualität häuslicher Pflege erwähnt. (Schneekloth 2006:21) (Vgl. Kap.V.4.)

Hier wird bereits angedeutet, dass der Untersuchung kein allzu enger Pflegebegriff zugrunde gelegt wird. In Anlehnung an vergleichbare Surveys im angloamerikanischen Bereich wurde eine „Liste mit 24 Activities of Daily Living“ bzw. das komplexere Aktivitätsspektrum IADL auf der Grundlage von Selbst- und Fremdeinschätzungen erhoben (Schneekloth/Wahl 2006: 15; Schneekloth 2006b:58ff.).

Schneekloth kommt zu dem Ergebnis, dass „Selbständigkeit im Alltag“ sowie die „Fähigkeit zur Selbstbestimmung“ auch bei Menschen im hohen Lebensalter „noch mehr oder weniger weitgehend aufrechterhalten“ werden können. Er stellt zwar heraus, dass als Effekt des „Altens der Gesellschaft“ schon gegenwärtig die Zahl der Menschen, die die auf Hilfe oder Pflege angewiesen sind, „kontinuierlich ansteigt“. Der Anteil der Pflegebedürftigen im hohen Lebensalter hat sich jedoch in den letzten zehn Jahren in Deutschland nur wenig verändert, er ist eher geringer geworden. Pflegebedürftig im engeren Sinne sind knapp 30% der über 80Jährigen, weitere knapp 30% sind sonstige Hilfebedürftige und über 40% leben selbständig ohne jeglichen Hilfebedarf (Schneekloth 2006b: 63ff.,69). „Nicht nur die Zahl der Pflegebedürftigen wächst, sondern auch die Zahl derjenigen Seniorinnen und Senioren, die über einen längeren Zeitraum und sogar bis ins hochbetagte Lebensalter selbständig bleiben.“ (Ebd.: 91f.)

Dieses Ergebnis korrigiert in aller Klarheit so manche sozialpolitisch zugespritzte These vom zukünftigen Pflegenotstand: Die absolute Zahl der Pflegebedürftigen steigt aus demografischen Gründen – nicht jedoch das allgemeine Lebensrisiko einer Pflegebedürftigkeit. Auf genderrelevante Aspekte wird noch einzugehen sein.

Lebten im Vergleichszeitraum 1991 noch etwas über 1,1 Mio. Pflegebedürftige und weitere 2,1 Mio. sonstige Hilfebedürftige in Privathaushalten, wurden für 2002 1,4 Mio. Pflegebedürftige und weitere knapp 3 Mio. sonstige Hilfebedürftige in Privathaushalten ermittelt, deren Unterstützungsbedarf vorrangig im hauswirtschaftlich/instrumentellen Bereich angesiedelt ist (ebd.:63f.). Im Zeitvergleich wird ein leichter Rückgang der Privatpflege und eine zunehmende Bedeutung von Pflegeheimen erkennbar, eine tendenzielle Entwicklung, die jedoch ohne weitere Forschungsergebnisse hier nicht interpretiert und adäquat eingeschätzt werden kann.²³

Entscheidend für Schneekloth ist vielmehr, dass auch in der gegenwärtigen, alternden Gesellschaft:

²³ Im gleichen Zeitraum ist die absolute Zahl und der Anteil der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen von 500 Tsd. auf etwa 640 Tsd. Personen angewachsen (ebd.).

„die grundlegenden Potenziale vorhanden sind, um die damit einhergehenden Probleme etwa im Bereich der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu meistern. Grundsätzlich gilt, dass nach wie vor Hilfe- und Pflegebedürftige aller Schweregrade in privaten Haushalten gepflegt und betreut werden. Für zwei von drei Pflegebedürftigen bleibt auch heute der Privathaushalt der Ort, in dem die Versorgung und Betreuung geleistet wird. Der sowohl von den Betroffenen als auch von deren Angehörigen mehrheitlich gewünschte ‚Vorrang‘ einer häuslichen vor einer stationären Pflege ist in Deutschland auch heute gelebte Realität.“ (Schneekloth 2006a:23f.)

Diese Aussage wird auch auf den Pflegebedarf bezogen, der im Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen steht. Jeder zweite häuslich gepflegte und jeder Vierte als hilfsbedürftig betreute Mensch hat mehr oder weniger starke Beeinträchtigungen im Bereich der Gedächtnisleistungen. Knapp ein Drittel der häuslich Gepflegten hat sehr starke kognitive Einschränkungen. Damit ist ein erheblicher Hilfe- und Betreuungsbedarf verbunden, der jedoch noch nicht in jedem Fall vom System der Pflegeversicherung anerkannt wird. Der Autor verfolgt das Interesse, dass die häusliche Pflege auch im „Falle einer demenziellen Erkrankung nicht primär als Übergangsstadium hin zu einer anstehenden stationären Unterbringung betrachtet“ werden sollte. Ein entsprechend sozialpolitischer Handlungsbedarf wird von ihm angedeutet. (Schneekloth 2006a:24f.; Schneekloth 2006b:74f.,80)

„Im Kern ist es der überragenden ‚Leistungsfähigkeit‘ der Familie bzw. der entsprechenden privaten Netzwerke geschuldet, dass in Deutschland auch im Falle von Pflegebedürftigkeit die Fortsetzung einer Lebensführung ‚in den eigenen vier Wänden‘ möglich ist. Mit einem Anteil von 92 % erhält fast jeder häuslich betreute Pflegebedürftige private Hilfeleistungen aus der Familie oder der Bekanntschaft.“ (Schneekloth 2006:25f.; vgl. Schneekloth 2006b:74ff.)

Aufschlussreich ist die nähere Betrachtung häuslicher Pflegearrangements. Schneekloth (2006b:75f.) ermittelt, dass 55 % der häuslich betreuten Personen ausschließlich private Pflege erhalten, 28 % stützen sich auf einen Mix von privater und professioneller Pflege, 9 % erhalten private Pflege in Verbindung mit selbst finanzierten Hilfen und nur 8% sind ausschließlich auf professionelle Pflegedienste angewiesen. Auffallend ist hierbei der - im Prinzip schon seit Einführung der Pflegeversicherung bekannte - relativ geringe Anteil ambulanter Pflegedienste. Auf die Diskussion dieses erklärungsbedürftigen Phänomens wird an anderer Stelle einzugehen sein (vgl. Kap. VI.3).

Bemerkenswert ist zunächst die Tatsache, die schon Künemund (2005) (s.o.) thematisierte, dass Pflegebedürftige mehrheitlich von bereits älteren Familienangehörigen betreut werden. Die Mehrheit der Hauptpflegepersonen (60%) sind über 55 Jahre alt, befinden sich nach Schneekloth in der ‚dritten Lebensphase‘, in der sie zunehmend beruflich aber auch familiär entpflichtet wären (Schneekloth 2006b: 77f.). Bei Menschen dieser Generation vermutet der Autor die entsprechenden zeitlichen Möglichkeiten und auch eher die Bereitschaft zur Ver-

antwortung (ebd.:77) Diese Vermutung verweist auf die notwendige begriffliche Differenzierung von „Pflegebereitschaft“ und „Pflegefähigkeit“, die insbesondere von Jansen (1999) betont wird.

Schneekloths resümierende Einschätzung kann jedoch auch grundsätzlich anders gesehen und gewichtet werden. Vergleicht man die aufgeführten, verschiedenen Alterstufen der privaten Hauptpflegepersonen (vgl. Tab. unten), so lassen sich zwei verschiedene Modelle konstruieren, die ein etwas anderes Bild ergeben: Auffallend ist einerseits, dass im Jahr 2002 - mit sinkender Tendenz - 64% der Pflegepersonen (1991: 71%) im erwerbsfähigem Alter, also bis 64. Jahre alt sind, unabhängig davon, ob sie bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Eine andere Art der Gruppierung lässt deutlich werden, dass immerhin, wenn auch mit sinkender Tendenz, 37% der Pflegepersonen (bis zum Alter von 54 Jahren) (1991: 45%) sich tendenziell noch in der Familienphase befinden und somit zur sogenannten Sandwich-Generation zählen würden, unter der Voraussetzung, dass Kindererziehungszeiten sich inzwischen häufig auf spätere Phasen im Lebenslauf verlagern als früher. Entscheidend ist, dass „nur“ ein Drittel aller Pflegepersonen älter als 65 Jahre alt ist. So lässt sich nicht generalisierend festhalten, wie Schneekloth es formuliert, dass die Pflege vor allem von den beruflich und familiär entpflichteten „jungen Alten“ getragen wird. Mit leicht steigender Tendenz wächst die Pflegeverpflichtung in den Gruppen der 55-79 und über 80jährigen Pflegepersonen (= 60% aller Pflegepersonen).

Diese Größenordnungen sind vor allem im Hinblick auf die weiter steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen und die tendenziell späteren Kindererziehungszeiten relevant. Zudem wird durch die angestrebte Verlängerung der Lebensarbeitsphase bis zum 67. Jahr eine größere Diskrepanz als bisher zwischen Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit absehbar. Damit wird der Frage der Vereinbarkeit von Familie, Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege ein größeres sozialpolitisches Gewicht beizumessen sein, als es gegenwärtig wahrnehmbar ist (vgl. Kap. VI.5.).

Schneekloth betont als ein Resümee seiner Untersuchung, die „überragende Leistungsfähigkeit der Familie“ (s.o.). In vergleichbarer Weise wird von den meisten Autoren schon seit vielen Jahren das häusliche Pflegepotential umschrieben und damit aber auch zugleich verfehlt. "Ist die häusliche Pflege (...) gar keine 'Angelegenheit' der Familie, sondern der Frauen?" fragen dagegen Gröning/Kunstmann/Rensing (2004b:7) wie andere gendersensible Ansätze, um die nebulöse Rede von „der Familie“ in ein präziseres Licht zu rücken.

Mit der aktuellen Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ (MuG III) bestand nun auch die Chance, Veränderungen des „privaten“ Pflegepotentials im Hinblick auf tradierte Strukturen geschlechtshierarchischer Arbeitsteilung zu untersuchen. Überraschend ist nun die deutliche Zunahme männlicher²⁴ und nicht-familialer Pflegepersonen:

„Insgesamt erweist sich das private Hilfenetzwerk vor dem Hintergrund der Effekte des demografischen Wandels als sehr flexibel. Im Vergleich zur Situation zu Beginn der 90er Jahre ist zum Beispiel der Anteil der Männer, die im Alltag die häusliche Pflege tragen, von 17% auf heute 27% gestiegen. Darüber hinaus finden sich inzwischen mit einem Anteil von immerhin 8% deutlich häufiger als früher private Arrangements, bei denen die Pflege von Nachbarn und Bekannten abgesichert wird – in der Regel deshalb, weil keine engeren familiären Angehörigen verfügbar sind. Das häuslich familiäre Supportsystem ist demnach nach wie vor stabil – trotz der enormen Belastungen, die mit der Übernahme einer Rolle als Hauptpflegeperson einhergehen (...). Die Familie ist noch immer der ‚größte und auch leistungsfähigste Pflegedienst‘ in Deutschland.“ (Schneekloth 2006a:27; vgl. Schneekloth 2006b:77ff.)

Diese Stabilität wird nicht zuletzt auf die neuen Möglichkeiten durch die Pflegeversicherung seit Mitte der 90er Jahre zurückgeführt. In diesem Sinne könnten auch die von Schneekloth präsentierten Einzelbefunde (s.u.) aus MuG III interpretiert werden. Insbesondere bei der (Ehe) Partner-Pflege, die ja meist von bereits Hochaltrigen ausgeübt wird, zeigt sich eine entlastende Funktion der Pflegeversicherung.

Bedeutsam für die Zukunft ist, neben der stärkeren Beteiligung von Männern, der steigende Anteil nicht-verwandter Hilfe- und Pflegepersonen in Privathaushalten:

„Immerhin 9% der Pflegebedürftigen, die über private Helfer verfügen, werden nicht von den eigenen Angehörigen, sondern von Nachbarn, Freunden oder Bekannten gepflegt. Es zeichnen sich hier zumindest rudimentär neue Konstellationen ab, die insbesondere dann, wenn keine tragfähigen familiären Netze vorhanden sind (Kinderlosigkeit bzw. große Wohnentfernung zu sonstigen Angehörigen etc.), als alternatives Arrangement mobilisierbar sein könnten. In der Regel dürfte es sich hierbei aber um soziale Kontakte handeln, die bereits weit vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit existiert haben und nicht erst seitdem neu aufgebaut worden sind.“ (Schneekloth 2006b:78)

Hierzu die von Schneekloth präsentierten Zahlen:

²⁴ Auf die Interpretation dieses Ergebnisses wird an anderer Stelle eingegangen, vgl. Kap. V. 1-3.

Merkmale von privaten Hauptpflegepersonen Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten, Jahresende 1991 / 2002				
Angaben in %	Pflegebedürftige¹⁾		Sonstige Hilfebedürftige²⁾	
	1991	2002	1991	2002
Beziehung				
(Ehe-)Partner	37	28	43	36
Mutter	14	12	4	7
Vater	0	1	0	1
Tochter	26	26	23	20
Schwiegertochter	9	6	6	5
Sohn	3	10	6	8
Enkel	1	2	2	2
Sonstige/r Verwandte/r	6	7	7	8
Freunde, Nachbarn Bekannte	4	8	7	12
keine Angabe	0	0	0	1
Geschlecht				
Männlich	17	27	30	30
Weiblich	83	73	70	70
Alter				
unter 45 Jahren	19	16	20	21
45-54 Jahren	26	21	23	18
55-64 Jahre	26	27	25	23
65-79 Jahre	25	26	25	28
80 Jahre und älter	3	7	5	4
Keine Angabe	1	3	2	6
Durchschnitt (in Jahren)	57	59	56	57
1) Leistungsbezieher der Sozialen (SPV) und der Privaten Pflegeversicherung (PPV)				
2) Personen mit Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen ohne Pflegebedarf im Sinne des SGB XI				
TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002				

Quelle: Schneekloth 2006b: 79)

In einer vertiefenden, qualitativen Teilstudie zu MuG III wird festgestellt, dass der Anteil männlicher Haupthilfe-/Pflegepersonen in der Gruppe der über 60-Jährigen mit 37% höher liegt als in der TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002, die einen Anteil von 27% bzw. 30% (s.o.) ausweist (Heinemann-Knoch et.al. 2006:149). Dies steht offensichtlich im Zusammenhang mit dem hohen Anteil an Partnerpflege in dieser Vertiefungsstudie (ebd.:159). Damit ist nicht nur die Bedeutung der emotionalen Motivation für die Pflegeübernahme von Männern angesprochen sondern auch der auffällige Zusammenhang von Pflegefähigkeit und zunehmender beruflicher Entpflichtung.

Auch Schneekloth betont, wie alle neueren Studien, die Notwendigkeit eines professionellen Versorgungsumfeldes, um die häusliche Pflege auf Dauer zu stabilisieren. Bedenklich findet er die gegenwärtige Situation: nur 16% der privaten Hauptpflegepersonen nutzen regelmäßig Beratungs- und Unterstützungsangebote; 37% nur ab und zu. Besonders gravierend ist, dass jeder zweite pflegende Angehörige (48%) vom System der Altenhilfe überhaupt nicht erreicht wird. Auch teilstationäre Angebote werden kaum genutzt (1% aller Pflegebedürftige). Betreute Wohnangebote (Wohngemeinschaften) sind bisher nur mit einem Anteil von 3% vertreten (Schneekloth 2006b:81f.).

„Die Ergebnisse von MuG III unterstreichen, dass die Zukunft der Altenhilfe in der Förderung der Selbsthilfepotenziale der Betroffenen liegt. Die Aufrechterhaltung des ‚Vorrangs häuslicher Pflege‘ ist ohne privates familiäres und zunehmend auch freiwilliges Engagement nicht realisierbar. (...) Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass (...) ein hinreichend ausgestaltetes Umfeld in Gestalt von professionellen Pflege-, Betreuungs- und sonstigen Hilfeangeboten dauerhaft verfügbar sein muss.“ (Schneekloth 2006a:29; vgl. 2006b:81ff.,92)

III. 4. Zusammenfassung und Fazit

Das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem stützt sich auf einen formellen, öffentlichen und einen informellen, privaten, lange Zeit verborgenen Bereich. Pflegende Angehörige sind unverzichtbarer Teil dieses dualen Systems, das insbesondere durch den Teilkaskocharakter der Pflegeversicherung die Selbsthilfe-Potentiale der Betroffenen voraussetzt. Lange Zeit galt vor allem das weibliche informelle Pflegepotential als unerschöpfliche Ressource, wurde es doch als selbstverständlicher Ausdruck geschlechtshierarchischer Arbeitsteilung angesehen.

Verspätet beschäftigten sich deshalb in Deutschland erst seit den 1980er Jahren Forschungsprojekte und sozialpolitische Debatten mit der Situation, den Belastungen und Kompetenzen pflegender Angehöriger. Das Lebensrisiko Pflege wurde erst allmählich zum öffentlichen Thema, verbunden mit oftmals dramatisierenden Annahmen über demografische Entwicklungen und Vermutungen über den erwartbaren Rückgang familialer (weiblicher) Pflegebereitschaft im Prozess zunehmender Individualisierung. Die Literatur zur Situation pflegender Angehöriger ist inzwischen unübersehbar und dokumentiert ein vielschichtiges Spektrum sich ausdifferenzierender Problemlagen und unterschiedlichster Pflegearrangements.

Hervorzuheben sind die neueren Untersuchungen²⁵, die eine nach wie vor beeindruckend hohe Pflegebereitschaft von Angehörigen feststellen. Zwei von drei Hilfe- und Pflegebedürftigen aller Schweregrade werden auch heute – wie zu Beginn der 1990er Jahre – in Privathaushalten betreut und gepflegt. Dies ist auch deshalb besonders bemerkenswert, weil die absolute

²⁵ Für die hier in Kap. III.4. zusammengefassten Befunde sind vor allem die folgenden Studien relevant: Künemund 2005, 2006; Schneekloth/Wahl 2006; Schupp/Künemund 2004.

Zahl der hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen aus demografischen Gründen von 3,3 Mio. auf bereits 4,4 Mio. angestiegen ist. Der Anteil der Pflegebedürftigen im hohen Lebensalter ist dagegen eher geringer geworden.

Übereinstimmend wird festgestellt, dass Frauen nicht nur sehr viel häufiger, sondern auch intensiver als Männer mit häuslichen Pflegeleistungen beschäftigt sind. Aber seit 1991 zeichnen sich Veränderungen ab: der Anteil der Männer, die im Alltag die häusliche Pflege tragen, ist von 17% auf 27% gestiegen, wobei vor allem die (Ehe)Partner- und Elternpflege bedeutsam sind. Darüber hinaus ist der Anteil von privaten Arrangements, bei denen die Pflege nur von Nachbarn und Bekannten geleistet wird, deutlich von 4% auf 8% angewachsen. Dies wird in dem Sinne gedeutet, dass sich das private Hilfenetzwerk vor dem Hintergrund der Effekte des demografischen Wandels als sehr flexibel erweise.

Überraschend und umstritten ist angesichts der hohen Belastungen durch Pflegeleistungen der nach wie vor hohe Anteil (55%) häuslicher Pflegearrangements, die auf ausschließlich privater Pflege beruhen und nur die Geldleistung wählen.²⁶ 28 % stützen sich inzwischen auf einen Mix von privater und professioneller Pflege, 9 % erhalten private Pflege in Verbindung mit selbst finanzierten Hilfen und nur 8% sind ausschließlich auf professionelle Pflegedienste angewiesen.

Entgegen der häufigen Wahrnehmung, dass informelle Pflege vor allem von den bereits beruflich und familiär Entpflichteten getragen wird, ist festzuhalten, dass nur etwa ein Drittel aller Pflegenden älter als 65 Jahre alt ist. Dies wird angesichts der Tendenzen zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit zukünftig von noch größerer Relevanz sein und längst überfällige sozialpolitische Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zwingend notwendig werden lassen.²⁷ Relativ eindeutig wird hingegen mit anderen Akzentsetzungen die Zukunft informeller Pflege thematisiert. Exemplarisch ist die Aussage:

„...dass die Zukunft der Altenhilfe in der Förderung der Selbsthilfepotenziale der Betroffenen liegt. Die Aufrechterhaltung des ‚Vorrangs häuslicher Pflege‘ ist ohne privates familiäres und zunehmend auch freiwilliges Engagement nicht realisierbar. (...) Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass (...) ein hinreichend ausgestaltetes Umfeld in Gestalt von professionellen Pflege-, Betreuungs- und sonstigen Hilfeangeboten dauerhaft verfügbar sein muss.“ (Schneekloth 2006a: 29)

Wie bedeutsam ist darüber hinaus der differenzierende Blick auf geschlechtsspezifische Problemlagen der Pflegebedürftigen und welche Überlegungen ergeben sich daraus für ein „Ethos fürsorglicher Praxis“?

²⁶ Diese Problematik wird in Kap. VI.3. wieder aufgegriffen.

²⁷ Dieses Thema wird in Kap. VI.5. intensiver diskutiert.

IV. Der Blick auf die Pflegebedürftigen: Die Bedeutung der Kategorie Geschlecht

Ein „Ethos fürsorglicher Praxis“ bedarf auch der Aufmerksamkeit gegenüber geschlechtsdifferenzen Prozessen des Alterns und den damit verbundenen unterschiedlichen Risiken von Pflegebedürftigkeit sowie unterschiedlichen Lebensformen und Lebenslagen. Gegenwärtig sind knapp 2/3 aller Pflegebedürftigen Frauen (Infratest Repräsentativerhebung 1998). Im Jahr 2030 wird ca. 1/3 der Bevölkerung älter als 60 Jahre alt sein und im Jahr 2040 wird es ca. 2,5-2,79 Mill. Pflegebedürftige (entsprechend den jetzigen Kriterien der Pflegeversicherung) geben. Schon die bekannte Tatsache unterschiedlicher Lebenserwartung von Frauen und Männern verweist auf eine nähere Betrachtung.

IV. 1. Demografische Tendenzen

Rückert (1999) wirft einen kritischen Blick auf die unreflektierte Verwendung demographischer Daten. Dies betrifft insbesondere die häufigen Darstellungen der Bevölkerungsstruktur in Form einer Grafik und die daraus abgeleiteten Aussagen.

„Vergleichsweise spät wurde in Deutschland die ‚*Verweiblichung des Alters*‘ und das Phänomen des ‚doppelten Alterns‘ (d.h. absolute Zunahme und Zunahme des Anteils) der Gesellschaft Gegenstand des gerontologischen Interesses, um dann allerdings vergleichsweise rasch zur Thematisierung des ‚*dreifachen Alterns*‘ vorzustoßen (Zunahme der absoluten Zahl, des Anteils alter Menschen an der Gesamtbevölkerung und Zunahme der Hochaltrigen (Tews 1996:6.).“ (Rückert 1999: 145)

Verwiesen wird auf das *Kuratorium Deutsche Altershilfe*, das für das Thema Bevölkerungsstruktur in kommunalen Altenplänen eine „Darstellung nach Geschlecht und Altersjahrgängen – allenfalls nach Fünfjahresstufen – vorschlägt. So könnten die interessierenden Kennziffern und Zeitreihen selbst berechnet werden. Als Beispiele fügt Rückert zwei Modellrechnungen des Statistischen Bundesamtes an, die für die Jahre 1998 und 2030 gelten. Diese Rechnungen lassen z.B. die Aussage zu, dass der Frauenanteil bei den Hochaltrigen bis zum Jahr 2030 sinken wird, z.B. bei den 80-85jährigen von 71,6 auf 60,4%. Die 1999 präsentierten Modellrechnungen gehen offensichtlich auch davon aus, dass die Lebenserwartung von Männern steigt und/oder gleichzeitig die Lebenserwartung von Frauen sinkt. Jedenfalls liegt der Frauenanteil in beiden Modellen bis zum 60. Lebensjahr noch relativ konstant unter 50%.

In neueren Berechnungen für 2005 wird der niedrigere Frauenanteil allerdings nur noch bis zur Altersgruppe der 50-Jährigen festgestellt (Roloff 2007:7). „Richtig zum Tragen kommt dieser Frauenüberschuss aber erst bei den 60-Jährigen und Älteren. D.h., je älter die Menschen sind, desto höher ist ihr Frauenüberschuss. (...) Von den heute 17 Millionen Jungen

Alten sind 54% weiblich (...). Demgegenüber sind von den knapp 4 Millionen Hochbetagten allein 72% Frauen.“ (Ebd.) Die Prognose des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2050 geht von knapp 19 Millionen 60- bis unter 80-jährigen Menschen aus, bei einem Frauenanteil von 54% wie 2005 und einem Zuwachs der Zahl Hochaltriger auf 9 Millionen mit einem Frauenanteil von nur noch 60% gegenüber gegenwärtig 72% (ebd.:8). Hierin drückt sich – wie schon in den von Rückert präsentierten Zahlen – vor allem der rapide abnehmende Einfluss des hohen Frauenanteils nach dem zweiten Weltkrieg aus (ebd.). Die prognostizierte Entwicklung der absoluten Zahlen hochaltriger Menschen bis 2050 ist natürlich beträchtlich und wird sich auf die spätere mögliche Zahl der Pflegebedürftigen als quasi Verdoppelung auswirken, da das Pflegerisiko mit steigendem Alter überproportional zunimmt (Vgl. Kap. IV.3., VI.2.).

Der oftmals vermutete Trend sich angleichender Lebenserwartung von Männern und Frauen lässt sich auch durch aktuelle statistische Angaben aus dem Jahr 2006 noch nicht bestätigen. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Lebenserwartung beider Geschlechter gestiegen, und zwar bei neugeborenen Jungen von 75,9 auf 76,2 Jahre, Mädchen können durchschnittlich mit 81,8 Lebensjahren gegenüber 81,5 Jahren im Vorjahr rechnen.²⁸ Die Zahlen bestätigen somit anhaltende gravierende Differenzen zwischen den Geschlechtern im Hinblick auf die Lebenserwartung.

„Die Geschlechterrelation der Älteren wird somit künftig im Vergleich zu heute ausgeglichener sein, doch wird das demographische Altern in Deutschland weiterhin eher den weiblichen Bevölkerungsteil betreffen. (...) Zwar wird die Lebenserwartung sowohl der Frauen als auch der Männer weiter ansteigen, doch die Geschlechterdifferenz wird bleiben.“ (Roloff 2007: 8)

Schneekloth (2006a) kommt zu dem Ergebnis, dass „Selbständigkeit im Alltag“ sowie die „Fähigkeit zur Selbstbestimmung“ auch bei Menschen im hohen Lebensalter „noch mehr oder weniger weitgehend aufrechterhalten“ werden können. Er stellt zwar heraus, dass als Effekt des „Alterns der Gesellschaft“ schon gegenwärtig die Zahl der Menschen, die auf Hilfe oder Pflege angewiesen sind, „kontinuierlich ansteigt“. „Im Querschnitt betrachtet hat sich der Anteil der Pflegebedürftigen im hohen Lebensalter in den letzten zehn Jahren in Deutschland jedoch nur wenig verändert. Nach wie vor sind in etwa 20% der Menschen im Alter ab 80

²⁸ Statistisches Bundesamt Oktober 2006, Pressemitteilung. Nach diesen Angaben würde jedoch die Lebenserwartung der Neugeborenen im Vergleich zu den jetzt 45-Jährigen und 60-Jährigen sinken, denn Roloff beziffert mit Daten des Statistischen Bundesamtes die Lebenserwartung der 60-jährigen Männer auf gegenwärtig durchschnittlich 80 Jahre, bis zum Jahr 2050 würde sie auf 84 Jahre steigen. Im Vergleich dazu können die heute 60-jährige Frauen mit einer Lebenserwartung von 84 Jahren rechnen und bis zum Jahr 2050 mit 88 Jahren (2007: 8). Diese Diskrepanz kann hier nicht erklärt werden.

Jahren, die in Privathaushalten leben, pflegebedürftig. Hinzu kommen schätzungsweise weitere 10%, die als Pflegebedürftige in einer stationären Einrichtung betreut werden.“ (Ebd.:22)

Dieses Ergebnis korrigiert in aller Klarheit so manche sozialpolitisch zugespitzte These vom zukünftigen Pflegenotstand: Die absolute Zahl der Pflegebedürftigen steigt – nicht jedoch das allgemeine Lebensrisiko einer Pflegebedürftigkeit.

Lebten im Vergleichszeitraum 1991 1,2 Mio. Pflegebedürftige in Privathaushalten (70%) und knapp 500.000 (30%) in stationären Einrichtungen, wurden für 2002 1,4 Mio. Pflegebedürftige in Privathaushalten (68%) und etwa 640.000 (32%) in stationären Einrichtungen ermittelt. Hinzu kommen 2002 weitere knapp 3 Mio. sonstige Hilfebedürftige²⁹ in Privathaushalten, deren Unterstützungsbedarf vorrangig im hauswirtschaftlich/instrumentellen Bereich angesiedelt ist (ebd.:23/24).

Bedeutsam mit Blick auf die Lebensformen älterer Menschen und die vielleicht zukünftig Pflegebedürftigen, ist noch der Wandel von Familienstrukturen und die Entwicklung der Haushalte, die von Rückert (1999) angesprochen werden:

„Hochaltrigkeit in Verbindung mit abnehmender Kinderzahl und dem Haushaltsgründungsverhalten der Kinder haben massenhaft zu einer Haushaltsform geführt, die es bis vor wenigen Jahrzehnten nur in geringem Ausmaß gegeben hat: dem Eingenerationen-Ehepaar-Haushalt im Alter. Neben den Einpersonen-Haushalten verwitweter, geschiedener, lediger oder getrennt lebender älterer Menschen ist der Ehepaarhaushalt die verbreitetste Haushaltsform im Alter.“ (Ebd.:149)

Wie schon mehrfach deutlich wurde, leben ältere Männer häufig bis zu ihrem Tod in dieser Haushaltsform und sie werden von ihren meist jüngeren Ehefrauen betreut und gepflegt. Frauen sind stärker von Singularisierung betroffen (Roloff 2007; Höpflinger 2004, 2000; Backes 1999; Jansen 1999; Jansen/Klie 1999). In den Jahren 1991-2010 wird jedoch nach Berechnungen von Rückert (1999:149) die Alterung der deutschen Gesellschaft insbesondere durch eine Zunahme der Zahl alter Männer getragen (s.o., vgl. Roloff 2007).

Rückert macht deutlich, dass die Haushaltsformen alter Männer und Frauen in der Gerontologie bisher nur schlecht beschrieben wurden. „Daher wird die Abhängigkeit des *Wechsels der Haushaltsformen* vom *Lebensalter* und vom *Lebenslauf* nicht deutlich.“ (Ebd.:150) Beispielsweise sei für 1982 nachweisbar, dass bis zum Alter von 75 Jahren der Anteil allein stehender Frauen größer, im höheren Alter jedoch wieder niedriger wurde, da viele Frauen zusammen mit ihren Kindern oder im Heim lebten. Aus diesem Grund hat Jansen (1999) so ein-

²⁹ Eine Vergleichszahl aus den 1990er Jahren liegt nicht vor.

dringlich auf Rückert verwiesen, weil in der Literatur Familie und Haushalt oft verwechselt würden.

Aktuelle Daten (2005) zu Haushaltstrukturen der über 60 Jahre alten Männer und Frauen in Deutschland zeigen jedoch einen nur geringfügigen Anstieg der Vier- und Mehrpersonenhaushalte in der Gruppe der über 80-jährigen Frauen: 3,4% gegenüber 2,3% bei den 60-79-Jährigen. Der Trend ist inzwischen eindeutig: Leben 33,2% der 60-79-jährigen Frauen (Männer 15,0%) in Einpersonenhaushalten, so sind es bei den über 80jährigen bereits 69,4% (Männer 28,7%). Entsprechend geringer wird die Bedeutung der Zweipersonenhaushalte, allerdings nur für Frauen: 58,5% (Männer 72,1%) der 60-79jährigen, aber nur noch 22,6% (Männer 63,6%) der über 80jährigen Frauen leben in dieser Haushaltsform. Dreipersonenhaushalte werden mit steigendem Alter bei beiden Geschlechtern seltener. (Roloff 2007:10)

Die geschlechtsdifferenzierten Haushaltsstrukturen sind somit besonders auffällig und bedeutsam für gegenwärtige und zukünftige Pflegekonstellationen. Gründe dafür sind nicht nur die längere Lebenserwartung und häufigere Verwitwung von Frauen: Männer heiraten im Alter auch häufiger als Frauen und leben öfters in nichtehelichen Partnerschaften (ebd., vgl. Kap. IV.2.). Da mehr als Zwei Drittel der hochaltrigen Frauen allein leben, dagegen aber nur weniger als ein Drittel der hochaltrigen Männer, ist das Risiko, bei Pflegebedürftigkeit nicht in der eigenen Wohnung versorgt werden zu können, für Frauen besonders groß. Laut Mikrozensus 2003 werden 41% der hochbetagten pflegebedürftigen Frauen und 27% der Männer stationär gepflegt; 86% der Bewohner von Pflegeheimen sind Frauen (ebd.).

IV. 2. Geschlechtsspezifische Alter(n)sriskien I: unterschiedliche Lebenslagen und Lebensstile

Gertrud Backes widmet sich seit vielen Jahren der Thematik „Alter und Geschlecht“. Die Forschungslage zum Thema „Geschlecht und Alter“ wird insbesondere mit „Geschlechterverhältnisse im Alter“ (Backes 1999) breit dokumentiert. Ebenso ausführlich wird dort das „Geschlechterverhältnis“ als soziales Verhältnis dargestellt und entsprechend wird der Begriff der „doppelten Vergesellschaftung“ (Becker-Schmidt) und ihrer Hierarchisierung, eingehend erläutert.

Auch Meier (1999) bezieht sich auf den Analyseansatz von Becker-Schmidt (1991, 1995), der für ihren Untersuchungsansatz – auch zum Thema Pflege – in folgender Weise relevant ist:

„Das Ineinandergreifen von Familiennäherideologie, geschlechtsbezogenen Arbeitsteilungsmustern und den Vorteilen androzentrischer Professionalisierungsprozesse produziert vergleichsweise bessere Chancen für die männliche Hälfte der Gesellschaft: Männer stehen in

der Familie nicht unter dem normativen Druck, Hausarbeit und Kinderbetreuung übernehmen zu müssen, sie haben die größeren zeitlichen Dispositionsspielräume, erfahren im privaten wie im öffentlichen Bereich eine deutlich nachhaltigere Unterstützung bei der Realisierung ihrer Berufspläne, sie haben die vergleichsweise besseren Zugänge zu Einkommen, sozialen Machtpositionen und sozialer Wohlfahrt.“ (Ebd.:165)

Außerdem bezieht sich Meier (1999) auf Ansätze soziologischer Lebenslaufforschung. Mit Verweis auf Krüger (1991) zeigt sie, dass das „vermeintlich geschlechtsneutrale Bildungssystem in beträchtlichem Maße zur Reproduktion der Allzuständigkeit von Frauen für privat geleistete Reproduktionsarbeit beiträgt, indem es diese Rollenzuschreibung in die weichenstellenden Strukturen der Berufsausbildung übernimmt“. Diese sehen den Aufbau von kontinuierlichen Berufsbiografien von Frauen nicht vor und sie verbauen strukturell Erwerbschancen. Diese geschlechtsspezifische Diskriminierung wirkt sich auch auf die schlechtere Altersversorgung von Frauen aus, verglichen mit männlichen Angehörigen der gleichen Alterskohorte (ebd.:S.162). Meier formuliert, dass:

„...familiäre Lebensformen und nicht Individuen per se grundlegende Institutionen des Systems der Reproduktion von sozialer und geschlechtsspezifischer Ungleichheit sind. Erst über die Vermittlungsagenturen konkreter familialer und haushälterischer Lebensformen führen ungleiche Chancen am Arbeitsmarkt letztlich zu faktischer Ungleichheit. Dieses Faktum wird durch das wohlfahrtsstaatliche Leitbild der ‚Normalfamilie‘ und die Privilegierung der Ehe (...) reproduziert“ (Ebd.:163)

In einem neueren Beitrag betont Backes, dass sich „Geschlecht“ „zumindest als durchgängig notwendiges Unterscheidungsmerkmal“ in der Altersforschung durchgesetzt habe, dass jedoch im Vergleich zur angloamerikanischen Literatur zum Thema „Gender and Ageing“ vergleichbare Forschungen im deutschsprachigen Raum weit geringer vorfindbar sind (Backes 2005:1f.). Weitergehende Ansätze sieht sie etwa zum Thema „Auswirkungen weiblicher Langlebigkeit auf Lebensformen und Generationenbeziehungen“ (ebd.:2; vgl. Höpflinger 2000, 2001). Neu wäre auch die Betrachtung des „anderen“ Alter(n)s von Männern, wobei auf neuere Ansätze verwiesen wird (ebd.:2; vgl. Fookan 1999; Höpflinger 2002).

„Als wissenschaftlich wie politisch unzulässig gälte es, der Dimension ‚Soziales Geschlecht/Gender‘ bei der Betrachtung des Alter(n)s keine Beachtung zu schenken. Dabei wird sie mancherorts bereits durch die Dimension ‚Diversity‘ ersetzt, ohne dass die Konsequenzen dieser Entwicklung für eine angemessene Analyse der Thematik ‚Geschlecht und Alter(n)‘ bereits immer hinreichend bedacht worden wären.“ (Backes 2005:2)

Im Vergleich zur internationalen Forschung charakterisiert Backes die Bilanz der Frauen- und Geschlechterforschung und der Alter(n)sforschung im Hinblick auf weiterreichende Analysen des Themenfeldes „Geschlecht und Alter(n)“ als schmal. Denn in der Frauen- und Geschlechterforschung wäre diese Thematik bisher „marginal“, ähnlich wie in der Soziologie. Umge-

kehrt „hat(te) die Gerontologie“ ihre geschlechtsblinden Flecken durch eine zu starke Konzentration auf das „verallgemeinerte männliche Alter(n)“ (ebd.2).

„Blinde Flecken“ und „oberflächliche Perspektiven“ sieht Backes insbesondere dann gegeben, wenn die bloß „deskriptive Ebene“ thematisiert wird, eine Konzentration auf das „weibliche“ Alter stattfindet oder wenn die Rede ist vom „feminisierten Alter“. Dagegen fehlten „tiefergehende empirische wie theoretische Analysen des Geschlechterverhältnisses im Lebens(ver)lauf und dessen Auswirkungen auf die Lebenslagen“ von Frauen und Männern bis ins Alter ebenso wie Analysen zur „Bedeutung der Dimension ‚Geschlecht und Alter(n)‘ für die Sozialstruktur in sich wandelnden Gesellschaften“ (Backes 2005:3).

„Stattdessen werden vielfach mit sozialen Problemen alter und hochbetagter Frauen einhergehende gesellschaftliche Belastungen und Kosten (etwa durch Pflege) betont. Der hohe Anteil von Frauen an der Gruppe der durch starkes Ansteigen von Multimorbidität, Demenzerkrankungen und Pflegebedürftigkeit gekennzeichneten Hochaltrigen wird in einer Kostenbilanz mit der kürzeren Lebensdauer von Männern verglichen und eine höhere Belastung des sozialen Umfelds und der Gesellschaft konstatiert. Dabei werden in aller Regel nur die öffentlich sichtbaren Lasten und Ressourcen betrachtet und privat erbrachte (z.B. betreuende, pflegende) Leistungen von Frauen, die öffentliche Leistungen ergänzen und zum Teil ersetzen, vernachlässigt. Demgegenüber werden nachberufliche Tätigkeitsressourcen bei Männern in den Vordergrund der Überlegungen gestellt.³⁰ Diese Art der Zuschreibung lässt – auch wenn sie unbeabsichtigt geschieht – Frauen im Alter eher als Last, Männer hingegen als Ressource erscheinen.“ (Backes 2005:3f.)

Alter(n) ist für Frauen ein doppeltes Risiko: „Mit dem Alter strukturell einhergehende soziale Gefährdungen treffen mit geschlechtsspezifischen sozialen Gefährdungen zusammen und schlagen sich heute bei alten Frauen häufiger als bei alten Männern in sozialen Problemen nieder.“ (Backes 2005:4) Diese Aussage wird formuliert im Hinblick auf Beschäftigungschancen, das Eingebundensein in die Gesellschaft, materielle Sicherung und Unabhängigkeit, sozialen Status, Entlastungs- und Schutz- wie Belastungswirkungen der sozialen Vernetzung. Sie bezieht sich auch auf „Gesundheits- und Versorgungschancen wie auf soziale und materielle Qualitätsbedingungen in der Pflege, vor allem im hohen Alter“ (ebd.:3f.; vgl. Clemens 1997; Backes 1999; Backes/Clemens 2002; Kohli/Künemund 2000, 2005).

Backes betont, dass für die Mehrzahl der heute alten Frauen die Familienrolle in ihrem Leben bestimmend war. Damit verbunden war eine „Gefährdung der materiellen wie auch sozialen und psychischen Dimensionen der Lebenslage“. Als eindeutig werden die Forschungsbefunde zu „weiblichen“ Altersrisiken skizziert, die insbesondere darauf hinweisen, dass eine „Konzentration auf Ehe und Familie nicht nur Armut im Alter begünstigt, sondern häufig auch zu

³⁰ Hier wird auf Kohli/Künemund 2000 verwiesen. In der Neuauflage von 2005 wird jedoch der gesellschaftliche Wert der Pflegeleistungen älterer Frauen sehr betont, vgl. Künemund 2005, vgl. Kap. III.3.

gesundheitlichen und psychischen Beeinträchtigungen führt, dass – etwas verkürzt formuliert – qualifizierte und kontinuierliche Berufstätigkeit auch bei Frauen mit Kindern die beste Prävention gegenüber sozial problematischem Alter(n) ist.“ (Backes 2005:4)

Die „Lebenslagen und Lebensstile“ von Männern und Frauen im Alter „unterscheiden sich in sozial ungleicher Weise hierarchisch nach Geschlecht“. Hinzu kommen andere sozialstrukturelle Differenzierungen (Klasse, Schicht etc). Die weiblichen und männlichen Lebensläufe und Vergesellschaftungsweisen werden offensichtlich im Alter fortgesetzt. So würden z.B. häufiger Männer nachberufliche Tätigkeiten anstreben, Frauen eher Haus- und Familienarbeit. Männer sind zudem besser eigenständig sozial abgesichert. (Ebd.:5)

Hier müssen neuere Forschungsergebnisse noch berücksichtigt werden. Kohli/Künemund resümieren beispielsweise einen Befund aus dem Alterssurvey 2000: „Jede jüngere Kohorte weist beim Übergang in den Ruhestand ein höheres Ausbildungsniveau, eine bessere Gesundheit und – zumindest bislang – eine bessere materielle Absicherung auf, verfügt also über mehr Ressourcen für eine eigenständige Lebensführung.“ (2005:368) In diesem Resümee taucht die Geschlechterdifferenz nicht auf, da der Alterssurvey unter dem Gesichtspunkt materieller Sicherheit von Frauen auch nicht aussagefähig ist, weil meist Haushaltseinkommen zugrunde gelegt wurden. Dennoch könnte die Tendenzaussage auch verstärkt für Frauen zutreffen. Ein Indiz dafür sind Untersuchungen zum Thema Armut der letzten Jahre: danach hat sich das Thema Armut als Frauenthema verschoben zum Thema Familien- bzw. Kinderarmut. Dennoch bleiben eklatante Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen.

Frauen sind häufiger materiell eingeschränkt, „alleinlebend bei eher prekärer materieller und immaterieller Ausstattung. Sie müssen mehrheitlich dazuverdienen oder – mehr oder weniger freiwillig – familiale Leistungen erbringen, die ihrer gesundheitlichen, aber auch sozialen Situation nicht angemessen sind“. Frauen haben zwar eine höhere Lebenserwartung, sie sind jedoch häufiger chronisch krank und mehr als Männer auf professionelle Pflegedienste bis „hin zum (Pflege)Heimaufenthalt“ angewiesen. „Während sie ihre Männer bis zum Tod betreuen und pflegen, stehen ihnen derartige Hilfen seltener zur Verfügung“. Frauen sind in ihren späten Lebensjahren mehrheitlich Witwe oder Alleinlebend. Sie müssen sich in ihrem Leben häufiger „grundlegend umorientieren, etwa den Auszug der Kinder, das Ende der eigenen Berufstätigkeit, das Ende der Arbeit des Mannes, dessen Krankheit und eventuelle Pflegebedürftigkeit, seinen Tod und schließlich ihre eigene nachlassende Selbständigkeit und zunehmende Hilfebedürftigkeit verarbeiten“. Dagegen sind Männer im Alter vergleichsweise

„seltener und weniger stark von sozialen Problemen betroffen“. Materiell sind sie besser abgesichert und versorgt, pflegen häufiger außerhäusige Beschäftigungen und engagieren sich je nach Interesse in diversen Betätigungsfeldern, werden im „Pflegefall häufiger zu Hause von der eigenen Partnerin gepflegt und bleiben seltener – nach Trennung/Scheidung oder nach dem Tod der Partnerin – allein zurück“. (Backes 2005:5, vgl. Fookan 1987; Lehr 1987; Kohli 1990; Niederfranke 1994; Backes 1999, 2002).

Auf ein schon angesprochenes, gravierendes Merkmal weiblichen Alters – das Risiko der Verwitwung – konzentriert sich auch Höpflinger (2000/2004):

„Im hohen Lebensalter zeigt sich in allen Ländern auch ein zunehmendes Auseinanderfallen der Lebensformen von Männern und Frauen. Darin widerspiegeln sich zusätzlich zur geschlechtsspezifischen Ungleichheit vor dem Tod auch tief verwurzelte kulturell-soziale Unterschiede in Partnerschafts- und Heiratsverhalten von Männern und Frauen. Die Folgen der weiblichen Langlebigkeit werden sozusagen durch soziale Normen verschärft. So ist die Kombination von weiblicher Langlebigkeit und traditionellen Normen der Partnerwahl (Männer heiraten meist eine Frau, die jünger ist) dafür verantwortlich, dass Verwitwung vorwiegend ein Frauenschicksal darstellt.“ (Ebd.:68)

Der Autor erwähnt in diesem Zusammenhang, dass zudem verwitwete Männer eher wieder heiraten (könnten, aufgrund des Heiratsmarktes) als verwitwete Frauen. (etwa im Verhältnis 10: 2). (Ebd.:69)

„Verwitwung ist und bleibt weltweit primär ein Frauenschicksal (wobei einer Verwitwung im Alter in vielen Fällen eine längere Pflegephase vorausgeht). Möglicherweise ist es kein Zufall, dass Verwitwung sowohl wissenschaftlich wie medial oder sozialpolitisch relativ wenig thematisiert bleibt. Zudem wird bei vielen gerontologischen Studien zum sozialen und psychischen Befinden dem lebenskritischen Ereignis ‚Verwitwung‘ – und den vorausgegangenen Pflegebelastungen – zu wenig Rechnung getragen.“ (Ebd.: 70)

Backes verweist aber auch auf Vorteile des Alterns bei Frauen. So sieht sie bei Frauen die größere Fähigkeit, Veränderungen und Verluste zu verarbeiten. Dies erklärt sie mit Verweis auf Clemens (1997), dass die besonderen Anforderungen des weiblichen Lebenslaufs immer wieder Umstellungen und den Umgang mit Widersprüchen den Frauen abverlange (ebd.). Auch Meier weist darauf hin, dass die „höhere Daseins- und Alltagskompetenz von Frauen“ im Alter wieder zu einem Vorteil werden kann, weil sie ihre private Lebensführung lange Zeit selbständig organisieren können (1999:162).

Männer hätten dagegen zunächst größere Probleme, das Ende der Berufstätigkeit zu verarbeiten. Aufgrund erworbener Ressourcen (Geld, Qualifikation, Kompetenzen, soziales Netz) könnten sie jedoch auch ihre Lebensweise „umgestalten“ (Backes 2005:6). Ältere Männer sind „freier“ von familiären Verpflichtungen, da Pfligetätigkeiten oder Enkelbetreuung seltener auf ihnen lasten. So können sie eher neue Interessen verfolgen und angestrebte Tätigkei-

ten realisieren (ebd.:7; vgl. Backes 1999, 2002; Höpflinger 2002,). Backes betont, dass sich nur die wenigsten Männer aufgrund ihrer „bisherigen Vergesellschaftung“ mit der Erfahrung eines hohen Alters als Alleinstehende oder gar als Pflegeheimbewohner auseinander setzen müssen, „sind sie doch in den meisten Fällen in materieller und sozialer Hinsicht besser als Frauen vor sozialen Problemen im Alter geschützt“ (Backes 2005:7).

Backes stützt sich, die weitere wissenschaftliche Perspektive antizipierend, auf folgende Erkenntnisse und Thesen:

„Im Lebenslauf angelegte Geschlechterverhältnisse setzen sich – entgegen der These von der Angleichung der Geschlechter und einer oberflächlichen Interpretation der These einer Feminisierung des Alters – bis ins Alter hinein fort. Geschlecht wird auch im Lebensverlauf ‚gemacht‘, ebenso wie Alter(n). Und: Im hohen Alter erfahren die im Lebenslauf angelegten Geschlechterverhältnisse und die damit einhergehende Hierarchie der Lebenslagechancen eine Zuspitzung. Die hierarchische Komplementarität der geschlechtsspezifischen Vergesellschaftungsweisen zeigt sich hier verstärkt in widersprüchlicher Form. Diese drückt sich beispielsweise darin aus, dass alte Frauen einmal als ‚Alterslast‘, ein anderes mal als ‚Altersressource‘ betrachtet werden.“ (Ebd.)

Veränderungen der Geschlechterrollen, die schon jetzt einen nicht unerheblichen Einfluss auf Altern und Altern hätten, werden durch Verweis auf neuere Untersuchungen angedeutet: „In ihrer Funktion als Orientierung im Lebensverlauf erweisen sich die traditionellen Geschlechterrollen mittlerweile als brüchig, zumindest als riskant, widersprüchlich und ambivalent.“ (Backes 2005:7; vgl. Allmendinger 2000, Schmähl/Michaelis 2000) Diskontinuitäten im Erwerbsleben und damit verbundene Risiken der Alterssicherung sieht Backes zunehmend auch für männliche Lebensverläufe. „Normalbiografien“ würden zur Seltenheit. Zudem verweise der steigende Anteil von Singles und Einpersonenhaushalten nicht nur auf einen Geschlechterrollenwandel: insgesamt sei eine „veränderte Lebensgestaltung bis ins hohe Alter hinein notwendig“, die auch bereits praktiziert würde. (Ebd.:7f.)

Dringend notwendig wären theoretische Fundierungen, die sich an „Ansätzen zur Geschlechterarbeitsteilung, der Geschlechterkonstruktion und der Komplementarität weiblicher und männlicher Lebensläufe und Handlungsmuster“ orientieren, betont Backes (2005:8). Für empirische Forschungen schlägt sie die Einrichtung eines Survey zu Lebenslagen der Geschlechter im Lebensverlauf vor.

„Analysen sollten sich beispielsweise auf sich verändernde Alter(n)risiken und Alter(n)schancen von Frauen und Männern im Kontext geschlechtsspezifischer Lebens- und Arbeitsverhältnisse sowie auf deren gesellschaftliche Auswirkungen konzentrieren“. Backes geht es dabei um einen systematischen Zusammenhang mit kohorten- und gesellschafts-, klassen- und geschlechtsspezifischen Lebensrisiken und -chancen. Anhaltspunkte für eine Prognose zu-

künftigen Alter(n)s sieht Backes in der Betrachtung der Integration in Arbeit, Beruf, Familie und sonstigen Bereichen. Daneben betont sie die Bedeutung „qualitativer Aspekte“ wie „Unvereinbarkeiten und Widersprüche, Einflüsse auf körperliche, geistige und psychische wie soziale Entwicklungs- und Verschleißprozesse“. (Backes 2005:8)

Leider wird in dem informativen Sammelband zu „Lebensformen und Lebensführung im Alter“ (Backes/Clemens/Künemund 2004) die Kategorie „Geschlecht“ bei der Analyse neuer sozialer Ungleichheiten und zunehmender Varianten eines differenziellen Alter(n)s nicht hinreichend relevant. Auch die Situation von älteren Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Pflegebedarf findet keine Berücksichtigung. Nach Fookan (2005) fehlt nicht nur die Gendervariable:

„als zentrale differenzierende und Ungleichheit konstruierende Kategorie an sich, sondern auch die mangelnde Reflexion ihrer zeithistorischen Einbindung angesichts der großen Zahlen von im Zweiten Weltkrieg geborenen Männern und Frauen, die ja aktuell in die Lebensphase Alter einmünden und als Handlungsträger/-innen ja einen wesentlichen Teil der ‚Erkenntnisobjekte‘ des Buches bilden. Wenngleich bei den betroffenen Jahrgängen zwar nicht unbedingt ein diesbezügliches Generationenbewusstsein vorliegen muss, so handelt es sich dennoch fraglos um Geburtskohorten, die in einer ganz besonderen Weise von Geschlechterrollen und Geschlechterbeziehungsrollen (Stichwort: starke Mütter, schwache oder abwesende Väter; Stichwort: Frauenbewegung) geprägt worden sind und sich zeitlebens damit mehr oder weniger heftig auseinandergesetzt haben.“ (Fookan 2005)

IV. 3. Geschlechtsspezifische Alter(n)srisiken I: Psychosoziale Aspekte, Gesundheit und Risiken der Pflegebedürftigkeit

Höpflinger (2000/2004) präsentiert aufgrund langjähriger Forschungen interessante Details zu den Ursachen und Folgen der längeren Lebenserwartung von Frauen, die für das Thema Pflege relevant sein werden. Die im Vergleich zu Männern längere Lebenserwartung von Frauen sieht er als ein modernes Phänomen. Dies sei seit dem 20. Jahrhundert feststellbar und im Zusammenhang mit „steigender industrieller Entwicklung“ und „verstärkter Urbanisierung“ zu sehen (ebd.:61). Entgegen der Vermutung, dass durch die Emanzipation der Frauen eine Angleichung erfolgen würde, weist er darauf hin, dass innereuropäische Vergleiche belegen würden, dass hohe Frauenerwerbsquoten nicht zur Verringerung der geschlechtsspezifischen Lebenserwartung beitragen (ebd.:64).

Eine Reihe medizinisch-biologischer Unterschiede werden referiert und auf differentes Gesundheits- und Risikoverhalten, differente Lebenswelten und Sozialisationsprozesse wird eingegangen. Höpflinger kommt zu dem Ergebnis: „In vielerlei Hinsicht widerspiegeln die krassen Unterschiede in der Lebenserwartung von Frauen und Männern die weiterhin vorherrschende Trennung von weiblich und männlich geprägten Lebenswelten“ (ebd.:66).

Die höhere Lebenserwartung der Frauen führt zu einer deutlichen – und schon bereits mehrfach angesprochenen – „Feminisierung des Alters“. Dass die Mehrheit der Betagten und namentlich der Hochbetagten weiblichen Geschlechts sind, wird mit Verweis auf Backes (1993) pointiert in der Weise ausgedrückt, dass aus diesem Grund „Frauen in vielerlei Hinsicht von den Problemen des Alters stärker betroffen sind als Männer“ (ebd.).

Zur Begründung zählt ein wichtiger Befund, der zwar aus einer Schweizer Untersuchung resultiert, dennoch aber verallgemeinerbare Bedeutung haben könnte: „Ein Teil der zusätzlichen Lebenserwartung von Frauen wird auch durch eine längere Pflegephase ‚erkauft‘. Damit wird die ‚Feminisierung der Pflegebedürftigkeit‘ im Alter zusätzlich verstärkt; ein Punkt, der bei der Planung der Altenpflege oft zu wenig beachtet wird“ (ebd.:67). Die vorgelegten Zahlen bestätigen, dass die so genannte „Residuale Lebenserwartung“ von Pflegebedürftigen (bei gleicher Einstufung) signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigt. Die Dauer der Pflegephase ist bei Männern etwa bis zu einem Drittel geringer (ebd.).

In ihrer Einleitung zu Perrig-Chiello/Höpflinger (2000/2004) bezieht sich auch Perrig-Chiello auf den durch viele Studien bestätigten Befund, dass „Frauen von Fragen und Prozessen des Alterns stärker betroffen sind als Männer“. Damit verweist sie nicht nur auf die längere Lebenserwartung von Frauen sondern insbesondere auf „geschlechtstypische familial-berufliche Biographien“, die sich in der zweiten Lebenshälfte auswirken:

„Die stärkere Betroffenheit von Frauen wird durch geschlechtstypische Bilder körperlichen und sozialen Alterns, aber auch durch gesellschaftliche Erwartungen hinsichtlich Pflege und Betreuung betagter Angehöriger weiter verstärkt. Obwohl die geschlechtstypischen Unterschiede der zweiten Lebenshälfte bloss in grossen Zügen bekannt sind, haben viele sozial- und geisteswissenschaftliche Studien diese Perspektive vernachlässigt. Umgekehrt haben die ‚Gender Studies‘ Fragen des Alterns ausgeblendet.“ (Ebd.:7)

In ihrem Beitrag „Lust und Last des Älterwerdens“ thematisiert Perrig-Chiello (2000/2004) verschiedene Vorurteile und Aspekte des Alterns von Männern und Frauen, von denen hier nur einzelne interessieren.

„Frauen, insbesondere alternde Frauen, gelten in unserer Gesellschaft als psychisch weniger gesund als Männer. In der Tat werden bei Frauen häufiger chronische Angstzustände, depressive Verstimmungen und Unzufriedenheit mit den sozialen Kontakten diagnostiziert. Frauen zeigen zudem – unabhängig vom Alter – durchgängig erhöhte Selbstwert- und Depressivitätsprobleme als Männer. Sie haben weit mehr als Männer das Gefühl/die Überzeugung, dass ihre Lebensgestaltung nicht von ihnen selbst, sondern vom Schicksal oder von der ‚Gesellschaft‘ (von den anderen, von der Familie) determiniert wird. Gewissen Autoren zufolge manifestiert sich diese Unzufriedenheit mit zunehmendem Alter in ein zänkisches, nörgelndes und versteckt aggressives Auftreten. Die Meinung, dass sich die Persönlichkeit insbesondere der alternden Frauen im negativen Sinne verändern würde, hat zudem Tradition und war lange Zeit ein beliebtes Thema psychoanalytischer Traktate.“ (Ebd.: 20)

Zur Illustration zitiert Perrig-Chiello Freuds Text „Die Disposition zur Zwangsneurose“ (1913). Im Übrigen hat sie die altbekannten, sehr unseriösen Texte von Weininger und Möbius im kritischen Blick. Hintergrund ihrer Überlegungen sind auch Bilder aus der Literatur oder die verbreitete Gleichsetzung von Altersweisheit mit männlicher Weisheit. Brecht ist für sie eher eine Ausnahme.

Ihre empirisch belegten Aussagen beziehen sich auf eine interdisziplinäre Langzeit-Alters-Studie³¹. Diese Untersuchung kann die verbreiteten Vorurteile und Befunde nicht bestätigen. Die befragten Frauen zeigten im Vergleich zu 1971 „signifikant weniger körperliche Beschwerden, waren weniger irritierbar, weniger gehemmt, weniger depressiv, weniger neurotisch“ (ebd.:22). Bestätigt werden lediglich „signifikant höhere Werte hinsichtlich der reaktiven Aggressivität (höheres Dominanzstreben)“. „Bei den Männern jedoch wurde nicht etwa eine Abnahme des Dominanzstrebens beobachtet, sondern – wie bei den Frauen – eine signifikante Zunahme.“ (Ebd.)

Nach Perrig-Chiello widerspricht dieses Ergebnis den manchmal geäußerten Vermutungen, Männer würden im Alter femininer, Frauen eher männlicher. Die Unterschiede seien im Hinblick auf spontane wie reaktive Aggressivität signifikant, die Werte bei Frauen wären niedriger und sie wären nach wie vor weniger gelassen (ebd.: 22f.). Insgesamt heben sich jedoch die Ergebnisse „stark von dem in der Literatur berichteten Frauenbild“ ab. Weshalb?

„Erkenntnisse aus der Coping-Forschung haben Evidenz gebracht, dass *Instrumentalität* (d.h. aufgabenbezogenes Denken, zudem Selbstsicherheit und die Fähigkeit, sein eigenes Leben aktiv zu gestalten, sich durchzusetzen und eigene Ziele zu verfolgen – Fähigkeiten also, die besonders in der Berufswelt, aber auch im privaten Bereich entscheidend sind) persönliche Ressourcen/Kompetenzen freisetzen kann, die für physische und psychische Gesundheit förderlich sind. Demgegenüber ist *Expressivität* (Gegenpol der Instrumentalität) mit Einfühlsamkeit, Fürsorglichkeit und Aufopferungsbereitschaft assoziiert. Expressive Eigenschaften werden zwar informell geschätzt, führen aber nicht zu sozialer, formeller Anerkennung und Belohnung, was sich wiederum vermindern auf die physische und psychische Gesundheit auswirken kann (z.B. Gefühle der Hilflosigkeit). Es ist also denkbar, dass die Frauen unserer Stichprobe durch die jahrzehntelange Berufstätigkeit in einer dominant männlichen Umgebung (Chemie-Industrie) instrumentelle Eigenschaften entwickeln mussten (falls sie nicht ohnehin schon vorhanden waren im Sinne einer *conditio sine qua non*), um sich in der Alltagswelt behaupten zu können.“ (Ebd.:25)

Entsprechend aufschlussreich sind weitere Befunde: Bei den „Betagten spielt das Thema Kontrolle und Schicksal eine (...) dominante Rolle. Hohe Selbstverantwortlichkeit und geringer

³¹ Messzeitpunkte sind 1971: 50jährige; 1995: 75jährige. 65% der interviewten Frauen sind unverheiratet und ohne Kinder, die Frauen konnten auf eine mehrjährige Berufstätigkeit in männlich geprägter Umgebung zurückblicken.

Schicksalsglaube sind hochsignifikant mit dem psychischen und körperlichen Wohlbefinden (und vice versa) korreliert“ (ebd.:26).

Diese Befunde sind sicherlich nachdenkenswert und diskussionswürdig. Hypothetisch ließe sich andeuten, dass die kommenden weiblichen Alterskohorten physisch und psychisch gesünder, selbstverantwortlicher, dominanter, kontrollierender sein werden, soweit sie auf jahrzehntelange Berufstätigkeit zurück blicken können. Interessanterweise wird dieser Zusammenhang durch die Untersuchung von Blüher (2004; vgl. Kap. V.1.) indirekt bestätigt. In der idealtypischen Gegenüberstellung von Verpflichtungs- und Autonomiearrangement bei pflegenden Frauen finden sich einige Aspekte der Differenz von Instrumentalität und Expressivität wieder: dort zeichnet sich ein Modell der Balance (Pflege als Aufgabe) einerseits und das problematischere Modell reiner Verpflichtung/Expressivität (Pflege als Schicksal) andererseits ab.

Der Großteil der ehelichen oder partnerschaftlichen „Beziehungsarbeit“ wird von Frauen geleistet (Fooken/Lind 1996; BMFSFJ 2006b). Martin/Schmitt (2000/2004) gehen davon aus, dass die Zufriedenheit in der ehelichen Partnerbeziehung von großer Bedeutung für gesundes und zufriedenes Altern ist. Dazu zeigen sie einen breiten Überblick über die internationale Literatur. Bei ihrer eigenen Untersuchung beziehen sich die Autorinnen auf die Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)³², die zwei Kohorten erfasst: die Jahrgänge 1930-32 und 1950-52.

„Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die partnerschaftliche Interaktion für Frauen von grösserer Bedeutung ist, da sie sich im mittleren Alter verstärkt kritisch mit der eigenen ehelichen Interaktion und Rollenzuweisung auseinandersetzen (Fooken/Lind 1996, Lehr 1987). Es gibt dabei keinen Altersunterschied, denn obwohl die Älteren einerseits im Vergleich mehr Zeit zur Neugestaltung der Beziehung hatten, stehen andererseits der Gestaltung ehelicher Interaktion möglicherweise konventionelle Barrieren im Wege.“ (Ebd.:95)

Für Martin/Schmitt ist es „erwartungsgemäß“, dass „Frauen im mittleren und höheren Erwachsenenalter eine geringere Ehezufriedenheit“ aufweisen als die befragten Männer dieser Altersgruppe. (Ebd.:91)

„Diese unterschiedliche Einschätzung der Ehe kann darauf zurückgeführt werden, dass Frauen und Männer sich in der ehelichen Beziehung ihren expressiven und instrumentellen Geschlechterrollen entsprechend verhalten. So bringen Frauen in einer Beziehung mehr positive aber auch mehr negative Gefühle zum Ausdruck und setzen sich stärker mit Problemen in der Beziehung auseinander, während sich Männer eher evasiv verhalten und besonders negative Gefühle nicht äußern.“ (Ebd.:91f.)

³² Diese Untersuchung ist an der Universität Heidelberg angesiedelt. Es stehen Daten von 722 langjährig verheirateten Frauen und Männern zur Verfügung

Einen weiteren Grund für die geringere Ehezufriedenheit von Frauen sehen die Autorinnen in einer „starken Rollenüberladung“ dieser Altersgruppen, der „Zuständigkeit für die Erfüllung der traditionellen Frauenrollen“. Erwähnt werden die Erziehung der Kinder, Betreuung der Enkelkinder, Hausarbeit und Sorge für die älter werdende Eltern-Generation, Übernahme von Pflegeleistungen für ältere Verwandte in beiden Altersgruppen. Zudem wären „Frauen im mittleren Alter zunehmend auch durch Erwerbstätigkeit belastet“ (ebd.:92).

„Dafür sprechen auch die Ergebnisse der eigenen Studie, die zeigen, dass sich Frauen im mittleren und höheren Alter stärker als Unterstützung gebend und weniger als Unterstützung empfangend erleben sowie eine negative Bilanz der ausgetauschten Unterstützung ziehen.“ (Ebd.) Die Autorinnen weisen darauf hin, dass Ehezufriedenheit (bzw. Unzufriedenheit) – wie auch in anderen Studien – weitgehend unabhängig sei von Merkmalen wie Einkommen und Bildung.

„Die Art und Weise, wie die Partner miteinander kommunizieren, sich gegenseitig unterstützen und ihr Leben teilen, trägt wesentlich zur Ehezufriedenheit bei. Darüber hinaus ist der Beitrag dieser interaktionsspezifischen Determinanten zur Ehezufriedenheit für Frauen beider Altersgruppen noch deutlich grösser als für Männer. Dies bestätigt, dass wahrgenommene Unterstützung durch den Partner bei Frauen stärker zu Ehezufriedenheit und subjektiven Wohlbefinden beiträgt als dies bei Männern der Fall ist.“ (Ebd.:93)

Mit dieser letzten Aussage beziehen sich die Autorinnen auch auf weitere Untersuchungen im angelsächsischen Raum. Die These wird leider nicht weiter erläutert, aber sie ist sehr interessant, weil sie darauf hinweisen könnte, dass Männer Unterstützungsleistungen ihrer Ehefrauen (in welcher Form auch immer) eher als natürliche und selbstverständliche Gabe des weiblichen Geschlechts ansehen, und weniger als Ausdruck aktiver Beziehungsgestaltung, sorgender Praxis etc., die auch mit bestimmten Reziprozitätserwartungen verbunden sein könnte.

Um auf die Ausgangsüberlegung wieder zurück zu kommen: Ihre Untersuchungsergebnisse sehen Martin/Schmitt (2000/2004) als relevant an für die Einschätzung von Gesundheit und subjektiven Wohlbefinden im Alter. Eine Dimension, die unmittelbar auf den Zusammenhang von Geschlechterverhältnis und geschlechtsspezifischem Pflegerisiko verweisen könnte:

„Da sich das erlebte Unterstützungsverhalten möglicherweise vermittelt über die damit verbundene höhere Ehezufriedenheit auf die psychische Gesundheit, die Stimmungslage und das Gefühl der sozialen Integration auswirken, die wiederum als wichtige Voraussetzung subjektiven Wohlbefindens gelten, ist dieser Befund gerade für die untersuchte Gruppe der Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter mit ihren zunehmend gesundheitlichen Gefährdungen von besonderer Relevanz.“ (Ebd.:93f.)

Gegen Ende ihres Beitrags verweisen die Autorinnen noch darauf, dass es zukünftigen Forschungen vorbehalten bliebe, das Konfliktlösungsverhalten von Ehepaaren zu untersuchen.

Abschließend sollen noch einige weitere Befunde dargestellt werden, die zur Erklärung der geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Lebenserwartungen beitragen können. Sie sind ebenso wichtig als Hintergrundinformation, wenn es nicht nur um die Frage geht, wer pflegt, sondern auch um die Frage: wer wird gepflegt? Thiele (2000/2004) resümiert den internationalen Forschungsstand zu den Ursachen der kürzeren männlichen Lebenserwartung in folgender Weise:

„Letztendlich zeigt der Widerspruch zwischen Gesundheitserleben und Lebenserwartung bei Männern und Frauen, dass an den krankheitsbezogenen Mortalitätsdifferenzen in hohem Maße geschlechtstypische Verhaltensunterschiede beteiligt sind. So leben Frauen zwar länger, klagen aber zugleich über mehr subjektive Beschwerden oder gesundheitliche Belastungen und konsultieren daher häufiger ihren Arzt. Im Gegensatz hierzu fühlen sich Männer über einen langen Zeitraum in ihrem Leben gesund, klagen über weniger Beschwerden und nutzen sehr viel seltener medizinische Angebote und Massnahmen der Gesundheitsvorsorge. Letzteres ist sicherlich eine wichtige Ursache für die Übersterblichkeit des männlichen Geschlechtes im mittleren und höheren Lebensalter.“ (Ebd.:120)

Daneben erwähnt Thiele spezifisches gesundheitliches Risikoverhalten von Männern sowie Stressfaktoren, die stark mit männlichen Rollenbildern verknüpft wären. Er sieht also einen Erklärungsansatz für die frühe männliche Mortalitätsrate nicht in „biologischen Geschlechtsunterschieden“ sondern viel mehr in „gesellschaftlich und kulturell tradierten Rollenvorgaben“ und „maskulinen Rollennormen“.

„Bezogen auf die Bewältigung des Alterns bei Männern ist dabei zu erwarten, dass eine einseitige Orientierung an maskulinen Rollenbildern im Übergang zum höheren Lebensalter zu Anpassungsschwierigkeiten und zu Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit führen kann. Erfolgreiches Altern bedeutet somit für viele Männer, sich mit ihrer Maskulinität auseinander zu setzen.“ (Ebd.:120)

Diese These wird durch Verweis auf einschlägige Untersuchungen belegt, die zeigen, dass „eine Erweiterung des subjektiven Lebensraumes“ und ein „Zuwachs an psychosozialer Kompetenz“ auch zu einer höheren Lebenserwartung führen (ebd.:122). Gegen Ende seiner Ausführungen hält Thiele jedoch fest, dass Maskulinität nicht als „homogenes Konstrukt“ zu verstehen sei. Weitere Forschungen müssten ermitteln, welche Merkmale des mehrdimensionalen Konstrukts ‚Maskulinität‘ „die „individuelle Adaptionsfähigkeit und Bewältigungskompetenz der Männer beeinträchtigen und ihre psychische und körperliche Gesundheit gefährden können“ (ebd.:142).

Wie die neue Untersuchung MuG III („Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter“)³³ zeigt, haben sich in der Entwicklung der Beeinträchtigungen bei den hochaltrigen Seniorinnen und Senioren – also der Gruppe mit dem höchsten Pflegerisiko – bemerkenswerte Veränderungen vollzogen:

„Eine Differenzierung nach dem Geschlecht macht sichtbar, dass der Anteil der hochaltrigen Frauen, die weitgehend selbständig und ohne Bedarf an fremder Hilfe in Privathaushalten leben, von 23% im Jahr 1991 auf inzwischen 32% im Jahr 2002 angestiegen ist. Stark rückläufig von 42% auf 35% ist hingegen der Anteil der Frauen mit allgemeinem Hilfebedarf, während der Anteil der Pflegebedürftigen in etwa konstant geblieben ist.

Bei den hochaltrigen Männern ist die Entwicklung hingegen eher umgekehrt verlaufen. Hier ist der Anteil der Hilfebedürftigen weiter angestiegen und der Anteil der Selbständigen etwas rückläufig gewesen.

Für die heutige Generation der Frauen im hohen Lebensalter lässt sich ganz generell ein statistisch signifikanter Kompetenzzuwachs bei der Bewältigung von typischen Alltagsanforderungen im sog. instrumentellen Bereich (Instrumental Activities of Daily Living: Finanzen regeln, Besuche machen, Öffentliche Verkehrsmittel nutzen etc.) feststellen. Bei diesen typischen Aktivitäten, die jenseits einer vorrangig körperbezogenen Pflegebedürftigkeit zur Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung ebenfalls essentiell sind und für deren Ausführung neben körperlichen Fähigkeiten zum Beispiel im Bereich der Mobilität vor allen Dingen typische soziale Alltagskompetenzen und Kulturtechniken erforderlich sind, haben hochbetagte Frauen im Vergleich zur vorherigen Generation deutlich mehr Potenziale aufzuweisen.

Bei den hochaltrigen Männern finden sich hingegen bei den typischen Alltagskompetenzen keine nennenswerten Unterschiede. Leicht angewachsen ist hier eher der Grad an Beeinträchtigungen im körperbezogenen Bereich, ohne das sich dies jedoch in einem höheren Grad an Pflegebedürftigkeit niederschlagen würde.

Insgesamt weisen hochaltrige Frauen, die aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung allerdings auch deutlich häufiger das hohe Lebensalter erreichen, zwar nach wie vor im Vergleich zu älteren Männern mehr Hilfe- und Pflegebedarf auf. Diese Schere hat sich bei der Bewältigung von typischen Alltagsanforderungen im Vorfeld einer möglichen Pflegebedürftigkeit jedoch verringert. Ältere Frauen sind im Alltag inzwischen deutlich weniger beeinträchtigt und entsprechend kompetenter als früher, wenngleich sich am grundsätzlichen Risiko einer möglichen Pflegebedürftigkeit, wie bereits ausgeführt, nichts Relevantes verändert hat.

Diese empirisch nachweisbare Entwicklung kann einerseits aus dem Zusammenspiel von sich vergrößernden persönlichen Kompetenzen sowie verbesserten Umweltbedingungen erklärt werden. So korrespondiert der offenbar stärkere Erhalt von (außerhäuslicher) Mobilität im hohen Lebensalter mit einer barrierefreieren Umwelt, z.B. in Gebäuden oder im Bereich des öffentlichen Personennahverkehrs. Die auffälligen Gender-Effekte deuten jedoch andererseits auch auf die Wirksamkeit der sich in den letzten Jahrzehnten vollzogenen Veränderungen im Bereich des geschlechtsspezifischen Rollenverhaltens hin. Die deutlich angewachsene Bildungs- und Erwerbsbeteiligung, die sich auch für die heutige Generation von hochbetagten Frauen im Vergleich zu früheren Kohorten feststellen lässt, korreliert mit den gewachsenen Alltagskompetenzen und hat die Fähigkeiten zu einer selbständigen Lebensführung im Alter offenbar positiv befördert. Höhere Bildung sowie eine entsprechend aktivere gesellschaftliche Beteiligung wirken offenbar präventiv und fördern die Fähigkeit, die sich im Alter herausbildenden Beeinträchtigungen zumindest tendenziell zu kompensieren.“ (Schneekloth 2006b: 67ff)

³³ Vgl. dazu die Informationen in Kap. III.3.

IV. 4. Bedeutung von Häuslichkeit und Privatheit als geschützter Raum und Begrenzung. Ein besonderes Dilemma für Frauen?

Der empirische „*Vorrang der Häuslichkeit*“ hat sich mit der Pflegeversicherung auch als „sozialversicherungsrechtliche, normative Option durchgesetzt“. Diese Vorrangsoption wird jedoch gesetzgeberisch wie praktisch „konterkariert durch die enge Definition dessen, was ihr leistungsrechtlicher Inhalt und ihre fiskalischen Grenzen sind“ (Jansen/Klie 1999:521). Diese, ja bereits schon häufig formulierte Kritik, wird durch eine wichtige neue Facette ergänzt: Für Jansen/Klie ist eine Lebensweltorientierung im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich sehr sinnvoll. Dabei dürfte jedoch die „*unauflöbliche Dialektik von Innen* („Haus“) *und Außen* („Welt“) (Andritzky 1996) nicht schlicht vereinseitigt werden“ (ebd.).

„Die Rede von der Unterstützung der Häuslichkeit birgt immer auch das Risiko, Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen und pflegender Angehöriger nach öffentlichem, halböffentlichem, privaten und persönlichen Leben zu solchen des rein privaten Lebens zu vereinseitigen. Dies hieße zugespitzt, ihnen das Recht auf diese Innen-Mitte-Außen-Spannungen abzusprechen. Insbesondere das häusliche Pflegearrangement ‚Alte Ehefrau pflegt alten Ehemann‘ (Fischer u.a.1995) scheint sich bislang durch äußerst reduzierte Außenkontakte und potentiell durch den Verlust dieser Mitte-Außen-Spannungen charakterisieren zu lassen. Einseitige Betonungen der Häuslichkeit sind auch angesichts der hohen Bedeutung halböffentlicher und öffentlicher Räume für Erfahrungen wie Würde, Anerkennung, Lernen, Interaktion und Identität nicht angemessen. Individuelle und kollektive Identität konstituiert sich aus der Möglichkeit, ‚bei sich‘ und ‚außer sich‘ zu sein, was auch die Darstellung seiner selbst im (halb-) öffentlichen Raum mit einschließt. Pflegebedürftige Personen und ihre sie unterstützenden Angehörigen, die stärker als andere Menschen an ihre Häuslichkeit gefesselt sind, brauchen eine *Inszenierung solcher Situationen und Räume*.“ (Ebd.:522)

Dies wird unter der Genderperspektive zugespitzt: „In Großbritannien z.B. wird, ebenso wie in Japan (Motozawa 1995), diskutiert, ob durch den Vorrang der Häuslichkeit sowie durch das Pflegegeld Frauen nicht noch mehr als ohnehin in die Privatsphäre ‚gelockt‘ würden. Häuslichkeit kann man zeitgeschichtlich und unter Aspekten geschlechtshierarchischer Arbeitsteilung also auch als feministisches Dilemma sehen“ (ebd.:522; verwiesen wird auf Camberlayne 1996; Meier 1999). Jansen/Klie betonen, dass auch von hier aus die „politische und gesellschaftliche Verweigerung von notwendigen infrastrukturellen Rahmenbedingungen und von integrationsorientierten Hilfen für pflegebedürftige Menschen“ thematisierbar sei (ebd.:523).

Jansen/Klie verknüpfen Ihre kritischen Überlegungen zur „Häuslichkeit“ deshalb auch mit der Fragestellung: „Welche Konsequenzen die historisch gewachsene *Terrainaufteilung zwischen Männern und Frauen in der Häuslichkeit* in Stadt und Land, im öffentlichen und halböffentlichen Leben, dafür hat, ob und wie Anreizstrukturen zur stärkeren Übernahme von Verantwortung für häusliche Pflege durch Männer geschaffen werden können, ist eine offene, aber relevante Frage“ (ebd.: 526).

Jansen/Klie stellen fest, dass im Unterschied zu süd- und südosteuropäischen Ländern in Nord- und Mitteleuropa eine „Tendenz zum *defensiven Rückzug in die Häuslichkeit*“ stattfindet (von regionalen Schwankungen abgesehen). Es gäbe weniger Halböffentlichkeit, also Begegnungsorte vor der Haustür. Vieles sei architektonisch wegmodernisiert worden und würde inzwischen wieder eingefordert. Das Wechselverhältnis zwischen privaten, halböffentlichen und öffentlichen Orten müsse stärker bedacht werden – gerade auch im Hinblick auf Pflege – und auch weil sich diese Räume vor allem geschlechterpolarisiert darstellen (ebd.:524; Verweis auf Brückner/Meyer 1994).

Ein weiterer wichtiger Hinweis von Jansen/Klie thematisiert, dass für die meisten der heute ‚Alten‘, Privatheit noch mit gruppeninterner Privatheit und nicht (schon) mit individueller Privatheit verbunden wird. Vorstellbar sei somit, dass sie Teile dieser gruppeninternen Privatheit auch vermissen. Pflege-theorien müssten dies berücksichtigen. Ein selten zitierter Befund aus der frühen Infratest-Studie (Schneekloth u.a.1996) ist deshalb virulent: Für pflegebedürftige Menschen in Privathaushalten gäbe es meist auch einen *Bedarf an Unterstützung zur sozialen Teilhabe!* (ebd.:524f.). Dies gelte in gleicher Weise auch für pflegende Angehörige. Dieser Unterstützungsbedarf müsste bei allen Konzepten ambulanter Pflege systematisch berücksichtigt werden, damit die sozialpolitische und fachliche Option des Vorrangs häuslicher Pflege nicht (ungewollt) das „ideologische Dispositiv eines autonomen Cocooning“ stützt. Vor allem die hochaltrigen Frauen in Ein-Personen-Haushalten wären davon betroffen, mit steigender Tendenz (ebd.:525).

Ein anderes Problem wird bei zu starker Dichte und Anomie in der häuslichen Pflegedyade gesehen: Zerfall und Überforderung sind möglich und bedrohlich. Nicht nur die soziale Isolation ist „hochriskant“; nicht erträglich sei der „Mangel an persönlichem Raum und persönlicher Zeit“ angesichts der modernen „Doppelung der Privatsphäre“ zwischen „privaten und persönlichem Leben“. Vor diesem Hintergrund ist der Mangel an halböffentlichen „transitorischen Foren“ besonders gravierend. Tagespflegeeinrichtungen könnten von daher für alle Beteiligten eine gute Lösung sein (ebd.:S.526).

Den bisher dargestellten Problemzonen widerspricht nicht, wenn mit neuer Akzentsetzung auch festgehalten wird, dass die Bindung an die eigene Wohnung und das Wohnumfeld im Alter enger werden.³⁴ Jansen/Klie betonen die existenziellen Dimensionen des Hauses: „Ei-

³⁴ Eine neue Studie „Wohnformen der Zukunft. Veränderungspotenziale und Motivationen der Generation 50+“ (Institut empirica) weist jedoch – bezogen auf Niedersachsen – teilweise in eine andere Richtung: etwa ein Drittel der Befragten denkt immerhin an einen möglichen Umzug, sei es wegen der gesuchten Nähe zur Familie, Kindern, Freunden oder um neue Wohnformen oder altersgerechte Wohnungen anzustreben; Hannoversche

genraum, Beziehungen, Interaktionen, Abgrenzung und Kontakt, Schutz und Gefängnis, Flucht und Zuflucht (Weglaufen), Lebensunterhalt und Wirtschaft“. Dafür müsse eine „*Wahrnehmungsschärfung*“ innerhalb Sozialer Gerontologie und Pflegewissenschaft stattfinden! Mit Begriffen wie „Alltagsmanagement“ oder „Case-Management“ würde die affektive Seite von Häuslichkeit verfehlt. (Ebd.: 527f.)

„Wo die wechselseitigen bio-psycho-sozialen Personen-Raum-Relationen sowie grundlegende Fragen der Existenz und Subsistenz in der Sprachhülle des ‚Managements‘ versteckt sind, rücken Spannungen zwischen Abgrenzung und Einhüllung, Bindung und Autonomie, Schutz und Gefängnis, Geschlechtern und Generationen, die nicht einfach handhabbar sind, in den Hintergrund.“ (Ebd.:529)

Sehr einfühlsam ist die folgende Beobachtung, die in der oft funktionalistischen Sprache des Pflegemanagements verloren geht:

„Auch wenn der äußere Aktionsradius pflegebedürftiger (alter Menschen) immer kleiner wird, so kann die *innere Geografie* gleichwohl sehr groß, weltumfassend sein. Innere Landkarten sind ein Reichtum jeder Biografie. Sie wollen meist kommuniziert werden und brauchen vor allem einen gesellschaftlichen Ort der Resonanz und Anknüpfung. Ungefähr fünf Jahre dauert die innerpsychische Neuorientierung, z.B. nach einem Umzug, bis sich eine neue innere soziale und geografische ‚mind map‘ gebildet hat.“ (Ebd.)

Die Wohnung ist zudem ein „Ort der Erinnerung“. Hier wird die Bedeutung der Erinnerung thematisiert, die sich auch durch die Raumgestaltung gleichsam verkörpert und entäußert. Die eigene Wohnung wird so zum Ort der Individualität und milieuspezifischen Zugehörigkeit, in ihr „spielt sich der Alltag in lieb gewordenen, gewohnten und daher Sicherheit gebenden Routinen ab (Braun u.a. 1995)“ (ebd.:533).³⁵

„Mit der Einführung der Pflegeversicherung gewinnt das mit der Medizin verbundene reduktionistisch-schützende Pflegeparadigma *instrumenteller Körperbeherrschung* neues Terrain. (...) Den vielen Fassetten von Haus und Häuslichkeit, des Alltags auch mit Pflege, ist jedoch eine *lebensweltorientierte und sozialökologische* Perspektive am ehesten angemessen.“ (Ebd.: 534)

Jansen/Klie kritisieren deshalb, wie auch an anderer Stelle, dass bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit, somatische, hygienische und Ordnungsaspekte im Vordergrund ständen. Sie befürchten, dass sich ein Begriff von Pflege zu verfestigen droht, der nicht offen ist für „Kooperation und Koproduktion zwischen gepflegten Personen, pflegenden Angehörigen, Pflege-

Allgemeine Zeitung 11.11.2006, Beilage Bauen & Wohnen, S.1. Vgl. zu diesem Themenkomplex auch Überlegungen in DZA 2005a.; Klie 2002; Klie et al. 2005; Keller 2006.

³⁵ Im Kontrast dazu: „Sprachlich ist die finanztechnische Exklusion von Pflegeheimen als Orte des Wohnens bereits durch das Wort ‚*untergebracht*‘ in Alters- und Altenwohnungen vollzogen (§1 HeimG.). Dieses Wort (...) vermischt solche Wohnanlagen zu einer Art semantisch-finanzpolitischen Grauzone im Niemandsland zwischen Wohnung und Institution – kein Ort, nirgends.“ (Jansen/ Klie 1999:533)

fachkräften und weiteren Beteiligten“, sondern Pflege „einseitig vom Expertensystem zu definierendes normatives Gefüge abschließt“ (ebd.).

Bei Gewohnheiten in der Häuslichkeit geht es um Routinen, familiale Muster der Pflege und ihre möglichen Veränderungen. Der Genderaspekt gehört mit dazu:

„Sieht man es als zentrale Voraussetzung für künftige Pflegesicherung an, dass sich eine Pluralisierung der Pflegestile, eine Emanzipation von bisherigen starren (überwiegend geschlechtshierarchischen) Rollenmustern und eine Normalisierung neuer Mixturen der Hilfe, des Helfens und des Hilfeannehmens gesellschaftlich etablieren können, so dürfen wohl weder pflegebedürftige noch pflegende Privatpersonen sich selbst überlassen und damit verlassen bleiben. Auch jene autarke Variante der Pflegebereitschaft, die meint, Pflegebedürftigkeit eines nahe stehenden Menschen ganz ‚alleine‘ meistern oder ‚bewältigen‘ zu müssen, basiert auf einer Beziehung. Diese Variante überfordert aber meist nicht nur eben jene Beziehung, aus der sie hervorging, sondern ist in den meisten Fällen extrem selbst- und manchmal auch fremdschädigend. Pflegebereitschaft wird zukünftig wohl so beeindruckend hoch bleiben wie heute, doch Pflegefähigkeit wird ihre Formen wandeln (müssen) (Jansen/ v. Kardorff 1995, 1996; Backes 1996; Rückert 1997).“ (Ebd.: 538)

Abschließend betonen Jansen/Klie noch einmal die Aspekte zukünftiger Leitbilder: Lebensweltorientierung, Prozessqualität der Pflege, Koproduktion zwischen Pflegebedürftigen, informellen und professionellen Pflegekräften. All dies ließe sich nur *mit* den häuslichen Gewohnheiten realisieren und nicht *gegen* sie (ebd.:539). Wie in den Kommentaren zu den einzelnen Artikeln der *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* (2006:8ff.) als auch durch Diskussionsergebnisse des „Runden Tisches Pflege“ (DZA 2005) deutlich wird, haben inzwischen viele der von Jansen und Klie angesprochenen Leitbilder zukünftiger ambulanter Pflege zu einem anerkannten, zumindest deklarierten Problembewusstsein beigetragen (vgl. Kap. II.3., VII).

IV. 5. Zusammenfassung und Fazit

Gegenwärtig sind knapp 2/3 aller Hilfe- und Pflegebedürftigen Frauen. Dies ist vor allem auf die im Vergleich zu Männern längere Lebenserwartung von Frauen zurück zu führen und nicht etwa auf ein größeres Pflegerisiko. Demographisches Altern wird nach Expertenmeinung auch weiterhin eher den weiblichen Bevölkerungsteil betreffen, selbst wenn die große Differenz der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen, die vor allem bei den Hochbetagten zum Ausdruck kommt, zukünftig etwas abgeschwächt sein wird. Befunde aus der Schweiz zeigen jedoch, dass die längere Lebenserwartung von Frauen in der Regel durch eine längere Pflegephase „erkauft“ wird. Ein „Ethos fürsorglicher Praxis“ bedarf deshalb auch der Aufmerksamkeit gegenüber geschlechtsdifferenten Prozessen des Alterns, den damit verbun-

denen jeweiligen Lebensformen und Lebenslagen und unterschiedlichen Risiken von Pflegebedürftigkeit.

Zunächst ist hervorzuheben, dass ältere Frauen sehr viel häufiger allein leben als Männer. Entsprechend sind geschlechtsdifferente Haushaltsstrukturen besonders auffällig und bedeutsam für gegenwärtige und zukünftige Pflegekonstellationen. Gründe dafür sind nicht nur die längere Lebenserwartung, Scheidungen und häufigere Verwitwung von Frauen: Männer gehen im Alter auch häufiger als Frauen eine (neue) Ehe ein und leben öfters in nichtehelichen Partnerschaften. Da mehr als zwei Drittel der hochaltrigen Frauen allein leben, dagegen aber nur weniger als ein Drittel der hochaltrigen Männer, ist das Risiko, bei Pflegebedürftigkeit nicht in der eigenen Wohnung versorgt werden zu können, für Frauen besonders groß. Etwa 41% der hochbetagten pflegebedürftigen Frauen und 27% der Männer werden stationär gepflegt; 86% der Bewohner von Pflegeheimen sind Frauen.

Alter(n) ist für Frauen ein doppeltes Risiko: altersspezifische soziale Gefährdungen können mit geschlechtsspezifischen Problemlagen zusammentreffen. Forschungsbefunde weisen darauf hin, dass die Konzentration auf Ehe und Familie nicht nur zu prekärer ökonomischer Altersicherung führt, sondern auch zu gesundheitlichen und psychischen Beeinträchtigungen beiträgt. Qualifizierte, kontinuierliche Berufsarbeit ist auch für Frauen mit Kindern die „beste Prävention gegenüber sozial problematischem Alter(n)“, resümiert die Soziologin und Gerontologin Gertrud M. Backes (2005:4). Hier zeichnen sich Veränderungen ab im Vergleich zu den Altersjahrgängen der 1990er Jahre: Frauen verfügen inzwischen über ein höheres Ausbildungsniveau, komplexere Berufs- und Familienbiografien, über mehr materielle Ressourcen, eine gewachsene Alltagskompetenz und Selbstverantwortlichkeit für eine selbständige Lebensführung sowie ein entsprechend besseres gesundheitliches Wohlbefinden. Dies zeigt sich vor allem durch die Entwicklung der Pflegestatistik: der Anteil hochaltriger Frauen, die weitgehend selbständig und ohne nennenswerte Hilfe allein leben, ist von 23% auf 32% gestiegen. Stark rückläufig ist zugleich der Frauenanteil mit allgemeinem Hilfebedarf. Die Quote der Pflegebedürftigen ist jedoch mit 33% in etwa gleich geblieben.

Forschungen verweisen auch generell auf Vorteile des Alterns bei Frauen. Durch die besonderen Anforderungen und Erfahrungen im weiblichen Lebenslauf entwickeln Frauen eine höhere Daseins- und Alltagskompetenz, um Veränderungen, Umstellungen und Verluste zu verarbeiten und die private Lebensführung zu organisieren. Männer sind seltener auf das Alleinleben, auf selbständige Haushaltsführung und mögliche Pflegebedürftigkeit, weder im instrumentellen noch psychosozialen Sinn vorbereitet. Eine einseitige Orientierung an maskulinen

Rollenbildern im Übergang zum höheren Lebensalter kann bei Männern zu Anpassungsschwierigkeiten und zu körperlichen und psychischen Beschwerden führen. Gelingendes Altern setzt also voraus, dass sich Männer mit ihrer Maskulinität auseinandersetzen. Untersuchungen zeigen, dass „eine Erweiterung des subjektiven Lebensraumes“ und ein „Zuwachs an psychosozialer Kompetenz“ auch zu einer höheren Lebenserwartung führen.

Eine Auseinandersetzung mit gesellschaftlich und kulturell tradierten Rollenvorgaben und belastenden Lebenssituationen wäre sicherlich auch für viele Frauen ein Gewinn. Bedenklich ist der Befund, dass bei Frauen häufiger chronische Angstzustände, depressive Verstimmungen und Unzufriedenheit mit den sozialen Kontakten diagnostiziert werden.

„Frauen zeigen zudem – unabhängig vom Alter – durchgängig erhöhte Selbstwert- und Depressivitätsprobleme als Männer. Sie haben weit mehr als Männer das Gefühl/die Überzeugung, dass ihre Lebensgestaltung nicht von ihnen selbst, sondern vom Schicksal oder von der ‚Gesellschaft‘ (von den anderen, von der Familie) determiniert wird“ (Perrig-Chiello 2000/2004:4).

Dem entspricht die geringere Ehezufriedenheit von Frauen ab dem mittleren Lebensalter, die sich auf Probleme der Interaktion mit dem Partner bezieht, aber vor allem mit der „starken Rollenüberladung“ von Familien-Berufs-Frauen zusammenhängt. Frauen erleben sich stärker als Unterstützung gebend und weniger als Unterstützung empfangend. Diese negative Bilanz und die faktische Überforderung haben Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden und können langfristig eine Gesundheitsgefährdung sein. Zusätzliche Beanspruchungen durch Pflege des Partners oder eines Elternteils können sich hier verschärfend auswirken.

„Letztendlich zeigt der Widerspruch zwischen Gesundheitserleben und Lebenserwartung bei Männern und Frauen, dass an den krankheitsbezogenen Mortalitätsdifferenzen in hohem Maße geschlechtstypische Verhaltensunterschiede beteiligt sind. So leben Frauen zwar länger, klagen aber zugleich über mehr subjektive Beschwerden oder gesundheitliche Belastungen und konsultieren daher häufiger ihren Arzt. Im Gegensatz hierzu fühlen sich Männer über einen langen Zeitraum in ihrem Leben gesund, klagen über weniger Beschwerden und nutzen sehr viel seltener medizinische Angebote und Massnahmen der Gesundheitsvorsorge. Letzteres ist sicherlich eine wichtige Ursache für die Übersterblichkeit des männlichen Geschlechtes im mittleren und höheren Lebensalter.“ (Thiele 2000/2004:120)

Bedeutsam für die Ausgestaltung zukünftiger Pflegearrangements ist einerseits die erfreuliche Entwicklung, dass zunehmend mehr Hochaltrige – insbesondere allein lebende Frauen – ein noch weitgehend selbständiges Leben führen können. Stärker zu berücksichtigen ist jedoch die ambivalente Struktur von Häuslichkeit, insbesondere dann, wenn alte Menschen nicht mehr allein die Wohnung verlassen können. Aus sozialgerontologischer Perspektive werden die sozial isolierenden und einschränkenden Bedingungen häuslicher Pflegearrangements besonders nachdrücklich kritisiert:

„Die Rede von der Unterstützung der Häuslichkeit birgt immer auch das Risiko, Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen und pflegender Angehöriger nach öffentlichem, halböffentlichem, privaten und persönlichen Leben zu solchen des rein privaten Lebens zu vereinseitigen. Dies hieße zugespitzt, ihnen das Recht auf diese Innen-Mitte-Außen-Spannungen abzusprechen. Einseitige Betonungen der Häuslichkeit sind auch angesichts der hohen Bedeutung halböffentlicher und öffentlicher Räume für Erfahrungen wie Würde, Anerkennung, Lernen, Interaktion und Identität nicht angemessen. Individuelle und kollektive Identität konstituiert sich aus der Möglichkeit, ‚bei sich‘ und ‚außer sich‘ zu sein, was auch die Darstellung seiner selbst im (halb-) öffentlichen Raum mit einschließt. Pflegebedürftige Personen und ihre sie unterstützenden Angehörigen, die stärker als andere Menschen an ihre Häuslichkeit gefesselt sind, brauchen eine *Inszenierung solcher Situationen und Räume*.“ (Jansen/Klie 1999: 522)

Zukünftige Pflegekonzepte müssten deshalb mit Blick auf hilfe- und pflegebedürftige Menschen in Privathaushalten stärker den Bedarf an Unterstützung zur sozialen Teilhabe antizipieren und umsetzen.³⁶ Auch in stationären Einrichtungen ersetzt das „Gemeinschaftserlebnis“ nicht die Bedürfnisse nach Partizipation an einem Leben jenseits der Heimmauern. Pflegekonstellationen, die sich ausschließlich auf den Privatbereich konzentrieren, wenn es nicht aus gesundheitlichen Gründen zwingend ist, bedeuten nicht nur soziale Isolation, sondern können zudem „hochriskant“ sein. Dass häusliche Pflege wegen vieler Problemzonen nicht in jedem Fall als ideales Arrangement anzusehen ist, zeigen die Befunde der Literaturrecherche, die im folgenden Kapitel referiert werden.

V. Pflegearrangements

V. 1. Pflegende Töchter – Zwischen Nähe und Distanz - Autonomie und Verpflichtung – fürsorglicher Praxis und Selbstsorge

Mit den bisherigen Darstellungen wurde bereits deutlich, dass die Töchter in der Bundesrepublik Deutschland ein bedeutendes Pflegepotential darstellen (vgl. Bäcker & Stolz-Willig 1997; Jansen 1999; Künzel-Schön 1984; Künemund 2005; Seubert 1993; Schneekloth/Wahl 2006). Auch wenn die Söhne zunehmend in der Elternpflege präsent sind, würde ohne pflegende Töchter eine große Versorgungslücke im Bereich der häuslichen Pflege entstehen (vgl. Kap. III.3., VI.2.). Da im Unterschied zur (Ehe)Partnerpflege, pflegende Töchter weit eher der „Sandwich-Generation“ und den „jungen Alten“ angehören, also oftmals gleichzeitig im Erwerbsleben integriert sind und/oder heranwachsende Kinder betreuen, ergeben sich spezifische Problemkonstellationen in diesem Kontext, die von sozialpolitischer Relevanz sein werden. Viele der anzusprechenden Aspekte werden auch auf die Situation pflegender Söhne übertragbar sein.

³⁶ So ist es erfreulich, dass dieses Recht auf soziale Teilhabe in der *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* (2006) deutlich ausgedrückt wird. Vgl. Kap. II.2.

Nicole Maly (2001) hat sich in einer umfangreichen Studie den Töchtern, die ihre Mütter pflegen, gewidmet, um auf deren Lebenssituation aufmerksam zu machen. Zudem wird die Spezifika der Mutter-Tochter-Beziehung hervorgehoben, weil sie die Pflegesituation erleichtern, aber auch erschweren könne. Diese besondere Pflegesituation steht auch deshalb im Zentrum, weil sie besonders häufig ist (ebd.:7). Der Anteil pflegenden Töchter und Schwiegertöchter an allen Hilfe- und Pflegepersonen ist nicht nur hoch (2002:32%)³⁷, er steigt auch mit zunehmendem Alter der pflegebedürftigen Person ((Bäcker/Stolz-Willig 1997:7; Käsler-Heide 1998, Künemund 2005, 2006; Schneekloth et.al. 1996; Schneekloth/Wahl 2006).

Maly hat insbesondere die Pflegekonstellation Mutter-Tochter im Blick. Dass Pflege hier nicht per se als positives Beispiel für ein "Ethos fürsorglicher Praxis" zitiert werden kann, zeigt der präsentierte Literaturüberblick. Mutter-Tochter-Beziehungen können von vielfältigen, alten und neuen, vielfach unbewußten Konfliktzonen bestimmt sein, die die Pflegesituation belasten.

"Nach Fooken (1999) bringt die stärkere Hilfsbedürftigkeit eines älteren Familienmitgliedes in der Regel immer eine Veränderung der vorhandenen Beziehungsstrukturen mit sich. Durch diese Veränderung der Familiendynamik und die erforderliche Nähe zueinander, können Verletzungen, Enttäuschungen, ungelöste Konflikte und nicht vollendete Ablösungen aus der Vergangenheit für Eltern und Kinder wieder aktuell werden (vgl. Bubolz-Lutz 1997, Koch-Straube 1995). Es besteht dabei die Gefahr, dass die Töchter, die nun in der *Machtposition* sind, dies ausnutzt, um sich an den jetzt hilflosen Eltern zu rächen. Dies kann sich sowohl in Bevormundung als auch in Überfürsorglichkeit ausdrücken. Beide Verhaltensweisen führen jedoch zur Verstärkung von Abhängigkeit und Hilflosigkeit der Eltern (vgl. Bubolz-Lutz 1997). Laut Seubert (1993) muß sich dieser neue Umgang zwischen den Pflegenden und den pflegebedürftigen Personen erst einspielen und dann immer wieder neu ausgehandelt werden. Nach Bubolz-Lutz (1997) besteht zwischen den pflegebedürftigen Eltern und ihren erwachsenen Kindern bis ins Alter eine unbewusste gegenseitige Abhängigkeit. Diese muß erkannt und aufgelöst werden, damit die Kinder die Pflege ihrer Eltern *freiwillig* übernehmen können. Denn dies ist eine Voraussetzung für eine gelingende Pflege." (Maly 2001:23f.)

Dem Grad der "Freiwilligkeit" ist vermutlich in selbstreflexiven Prozessen nur schwer auf die Spur zu kommen. Deshalb ist er wohl auch der Forschung schwer zugänglich und wäre nur mit komplexen, qualitativen und hermeneutischen Untersuchungsdesigns aufzuspüren. Die im Literaturüberblick präsentierten Zahlen sollten deshalb mit Vorbehalt betrachtet werden.

In den neuen Bundesländern haben 42,2% der Hauptpflegepersonen die Pflege freiwillig und gern übernommen, in den alten Bundesländern sind es 33%; selbstverständlich fänden im Osten 56,3 % die Pflegeübernahme, im Westen 59,5% (Maly 2001:28 mit Verweis auf Halsig 1995). Im Westen würde demnach der normative Druck stärker wahrgenommen oder empfunden. Dies könnte mit der je unterschiedlichen Emanzipationsgeschichte von Frauen zu tun

³⁷ Vgl. Tabelle in Kap. III.3, Schneekloth 2006b:79.

haben. Die hier angesprochene Bedeutung normativer Motive (Pflege als Pflicht) wird in vielen Untersuchungen thematisiert.

"Für die Übernahme der Pflege eines Angehörigen können die unterschiedlichsten Beweggründe vorliegen. Nach Halsig (1995) sind es – neben altruistischen und selbstwertdienlichen Motiven – auch normative Vorstellungen (...). Es kann sich dabei nach Buijssen (1996) sowohl um positive als auch um negative Beweggründe handeln." (Maly 2001:31)

Als positive Motive werden eingeschätzt: Liebe oder Zuneigung, etwas zurückgeben wollen; Vermeidung von Schuldgefühlen; gerne jemandem helfen; Verantwortungs- oder Pflichtgefühl; Selbstvertrauen; Sinngebung und Lebensziel; Kontaktbedürfnis; Glaubensüberzeugung.

Als negative Bedingungen und Motive gelten dagegen: Eine schlechte Beziehung zum Angehörigen; eigener schlechter Gesundheitszustand; anderweitige Verpflichtungen; der Wunsch, einem Beruf zu entfliehen, die Verfügbarkeit besserer Alternativen; die Hoffnung auf Erbe, Geld oder einen finanziellen Vorteil; eine mangelnde Zustimmung; ein früheres Versprechen; die Vermeidung einer Verurteilung durch andere.

Dabei wird festgehalten, dass manche Motive nicht von vornherein als positiv oder negativ bewertet werden könnten, dass sie sich auch im Verlauf der Pflege in ihrer Intensität verändern könnten. Festgestellt wird, dass überwiegend positive Beweggründe die Pflegenden in die Lage versetzen, die Pflege länger und besser durchzuführen. Sie könnten aber auch zu einer "Überforderung führen, da die eigenen Grenzen unter Umständen überschritten werden" (ebd.:31). Hier wird das Thema der fehlenden "Selbstopflege" angesprochen, das einen impliziten roten Faden der Untersuchung bildet. "Es besteht das Risiko, dass die Pflegebelastungen in ihrem tatsächlichen und oft selbstzerstörerischen Ausmaß nicht wahrgenommen werden (vgl. Bracker et.al. 1988)". (Maly 2001:32)

Überwiegen die negativen Motive und Bedingungen, "besteht die Gefahr, dass die Pflege lieblos wird. Es existiert sowohl das Risiko der Verwahrlosung als auch der seelischen und/oder körperlichen Misshandlung – beispielsweise Quälen und Schlagen – der pflegebedürftigen Person. Dies legt die Schlussfolgerung nahe, dass das "positiv" eingeordnete Pflichtgefühl (s.o.) seine Kehrseite zeigt, sofern es nicht von anderen positiven Motiven begleitet ist.

"Eine weit verbreitete Norm besagt, dass Betreuungs- und Pflegearbeit Frauensache ist. Demzufolge sind es immer wieder Frauen, die sich im Vorfeld mit einer möglichen Pflegeübernahme beschäftigen und auseinandersetzen. (Bähr, 1999,11)." (Maly 2001:36) Nach Trotschke-Gajewski (1986) vertraten diese Ansicht in den 1980er Jahren noch fast 80% der Bevölkerung.

"Verinnerlichte Normen haben einen sehr großen Einfluß auf die Pflegebereitschaft der Töchter". Vielfach würde dadurch auch eine "mangelnde emotionale Beziehung zum pflegebedürftigen Elternteil kompensiert". "Moralische Vorstellungen können zusätzlich" existieren (Maly 2001:36). Viele Töchter pflegen ihre Eltern allein aus Pflichtgefühl aufgrund der gesellschaftlichen Normen (Bracker et.al. 1988, Käsler-Heide 1998). Nach der Untersuchung von Halsig (1995:252) ist für 64,7 % der Töchter und 59,3% der Schwiegertöchter die Übernahme der Pflege "selbstverständlich im Sinne einer normativen und rollenspezifischen, familiär vorgegebenen Entscheidung" (Maly 2001:38).

Pflege als Pflicht wird also stark betont. Es gibt aber auch Differenzierungen, wie bei Bracker et.al. (1988) aufgeführt:

- Pflege als Pflicht, die von "Außenstehenden, Geschwistern, Verwandten, Nachbarn" erwartet/gefordert wird.
- "Aufgrund eigener Wertvorstellungen halten die Töchter die Pflege ihrer Eltern für ihre Pflicht.
- Die Töchter empfinden die Pflege der Eltern als diffuse Selbstverständlichkeit, einer Mischung aus normativen und emotionalen Motiven.
- Durch die Pflege der Eltern wollen sich die Töchter für früher empfangene Hilfeleistungen revanchieren." (zitiert bei Maly 2001:36)

Die Wirkung verinnerlichter Normen würde sich als Schuldgefühl äußern, wenn Töchter das Gefühl haben, den eigenen und fremden Anforderungen nicht mehr gerecht zu werden. Das offensichtliche Durcheinander und Nebeneinander von normativen, ethischen, emotionalen Beweggründen macht es offensichtlich schwer, Freiwilligkeit von Unfreiwilligkeit zu unterscheiden, bewusste von unbewussten Motiven zu trennen und somit dem Phänomen der Schuldgefühle analytisch etwas klarer auf die Spur zu kommen.

Zugleich wird aber auch, wie schon oben angedeutet, auf das Brüchigwerden normativer Orientierungen verwiesen. Dabei wird von Maly nicht nur die Bedeutung der Berufstätigkeit für die Frau betont, sondern auch das "Recht" auf ein "Leben nach eigenen Bedürfnissen". "Des weiteren üben die Frauen, aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen mit der Pflege von Familienmitgliedern, Kritik an den normativen, idealisierten Werten von familiärer Pflege". (Ebd.) Auch die pflegenden Töchter selbst hätten eine widersprüchliche Haltung: „Einerseits sprechen sie sich für die Pflege aus, beklagen sich aber andererseits massiv über ihre eigene Pflegesituation (vgl. Bracker et.al. 1988)." (Ebd.:37)

Die beiden letzten Aussagen sind argumentativ nicht klar miteinander verbunden. Es geht ja um zwei verschiedene Sachverhalte. Die Betonung der Erfahrungsdimension ist hier sicher

sehr wichtig. Pflege ist ja auch ein Lernprozess, durch den sich Perspektiven, Orientierungen verschieben, verändern können. Es wird beim zweiten Aspekt jedoch nicht kritisch gefragt, ob es sich in jedem Fall wirklich um einen Widerspruch handelt. Das jeweilige Begründungsgeflecht von Argumenten, Motiven für die Pflege und die gleichzeitige Kritik an der Pflegesituation wäre voraussichtlich sehr komplex und müsste in sehr unterschiedliche Einerseits-Andererseits-Argumentations-Konstellationen ausdifferenziert werden.

Welche Auswirkungen hat die Pflege auf das Leben der Töchter? Nicht nach Geschlecht differenziert, fühlen sich im Jahr 2002 – laut Infratest Repräsentativerhebung – 83% aller Hauptpflegepersonen eher stark bis sehr stark belastet (Schneekloth 2006b:88). Dieser sehr hohe Prozentsatz ist zwar im Vergleich zum Jahr 1991 (90%), leicht rückläufig (ebd.), aber dennoch besonders alarmierend, wenn berücksichtigt wird, dass ab 1995 die Pflegeversicherung entlastend wirken sollte. Nicht signifikant für das Belastungserleben sind offensichtlich Faktoren wie Alter, Geschlecht, soziale Schicht und Bildungsmilieu. Bedeutsam dagegen sind Anforderungen bei Pflegestufe III, demenzielle Erkrankungen der Pflegebedürftigen mit nächtlichem Hilfebedarf, Betreuung „Rund um die Uhr“ sowie die Probleme der Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit, die jedoch nach den Befunden von Schneekloth vor allem männliche Hauptpflegepersonen betreffen (ebd.:89).

Die Belastung steigt also mit zunehmendem Ausmaß an Pflege und zeitlichem Eingebundensein.³⁸ Aktuell nicht mehr nachweisbar ist nach Schneekloth offensichtlich, dass die Belastung bei Töchtern und Schwiegertöchtern besonders stark ausgeprägt ist (zum Vergleich Halsig 1995).

Belastung wird von Maly definiert im Sinne von "subjektiver Wahrnehmung" (2001:47). Als relevante Faktoren benennt sie insbesondere Verhaltensveränderungen der pflegebedürftigen Mutter, die Unveränderbarkeit der Situation und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Älterwerden (Krankheit, Tod, Sterben). Auswirkungen werden insbesondere im Hinblick auf Ehe und Partnerschaft, Familienleben, sonstige Kontakte, eigene Lebensplanung und Freizeit, eigene Gesundheit, Wohnsituation, Erwerbstätigkeit und finanzielle Situation angesprochen (ebd.:48-65). All diese Auswirkungen sind gravierend oder können es sein. Manche sind objektiv gegeben, einige 'hausgemacht', möglicherweise subjektiv bedingt. Die vielen Details

³⁸ „Im zeitlichen Vergleich lässt sich feststellen, dass der Aufwand der erbrachten Hilfeleistungen im Unterschied zur Situation zu Beginn der 1990er Jahre bei privaten Hauptpflegepersonen leicht rückläufig gewesen ist. Eine ‚Rund um die Uhr Verfügbarkeit‘ geben aktuell 64% der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen im Unterschied zu 78% bezogen auf das Jahr 1991 an. Täglich stundenweise verfügbar müssen aktuell 26% im Vergleich zu 18% sein.“ (Schneekloth 2006b:80) Der mittlere Stundenaufwand pro Woche beträgt bei Pflegestufe 1: 29,4, bei Pflegestufe 2: 42,2, bei Pflegestufe 3: 54,2 Std.. Dieser durchschnittliche Stundenaufwand steigt jeweils, wenn die Pflegebedürftigen kognitiv beeinträchtigt sind (ebd.)

können hier jedoch nicht dargestellt werden. Besonders die Probleme der Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit sowie die finanziellen Einbußen nach Aufgabe der Erwerbstätigkeit, werden für die Zukunft relevant sein. Hier entsteht gesellschaftlicher Handlungsbedarf.

Nach dem Befund von Käsler-Heide (1998), dass viele Pflegende kaum einmal etwas tun, "was ihnen guttut" und zur "Selbstaufgabe" neigen, läßt sich nur hoffen, dass das Thema "Selbstpflege" (auch als Voraussetzung qualitativ guter Pflege) eine stärkere Bedeutung im Selbstverständnis potentiell pflegender Töchter bekommt. Gerade auf die subjektiven Probleme des Nicht-Loslassen-Könnens, der Überfürsorglichkeit, der fehlenden Distanz, der Verschmelzung, wird in der Literatur hingewiesen (Maly 2001:55ff.,71; Blüher 2004; Geister 2004; Gröning et.al. 2005a,b). Die mit der Pflege verbundenen Aufgaben führen manchmal zur „Lebens-Aufgabe“ (Käsler-Heide 1998:157).

Nicht thematisiert wird an dieser Stelle, in welcher Weise diese Formen der „Selbstaufgabe“ stärker mit Pflichtmotivationen oder umgekehrt mit bewussten, freien Entscheidungen korrespondieren. Es kann vermutet werden, dass eine starke, dominante Pflichtorientierung mit eher selbstschädigenden Tendenzen einhergehen kann oder mit der Unfähigkeit, Ambivalenzen auszuhalten, auszubalancieren. Solche Frauen lassen nicht zu, dass es ihnen auch einmal gut geht!

Trotz Einschränkungen und Belastungen wird die Pflege häufig positiv erlebt. Die Pflegeerfahrung kann als eine der "inhaltsreichsten" und "intensivsten" des Lebens geschildert werden. Dies ist gebunden an die existierende oder sich entwickelnde gute Beziehung zur pflegebedürftigen Person. Betont werden Erfahrungen der Gegenseitigkeit, das Gefühl "gebraucht zu werden", etwas besonderes zu leisten, die Befriedigung, zum Wohlbefinden der Eltern beizutragen, der Stolz auf die geleistete Arbeit, die Befriedigung, eine Heimeinweisung verhindert zu haben, die Freude über die Anerkennung durch die pflegebedürftigen Person und das unmittelbare Umfeld. Für ledige und verwitwete Frauen kann die Pflege der Mutter zum "Lebenssinn" werden. (vgl. Maly 2001:65f. mit vielen Literaturverweisen)

Hier klingt etwas an, was zum "Ethos fürsorglicher Praxis" zählen könnte. Es kann eine eigene Freude sein, zum Wohlbefinden des anderen beizutragen. Diese Freude entsteht aber nur, wenn die fürsorgliche Praxis angenommen, im Kontext der Beziehungsstruktur positiv erwidert und transparent „ausgehandelt“ wird. Bei einer unbefriedigenden, konfliktgeladenen Mutter-Tochter-Beziehung würde dieses Wechselspiel nicht entstehen können, weil beide Personen sich nicht „erreichen“. Die Gabe, die Sorge, die Hilfe kommt nicht an, und/oder: sie kann

mit den falschen Signalen versehen sein, Bedürfnisse verfehlen oder so wahrgenommen werden.

Viele Faktoren können dazu beitragen, dass pflegende Frauen an die Grenzen ihrer Belastbarkeit stoßen. Es fällt jedoch vielen Frauen schwer, diese Grenzen wahrzunehmen und zu respektieren. Anforderungen an sich selbst und Versagensängste sind groß, Gefühle des persönlichen Scheiterns, auch Schuldgefühle sind bedrohlich. Dies wird verstärkt durch Erwartungen anderer, Angehöriger und Außenstehender. Da nur etwa 14% aller Hauptpflegepersonen eine stationäre Pflege in Erwägung ziehen würden, kann sich eine unausweichliche, eigentlich unerwünschte Heimeinweisung für die Gegnerinnen fatal auswirken. Die Töchter kommen nicht zur Ruhe mit ihrem Schuldgefühl, manche pflegen im Heim weiter, mischen sich ein, meinen alles kontrollieren, besser machen zu müssen. Und viele Mütter nähren diese Schuldgefühle, lassen die Töchter spüren, dass sie sich verlassen fühlen. (Ebd.:67ff.)

Wie eingangs erwähnt, kann sich die nicht gelungene wechselseitige Anerkennung von Autonomie³⁹ innerhalb der Mutter-Tochter-Beziehung in Bevormundung oder Überfürsorglichkeit der Tochter ausdrücken und umgekehrt. Beide Verhaltensweisen führen zur Verstärkung von Abhängigkeit und Hilflosigkeit der Mutter. Zur Überfürsorglichkeit passt auch das Omnipotenzgefühl, alles besser machen zu können, als das Pflegepersonal im Heim. Verantwortung kann nicht – selbst nicht in Teilbereichen – delegiert werden, vermutlich weil sie mit einem Macht- und vermeintlichen Bindungsverlust verbunden wäre. Dies wäre zu unterscheiden von der kritischen Aufmerksamkeit und liebevollen Präsenz, die bei jeder „Heimunterbringung“ erwünscht ist.⁴⁰

"Am besten scheinen die Frauen die Pflege zu bewältigen, denen eine Vielzahl von Strategien, sowohl rationale wie emotionale zur Verfügung stehen und die eine gewisse Anerkennung ihrer Leistung erfahren sowie finanziell keine Sorgen haben und sich viele Hilfsmittel leisten können (Hedke-Becker & Schmidtke 1985,134)". (Ebd.:72) Zu den rationalen Bewäl-

³⁹ Vgl. zur Diskussion des Autonomie-Begriffs Kap. III.2.

⁴⁰ Dass sich viele der jetzt ca. 70-90jährigen Frauen im Pflegeheim verlassen fühlen, hat nicht nur mit dem Institutionalisierungseffekt, mit der jeweiligen Qualität des Heims etwas zu tun oder mit der in Pflegeheimen verstärkt wahrnehmbaren Tatsache, dass viele ältere Frauen keine Angehörige oder Freunde (mehr) haben. Bei vielen älteren Frauen gibt es die Tendenz, nie im Leben die Erfahrung gemacht zu haben, für sich selbst zu sorgen, mit sich allein zufrieden zu sein, auch jenseits der Sorge für andere und der familiären Bindungen, Freude am Leben zu haben. Eine alte Dame, selbst im Heimbeirat eines Pflegeheims aktiv, berichtet bestürzt über die Erfahrung, wie wenig Frauen sich selbst etwas Gutes tun können, geschweige denn selbst aktiv werden, um sich Wünsche zu erfüllen oder um entsprechende Bedingungen zu kämpfen. Die Erwartung an andere sei dagegen groß. „Andere sind dafür verantwortlich, ob es mir gut geht“ – so lautet oftmals die Devise. Darunter leiden nicht nur Pflegekräfte, sondern auch Angehörige. Töchter können in diese Falle tappen, die Abhängigkeit verstärken, anstatt sie produktiv für beide Seiten zu beschwichtigen und vernünftige dritte Wege zu suchen.

tigungsstrategien zählt, Entlastung zu organisieren, z.B. durch Pflegedienste, durch Mithilfe des Ehemannes, durch Freunde, Bekannte, Verwandte u.a. (ebd.:70,74ff.).

Auffällig ist, dass viele Frauen, auch wenn sie die Pflege als belastend empfinden, eher den Wunsch nach finanzieller Unterstützung (Pflegeversicherung) haben als nach konkreter Unterstützung durch Pflegedienste (ebd.:87). Auffällig ist auch ein großes Informationsdefizit. "Vielen Frauen fällt es auch schwer, Hilfe anzunehmen, weil sie somit auch einen Teil der positiven Elemente der Pflege abgeben, wie zum Beispiel das Gefühl, unentbehrlich zu sein (Hedtke-Becker 1990)." (Ebd.:97)

Selten werden Pflegeleistungen noch "hinzugekauft" (Blinkert/Klie 1999). Kurz nach Einführung der Pflegeversicherung bestanden etwa 11% der Pflegearrangements aus einer Kombination von beruflichen und nichtberuflichen Helfern – einem sogenannten "Pflegemix" (Klie 1998:390); inzwischen sind es immerhin 28% (Schneekloth 2006b:76). (Vgl. Kap. III.3., VI.3.)

Reißmann (2005) thematisiert ebenso Einflussfaktoren auf das subjektive Belastungsempfinden Pflegenden. „Die Fähigkeit, auf eigene Bedürfnisse zu achten und Probleme zu erkennen, kann den Betroffenen helfen, hinsichtlich einer drohenden Überlastung Grenzen zu ziehen und rechtzeitig Hilfe anzunehmen.“ (Ebd.:59; vgl. Blom/Duijnste 1999:30) Bedeutsam ist weiterhin, ob die Pflegesituation von den Pflegenden akzeptiert wird, wie stark Probleme empfunden werden und wie die Beziehung zum Pflegebedürftigen strukturiert ist (ebd.:32).

Die persönlichen Beweggründe spielen eine große Rolle. Gräbel (2000:90ff.) fand heraus, dass „Pfleger, die hauptsächlich aus Gründen der Zuneigung die Pflege übernahmen, sich deutlich weniger mit der Pflege belastet fühlten. Die häusliche Pflege wurde in diesem Fall auffallend seltener von stationärer Pflege abgelöst. (...) Im Gegensatz dazu war die häusliche Pflegesituation, die aus einer Verpflichtung bzw. aus mangelnden Alternativen heraus entstand, von einem hohen bis sehr hohen Belastungsempfinden seitens der Pflegenden geprägt.“ (Reißmann 2005:60) Pflegenden, die vor allem wegen finanzieller Anreize die Pflege übernehmen, lassen ebenfalls schnell Überlastungserscheinungen erkennen (Bömme 1999:76). Deshalb ist in diesen Fällen die Pflege selten dauerhaft.

Durchgängig wird in der Literatur die geringe Unterstützung durch Ehemänner erwähnt. Akzeptanz sei zwar meist gegeben, auch hier und da Unterstützung im Haushalt, bei bürokratischen und vergleichbaren Angelegenheiten. Sie beteiligen sich jedoch "nur selten oder gar nicht an der praktischen Pflege" (Maly 2001:75; vgl. Gröning et.al. 2004a,b; Geister 2004: 209; Blüher 2004).

"Männer überlassen die Sorge für Kinder und die Pflege der alten Menschen den Frauen: Dies ist eine spezifisch männliche Verantwortungslücke für die Lebensbedingungen der jungen und alten Generation und die zwischenmenschlichen Beziehungen (Conen 1998,143)." (Maly 2001:74) Auch Bäcker/Stolz-Willig (1997) sahen vor etwa 10 Jahren noch keine Anzeichen für eine partnerschaftlichere Veränderung der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung im Kontext Pflege. Neuere Untersuchungen relativieren jedoch inzwischen dieses Bild – wie schon deutlich wurde (vgl. Kap. III.3; V.2.) – und es mehren sich die Hinweise darauf, dass die pflegenden Töchter in manchen Fällen auch zu sehr den Platz der Pflege besetzen und somit Entlastung (unbewusst) verhindern (Geister 2004:209).

"Es gibt vermehrt Hinweise darauf, dass immer mehr ältere Menschen, vor allem die sogenannten *jüngeren Älteren*, im Fall der eigenen Pflegebedürftigkeit nicht von den eigenen Kindern gepflegt werden möchten (Schütze 1993)". (Maly 2001:98) Dies könne jedoch nicht interpretiert werden als Hinweis darauf, dass sich die Akzeptanz von Heimen erhöht hätte. Vielmehr werden andere Pflegearrangements antizipiert (ambulante und teilstationäre Dienste, auch privat-erwerbswirtschaftlicher Art). In der Untersuchung von Hedtke-Becker (1990) erwarten zwei Drittel der Frauen, die einen oder mehrere Menschen selbst gepflegt haben, die Pflege nicht von ihren Kindern. "Troscheit-Gajewski (1986) sieht in der Ablehnung der Pflege durch die eigenen Kinder einen versteckten Hinweis darauf, wie stark die pflegenden Frauen die Einschränkungen und Belastungen durch die Pflege erleben." (Maly 2001:99)

Die Ergebnisse der kleinen empirisch-qualitativen Untersuchung von Maly (2001) bestätigen weitgehend die Befunde der bisher dargestellten Literatur. Deutlicher wurde jedoch: "Die überwiegende Mehrheit der Befragten verband mit der Pflege der Mutter durchaus auch positive Aspekte, wie zum Beispiel die *Dankbarkeit der Mutter* oder *späte Lebenszufriedenheit miterleben zu dürfen*." (Ebd.:162)

"Die Mehrheit der Töchter war trotz der Belastungen durch die Pflege mit ihrer Lebenssituation zufrieden beziehungsweise sehr zufrieden. Hierbei darf jedoch nicht übersehen werden, dass mehr als ein Drittel der Frauen aber auch weniger beziehungsweise überhaupt nicht mit ihrem Leben zufrieden war. (...) Die Qualität der Mutter-Tochter-Beziehung hatte positiven Einfluß auf die Pflegemotivation, das Belastungsempfinden, das Gefühl der Töchter, Anerkennung erhalten zu haben, die Entscheidung, die Pflege der Mutter erneut übernehmen zu wollen und die Lebenszufriedenheit der Töchter. (...) Im Fall der eigenen Pflegebedürftigkeit hatten von den Frauen mit eigenen Kindern nur zwei den Wunsch, von diesen gepflegt zu werden. Die anderen Befragten waren zur einen Hälfte unsicher, zur anderen Hälfte lehnten sie die Pflege durch die Kinder eindeutig ab, in der Regel *um diesen nicht zur Last zu fallen*." (Ebd.)

Nach allen bisherigen Befunden und Hinweisen könnte diese letzte Aussage noch zugespitzt werden: Die Perspektiven der befragten Frauen dienen als Schutz! Denn sie wissen: Ein-

schränkungen und Belastungen können ungewollt zu unangenehmen Gefühlen führen, die stark tabuisiert sind. So können sich auch in eine gute Mutter-Tochter-Beziehung verstärkt Amivalenzen einschleichen, auch starke negative Affekte, wenn ein zu starkes Abhängigkeitsverhältnis entsteht und die Tochter nur noch wenig Raum für sich selbst hat. Nicht ausgeschlossen werden kann zudem, dass bestimmte Bereiche der Pflege, die die Intimzonen betreffen, ebenfalls schwer kontrollierbare, negative Reaktionen auslösen können. Die pflegenden Frauen können sich so gut vorstellen, was Ihre Kinder einmal empfinden *könnten*, wenn sie selbst zu Pflegenden werden. Das löst auch Angst aus.

Es wurden von den von Maly befragten Frauen mehr Pflegesachleistungen – zum Teil in Kombination mit Pflegegeld – in Anspruch genommen, als in der ersten Repräsentativuntersuchung von Schneekloth/Müller (2000) angegeben. "Nur" die Hälfte der befragten Frauen nahm keine professionelle Hilfe in Anspruch (ebd.:161,163f.).⁴¹ (Vgl. dazu aktuelle Angaben in Kap. III.3, VI.3.)

Maly formuliert resümierend eine Forderung an die Familien: "Mütter und Töchter müssen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit Absprachen treffen!" (Ebd.:164) "Notwendige räumliche Bedingungen für die Pflege" (getrennte Wohnbereiche) werden angesprochen und der Reflexionsbedarf, um sich der jeweiligen Pflegemotivation bewußt zu werden. Die Töchter "müssen sich eingestehen, dass sie Unterstützung benötigen und diese auch aktiv einfordern" (ebd.:165). "Die Pflegealternative, die gewählt wird, sollte im Idealfall für alle Beteiligten die beste Lösung darstellen! (...) Die Pflege durch die Tochter ist auch für die Mutter nicht in jedem Fall die beste Alternative." (Ebd.:165f.)

Ebenso werden Forderungen an die Politik beziehungsweise an die Pflegeversicherung artikuliert: "Mehr Aufklärung der Pflegepersonen über die Unterstützungsmöglichkeiten bei der Pflege!" sind notwendig (ebd.:166); ebenso die Überprüfung der Einteilung der Pflegestufen und der damit zusammenhängenden Prüfungskriterien als auch die "Überprüfung der Leistungen!" (ebd.:167). In Fällen plötzlicher Pflegebedürftigkeit sollten unkomplizierte, kurzfristige Unterbringungsmöglichkeiten für die pflegebedürftigen Personen notwendig sein (ebd.).

"Die Pflege alter Menschen darf nicht länger schwerpunktmäßig als familiäre Pflege gefördert werden!" (Ebd.:168) Dies wird begründet mit dem Hinweis, dass sich die Mehrheit der jetzt pflegenden Frauen und generell immer mehr ältere Menschen nicht von ihren Kindern pflegen lassen möchten. Diese Begründung reicht natürlich nicht aus, denn viele ältere Menschen

⁴¹ Dieses Ergebnis wird erklärt durch die Bedeutung von Pflegediensten und Selbsthilfegruppen bei der Vermittlung der Interviewpartnerinnen. Ebd.: 161,163f.).

könnten sich in Zukunft auch nicht von eigenen Kindern versorgen lassen, weil sie keine haben. Aber die angesprochene Forderung hat grundsätzliche Bedeutung, da sie auf ein relativ „modernes“ Reflexionsniveau verweist. Allerdings ist bei diesen Befunden nicht berücksichtigt, in welcher Weise nicht ein zu enges Verständnis von Pflege angesprochen wurde? Im Horizont des weiten Spektrums fürsorglicher Praxis wäre ja Pflege im engeren Sinne nur ein Teilbereich und in jedem Fall delegierbar an professionelle Pflegekräfte. Was aber haben die befragten Frauen nun wirklich gemeint? In welcher Hinsicht wollen sie von den eigenen Kindern nicht abhängig sein?

Desweiteren formuliert Maly Forderungen an die Träger von stationären und ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe: "Die stationären Einrichtungen müssen stärker an die Bedürfnisse der Bewohner angepasst werden" und die „ambulanten Pflegedienste müssen die (psychosozialen) Bedürfnisse der pflegenden Töchter in ihrer Arbeit stärker berücksichtigen!" (Ebd.: 168f.)

Maly fordert auch die Wirtschaft zum Umdenken auf: "Mehr Unterstützung für erwerbstätige Pflegepersonen ist notwendig!" (ebd.). Dieser Aspekt wird sehr betont! Gefordert wird mehr Flexibilität in unterschiedlichen Varianten, wobei die Autorin jedoch nur von pflegenden Frauen ausgeht (ebd.:170).

Mit Blick auf die Forschung hält Maly Untersuchungen über die Beziehung von älteren Müttern und ihren erwachsenen Töchtern für notwendig, dabei betont sie die Aufmerksamkeit gegenüber einem möglichen Wandel (ebd.).

An die Adresse der Gesellschaft insgesamt richtet Maly den Appell: "Die gesellschaftliche Anerkennung der Pflegeleistungen ist dringend notwendig! (...) Frauen, die die Pflege ihrer Mutter auf sich nehmen, gebührt Achtung und Anerkennung." (Ebd.:172) Die stationäre Pflege sollte nicht mit Abschiebung gleichgesetzt werden, denn jede „Pflegesituation ist anders und häufig gibt es viele Aspekte, die gegen eine häusliche Pflege sprechen. Es scheint sinnvoller, die Pflege in professionelle Hände zu geben und die Kraft aufzusparen, um der Mutter emotionale Unterstützung und Zuneigung zu geben, statt unter den Belastungen der Pflege zusammenzubrechen, denn dies kann sowohl der Gesundheit der pflegenden Tochter als auch der Beziehung von Mutter und Tochter zueinander schaden." (Ebd.; vgl. Gröning et.al. 2004a,b)

„Weg mit der Norm, daß Pflege Frauensache ist!" – fordert Maly (ebd.:173). In der Untersuchung und der zitierten Literatur wurde die große Bedeutung von Normen für die Pflegemotivation deutlich:

"So treten Schuldgefühle auf, wenn die Töchter das Gefühl haben, den Anforderungen – den eigenen und denen anderer – nicht mehr gerecht zu werden. Dies alles macht deutlich, wie wichtig es ist, die Frauen endlich normativ von ihrer Pflicht zur Pflege ihrer Angehörigen zu befreien. Die Last der Pflege darf nicht länger auf dem Rücken der Frauen ausgetragen werden! Neben anderen Alternativen der Pflege sind hier aber auch gerade die Männer aufgefordert, die Pflege nicht länger als Frauensache zu betrachten, sondern in gleichem Maße die Verantwortung für pflegebedürftige Angehörige zu übernehmen. Dies ist vor allen Dingen vor dem Aspekt besonders wichtig, dass das 'Töchter-Pflegepotential' – wie bereits erwähnt – rückläufig ist." (Ebd.)

Die Unterstützung der pflegenden Töchter ist somit auch nach den Forschungsergebnissen von Maly „dringend notwendig“ (ebd.). Damit werden die bereits erwähnten informellen Helfer (Partner, Familienangehörige, Nachbarn, Freunde u.a.) und professionellen Dienste angesprochen.

Maly zeigt aber auch zugleich, dass die Pflege „nicht ausschließlich unter negativen Gesichtspunkten betrachtet werden“ darf (ebd.:174). Sie verweist auf die vorgestellten positiven Aspekte, wie sie auch in der eigenen Untersuchung zum Ausdruck kommen: Nähe, Dankbarkeit und Zufriedenheit der Mutter, Erlangung von Selbstvertrauen und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Alter.

Zu vergleichbaren Ergebnissen und Überlegungen wie Maly kommen Gröning et.al. (2004b) in ihrer Studie, die von der Überzeugung getragen ist, dass Pflege überhaupt erst zu einer Angelegenheit der (ganzen) Familie werden muss und nicht länger als Verpflichtung von Frauen angesehen werden kann. Die Motivation zur Pflegeübernahme sei noch stark dadurch bestimmt, "dass sich Frauen aufgrund der jetzigen gesellschaftlichen Bedingungen und vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Sozialisation dem normativen Anspruch zur Pflegeübernahme schlechter entziehen können als Männer" (ebd.:51).

Gröning et.al. thematisieren die "Gerechtigkeitsvorstellungen von Frauen im Lebenszusammenhang familiärer Pflege" (ebd.:20). Sie sehen die Pflegeübernahme weniger als eine individuelle Entscheidung der pflegenden Frauen, sondern als Ausdruck und Ergebnis eines Beziehungsgeflechts: "Die Frage nach der Verantwortungsbereitschaft gegenüber den alten Eltern ist nicht nur eine sozialpolitische Debatte, sondern auch ein Thema im familialen Binnenraum, zwischen den Mitgliedern einer Herkunftsfamilie zum Beispiel, und besonders zwischen den Geschlechtern" (ebd.:16). Dies wird insbesondere im Hinblick auf die häufig fehlende solidarische Mithilfe von (Ehe)Partnern und Geschwistern untersucht und problematisiert (ebd.:94f.).

Das Stresserleben von Pflegesituationen wird auch in dieser Untersuchung weniger als objektive Größe gesehen, es hängt vielmehr davon ab, wie die Pflegeperson die Situation für sich

selbst deutet und wie sie damit umgeht. Die Autorinnen konnten aber auch feststellen, dass sich die Rahmenbedingungen pflegender Frauen belastender darstellen als die pflegender Männer. Allerdings halten auch sie es – wie Maly (2001) und Jansen (1999) – für "nicht unproblematisch", wenn die wissenschaftliche Auseinandersetzung einseitig die Belastungen der pflegenden Angehörigen fokussiert:

"Eine Konsequenz ist, dass die familiäre Pflegeverantwortung weniger unter 'positiven' Aspekten einer individuell sinnvollen und gesellschaftlich anerkennenswerten generativen Leistung, sondern, dem Belastungsdiskurs folgend, stärker mit entsprechend 'negativen' Konnotationen als vorrangig problematisch und konfliktrichtig diskutiert wird." (Gröning et.al. 2004b:44).

Gröning et.al. (2004a,b) gelangen durch ihre Untersuchung – wie viele Autoren – zu einer kritischen Auseinandersetzung mit der engen Verzahnung von Pflegeversicherung und häuslicher Pflege. Die Leitbilder der Pflegeversicherung "Wirtschaftlichkeit", "Vorrang der häuslichen Pflege" und "ambulant vor stationär", hätten zur Einführung der Pflegeversicherung sicher Sinn gemacht, sie würden heute jedoch zunehmend reflexionsbedürftig. Sie kritisieren insbesondere:

"Indem den alten Menschen einerseits ein moralisches Recht auf Souveränität, andererseits ein Recht auf mütterliche/töchterliche Versorgung zugesprochen wird, geraten sie selbst und ihre Angehörigen in eine Falle von Macht, Schuld und Hilflosigkeit" (Gröning et.al. 2004b: 143).

"Unsere Hypothese ist, dass mit dem Pflegeversicherungsgesetz die Regressionen und nicht die Entwicklung neuer Antworten verstärkt worden sind. Pflegebereitschaft ist zwar im Kern ein wichtiges moralisches Potential von Familien, sprich Frauen. Pflegebereitschaft kann sich aber zur Pflegefalle entwickeln, wenn sie sich vorwiegend auf den 'Familienroman' und auf damit einhergehende Familienideologien stützt". (Ebd.:151)

Empirisch anschaulich wird diese Hypothese neben Interviews auch durch „Pflegegeschichten“ belegt, die von den Autorinnen als "Entwicklungsgeschichten", "Verzweiflungs- und Belastungsgeschichten", "Bindungs- und Verstrickungsgeschichten" und "Abschiedsgeschichten" klassifiziert werden (2004a). Das Spektrum möglicher gelingender und konfliktrichtiger Pflegekonstellationen zeichnet sich hier ab.

Die ebenfalls empirisch-qualitative Studie von Geister (2004) hat insbesondere die Transition von der Tochter zur pflegenden Tochter im Blick. Damit wird ein häufig beschriebenes Phänomen angesprochen: die Pflege ist in vielen Fällen keine plötzlich eintretende Situation, sondern aus anfänglichem "Kümmern" entsteht aufgrund des sich langsam verschlechternden

Gesundheitszustandes eines Familienmitglieds nach und nach eine Pflegesituation (Gröning et.al.: 45).

„Die Analyse der vorliegenden Arbeit hat gezeigt, dass pflegende Töchter sich ihrer Rolle erst sehr spät bewusst werden, obwohl sie schon lange Unterstützungsleistungen ihren Müttern gegenüber erbringen. Hilfestellungen bei körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen sind Bestandteil alltagsorientierter Sorgearbeit und somit nicht von ihr zu trennen. Die sorgenden, fürsorgenden, vorsorgenden und betreuenden Elemente finden jedoch im bisherigen gesetzlich verankerten Pflegebegriff kaum Berücksichtigung.“ (Geister 2004:235f.)

Stefan Blüher (2004) ist den "Kulturen des Helfens" als kollektiven Bedingungen individuellen Handelns auf der Spur. Dabei spielen auch Mutter-Tochter-Pflegekonstellationen eine besondere Rolle, wie deutlich werden wird.

"Die Auswirkungen der unter das Stichwort von der 'neuen Kultur des Helfens' subsumierten neuen Handlungsbedingungen auf das häusliche Pflegegeschehen zwischen Sozialstaatsanspruch (und –semantik), knappen Ressourcen, professionellen Handlungsbedingungen und familialen Motivationslagen und Erwartungen sind dabei von besonderem Interesse. Dem liegt die Überlegung zugrunde, dass in der häuslichen Pflege in besonders eindrücklicher Weise unterschiedliche 'Kulturen des Helfens' (im Sinne unterschiedlicher Bedeutungskontexte) aufeinander treffen und entsprechend in Aushandlungsprozesse treten müssen, um die optimale Versorgung der Betroffenen zwischen 'Pflegedienst und Liebesdienst' zu gewährleisten." (Blüher 2004:17)

Die empirischen Befunde zur „Verpflichtung und Autonomie“ pflegender Angehöriger" von Blüher sind anregend und weiter führend, weil sie exemplarisch an zwei gegensätzlichen Fallbeispielen (Frau Walter/Frau Dietrich) nachvollziehbar und plausibel werden. Hier wird deutlich, weshalb die in beiden Fällen "manifeste Verpflichtung zur Angehörigenpflege in Aushandlungsprozessen zwischen gepflegten, pflegendem Familienmitglied, den übrigen familialen Netzwerk und professionellen Helfern zu unterschiedlichen Arrangements führt, die ein je spezifisches Verhältnis von Verpflichtung und Autonomie beschreiben." (Ebd.:35)⁴²

Beispiel A (Frau Walter, 68 Jahre alt) steht für ein „*Verpflichtungsarrangement*“: sie skizziert die Erwartung ihrer pflegebedürftigen Mutter mit den Worten: „...*ja, du bist doch meine Tochter und mich sollst schon pflegen!*“ (ebd.), sie betont als einzige familiale Pflegeperson stark ihre massiven (körperlichen und psychischen) Belastungen durch die Pflegesituation. Das verweist auf „Problembewusstsein“ und „die grundsätzlich anerkannte Notwendigkeit ‚Selbstopflege‘ zu betreiben“. Frau Walter sieht aber keine Möglichkeit, Autonomieerfordernisse in ein für alle Beteiligten tragfähigeres Verhältnis zur Verpflichtungsnorm zu setzen.“ (Ebd.: 37) Die Verantwortung hält sie total gefangen – die Mithilfe professioneller Pflegekräf-

⁴² Den Ausführungen von Blüher liegt eine in Nürnberg durchgeführte qualitativ-empirische Untersuchung zugrunde, für die er 15 leitfadengestützte Interviews mit pflegenden Angehörigen zu häuslichen Pflegearrangements durchgeführt hat.

te wird nicht als spürbare Entlastung wahrgenommen, sondern als erzwungene „Unvermeidlichkeit“ (ebd.:42).

Beispiel B (Frau Dietrich, 50 Jahre alt): sie begreift die Versorgung und Pflege als Organisationsproblem mit verschiedenen Optionen. Sie sieht sich in der „Pflicht“, „selber Unterstützung zu leisten, beraubt sich dadurch dennoch nicht der Möglichkeit, ein den Bedürfnissen der Eltern *und* ihr selbst gerecht werdendes Arrangement aus familialen und professionellen Helfern zusammen zu stellen“. Im Kontrast zum „Verpflichtungsarrangement“ sind hier die gewünschten und „auch tatsächlich realisierten Freiräume in der Pflegesituation so bestimmend, dass hier von einem ‚*Autonomiearrangement*‘ gesprochen werden kann.“ (Ebd.:41) So ist an diesem Beispiel auffällig, dass der Ehemann aktiv beteiligt ist und Frau Dietrich an ihrer Berufstätigkeit mit folgenden Worten festhält:

„Weil ich glaube, dass es besser ist, weil sonst haben Sie immer nur mit Windeln und diesen ganzen Sachen zu tun. Und ich glaube, man wird dann von seiner eigenen Einstellung her, ich möchte nicht sagen, aggressiv, aber es wird dann irgendwie zu viel.“ (Ebd.:39)

„Zugespißt könnte man formulieren: Frau Walter deutet die Verpflichtung als ‚*Schicksal*‘, Frau Dietrich als ‚*Aufgabe*‘.“ (Ebd.:41) Im Vergleich zeigt sich: Mit der Verpflichtung zur Hilfe ist „nicht *ein bestimmtes* häusliches Pflegearrangement“ verbunden; „vielmehr konstituieren sich sehr unterschiedliche Arrangements im je spezifischen Verhältnis von Verpflichtung und Autonomie“. Entscheidend ist die „*Deutung*“ der Verpflichtung und damit verbunden „die Wahrnehmung von Alternativen und Freiräumen“ (ebd.).

Auffällig ist die Altersdifferenz bei den beiden Fallbeispielen. Dies könnte darauf hindeuten, dass bei den Frauen der jüngeren Generation, die allmählich zum „Club der pflegenden Töchter“ zählen, ein reflektierteres und abgegrenzteres Verhältnis zum Thema Pflege wahrnehmbar ist oder aber häufiger anzutreffen ist. Die Deutung der Verpflichtung ändert sich.

In beiden idealtypisch dargestellten Arrangements kommt ein spezifisches Verhältnis zu professionellen Pflegekräften zum Ausdruck. Verpflichtungsarrangements sind weniger zugänglich für professionelle Hilfe als Autonomiearrangements (ebd.:43). Blüher belegt durch Ergebnisse eigener Untersuchung, dass die „Professionellen selbst die Beziehungsdimension – die Patientenorientierung – in der Pflege als den maßgeblichen Faktor für ihre Arbeitszufriedenheit“ betrachten. Eine ganz andere Frage ist für ihn jedoch, „wie die Angehörigen die Arbeit der Pflegekräfte wahrnehmen. (...) Die familiäre Pflegeperson weist den professionellen Helfern ihre Rolle zu und nicht umgekehrt“ (ebd.:43f.).

Blüher betont, dass die beiden bisher dargestellten Idealtypen unterschiedlich „anschlussfähig“ im Hinblick auf die Sach- und Beziehungsdimension professioneller Pflege sind. Im Autonomiearrangement ist die Patientenorientierung der Pflegekräfte erwünscht, diese erhalten einen gleichberechtigten Status. Im Verpflichtungsarrangement dagegen erscheint die sachorientierte Unterstützung dienlicher. Die Beziehungsdimension kann hier als unerwünschte Konkurrenz interpretiert werden, sie stände also in einem hierarchischen Verhältnis (ebd.:44).

„Die hier angenommenen Konstellationen stellen Typen möglicher Beziehungen zwischen vorgeformten Familienarrangements und den beiden Dimensionen professioneller Vergesellschaftung in der häuslichen Pflege dar.“ (Ebd.:45) Wie schon erwähnt, liegt die "Deutungshoheit" über die Rolle professioneller Pflegekräfte bei den familialen (Haupt) Pflegepersonen. Blüher formuliert nun anschließend eine These von weit reichender Bedeutung:

„Ausgehend von ihren je spezifischen Verpflichtungs- und Autonomieerfordernissen bestimmen sie nach Maßgabe ihrer eigenen Erwartungen die Rolle der Professionellen. Aus Sicht der Pflegekräfte bedeutet dies, dass ihre Tätigkeit nicht zuletzt vom Spielraum bestimmt wird, den die jeweilige Familienkonstellation ihnen läßt. Dabei könnte (...) eine Auffassung von professioneller Pflege, die im wesentlichen auf Sachdimensionen („was wird für wie viel Geld in welcher Zeit geleistet?“) abstellt, gerade die Verpflichtungsarrangements weiter verfestigen, die aber insbesondere auf stärkere Unterstützung durch externe Helfer angewiesen wären, um für alle Beteiligten tragfähig zu *werden*. Autonomiearrangements sind dagegen auf externe Unterstützung angewiesen, um tragfähig zu *bleiben*. Gerade sie aber könnten durch eine Überbetonung der Sachdimension geschwächt werden, wenn die Patientenorientierung der Professionellen in Frage stünde (...) Aus (sozial)politischer Perspektive erscheint eine Stärkung von Verpflichtungsarrangements bei gleichzeitiger Schwächung von Autonomiearrangements durch die Betonung marktinduzierter Sachdimensionen der Pflege als äußerst problematische Entwicklung, die nicht nur die Arbeitszufriedenheit professionell Pflegenden beeinträchtigt, sondern darüber hinaus die Tragfähigkeit familialer Sorge und damit auf Dauer die Vergesellschaftung in der häuslichen Pflege überhaupt in Frage stellt. (...) Dabei sollte deutlich werden, dass die öffentlich gewährleistete Solidarität mit Pflegebedürftigen in hohem Maße von privater, insbesondere familialer Solidaritätsbereitschaft abhängt.“ (Blüher 2004: 45f.)

So wichtig diese Ausführung auch ist: Blüher verwendet keinen Gedanken darauf, dass die verschiedenen häuslichen Pflegearrangements, ja die „familiale Sorge“, von Strukturen geschlechtlicher Arbeitsteilung durchzogen und mitbestimmt sind. Das weibliche Pflegepotential wird stillschweigend vorausgesetzt.

V. 2. Männer in der Pflege

„Welche Konsequenzen die historisch gewachsene *Terrainaufteilung zwischen Männern und Frauen in der Häuslichkeit* in Stadt und Land, im öffentlichen und halböffentlichen Leben, dafür hat, ob und wie Anreizstrukturen zur stärkeren Übernahme von Verantwortung für häus-

liche Pflege durch Männer geschaffen werden können, ist eine offene, aber relevante Frage.“ (Jansen/Klie 1999:526) Diese Frage ist noch nicht überholt, weil nach wie vor die Motivation zur Pflegeübernahme noch stark dadurch bestimmt ist, "dass sich Frauen aufgrund der jetzigen gesellschaftlichen Bedingungen und vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Sozialisation dem normativen Anspruch zur Pflegeübernahme schlechter entziehen können als Männer" (Gröning et.al. 2005:51).

Aber es zeichnen sich Veränderungen ab, wie bereits deutlich wurde. Im Vergleich zur Situation zu Beginn der 90er Jahre ist inzwischen der Anteil der Männer, die im Alltag die häusliche Pflege tragen, von 17% auf 27% gestiegen und bei immerhin 30% liegt ihr Anteil in der Gruppe der sonstige Hilfe leistenden (Schneekloth 2006b:79; vgl. Kap. II.3). Männer sind insbesondere bei der (Ehe)Partner- und Elternpflege präsent. Schneekloth (ebd.) weist einen deutlich steigenden Anteil der Söhne am häuslichen Pflegepersonal von 3% im Jahr 1991 auf 10% im Jahr 2002 bei gleich bleibendem Anteil der Töchter von 26% nach. Sonstige Hilfebefürftige werden zu 20% von Töchtern und zu 8% von Söhnen betreut, wobei der Töchteranteil seit 1991 gesunken, der Anteil der Söhne jedoch gestiegen ist (ebd.; vgl. Kap. II.3.). Hier könnte sich ein tendenzieller Mentalitätswandel andeuten, der durch die Einführung der Pflegeversicherung auch materiell etwas abgestützt wird.

Die schon 2005 formulierten Überlegungen und kritischen Anmerkungen von Künemund, die sich auf Ergebnisse des Alterssurvey 2000 beziehen, verweisen auf einen wichtigen Interpretationsansatz:

„Auch wenn (...) die Hauptlast bei den Pflegetätigkeiten tatsächlich bei den Frauen liegt – es gibt pflegende Söhne, und zwar auch dann, wenn Töchter und Schwiegertöchter existieren. (...) aus der Tatsache, dass Frauen häufiger und intensiver in der Pflege tätig sind, folgt nicht zwangsläufig, dass Männer dies nur tun, weil sonst niemand verfügbar ist.“ (Künemund 2005: 307f.)

Fürsorgliche Praxis von Männern wird somit in der Literatur zunehmend thematisiert und auch durch Erfahrungsberichte dokumentiert (vgl. Senf 1995; Gröning et.al. 2004a; Tönnies 2004). Sie gerät teilweise aber erst dann in den Blick, wenn kein zu enger Pflegebegriff – wie ihn die Pflegeversicherung definiert – zu Grunde gelegt wird.

Eine präzisere Einschätzung des Engagements von Männern in der Pflege setzt genauere Analysen der jeweiligen häuslichen Pflegekonstellationen und des weiten Spektrums sorgender Tätigkeiten voraus, um einschätzen zu können, ob und in welcher Weise die deutlich stärkere Präsenz von pflegenden Frauen auf tradierte Strukturen geschlechtlicher Arbeitsteilung zurückgeführt werden muss. Vielmehr ist in vielen Fällen die längere Lebenserwartung von

Frauen relevanter, zunächst bei der (Ehe)Partnerpflege, wodurch sich ein „unfreiwilliges“ und nicht zu bewertendes Ungleichgewicht pflegender Praxis von Männern und Frauen ergibt. Aus diesem Grund sollte sich die an Geschlechtergerechtigkeit orientierte Debatte um häusliche Pflege von einem zu kurzschlüssig verallgemeinerten Verweis auf Strukturen geschlechtlicher Arbeitsteilung lösen. Dazu kommt ein weiterer Zusammenhang, der zu differenzierten Aussagen beiträgt:

Wie schon im vorhergehenden Kapitel deutlich wurde, entsteht die Pflegesituation in vielen Fällen nicht plötzlich, sondern oftmals schleichend, allmählich (Maly 2001, Geister 2004, Gröning et.al. 2004a,b). Die Transition zur pflegenden Tochter oder zum pflegenden Sohn ist so meist als langer Prozess zu verstehen, der vermittelt ist durch die solidarischen Dimensionen der Beziehung zwischen erwachsenen Kindern und Eltern. Untersuchungen zur Bedeutung des familialen Netzwerkes und damit verbundene Befunde über tendenziell geschlechterdifferente Formen der Hilfe/Unterstützung weisen darauf hin (vgl. Kap. V.3). So werden fürsorgliches „Kümmern“ und die verschiedensten sorgenden Tätigkeiten zur allmählichen Praxis, wenn die Eltern älter werden. Diese Sorgearbeit gestaltet sich in ihrer Intensität sicherlich unterschiedlich je nach räumlicher Nähe und Beziehungsqualität zwischen erwachsenen Kindern und ihren Eltern und wird so schon zu einem frühen Zeitpunkt in „ungleicher“ Weise auf Geschwister verteilt sein. Fürsorgliche Aufmerksamkeit gilt dabei vermutlich verstärkt allein lebenden, geschiedenen oder verwitweten Elternteilen. Wie schon deutlich wurde, wird Alleinleben insbesondere zur Lebensform von älteren und vor allem hochaltrigen Frauen, Männer leben dagegen im Alter weit seltener allein (vgl. Kap. IV). Hierbei sind nicht nur die gravierend unterschiedlichen Lebensformen von Männern und Frauen im Alter bedeutsam, sondern die quantitativ überragende Zahl hilfe- und pflegebedürftiger älterer Frauen, die wiederum nicht zufällig eher von ihren Töchtern betreut und gepflegt werden. Der überproportional hohe Anteil hilfe- und pflegebedürftiger Frauen korreliert mit dem überdurchschnittlichen Anteil pflegender Frauen, meist Töchtern.

Nach Höpflinger (2000/2004) wirkt sich die „Kombination von geschlechtsspezifischer Lebenserwartung und geschlechtsspezifischen Partnerschafts- und Heiratsverhalten“ auch auf das „Generationengefüge“ aus. Mütter könnten sich so auf eine längere gemeinsame Lebenszeit mit Kindern einstellen als Väter. Dabei zeigen sich weitere wichtige Differenzen, auf die Höpflinger mit Verweis auf die Forschungslage eingeht:

„Die ‚matrilineare Tendenz‘ der Generationenbeziehungen wird (...) durch familiale Strukturen verstärkt. Die engsten intergenerationellen Beziehungen sind diejenigen zwischen Müttern

und Töchtern, wogegen sich die flüchtigsten familialen Generationenverhältnisse zwischen Söhnen und Vätern zeigen.“(Ebd.:70f.)⁴³ Daraus folgt für den Autor: „ Auch bei den Generationenbeziehungen werden demographische Faktoren (Langlebigkeit der Mütter) durch familienkulturelle Aspekte (matrilineare Orientierung der Generationenbeziehungen) verstärkt.“ (Ebd.:71)

In familienanthropologischen und soziologischen Studien wird immer wieder die kommunikative, aktive und sorgende Funktion von Frauen für den Familienzusammenhalt betont, primär in der matrilinearen Linie (BMFSFJ 2006b:139). Die intensivere Beziehung von Töchtern zu ihren Müttern kann auch durch spezifische, unbefriedigende Eheerfahrungen der Töchter als auch der Mütter vermittelt sein (vgl. Martin/Schmitt 2000/2004). Da bei Frauen immer wieder ein offenerer Umgang mit Gefühlen und Konflikten vermutet wird, könnte es sich in vielen Fällen um eine lebensphasenspezifische Wieder-Annäherung an die Mutter handeln aufgrund (vermuteter) ähnlicher Erfahrungen und nicht allein um eine anthropologische Konstante. Aber auch jenseits davon kann eine größere emotionale Nähe und Vertrautheit, eine wenig konflikthafte und „versöhnte“ Beziehung zwischen Mutter und Tochter gelingen.

Diese Befunde und Überlegungen zu intensiveren Mutter-Tochter-Beziehungen könnten im Zusammenhang mit der größeren Pflegebereitschaft der Töchter – im Vergleich zu Söhnen – bei der Pflege der Mütter diskutiert werden. Sie sind verbunden mit der Tatsache, dass Frauen länger leben und deshalb auch stärker von Verwitwung, Alleinleben und Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Dadurch sind Bereiche körperlicher Intimität berührt, die Mütter gern geschützt sehen und denen gegenüber Söhne eine größere, berechnete Scheu empfinden würden als Töchter. Die größere, körperlich vermittelte Vertrautheit zwischen Müttern und Töchtern ist wohl kaum zu überschätzen beim Zustandekommen von weiblich dominierten Pflegekonstellationen.

Männer hingegen sind – wie schon deutlich wurde – seltener verwitwet, sie sterben früher als Frauen und bei relativ gesehener, kürzerer Pflegebedürftigkeit werden sie meist noch durch ihre Ehefrauen versorgt. Die „flüchtigeren“ Beziehungen zu den Söhnen – wie Höpflinger formulierte – haben deshalb hier so gut wie keine Relevanz für das marginale Pflegegeschehen, korrespondieren diesem eher. Noch gibt es wenig Hinweise dazu, welche konkreten Pflegeleistungen Söhne erbringen, wenn ihre Väter pflegebedürftig werden (Senf 1995).

Die bisher skizzierten Zusammenhänge sollten das weite Spektrum möglicher Ursachen für die im Vergleich zu Männern stärkere Präsenz von Frauen in der informellen Pflege verdeut-

⁴³ Diese Aussage wird auch durch den Siebten Familienbericht bestätigt, vgl. BMFSFJ 2006b: 139.

lichen, da eine generalisierte Aussage über eine ursächliche geschlechtshierarchische Arbeitsteilung die Komplexität vieler Pflegearrangements und die Geschichte ihrer Entstehung verfehlen würde. Ein nochmaliger Blick auf pflegende Töchter verstärkt diese Hypothese. Wie in Studien zur Töchterpflege deutlich wird (vgl. Kap. V.1.), lassen sich die Motivationen zur Pflegeübernahme nicht allein auf Strukturen geschlechtlicher Arbeitsteilung, also auf normative Verpflichtungsaspekte und weibliche Rollenstereotype, zurückführen. Auch die mit einer emotional gelungenen Mutter-Tochter-Beziehung verbundenen fürsorglichen Motivationen und Gefühle der Dankbarkeit sind nicht durchgängig wahrnehmbar und entscheidend. Der überproportional hohe Anteil pflegender Töchter muss vielmehr im Zusammenhang mit spezifischen, biografisch vermittelten und weitgehend unbewussten Aspekten der Mütter-Töchter-Konstellationen gesehen werden.

„Hinter der Pflege stehen auch individuelle Absichten, die mit dem Argument der sozialen Erwünschtheit und gesellschaftlichen Normierung allein nicht zu erklären sind und die von den pflegenden Töchtern auch nicht direkt benannt werden. Die pflegerische Versorgung ist für die Töchter aller Typen notwendig, weil sie Teil eines je eigenen biografischen Auftrags ist und oft Konsequenz einer jahrzehntelangen Sorgebeziehung.

Die Transition zur Pflegenden stellt den Übergang in die letzte gemeinsame Lebensphase mit der Mutter dar und bietet damit die letzte Gelegenheit, dass die mit der Sorgearbeit verbundenen Erwartungen erfüllt werden. Diese Erwartungen basieren auf biografischen Vorerfahrungen und stehen mehr im Zusammenhang mit dem Tochtersein als mit der Pflege.“ (Geister 2004: 217)

In anderen Worten: diese Töchter besetzen innerlich und unbewusst den Platz der die Mutter potentiell Pflegenden, lange bevor der Pflegefall eingetreten ist. In solchen familiären Konstellationen kann die mögliche Pflegebereitschaft von Brüdern nicht mehr rational diskutiert werden, weil der biografisch besetzte Sorge- und Pflegeschauplatz nicht teilbar ist. Diese Hypothese wird implizit durch empirische Befunde vieler Studien bestätigt, die belegen, dass ein erschreckend hoher Anteil pflegender Frauen trotz überfordernder Hilfe- und Pflegetätigkeiten keine Entlastung suchen oder annehmen können (vgl. Kap.V.1.).

„Warum Töchter so wenig in der Lage sind, Grenzen zu setzen und Aufgaben zu delegieren, lässt sich vor allem mit ihren Frauen- und Familienverständnis erklären. Die Notwendigkeit des Aufwandes kann nicht immer direkt aus der Pflegebedürftigkeit abgeleitet werden. Oft ist der pflegerische Einsatz Teil eines tiefer liegenden Verpflichtungs-, Wiedergutmachungs- oder Kompensationsmotivs.“ (Geister 2004: 228)

Entlastung wird von pflegenden Frauen häufig erst dann gesucht, wenn es vor Erschöpfung gar nicht mehr anders geht (vgl. Kap. VI.3.). Die Frage, ob es sich hier auch um ein generationspezifisches Problem handeln könnte, muss weitgehend offen bleiben, selbst wenn einzelne Fallgeschichten darauf hinweisen, dass jüngere (und berufstätige) Frauen reflektierter neue entlastende Pflegearrangements wählen.

Männern in der Pflege gelingt es offensichtlich eher, Entlastung zu antizipieren und zu organisieren. Jansen (1999:618f.) referiert Angehörigenstudien, die sich mit den Folgen weiblicher und männlicher Biografien und Sozialisationen beschäftigen. Mit Verweis auf Twigg et.al. (1990) und Bracker (1992) wird gezeigt, dass alte pflegende Ehemänner informelle und professionelle Hilfen nicht als „persönliches Versagen“ empfinden würden und „deutlich häufiger Organisatoren von Pflege“ sind als direkte Pfleger. „Informell pflegende Männer tun sich leichter, professionelle Pflege als ergänzende Hilfe anzunehmen; sie können sich in klassischen geschlechtshierarchischen Arbeitsteilungen bewegen und das weibliche Arbeitsvermögen gewissermaßen hinzugewinnen (Bracker 1992; Backes 1994, Jansen/v.Kardorff 1995).“ (Jansen 1999:623f.)

Auch Reichert stützt mit Verweis auf internationale Forschungen diese These: „Während erwerbstätige Frauen stärker in die persönliche, körpernahe Pflege involviert sind, sind Männer eher mit Aktivitäten befasst, die mit dem Begriff ‚management eldercare‘ bezeichnet werden können.“ (Reichert 2003:128) Der Zeitaufwand, der mit Hilfe- und Pflegeleistungen verbunden ist, differiert ebenfalls geschlechtsspezifisch: selbst erwerbstätige Frauen sind in der Regel zeitlich sehr viel stärker eingebunden als erwerbstätige Männer. Auch im Hinblick auf Unterstützungsleistungen Dritter, fordern und erhalten erwerbstätige Männer mit Pflegeverpflichtung mehr Hilfe als erwerbstätige Frauen in vergleichbarer Situation (ebd.).

Hier wird jedoch nicht kritisch hinterfragt, ob bei den jeweiligen Untersuchungen nicht vielleicht ein zu enger Pflegebegriff zugrunde liegt. Selbst wenn Männer eher Pflege im engeren Sinne (medizinisch, hygienisch) delegieren, bedeutet dies nicht, dass sie sich auch eher dem vielfältigen Spektrum sonstiger Hilfeleistungen, psychosozialer Betreuung und Zuwendung entziehen. Für die Delegation der Pflege im engeren Sinne (insbesondere der Körperpflege) sprechen je nach Pflegekonstellation sehr viele gute Gründe – für Männer und für Frauen. Erklärungsbedürftiger ist vielmehr, wenn pflegende Angehörige sich in ihrer Kompetenz und ‚Unersetzbarkeit‘ überschätzen und eine Intimität durch Pflege herstellen, die Tabugrenzen in der Beziehung zum Pflegebedürftigen und dessen Schamgefühle unwillentlich verletzen. Dies kann die Beziehung zum Pflegebedürftigen mehr belasten und verbiegen als alle anderen Aspekte der Pflegesituation. Deshalb muss immer erst nachgefragt werden, was genau gemeint ist, wenn es vorwurfsvoll heißt: Männer entziehen sich der Pflege.

Manche Pflegegeschichten, Alltagserfahrungen und Schilderungen professioneller Pflegekräfte vermitteln Bilder männlicher Pflegefähigkeit und fürsorglicher Praxis in einem weiten Sinne (vgl. Senf 1995; Tönnies 2004; Gröning et al. 2004a). Auch bei generalisierenden Aussa-

gen zu geschlechterdifferennten Zeitaufwand für Pflege ist Skepsis begründbar. Die Deutung der Pflegesituation ist in hohem Maße subjektiv wie die daraus folgende zeitliche Belastung nicht unbedingt den objektiven Erfordernissen entspricht. Viele pflegende Frauen neigen dazu, keine Grenzen zu sehen und zu setzen. So können Hilfe- und Pfllegetätigkeiten stärker durch Bedürfnisse der Pflegenden motiviert sein, als durch Bedürfnisse des Pfllegebedürftigen (Geister 2004:228; u.a., s.o.).

Problematisch ist jede stark generalisierende Tendenz, Geschlechterdifferenzen zu verabsolutieren. So auch in folgendem Beispiel: „Männer haben bezüglich der Organisation des Alltags und der Pflege einen instrumentellen Umgang und eine rationale Herangehensweise. Dadurch sind sie in der Lage, den Alltag ‚durchzuorganisieren‘ und Möglichkeiten der Distanzierung zur Pflegesituation zu entwickeln.“ (Lambrecht/Bracker 1992:15) Es ist vielmehr davon auszugehen, dass zum Gelingen fürsorglicher Praxis in Pflegekonstellationen sehr unterschiedliche Handlungsformen und Orientierungen unabdingbar sind: Rationale Organisations- und Entlastungsstrategien, sachliche Kompetenzen, Empathie, emotionale Zuwendung, spontane Reaktionsmöglichkeiten, ethische Reflexionsfähigkeit und nicht zuletzt die Selbstsorge. Nur wenn dieses ganze Spektrum in Forschungsfragestellungen einbezogen wird, können Aussagen zu unterschiedlichen Akzentsetzungen von Frauen und Männern gewonnen werden. Diese würden sich vermutlich nicht mehr in ein Modell strikter Geschlechterpolarität einfügen lassen, sondern wären stärker differenziert nach unterschiedlichen Gruppen von Männern und Frauen und sich überschneidenden Handlungsorientierungen und Praxen. Exemplarisch weist die Untersuchung von Blüher (2004; 2005) in diese Richtung, indem sie idealtypisch zwei mögliche Pflegearrangements (von Frauen) beschreibt, die *eine* Tendenz sich verändernder – reflexiv werdender – geschlechtsspezifischer Orientierungen und Handlungsmuster im Kontext fürsorglicher Praxis ausweist. Instrumentalität und Rationalität sind keine männliche Domäne und schon gar nicht eine Qualität per se. Ohne genaue Kontextualisierung lässt sich nicht sagen, in welcher Weise sie einem Ethos fürsorglicher Praxis entsprechen, entgegenkommen oder widersprechen, als auch der Selbstsorge der Pflegenden wirklich Rechnung tragen.

Dennoch, es ist nicht zu übersehen, dass gegenwärtig häufiger die Distanzmöglichkeiten von Männern in Pflegesituationen betont werden, als die von Frauen. Die kleine qualitativ-empirische Studie von Senf über pflegende Männer formuliert als ein „überraschendes“ Resultat:

„...die Selbstverständlichkeit, mit der diejenigen Männer pflegen, die Pflege nicht delegieren. Die weitverbreitete Annahme, dass ‚Männer eh nur dann pflegen, wenn es keine andere Mög-

lichkeit gibt', muß sehr in Frage gestellt werden. (...) Sehr beeindruckend war auch der Umgang mit der Pflege und den damit verbundenen Problemen. Das Einhalten einer gesunden Distanz, u.a. durch das Schaffen von persönlichen Freiräumen, sowie die Organisation des Pflegeablaufs seien (...) exemplarisch hervorgehoben. Punkte die sicherlich nicht bei allen Männern zutreffen, die sich aber als Trend abzuzeichnen scheinen. Sicherlich haben Männer in einigen Aspekten günstigere ‚Startbedingungen‘ als pflegende Frauen. So haben Männer eben eher die Freiheit ‚Nein‘ zu sagen, sich Hilfen dazuzukaufen oder eben ihre Freiräume wahrzunehmen. Es wäre / ist jedoch fatal, ihnen genau dieses zum Vorwurf zu machen. Vielmehr handelt es sich hier um Verhaltensweisen, die einen gesunden und damit besseren Umgang mit dem Pflegeprozeß ermöglichen. ‚Besser‘ darf hier nicht als ‚Abwertung‘ der anderen Pflegenden verstanden werden, sondern als ‚Aufwertung‘ derjenigen, denen solche Verhaltensweisen gelingen.“ (Senf 1995:87)

Dieses Resümee ist durchaus nachdenkenswert. Es bleibt weiteren, umfangreicheren Forschungen vorbehalten, diese Thesen zu verifizieren und ein vermutlich vielschichtigeres Bild pflegender Männer und Frauen zu zeichnen.

V. 3. Familiäre und soziale Netzwerke

Harald Künemund und Betina Hollstein (2005) thematisieren und gewichten die kognitiven, emotionalen und instrumentellen Unterstützungspotentiale von Pflege- und Hilfebedürftigen auf der Basis vorliegender Daten aus dem Alterssurvey 2000. Sie zeigen, dass in allen Altersgruppen Familienangehörige vor nicht-verwandten Personen an erster Stelle stehen und zwar in folgender Rangfolge: (Ehe)Partner, Kinder, Freunde, Geschwister. Erst danach zeigen sich weitere Differenzierungen, je nachdem, um welche Art der Unterstützung es sich handelt. So können je nachdem Schwiegereltern oder auch Nachbarn an fünfter Stelle stehen. Alle anderen potentiellen Unterstützer (Enkelkinder, weitere Verwandte, Arbeitskollegen, bezahlte Helfer) befinden sich auf den hintersten Plätzen. (Ebd.:249)

Die Bedeutung der Kinder als Unterstützungspotential nimmt mit steigendem Lebensalter prozentual gesehen zu. Die Bedeutung der Freunde nimmt dagegen ab, der Anteil der Nachbarn bleibt jedoch relativ stabil. Bei den älteren Frauen spielen die Kinder für emotionale und kognitive Unterstützung eine fast ebenso große Rolle wie der (Ehe)Partner. Sie beginnt bereits auf einem deutlich höherem Niveau als bei Männern, die zunächst in jüngeren Jahren solche Unterstützung fast ausschließlich bei der Partnerin suchten. (Ebd.:251)

Dieser Befund korreliert mit der Beobachtung, dass vor allem die Beziehungen der Töchter zu ihren Müttern im Lebensverlauf intensiver werden (vgl. Kap. IV.3., V.1.). Deshalb ist die Bereitschaft zur Hilfe und Pflege für viele Frauen selbstverständlich und nicht nur eine plötzlich entstehende Frage der Verantwortung oder normativen Verpflichtung.

Künemund/Hollstein (2005) stützen mit weiteren Angaben implizit diese These. Sie verweisen auf eine „geschlechtsspezifische Arbeitsteilung in den Unterstützungsnetzwerken“: „z.B. geben bei der Frage, an wen man sich bezüglich Rat bei persönlichen Entscheidungen wenden könnte, in allen Altersgruppen Frauen häufiger weibliche als männliche Verwandte, Männer hingegen häufiger männliche als weibliche Verwandte an“ (ebd.:251). Es gibt eine Ausnahme: bei kognitiver Unterstützung wenden sich die 55-65jährigen Frauen leicht häufiger an ihre Söhne, als an ihre Töchter. Bei instrumentellen Hilfen kann es sehr verschieden sein, so werden bei Tätigkeiten, die z.B. als ‚weiblich‘ gelten, eher Frauen genannt.

„Bei emotionaler Unterstützung können wir hingegen – zumindest bei Eltern und Kindern – eher von einer weiblichen Domäne sprechen: Männer und Frauen in allen Altersgruppen nennen häufiger Mütter als Väter und Töchter häufiger als Söhne.(...) Man muss also zwischen vier verschiedenen Mustern geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung unterscheiden: Unterstützungsleistungen, für die eher Frauen in Betracht gezogen werden, solche, für die eher Männer in Frage kommen sowie Unterstützungsleistungen, für die eher Personen des gleichen oder anderen Geschlechts herangezogen werden.“ (Ebd.:252)

Künemund/Hollstein (2005) zeigen zusammenfassend, dass in den kommenden 30 Jahren „nicht von einem dramatischen Rückgang der durchschnittlichen Zahl der Kinder oder Geschwister der dann Älteren zu rechnen ist“. Sie sehen zwar auch, dass die Anzahl der Älteren wie auch ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung zunehmen, und entsprechend auch die Anzahl der älteren Alleinlebenden und Pflegebedürftigen steigen wird. „Diese Situation wird aber kaum durch einen zusätzlichen Anstieg der Partner-, Kinder- oder Geschwisterlosigkeit verschärft. (...) Über die behauptete ‚zunehmende Tendenz des Alleinlebens im Alter‘ (Schneekloth 1996:16) ist jedenfalls nicht endgültig entschieden.“ (Ebd.:266)

Diese Einschätzung ist insofern bedeutsam, weil Künemund/Hollstein ja zeigen, welche Bedeutung (Ehe)Partnern und Kindern (auch als häufigste faktische Helfer) bei den verschiedenen Unterstützungsleistungen zukommt. Mit einem Verfall der Familie sei ihrer Ansicht nach so schnell noch nicht zu rechnen, was auch die Befunde zur subjektiven Relevanz der Familie zeigen würden. Die Autoren weisen darauf hin, dass zwar die heute partner- und kinderlosen 70-85jährigen kleinere Unterstützungsnetzwerke hätten – mehr Unterstützung bräuchten aber primär die Personen ohne Ehepartner, weniger die Personen ohne Kinder. Die Untersuchung habe auch gezeigt, dass Geschwister und Enkelkinder relativ unwichtig wären.

„Wichtiger noch sind Freunde, und speziell hier haben die heute 40-45jährigen ein erheblich größeres Potential. Wenn man berücksichtigt, dass diese heute jüngeren Personen noch Gelegenheit haben, sich über ihre zukünftige Situation im Alter Gedanken zu machen, könnte man

salopp formulieren: die Situation ist ernst, aber nicht hoffnungslos.“ (Ebd.:267) Eine weiterreichende Prognose könnte aufgrund vorliegender Daten „nicht seriös“ formuliert werden.

Aktuelle Daten (2005) zu Haushaltsstrukturen der über 60 Jahre alten Männer und Frauen in Deutschland zeigen einen eindeutigen Trend: Leben 33,2% der 60-79-jährigen Frauen (Männer 15,0%) in Einpersonenhaushalten, so sind es bei den über 80jährigen bereits 69,4% (Männer 28,7%). Entsprechend geringer wird die Bedeutung der Zweipersonenhaushalte, allerdings nur für Frauen: 58,5% (Männer 72,1%) der 60-79jährigen, aber nur noch 22,6% (Männer 63,6%) der über 80jährigen Frauen leben in dieser Haushaltsform. Einen geringfügigen Anstieg der Vier- und Mehrpersonenhaushalte gibt es in der Gruppe der über 80-jährigen Frauen: 3,4% gegenüber 2,3% bei den 60-79-Jährigen. Dreipersonenhaushalte werden mit steigendem Alter bei beiden Geschlechtern seltener. (Roloff 2007:10)

Die geschlechtsdifferenzierten Haushaltsstrukturen sind somit besonders auffällig und bedeutsam für gegenwärtige und zukünftige Pflegekonstellationen. Gründe dafür sind nicht nur die längere Lebenserwartung und häufigere Verwitwung von Frauen: Männer heiraten im Alter auch häufiger als Frauen und leben öfters in nichtehelichen Partnerschaften (ebd., vgl. Kap. IV.). Da mehr als Zwei Drittel der hochaltrigen Frauen allein leben, dagegen aber nur weniger als ein Drittel der hochaltrigen Männer, ist das Risiko, bei Pflegebedürftigkeit nicht in der eigenen Wohnung versorgt werden zu können, für Frauen besonders groß. Laut Mikrozensus 2003 werden 41% der hochbetagten pflegebedürftigen Frauen und 27% der Männer stationär gepflegt; 86% der Bewohner von Pflegeheimen sind Frauen. (Ebd.)

Angesichts dieser Relationen und dem auffällig hohen Anteil allein lebender älterer Frauen ist die Frage schon bedeutsam, ob Pflege- und Hilfebedarf in der eigenen Wohnung zukünftig durch professionelle und informelle Netzwerke ausreichend geleistet werden kann, wenn Angehörigenpflege in vielen Fällen nicht möglich sein wird. Das sogenannte „Töchterpflegepotential“ wird sich bis zum Jahr 2030 verringern (vgl. Kap. IV.1., VI.2.) ohne dass eine Prognose über eine auch weiterhin steigende Pflegefähigkeit der Söhne abgegeben werden kann. Aber die Perspektive von Künemund/Hollstein wird auch von aktuellen Befunden bestätigt:

„Es ist vor allen Dingen der bemerkenswert großen und stabilen Leistungsfähigkeit der Familie geschuldet, dass in Deutschland der von der übergroßen Mehrheit der Betroffenen gewünschte Vorrang der häuslichen vor der stationären Pflege auch tatsächlich umgesetzt werden kann. (...) Auch zeichnen sich im Vergleich zur Situation zu Beginn der 90iger Jahre Veränderungen in den häuslichen Pflegearrangements ab, die zeigen, dass sich in der ‚Helferkultur‘ in Deutschland etwas bewegt und neue Formen der Organisation der Hilfe- und Pflege sich zu entwickeln beginnen (tendenziell mehr männliche pflegende Angehörige, Pflegeleistungen aus Nachbarschaft und Bekanntschaft, individuelle Arrangements mit verschiedenen privaten und professionellen Akteuren etc.), welche angesichts der im Zuge des demografi-

schen Wandels eher schrumpfenden familiären Potenziale in Zukunft sehr bedeutsam werden dürften. Eine große Herausforderung der Altenpolitik besteht darin, diese Trends weiter aktiv zu unterstützen und zu fördern. Hierbei sollte allerdings auch nicht übersehen werden, dass die heute ebenfalls geführten Debatten um eine stärkere Integration von älteren Menschen in die Arbeitswelt bzw. die geforderte Verlängerung der Lebensarbeitszeit zum Zwecke der Entlastung der Sozialversicherungssysteme an dieser Stelle natürlich auch zu Zielkonflikten führen kann.“ (Schneekloth/Wahl 2006b: 244)

Diese hier skizzierten Prognosen werden an späterer Stelle (Kap. VI.2.) ausführlich diskutiert und gewichtet.

V. 4. Bedingungen der Selbstbestimmung – Einflüsse des Milieus

„Bemerkenswert ist zunächst, dass besondere Risiken für die Selbstbestimmung gerade dann entstehen, wenn die landläufig noch immer als ideal geltende Norm, die pflegebedürftigen Eltern in den Haushalt der Kinder aufzunehmen und dort zu versorgen, erfüllt wird. Bei einem solchen Arrangement begeben sich die Pflegebedürftigen in eine starke Abhängigkeit, die ihre Entscheidungsspielräume abhängig vom guten Willen ihrer (Schwieger-)Kinder macht. Besonders gute Chancen für selbstbestimmte Entscheidungen haben demgegenüber Pflegebedürftige, die in ihrem eigenen Haushalt leben, insbesondere, wenn sie zusätzlich über ein weit verzweigtes soziales Netzwerk verfügen, aus dem sie zuverlässig Unterstützung aller Art mobilisieren können.“ (Heusinger/Klünder 2005:273)

Das Forschungsprojekt von Heusinger/Klünder (2004, 2005)⁴⁴ konzentriert sich auf die Fragestellung, ob die – auch vom Gesetzgeber betonten – Vorteile häuslicher Pflege, Individualität und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen, überhaupt garantiert wären. Die Autorinnen konstatieren: „Tatsächlich ist bislang aber kaum untersucht worden, inwieweit Pflegebedürftige Zuhause ihr Geschick selbst bestimmen und wovon ihre Selbstbestimmungsmöglichkeiten abhängen.“ (Ebd. 2004:183)

Pflegearrangement wird in Anlehnung an Blinkert/Klie (1999:20) verstanden als Bündel unterschiedlicher Pflege- und Hilfeleistungen. Als Steuerungsverhalten werden Aushandlungsprozesse über die Ausgestaltung von Pflege und Alltag bezeichnet. Faktoren dafür sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die Beziehungen der Beteiligten zueinander sowie die individuellen Bewältigungsstrategien.

„Darüber hinaus ist jedes Pflegearrangement in konkrete materielle, soziale und ethische Gegebenheiten eingebettet, die – so unsere Hypothese – das Steuerungsverhalten prägen.(...) Die Kombination aus Einstellungen und sozioökonomischer Situation wird im Konzept der sozialen Milieus zusammen gefasst.“ (Ebd.:184)

⁴⁴ DFG-Forschungsprojekt „Steuerungsverhalten in häuslichen Pflegearrangements im Vergleich zwischen den alten und neuen Bundesländern“ (Leitung: Dr. Marianne Heinemann-Knoch, Institut für Gerontologische Forschung e.V., Berlin)

Die Autorinnen präsentieren erste qualitative Auswertungsergebnisse, die den Einfluss des sozialen Milieus auf das Steuerungsverhalten im Vergleich festhalten. Mit Blick auf die Geschlechterfrage wird davon ausgegangen, dass die bei den älteren Generationen überwiegend anzutreffenden traditionellen Vorstellungen über differente Geschlechterrollen auch milieuübergreifend feststellbar sein werden. Dennoch würden diese sich jeweils spezifisch (typisch) ausdrücken (ebd.:189). Im vorliegenden ersten Forschungsbericht werden diese jeweils typischen Ausprägungen jedoch nicht näher dargestellt.

Dennoch zeichnet sich ab, dass mit diesem Projekt interessante Unterschiede zwischen verschiedenen sozialen Milieus feststellbar sind, die sich auf die Frage der Selbstbestimmung Pflegebedürftiger und ihren Einfluss auf Aushandlungsprozesse (Steuerungsverhalten) beziehen. Unterschiede betreffen vor allem die Aspekte Informationsniveau, Konsumentenorientierung, Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln, Nutzung vielfältiger Hilfen, Netzwerke praktischer Unterstützung und materielle Ressourcen. Ein wichtiger Unterschied zum Thema Selbstbestimmung wird hiermit angesprochen:

„Auf praktische Unterstützung aus einem vergleichsweise großen Netzwerk können sich vor allem Pflegebedürftige aus dem Traditionsverwurzelten Arbeiter- und Bauernmilieu der neuen Bundesländer und des Traditionellen Arbeitermilieus (West) stützen. Allerdings haben sie oft weniger kognitive und materielle Ressourcen, um ihre Unterstützung anders abzusichern. Deshalb sind die Pflegebedürftigen in diesem Milieu besonders abhängig von der Bereitschaft der Pflegepersonen, Selbstbestimmung zuzulassen.“ (Ebd.:194)

Wenn dieses Netzwerk ausfällt, kommt es zu „prekären Situationen“. „Für Pflegebedürftige der gehobenen Milieus, die es gewohnt sind, Hilfen zu kaufen, wirken sich dagegen eher mangelnde finanzielle Mittel als limitierender Faktor für eine selbstbestimmte Alltagsgestaltung aus.“ (Ebd.) Andere wichtige Unterschiede werden zum Thema Steuerungsverhalten festgestellt:

„Im Bereich Pflegeorganisation ist die Kundenmentalität im gehobenen und kleinbürgerlichen Milieu stärker ausgeprägt. Im Bereich pflegerische Versorgung werden in der Regel Wünsche und Bedürfnisse zum Ausdruck gebracht. Der Einfluss professioneller Pflegekräfte ist insgesamt gering, er wird insbesondere bei allein und isoliert lebenden Pflegebedürftigen bedeutsam. Im Bereich Alltagsgestaltung steuern fast alle Pflegebedürftigen zumindest mit. Die Steuerung hängt hier milieunabhängig vor allem von den „zuvor eingespielten Aushandlungsmodalitäten ab“. (Ebd.:195)

Unterschiede finden sich je nach Wohnsituation: bei zusammen lebenden Ehepaaren anders als bei Pflegebedürftigen, die bei den Kindern oder allein wohnen. Die Steuerungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen in diesen Konstellationen sind abhängig von der Einstellung und Bereitschaft der Pflegepersonen.“ (Ebd.)

Thematisiert werden sollte hier allerdings auch die Frage der Möglichkeiten, die im Begriff „Bereitschaft“ ja nicht aufgehoben sind.

„Es hat sich gezeigt, dass Pflegebedürftige in den verschiedenen sozialen Milieus mit unterschiedlichen Voraussetzungen für Selbstbestimmung umgehen müssen. Zur Erklärung der Unterschiede in Pflegeorganisation und Selbstbestimmung müssen allerdings über das Milieu hinaus auch die anderen Einflussfaktoren einbezogen werden: Für manche Pflegebedürftige ist beispielsweise die Steuerung ihres Pflegearrangements ein wichtiges Element ihrer Bewältigung der Situation. Bei anderen dominiert die Beziehungsgeschichte/gelebte Beziehung alle anderen Einflussfaktoren.

Insgesamt belegen die bislang vorliegenden Ergebnisse des Forschungsprojektes, dass ohne einen differenzierten Blick auf die jeweiligen Probleme und Ressourcen das Ziel einer menschenwürdigen, dem Ziel der Selbstbestimmung verpflichteten Versorgung Pflegebedürftiger auch im häuslichen Bereich nicht erreicht werden kann. Die gezielte Anpassung von Unterstützungsangeboten an die jeweiligen Stärken und Schwächen der sozialen Milieus ist dabei ein wichtiger Baustein.“ (Ebd.:196)

Eine neuere Untersuchung, die jedoch nicht milieuspezifisch differenziert, zeigt, wie fragil die Möglichkeiten von Selbstbestimmung und Selbständigkeit in häuslichen Pflegearrangements sind:

„Unsere Untersuchung zeigt, dass die familiären Leitlinien häuslicher Hilfe und Pflege andere sind als die professionellen, da der häusliche Hilfe- und Pflegeprozess durch Privatpersonen nicht mit dem qualitätsgeleiteten Anspruch geleistet wird, Hilfe- und Pflegebedürftige gezielt und bewusst in ihrer selbständigen Lebensführung zu unterstützen und sie in den Unterstützungsprozess aktiv miteinzubeziehen. Vielmehr wird der familiäre Unterstützungsprozess vor allem danach positiv bewertet, ob die emotionale Chemie stimmt. Es dürfte daher schwierig sein, der privaten häuslichen Hilfe und Pflege Qualitätsnormen wie die „Förderung von Selbständigkeit und Selbstbestimmung“ vorzugeben und diese durchzusetzen, aber auch Belastungen von Privatpersonen durch rationale Planung und Gestaltung der Hilfe- und Pflege abzubauen.“ (Heinemann-Knoch et.al. 2006:158)

V.5. Zusammenfassung und Fazit

Es wurde bereits mehrfach deutlich, dass Töchter in der Bundesrepublik Deutschland ein bedeutendes Pflegepotential darstellen. Auch wenn die Söhne zunehmend in der Elternpflege präsent sind, würde ohne pflegende Töchter eine große Versorgungslücke im Bereich der häuslichen Pflege entstehen. Da im Unterschied zur (Ehe)Partnerpflege, pflegende Töchter weit eher der „Sandwich-Generation“ und den „jungen Alten“ angehören, also oftmals gleichzeitig im Erwerbsleben integriert sind und/oder noch heranwachsende Kinder betreuen, ergeben sich spezifische Problemkonstellationen in diesem Kontext, die von sozialpolitischer Relevanz sind. Viele der angesprochenen Aspekte sind auch auf die Situation pflegender Söhne übertragbar.

Viele AutorInnen kritisieren die enge Verzahnung von Pflegeversicherung und häuslicher Pflege. Die Leitbilder der Pflegeversicherung "Wirtschaftlichkeit", "Vorrang der häuslichen Pflege" und "ambulant vor stationär", hätten zur Einführung der Pflegeversicherung sicher Sinn gemacht, sie würden heute jedoch zunehmend reflexionsbedürftig. Kritisiert wird insbesondere aus sozialpädagogischer und gerontologischer Perspektive: "Indem den alten Menschen einerseits ein moralisches Recht auf Souveränität, andererseits ein Recht auf mütterliche / töchterliche Versorgung zugesprochen wird, geraten sie selbst und ihre Angehörigen in eine Falle von Macht, Schuld und Hilflosigkeit" (Gröning et.al. 2004b:143). Gröning et.al. vertreten besonders pointiert die These, dass mit dem Pflegeversicherungsgesetz die „Regressionen und nicht die Entwicklung neuer Antworten verstärkt worden sind. Pflegebereitschaft ist zwar im Kern ein wichtiges moralisches Potential von Familien, sprich Frauen. Pflegebereitschaft kann sich aber zur Pflegefalle entwickeln, wenn sie sich vorwiegend auf den 'Familienroman' und auf damit einhergehende Familienideologien stützt" (ebd.).

Die Literaturübersicht zeigt allerdings, dass die Pflegekonstellation Mutter-Tochter nicht per se als positives Beispiel für ein „Ethos fürsorglicher Praxis“ angesehen werden kann, da sie oftmals von vielfältigen, alten und neuen, vielfach unbewussten Konfliktzonen bestimmt ist, die die Pflegesituation belasten. Bevormundung als auch Überfürsorglichkeit können so Ausdrucksformen unreflektierter Pflegebeziehungen sein. Nichtthematisierte und unbewusste wechselseitige Abhängigkeiten verstellen die Chance freier und auszuhandelnder Entscheidungen bei entstehender Pflegesituation. Hinzu können unklare oder ambivalente Motivlagen pflegender Töchter zwischen Pflichtgefühl und Zuneigung kommen. Die Bedeutung normativer Motive, so vor allem die noch weit verbreitete Ansicht, Pflege sei „Frauensache“ und natürliche Pflicht der Tochter – gesellschaftlich-kulturell und familiär vermittelt – wird in vielen Untersuchungen angesprochen und sie scheint insbesondere für die Töchter eine schwer zu relativierende oder undurchschaute, fremdbestimmte „Bürde“ zu sein. Dass sie die Pflege der Mutter freiwillig und gern übernommen hätten, wird noch nicht einmal von jeder zweiten pflegenden Tochter zum Ausdruck gebracht. Die meisten Töchter empfinden die Pflegeübernahme als „selbstverständlich“ im Sinne eines komplexen, durchaus auch diffusen Motivbündels, das normative, rollenspezifische, altruistische, emotionale u.a. Aspekte umfassen kann.

Wissenschaftliche Befunde weisen darauf hin, dass nur überwiegend positive Beweggründe die Pflegenden in die Lage versetzen, die Pflege länger und besser durchzuführen. Als positive Motive werden eingeschätzt: Liebe oder Zuneigung, etwas zurückgeben wollen; Vermeidung von Schuldgefühlen; gerne jemandem helfen; Verantwortungs- oder Pflichtgefühl; Selbstvertrauen; Sinngebung und Lebensziel; Kontaktbedürfnis; Glaubensüberzeugung. Als

negative Bedingungen und Motive gelten dagegen: Eine schlechte Beziehung zum Angehörigen, eigener schlechter Gesundheitszustand, anderweitige Verpflichtungen, der Wunsch, einem Beruf zu entfliehen, die Verfügbarkeit besserer Alternativen, die Hoffnung auf Erbe, Geld oder einen finanziellen Vorteil, eine mangelnde Zustimmung, ein früheres Versprechen, die Vermeidung einer Verurteilung durch andere. Dabei wird festgehalten, dass manche Motive nicht von vornherein als positiv oder negativ bewertet werden könnten, dass sie sich auch im Verlauf der Pflege in ihrer Intensität verändern könnten.

Überwiegen die negativen Motive und Bedingungen, so besteht die Gefahr, dass die Pflege lieblos wird. Es existiert sowohl das Risiko der Verwahrlosung als auch der seelischen und/oder körperlichen Misshandlung – beispielsweise Quälen und Schlagen – der pflegebedürftigen Person. Zudem verdichten sich die Hinweise, dass bei überwiegend negativen Motiven und Bedingungen die Pflege als besonders belastend empfunden wird.

Aber auch Pflegekonstellationen, die von überwiegend positiven Gefühlen der pflegenden Tochter bestimmt sind, können zu einer Überforderung führen, da die eigenen Grenzen unter Umständen nicht gesehen und überschritten werden. Häufig wird in der Literatur das Thema der fehlenden „Selbstpflege“ angesprochen, da es auf das Risiko verweist, dass die Pflegebelastungen in ihrem tatsächlichen und oft selbstzerstörerischen Ausmaß nicht wahrgenommen werden. Nach den häufigen Befunden, dass viele Pflegenden kaum einmal etwas tun, „was ihnen guttut“ und zur „Selbstaufgabe“ neigen, lässt sich nur hoffen, dass das Thema Selbstpflege (auch als Voraussetzung qualitativ guter Pflege) eine stärkere Bedeutung im Selbstverständnis (potentiell) pflegender Töchter bekommt. Gerade auf die subjektiven Probleme des Nicht-Loslassen-Könnens, der Überfürsorglichkeit, der fehlenden Distanz und der Verschmelzung, wird in der Forschungsliteratur immer wieder hingewiesen. Die mit der Pflege verbundenen Aufgaben führen manchmal zur „Lebens-Aufgabe“. Dem korrespondiert, dass fast durchgängig die geringe Unterstützung pflegender Töchter durch Ehemänner/ Partner, aber auch Brüder festgestellt wird. Es ist aufgrund der Literaturlage schwer zu sagen, ob dies nur auf die traditionelle Verantwortungslücke im männlichen Selbstverständnis verweist oder ob pflegende Töchter nicht auch mitunter dazu neigen, den pflegerischen Verantwortungsbereich umfassend zu „besetzen“. Für letztere These spricht auch der Befund, dass die Transition zur pflegenden Tochter oftmals schon Jahre vor dem aktuellen Pflegefall einsetzt. Die Tochter hat in diesem Fall innerlich und meist unbewusst schon allmählich die Rolle der zuständig Sorgenden und Pflegenden eingenommen, bevor eine bewusste Entscheidung verlangt wird. Die Tatsache, dass im Rahmen der Pflegeversicherung sehr häufig die Geldleistung und nicht die Sachleistung gewählt wird, könnte in diesem Zusammenhang interpretiert werden.

Trotz Einschränkungen und Belastungen wird allerdings die Pflege häufig positiv erlebt. Die Pflegeerfahrung kann als eine der „inhaltsreichsten“ und „intensivsten“ des Lebens geschildert werden. Dies ist gebunden an die existierende oder sich entwickelnde gute Beziehung zur pflegebedürftigen Person. Betont werden Erfahrungen der Gegenseitigkeit, das Gefühl „gebraucht zu werden“, etwas besonderes zu leisten, die Befriedigung, zum Wohlbefinden der Eltern beizutragen, der Stolz auf die geleistete Arbeit, die Befriedigung, eine Heimeinweisung verhindert zu haben, die Freude über die Anerkennung durch die pflegebedürftigen Person und das unmittelbare Umfeld. Für ledige und verwitwete Frauen kann die Pflege der Mutter zum „Lebenssinn“ werden. Hier klingt etwas an, was zum „Ethos fürsorglicher Praxis“ zählen könnte: Es kann eine eigene Freude sein, zum Wohlbefinden des anderen beizutragen. Diese Freude entsteht aber nur, wenn die fürsorgliche Praxis angenommen, im Kontext der Beziehungsstruktur positiv erwidert und transparent „ausgehandelt“ wird. Bei einer unbefriedigenden, konfliktgeladenen Mutter-Tochter-Beziehung würde dieses Wechselspiel nicht entstehen können, weil beide Personen sich nicht „erreichen“. Die Gabe, die Sorge, die Hilfe kommt nicht an, und/oder: sie kann mit den falschen Signalen versehen sein, Bedürfnisse verfehlen oder so wahrgenommen werden.

Mehrere Befunde weisen inzwischen darauf hin, dass sich Pflegearrangements verändern. Neben dem Modell sich umfassend und alleinverantwortlich fühlender pflegender Tochter wird ein Modell geteilter Verantwortung sichtbar. Schon 1985 konstatierten Hedke-Becker & Schmidtke, dass diejenigen Frauen die Pflege am besten bewältigen, die viele rationale und emotionale Entlastungsstrategien entwickeln, eine gewisse Anerkennung ihrer Leistung erfahren, über finanzielle Ressourcen verfügen, keine Sorgen haben und sich viele Hilfsmittel leisten können. Zu den rationalen Bewältigungsstrategien zählt, Entlastung zu organisieren, z.B. durch Pflegedienste, durch Mithilfe des Ehemannes, durch Freunde, Bekannte, Verwandte u.a. Neuere empirische Befunde, die traditionelle „Verpflichtungsarrangements“ (Pflege als Schicksal) von „Autonomiearrangements“ (Pflege als Aufgabe) unterscheiden, stützen diese These (Blüher 2004). Entscheidend ist hierbei, dass sich die „Deutung“ der Verpflichtung ändert: beim „Autonomiearrangement“ präjudiziert die Verpflichtung zur Hilfe kein häusliches Pflegearrangement, das an traditioneller „Alleinverantwortung“ anknüpft. Bedeutsam wird die offenere „Deutung“ der Verpflichtung, die damit verbundene Wahrnehmung von Alternativen und Freiräumen und das abgegrenztere und reflektiertere Verhältnis zum Thema Pflege. Der Unterschied zwischen beiden Formen der Verpflichtung liegt allerdings nicht – das soll hier betont werden – in einer emotional und moralisch distanzierteren Beziehung zwischen Mutter und Tochter.

Fürsorgliche Praxis von Männern – hier geht es vor allem um die Söhne – wird in der Literatur zunehmend thematisiert, empirisch erfasst und auch durch Erfahrungsberichte dokumentiert. Sie gerät teilweise erst dann in den Blick, wenn von keinem zu engen Pflegeverständnis ausgegangen wird. Auffällig ist der übereinstimmende Befund, dass es Männern in der Pflege offensichtlich eher als Frauen gelinge, Entlastung zu antizipieren und zu organisieren. Problematisch ist jedoch jede stark generalisierende Tendenz, Geschlechterdifferenzen zu verabsolutieren, wenn beispielsweise davon ausgegangen wird, dass Männer in der Pflege eher über einen instrumentellen Umgang und rationale Verhaltensweisen verfügten. Dennoch ist nicht zu übersehen, dass gegenwärtig häufiger die Distanzmöglichkeiten von Männern in Pflegesituationen betont werden, als die von Frauen. Diese Ebene bekommt auf dem Hintergrund der häufig als problematisch skizzierten Mutter-Tochter-Pflegekonstellationen allerdings ein anderes Gewicht, als die Ansätze, geschlechtsdifferente Handlungsoptionen einseitig zu generalisieren. Fehlende Distanzmöglichkeiten bei pflegenden Töchtern sind oftmals – wie deutlich werden sollte – mit dem normativen Gewicht jahrhundertealter Weiblichkeitsbilder beschwert und zudem durch besondere Ablösungsproblematiken innerhalb der Mutter-Tochter-Beziehung belastet. Fehlende Distanz kann aber auch reflektierter Ausdruck einer neu gesuchten Nähe sein. Alle vorschnellen Verallgemeinerungen sollten deshalb sehr kritisch hinterfragt werden. Denn auch die betonten Distanzmöglichkeiten der Söhne sind nicht a priori der Pflegesituation förderlich, wenn nicht gleichzeitig die Dimensionen der Nähe angesprochen und sichtbar werden. Noch nicht umfassend beantwortet und durch qualitative Vergleichsstudien belegt ist die Frage: Distanz in welcher Hinsicht? Welche Form der Distanz ist für alle an der häuslichen Pflegesituation Beteiligten förderlich? Es liegt auf der Hand, dass das Verhältnis von Nähe und Distanz in der Angehörigenpflege nicht in der Weise programmatisch und handlungsorientierend antizipiert werden kann, wie im Kontext professioneller Pflege.⁴⁵ Ein Ethos fürsorglicher Praxis im häuslichen Pflegekontext ist mit sehr zufälligen, individuellen, spontanen, unberechenbaren und undurchsichtigen emotionalen Bedingungen konfrontiert, die förderlich oder eben auch blockierend wirken können. Diese Unzulänglichkeit und Unberechenbarkeit des „Privaten“ führt zu der grundsätzlichen Überlegung, dass Pflegearrangements im Interesse aller Beteiligten auf einem Konzept geteilter Verantwortung beruhen sollten: aus einem Mix von familialer Hilfe und Pflege, ambulanten Diensten, teilstationären Angeboten und einem verlässlichen sozialen Netz, das zunehmend bedeutsamer wird. Aktuelle Daten weisen – wie deutlich wurde⁴⁶ – in diese Richtung.

⁴⁵ Vgl. dazu Kap. II.6.

⁴⁶ Vgl. Kap. III.

Für diese Perspektive spricht noch ein weiterer Befund: Neuere Untersuchungen zeigen, dass familiäre Pflegearrangements nicht in jedem Fall dem Anspruch, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen zu fördern, entsprechen können. Hierzu werden bedeutsame Unterschiede zwischen verschiedenen sozialen Milieus sichtbar. Andere Befunde zeigen, dass der häusliche Pflegeprozess weniger von pflegeethischen Normen bestimmt wird als von dem Bedürfnis, dass die „emotionale Chemie“ stimmt. Forscher sind skeptisch, der privaten häuslichen Pflege Qualitätsnormen wie „Förderung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung“ vorzugeben und diese durchzusetzen. Dies bedeutet in der Konsequenz, dass pflegebedürftige Menschen, die ihre Selbstständigkeit und Selbstbestimmungsmöglichkeiten wertschätzen, sich auf unterschiedliche Kulturen des Helfens (familiäre, professionelle, soziale Netze u.a.) beziehen müssen, um nicht einseitig in Abhängigkeiten zu geraten oder institutionellen Unzulänglichkeiten ausgeliefert zu sein. Vielleicht wird die Suche nach einem Mix von Alternativen leichter, wenn eingestanden wird, dass es *die ideale Pflegekonstellation*, die allen pflegeethischen und emotionalen Ansprüchen sowie professionellen Qualitätsnormen entspricht, *nicht geben kann*.

Welche Befunde lassen sich vor diesem Hintergrund zur Zukunft häuslicher Pflege finden? Mit dieser Frage befasst sich das nächste Kapitel.

VI. Zukunft häuslicher Pflege – Trends und spezifische Problem- bereiche

VI. 1. Neue und alte Probleme

„Insgesamt ist festzustellen, dass Angehörige für Pflegende nicht nur eine Ressource darstellen, sondern auch selbst als ‚Hilfebedürftige‘ angesehen werden müssen, da sie durch die Pflege einer Vielzahl von psychosozialen und körperlichen Belastungen ausgesetzt sind. Die Übernahme der Pflege bedeutet für Angehörige häufig eine enorme Einschränkung ihres sozialen Lebens und kann zu Isolation und Überforderung führen. Dabei spielt Gräßel (2000:88) zufolge die subjektiv empfundene Belastung für die Ausgestaltung der Pflegesituation eine besondere Rolle. Er fand heraus, dass Pflegende, die sich weniger belastet fühlen, die häusliche Pflege über einen längeren Zeitraum hinweg aufrecht erhalten, was eine Vermeidung bzw. Verkürzung von Pflegeheimaufenthalten bedeuten kann.“ (Reißmann 2005: 59)

Zu einem vergleichbaren Resümee kommen auch Jansen/Klie: „Pflegebezogene Risiken der Häuslichkeit, wie soziale Isolation, psychische Belastungsaufladung, verdeckte Gewalt, Mangelerscheinungen an öffentlichem, halböffentlichem, privat-familiärem und persönlichem Leben sind schärfer als bisher zu thematisieren.“ (1999:527)

Meier verweist auf familienzyklustypische Lebensstilanalysen (Blosser-Reisen 1997), mit denen die Notwendigkeit betont würde, in „sämtlichen Bereichen der ambulanten und statio-

nären Altenhilfe künftig ein deutlich ausdifferenziertes Spektrum der Integration von Selbst- und Fremdversorgung zu ermöglichen, sodass die Privatheit und Selbstbestimmung auch von hochgradig hilfe- und pflegebedürftigen Menschen im Alter gewahrt bleibt.“ (Meier 1999: 160)

"So kann etwa der zunehmende Ausbau und die Inanspruchnahme sach- und beziehungsorientierter professioneller Versorgungsangebote zu einem veränderten Verständnis von familialer Verpflichtung führen, das die 'Pflege der Pflegenden' stärker in den Blick nimmt (...) Nur die Formen familialer Verpflichtung wandeln sich. Was das Zurückwirken kontextbestimmter Pflegearrangements auf den regulierten Wohlfahrtsmarkt betrifft, so könnte hier eine zunehmend lebensweltlich orientierte Ausgestaltung öffentlicher Wohlfahrt in Betracht kommen, die dem Problem der Anschlussfähigkeit geschuldet ist: Öffentlich gewährleistete Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit, die um einen privat-familialen ('lebensweltlichen') Solidaritätskern herum angelegt ist, muss an die beziehungsorientierte familiale Handlungslogik anknüpfen (ohne sie je imitieren zu können) (...). Gleichsam in Umkehrung der Habermasschen These von der Kolonisierung der Lebenswelt durch das System, stellt sich hier die Frage, ob gerade im Bereich der Pflege von zwei gegenläufigen Entwicklungen gesprochen werden kann, nämlich von der Kolonisierung der Lebenswelt durch das System einerseits und der Kolonisierung des Systems durch die Lebenswelt andererseits." (Blüher 2004: 49f)

Insbesondere die Qualitäts- und Dokumentationsanforderungen, die "letztlich nur universell und standardisiert operationalisierbar sind", sind nach Blüher dem jeweiligen Einzelfall eher abträglich. Dies würde auch von den befragten Pflegekräften sehr deutlich gemacht. "Universelle Regelungsansprüche" müssten deshalb "korrigiert" werden, um "die Stärkung einer für alle Beteiligten langfristig tragfähigen familialen Sorge nicht zu gefährden". (Blüher 2004: 49)

„Als allgemeine Rahmenbedingung ist zunächst einmal der auch mit den Daten aus MuG III zu untermauernde Befund festzuhalten, dass seit Anfang der 90er Jahre die Anzahl der Pflegebedürftigen und Hilfebedürftigen weiter angestiegen ist. Die demografische Entwicklung in Deutschland hat zu diesem Anstieg geführt und es ist zu erwarten, dass sich dieser Trend auch in der Zukunft fortsetzt. Gleichzeitig ist es wichtig zu betonen, dass sich das (relative) Pflegerisiko in einzelnen Altersgruppen, insbesondere im Bereich der Hochaltrigkeit, in dem betrachteten Untersuchungszeitraum zwischen 1991 und 2002 nicht bedeutsam verändert hat. Es gibt vielmehr empirische Hinweise dafür, dass sich die Selbständigkeitspotenziale insbesondere bei hochaltrigen Frauen in den letzten 10 Jahren sogar verbessert haben.

In der gesellschaftspolitischen Perspektive ist es wichtig, diese ausgeprägte Differenziertheit in den Hilfe- und Pflegebedürftigkeitstrends sowie hinsichtlich der unterschiedlichen Formen des Alterns eingehend zu würdigen. Von daher sollte auch die auf Grund der demografischen Entwicklung absehbare Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen stets vor dem Hintergrund der sich gleichzeitig abzeichnenden Verbesserungen in der Alltagskompetenz alter Menschen gesehen werden. Noch einen Schritt weitergehend lässt sich sagen, dass die Möglichkeiten, präventiv eine Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder aber vorhandene Beeinträchtigungen zu kompensieren, noch nie so gut wie heute waren. Die Erhaltung entsprechender Potenziale bis ins (hohe) Alter sollte deshalb so intensiv wie möglich gefördert werden. Neben einer an persönlicher Gesundheit, Selbständigkeit, Aktivität und sozialer Eingebundenheit orientierten Lebensführung ist es ebenfalls wichtig, dass im Falle von auftretenden Beeinträchtigungen im Alter, etwa bei chronischen Erkrankungen oder z.B. auch als Folge eines

Unfalls, den Betroffenen und deren Angehörigen ein niederschwellig zugängliches Beratungsangebot verfügbar ist, das die Möglichkeiten des Erhalts von Selbständigkeit aufzeigt sowie geeignete Hilfeangebote vermittelt. Die MuG III Befunde zeigen, dass insbesondere diese Angebote heute in Deutschland noch immer nicht umfassend, flexibel, passförmig und reaktionsschnell genug ausgebaut sind. Als besonders problematisch erweist sich hierbei auch die nach wie vor vorhandene scharfe Trennung von häuslicher und stationärer Pflege. Ein Übergang in eine stationäre Betreuung, z.B. als Folge einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes etwa nach einem Krankenhausaufenthalt oder im Falle einer krisenhaften Zuspitzung in der häuslichen Pflege, wirkt in der Regel als "Einbahnstraße", ganz unabhängig davon, ob im weiteren Verlauf ggf. auch wieder eine Lebensführung im eigenen Haushalt oder in einer sonstigen ambulanten Wohnform möglich wäre. Vieles spricht dafür, dass einer case management orientierten Beratung sowie der Schaffung von Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auch im Hinblick auf die Einführung des Fallpauschalen-Systems (DRG) in Deutschland eine wichtige Rolle zufallen wird. So kann etwa eine umfassende Nachbetreuung von alten Patienten/innen nach (relativ kurzem) Krankenhausaufenthalt in Zukunft zu einem möglicherweise entscheidenden Instrument dafür werden, bei vorhandener Pflegebedürftigkeit eine vorschnelle bzw. nicht mehr rückgängig zu machende Übersiedlung in ein Heim zu vermeiden.“ (Schneekloth/Wahl 2006b:243)

Diese zuletzt formulierte Prognose wird auch von anderen Experten gestützt. Offen bleibt dabei jedoch die – vermutlich nicht abschätzbare – quantitative Gewichtung von Auswirkungen des Strukturwandels im Gesundheitssystem, insbesondere des Fallpauschalen-Systems (DRG), das ja nicht nur ältere Menschen betrifft, sondern grundsätzliche alle.

Manzeschke und Pelz untersuchen die Auswirkungen des Fallpauschalensystems auf Prozesse medizinischer und pflegerischer Versorgung im klinischen Alltag. Sie zitieren exemplarisch ein Interview mit einer Stationsleiterin, das relevante Aussagen im Hinblick auf bedeutsamer werdende häusliche Pflege enthält:

„...dass die Patienten nur eine bestimmte Liegezeit eigentlich haben, auch das ist ja so festgelegt. Das steuern eigentlich die Ärzte, so das wir das eigentlich nur am Rande so mitbekommen, aber dass eben schon einmal gesagt wird, ‚Also wenn er jetzt stationär bleibt, dann muss er mindestens so viele Tage bleiben, damit man diese DRG abrechnen kann‘. Andersherum genauso wenn er da liegt ‚Ja, also jetzt ist so langsam die DRG aufgebraucht‘. So ungefähr, man muss jetzt sehen, dass man den Patienten wieder in die häusliche Versorgung zurückschicken kann. ...Und das ist jetzt schon anders, also wir entlassen auch Patienten mit großen offenen Wunden, die dann eben von den ambulanten Pflegediensten weiter versorgt werden.“ (Interviewaussage in Manzeschke/Pelz 2006: 59)⁴⁷

Mit dieser hier angesprochenen Tendenz zu verfrühten und schnellen Klinikentlassungen kommt ein zusätzlicher, schwer kalkulierbarer Verantwortungsbereich auf Familien, Lebensgemeinschaften und soziale Netzwerke zu:

⁴⁷ Diese Aussage wird auch von anderen Experten bestätigt: Eine Krankenschwester sprach im Rahmen einer Fachtagung davon, dass eine Auswirkung des Fallpauschalen-Systems sich beispielsweise darin ausdrücke, dass im Klinikalltag (ohne zynische Absicht) von „blutigen Entlassungen“ gesprochen werde. Der Arzt Till Bastian berichtet von konkreten Fällen, die vor allem die fatalen Auswirkungen für alte Menschen mit Knochenbrüchen deutlich machen, Süddeutsche Zeitung 18.1.2007, S.2.

„Seit geraumer Zeit zeichnet sich ab, dass sich die für die Gesundheitsarbeit typischen Handlungen wie Pflegen, Betreuen, Beraten, Fördern und Unterstützen sowie Diagnostizieren und Therapieren in der realen subjektiv erlebten Lebens- bzw. Betreuungssituation der betroffenen Menschen überschneiden und sich zugleich zunehmend aus dem Arbeitsfeld der Kliniken und Krankenhäuser in den ambulanten und häuslichen, vorzugsweise familiären Bereich verlagern. Damit übernehmen vor allem Familienangehörige in steigendem Maße pflegerische und andere betreuende Aufgaben.“ (Beier 2003:9)

VI. 2. Schwindendes häusliches Pflegepotential ? – Pflege, eine Angelegenheit der ‚ganzen‘ Familie, professioneller Dienste und sozialer Netzwerke

„Im Kern ist es der überragenden ‚Leistungsfähigkeit‘ der Familie bzw. der entsprechenden privaten Netzwerke geschuldet, dass in Deutschland auch im Falle von Pflegebedürftigkeit die Fortsetzung einer Lebensführung ‚in den eigenen vier Wänden‘ möglich ist. Mit einem Anteil von 92 % erhält fast jeder häuslich betreute Pflegebedürftige private Hilfeleistungen aus der Familie oder der Bekanntschaft.“ (Schneekloth 2006a:25f.)

Mit diesem aktuellen Befund (ausführlich in Kap. III.3) wird eine relative Stabilität seit den frühen 1990er Jahren bestätigt, die sich darin zeigt, dass auch in

„unserer durch das Altern geprägten Gesellschaft die grundlegenden Potenziale vorhanden sind, um die damit einhergehenden Probleme etwa im Bereich der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu meistern. Grundsätzlich gilt, dass nach wie vor Hilfe- und Pflegebedürftige aller Schweregrade in privaten Haushalten gepflegt und betreut werden. Für zwei von drei Pflegebedürftigen bleibt auch heute der Privathaushalt der Ort, in dem die Versorgung und Betreuung geleistet wird. Der sowohl von den Betroffenen als auch von deren Angehörigen mehrheitlich gewünschte ‚Vorrang‘ einer häuslichen vor einer stationären Pflege ist in Deutschland auch heute gelebte Realität.“ (Schneekloth 2006a:23f.)

Diese und andere Befunde rücken zumindest für die Gegenwart all jene skeptischen Zeitdiagnosen zurecht, die von einem zunehmenden Zerfall innerfamiliärer Solidaritätsstrukturen und Bindungen ausgehen.

„Es ist nicht so, dass die Älteren von ihren Familienangehörigen heute ‚im Stich‘ gelassen oder gar ‚abgeschoben‘ würden – das Zusammenleben mehrerer Generationen unter einem Dach oder in unmittelbarer Nachbarschaft ist wesentlich stärker verbreitet, als es rein haushaltsbezogene Daten vermuten ließen, und die intergenerationellen Beziehungen sind weitgehend intakt. Kinder und Eltern fühlen sich eng miteinander verbunden, sehen häufig miteinander in Kontakt und unterstützen sich gegenseitig mit finanziellen und immateriellen Hilfeleistungen. Die intergenerationelle Solidarität nimmt über die Altersgruppen nicht ab, ganz im Gegenteil. (...) Wenn das publizistische Gerede von einem ‚Krieg der Generationen‘ hier neue Konflikte nicht erst schafft, ist nicht zu erwarten, dass uns die nähere Zukunft Heerscharen von vereinsamten, alleingelassenen und hilfebedürftigen Älteren bringt. In diesem Kontext wäre ohnehin in Rechnung zu stellen, dass (...) viele Ältere produktiv etwas für die Gesellschaft leisten und nicht pauschal als Kostgänger des Sozialstaats (...) diffamiert werden dürfen.“ (Kohli/ Kühnemund 2005:369; vgl. auch 7. Familienbericht, BMFSFJ 2006b)

Auch für Meier (1999:163) ist die Beschreibung einer „multilokalen Mehr-Generationen-Familie“ mit einer Vielzahl von Kontakten zwischen Eltern, Kindern und Großeltern zutref-

find. Im Alter sind Wohnformen im generativen Kontext relevant, die Meier als „Intimität auf Distanz“ bezeichnet. Die generationsübergreifende Solidarität findet darin ihren Ausdruck, dass sich die räumliche Entfernung zwischen Kindern und Eltern reduziert, wenn die Eltern älter werden oder wenn ein besonderer Unterstützungsbedarf entsteht (Lange/Lauterbach 1997; Meier 1999). Meier verweist jedoch auch auf neuere Forschungen, die zeigen, dass generationsübergreifende Beziehungen durchaus eine ambivalente Struktur aufweisen (können). Damit spricht sie auch den Stress überforderter Betreuungspersonen an, insbesondere den der Töchter und Schwiegertöchter. Entsprechend thematisiert sie wie andere Autoren den notwendigen, umfassenden Hilfebedarf für alle Beteiligten (ebd.: 164).

Gröning et al. rücken insbesondere den in Modernisierungstheorien oftmals konstruierten Gegensatz von Individualisierung und moralischer Bindung zurecht. Empirisch nachweisbar sei, dass trotz aller Individualisierungs- und Pluralisierungstendenzen die Generationensolidarität und die Bereitschaft der Familien insbesondere im Hinblick auf die Übernahme von Pflegeverantwortung angesichts hilfebedürftiger Eltern ungebrochen ist. Die Pflegebereitschaft sei weniger abhängig von den Entwicklungen in einer modernen Gesellschaft, sondern zeige vielmehr Loyalität und Wiedergutmachungswünsche gegenüber den alten Eltern: "Es sind also nicht die modernen und gebildeten Kinder, die ihre Eltern nicht pflegen wollen, sondern es sind die gekränkten, die nicht gesehenen oder in infantile Gefühle verstrickten Kinder" (2004b:31).

Blinkert/Klie (2005) können jedoch durch eigene empirische Untersuchungen einen zunehmend bedeutsamer werdenden Zusammenhang von Pflegebereitschaft und sozialer Milieugehörigkeit feststellen:

„Die geringste Bereitschaft zum Selberpflegen konnte bei einem hohem sozioökonomischen Status und bei einem modernen Lebensentwurf beobachtet werden, also im ‚liberal-bürgerlichen Milieu‘. Die größte Bereitschaft zum Selberpflegen bestand dagegen im ‚traditionellen Unterschicht-Milieu‘, also bei Personen mit einem niedrigen Sozialstatus und einem eher vormodernen Lebensentwurf.“ (Ebd.:303f.)

Die Autoren argumentieren, dass bei den befragten 40- bis 60-Jährigen „nicht moralische Erwägungen eine Rolle spielen, sondern Kostenerwägungen. (...) Rund 75 Prozent begründeten ihre Entscheidung in einer Dilemma-Situation durch Überlegungen, die etwas mit Kosten zu tun haben“ (ebd.:304). „Opportunitätskosten“ – die möglicherweise entgangenen ökonomischen, sozialen und kulturellen Chancen bei Pflegeübernahme – stehen dabei an prominenter Stelle, allerdings überwiegend in den „mittleren und höheren Milieus“ (ebd.:304f.). Diese Vorstellungen von möglichem „Verlust“ können verstärkt sein durch einen modernen Lebensentwurf, „wenn also der Anspruch auf Selbstverwirklichung, Emanzipation und berufli-

che Chancen auch zu einem wesentlichen Aspekt des subjektiven Bezugsschemas geworden ist“ (ebd.:305). Im Zentrum dieser Skizze stehen also *implizit* jene gut ausgebildeten und beruflich engagierten Frauen, die eher für eine stationäre Versorgung des pflegebedürftigen Angehörigen plädieren (würden). Diese Perspektive ist offensichtlich stark von der Vorstellung bestimmt, ein häusliches Pflegearrangement aufgrund mangelhafter infrastruktureller Bedingungen des professionellen, ambulanten Pflegesektors nicht realisieren zu können (ebd.:307ff.). Blinkert/Klie sehen zudem auf dem Hintergrund sozialen Wandels eine zunehmende quantitative Stärkung des liberal-bürgerlichen Milieus und des liberalen Mittelschichtmilieus und damit einen erheblichen Rückgang des informellen (weiblichen) Pflegepotenzials. Diese Tendenz verstärkt nach Einschätzung der Autoren den durch demografische Entwicklungen ohnehin bedingten, zukünftigen Mangel an familialen Pflegepotenzialen (s.u.). Der skeptische und sorgenvolle Blick auf die zukünftigen, demografisch und sozial bedingten Entwicklungen ist immer wieder wahrnehmbar. Das sogenannte "Töchter-Pflegepotential" (Rückert 1997:16) ist seit ca. 70 Jahren rückläufig. In der Literatur wird zumeist davon ausgegangen, dass sich diese Tendenz fortsetzen wird. Zur Erklärung wird auf die „Emanzipation“ der Frau, ihre zunehmende Erwerbstätigkeit, sinkende Geburtenraten und die damit verbundenen steigende Zahlen kinderloser Frauen verwiesen. Zudem wären die verstärkte geografische Mobilität jüngerer Generationen, neue Formen des Zusammenlebens und ein Wertewandel, durch den traditionell selbstverständliche, familiäre Versorgungs- und Unterstützungsleistungen schwinden würden, bedeutsam (ebd.: 7f.).

Notwendig für die Diskussion des immer wieder befürchteten weiteren Rückgangs „häuslichen Pflegepotentials“ ist zunächst eine nähere Betrachtung des sogenannten „Töchterpflegepotenzials“. Dieser (merkwürdige) Begriff gibt an, wie viele Frauen jüngeren Alters (z.B. zwischen 45 und 60 Jahren) auf 1000 ältere Menschen (z.B. im Alter von 65 und mehr Jahren) entfallen. Rückert (1999) verweist darauf, dass die Verhältniszahl des Töchterpotenzials im Ausland geprägt wurde und vom *Kuratorium Deutsche Altershilfe* (KDA) Anfang der 1990er Jahre aufgegriffen wurde, um den Ausbau der ambulanten Pflegedienste voranzutreiben. Ein sinkendes Töchterpflegepotenzial wurde schon seit längerer Zeit in den Nachbarländern thematisiert – dieses setzte erst mit einigen Jahrzehnten Verspätung in Deutschland ein (ebd.:148).

Rückert (1999) warnt vor einer Überbewertung, denn in der Verhältniszahl des Töchterpotenzials würde sich „vor allem der Rückgang der Kinderzahl pro Paar“ ausdrücken. Er verweist auf Schneekloth u.a. (1996), um auszuführen, dass meistens nur eine Person verantwortlich

pflegt, selbst wenn diese mehrere Geschwister hat. „Dabei wird nicht selten das schwächste Glied der Familie als Hauptpflegeperson erkoren (Olbrich u.a. 1994).“ (Ebd.:149)

„Wenn es zutrifft, dass in Zukunft mehr ältere Menschen als heute wenigstens ein Kind haben, dann hat möglicherweise der Rückgang der Töchterzahl insgesamt keine so gravierenden Auswirkungen auf das Ausmaß der familialen Pflegeleistungen wie bisher vom KDA angenommen (OECD 1994). Im Übrigen besteht zur Dramatisierung schon deshalb kein Anlass, weil das (recht willkürlich definierte) Töchterpflegepotenzial nach einem leichten Absinken bis zu den Jahren 2010 bis 2015 auf das heutige Niveau wieder ansteigt – erst nach diesem Zeitraum ist ein erneuter Rückgang zu erwarten.“ (Rückert 1999:149)

Berechnet man selbst das kuriose „Töchterpflegepotenzial“ wie oben angegeben aufgrund der von Rückert in den vorgelegten Modellrechnungen angegebenen absoluten Zahlen, wäre ein Rückgang von ca. 60,1% (1998) auf ca. 35,4% (2030) erwartbar. Diese Größenordnung ist immerhin eindrucksvoll – zur Einschätzung zukünftiger häuslicher Pflegepotentiale reicht der Blick auf die Töchter allerdings nicht aus!

Die von Blinkert/Klie (2005) vorgelegten Modellrechnungen zur Entwicklung des informellen Pflegepotenzials bis 2050 weisen eine eindeutig stark sinkende Tendenz aus. Berücksichtigt wird dabei der steigende Anteil allein lebender Älterer, die sinkende Zahl der 30-60jährigen Menschen und „moderat steigende Erwerbsquoten“ bei Männern und Frauen (ebd.:300).

„Wenn wir das Jahr 2001 als Basisjahr auf 100 setzen, würde sich das erwartbare Pflegepotenzial aufgrund von ziemlich sicheren demografischen Veränderungen und sehr wahrscheinlichen sozialen Entwicklungen bis 2050 um rund 40 Prozent verringern. Ein Vergleich mit der erwartbaren Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen macht deutlich, wie sich die Schere öffnet. Einer Zunahme der Pflegebedürftigen um rund 100 Prozent steht eine Abnahme des informellen Pflegepotentials um rund 40 Prozent gegenüber. (...) Wir können jedenfalls nicht mehr damit rechnen, dass in der gleichen Weise wie bisher durch die von Angehörigen geleistete häusliche Pflege erfolgen kann.“ (Ebd.)

Es gibt keine Anhaltspunkte, die vorgestellte Modellrechnung grundsätzlich in Frage zu stellen. Sie scheint ein realistisches Szenario zu präsentieren. In der Tendenz bestätigt sie die o.a. Berechnungen, die sich auf das von Rückert präsentierte Zahlenmaterial beziehen. Im Zusammenhang mit den von Blinkert und Klie vorgestellten Befunden zum Einfluss der Milieuzugehörigkeit (s.o.) auf die Pflegebereitschaft ist vermutlich zukünftig davon auszugehen, dass Frauen seltener als bisher die Pflege von Angehörigen als selbstverständliche Verpflichtung ansehen werden. Dies sollte jedoch nicht vorschnell zu der These verdichtet werden, dass damit Vorstellungen von fürsorglicher Praxis an den Rand gedrängt würden. Ihre Formen werden sich verändern und ausdifferenzieren. Das Sich-Sorgen um den pflegebedürftigen Angehörigen hat sehr viele Facetten und die unmittelbare Pflege im engeren Sinne ist nur eine davon.

Um abschließend die Perspektiven von Blinkert/Klie (2005) vorstellen zu können, soll noch einmal die gegenwärtige Situation der häuslichen Pflege kurz skizziert werden, da sie bereits Elemente enthält, die in die Zukunft weisen.

„Insgesamt erweist sich das private Hilfenetzwerk vor dem Hintergrund der Effekte des demografischen Wandels als sehr flexibel. Im Vergleich zur Situation zu Beginn der 90er Jahre ist zum Beispiel der Anteil der Männer, die im Alltag die häusliche Pflege tragen, von 17% auf heute 27% gestiegen. Darüber hinaus finden sich inzwischen mit einem Anteil von immerhin 8% deutlich häufiger als früher private Arrangements, bei denen die Pflege von Nachbarn und Bekannten abgesichert wird – in der Regel deshalb, weil keine engeren familiären Angehörigen verfügbar sind. Das häuslich familiäre Supportsystem ist demnach nach wie vor stabil – trotz der enormen Belastungen, die mit der Übernahme einer Rolle als Hauptpflegeperson einhergehen (...). Die Familie ist noch immer der ‚größte und auch leistungsfähigste Pflegedienst‘ in Deutschland.“ (Schneekloth 2006a:27)

Diese Ergebnisse aus dem repräsentativen Forschungsprojekt MuG III („Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter“)⁴⁸ zeigen, dass sich im Vergleich zu den frühen 1990er Jahren die „Helferkultur“ in Deutschland ausdifferenziert und sich allmählich neue Organisationsformen der Hilfe- und Pflege entwickeln (tendenziell mehr männliche pflegende Angehörige, Pflegeleistungen aus Nachbarschaft und Bekanntschaft, individuelle Arrangements mit verschiedenen privaten und professionellen Helfern etc.), die angesichts der demografisch bedingten schrumpfenden familiären Pflege- und Hilfpotenziale in Zukunft sehr bedeutsam werden dürften. „Eine große Herausforderung der Altenpolitik besteht darin, diese Trends weiter aktiv zu unterstützen und zu fördern. Hierbei sollte allerdings auch nicht übersehen werden, dass die heute ebenfalls geführten Debatten um eine stärkere Integration von älteren Menschen in die Arbeitswelt bzw. die geforderte Verlängerung der Lebensarbeitszeit zum Zwecke der Entlastung der Sozialversicherungssysteme an dieser Stelle natürlich auch zu Zielkonflikten führen kann.“ (Schneekloth/Wahl 2006b)

Diese Befunde stützen in wesentlichen Aspekten das neue Leitbild, das Blinkert und Klie (2005) als Resultat ihrer Überlegungen und empirischen Studien formulieren:

„Nicht die aufopferungsvolle alleinige Übernahme von Pflegeverpflichtungen im häuslichen Bereich, meist durch Partner und Töchter/Schwiegertöchter oder die Verantwortungsabgabe an Institutionen wäre als Leitbild auszugeben, vielmehr das Leitbild der geteilten Verantwortung – des Pflegemixes –, in dem die Verantwortung für die Sorge um den Pflegebedürftigen zwischen Professionellen, Angehörigen, Assistenzberufen und Engagierten geteilt wird, egal ob daheim oder im Heim. Unter ‚welfare mix‘⁴⁹ firmiert ein solcher Ansatz.“ (Ebd.:312f.; vergleichbar schon Jansen/Klie 1999:538)

⁴⁸ Vgl. dazu Kap. III.3.

⁴⁹ Verwiesen wird auf Evers/Olk 1996.

VI. 3. (Nicht)Inanspruchnahme ergänzender Hilfen

Schneekloth (2006b:76) ermittelt im Kontext von MuG III⁵⁰, dass 55 % der häuslich betreuten Personen ausschließlich private Pflege erhalten, 28 % stützen sich auf einen Mix von privater und professioneller Pflege, 9 % erhalten private Pflege in Verbindung mit selbst finanzierten Hilfen und nur 8% sind ausschließlich auf professionelle Pflegedienste angewiesen. Auffallend ist hierbei die – im Prinzip schon seit Einführung der Pflegeversicherung bekannte – relativ geringe durchschnittliche Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste, wenn auch mit steigender Tendenz im Vergleich zu den Jahren ab 1995. Der Anteil steigt insbesondere in Haushalten mit höherer Pflegestufe bei intensivem medizinischen Behandlungsbedarf, bei allein lebenden Pflegebedürftigen mit nicht ständig verfügbarer privater Hauptpflegeperson und in Haushalten mit höherem Einkommen. Die Wahl von Sachleistungen steht dagegen in keinem signifikanten Zusammenhang mit dem Belastungsempfinden der Pflegenden, mit sozialer Schicht, dem „Bildungsmilieu“ oder der Art des Pflegebedarfs (ebd.: 83f.).

Wegen dieser seit 1995 relativ beharrlichen Entwicklung, dass die meisten pflegebedürftigen Menschen die Geldleistung wählen, sind Fachleute „hoch irritiert“ (Asam/ Altmann 1995). „Offensichtlich gibt es mehr informelle HelferInnen als gedacht oder fachlich erwünscht!“ (Jansen 1999:621) Dem korrespondiert oftmals ein angedeuteter oder geäußelter Generalverdacht gegenüber pflegenden Angehörigen.

Jansen sieht die Gründe für die Zurückhaltung gegenüber Sachleistungen im Zusammenhang mit einer grundlegenden potentiellen Konfliktebene: „Altenarbeit und Pflege werden entscheidend durch eine übergreifende Strukturproblematik geprägt: die Passung oder netzwerktheoretisch formulierte Verknüpfung (v.Kardoff/Stark1987, Zeman 1998) zwischen informellem und formellem Pflegesystem.“ (Jansen 1999:621) Die als nicht passfähig wahrgenommene Verbindung beider Bereiche kann somit entscheidend für die Handlungsoptionen von Pflegebedürftigen und informellen Pflegekräften sein. Jansen thematisiert die offensichtlichen Vertrauensprobleme, die auch in der Fachliteratur bisher unterschätzt wurden. Folgende Aussage ist für sie deshalb generalisierbar für fast alle Pflegekonstellationen: „Ambulante Pflege ist kein gern in Anspruch genommenes Hilfsangebot, sondern ein letzter Ausweg (...) Hier spiegelt sich die hohe Bedeutung des Wunsches nach Autonomie wieder“. (Pullwitt/Fischer 1996:S.281f., zitiert bei Jansen 1999:621). In ähnlicher Weise spricht Steiner-Hummel (1997) von einer „Kultur der Distanz“.

⁵⁰ Vgl. dazu die Erläuterungen in Kap. III.3

Jansen skizziert mit vielen Hinweisen auf die Fachliteratur die Problematik dieser Entwicklung. Fatal könnten die Folgen sowohl für die Qualität der Pflege als auch für die Belastungssituation der Pflegenden sein und sie benennt Bedürfnisse der Pflegefamilien, die stärker berücksichtigt werden müssten. Dies setze jedoch auch voraus, dass pflegende Angehörige die „eigenen Unterstützungsbedürfnisse“ sowie ihr „Recht auf Selbstpflege wahrnehmen“ (Jansen 1999:622). Zu vergleichbaren Schlussfolgerungen kommen alle Studien, die sich mit der Belastungssituation pflegender Angehöriger beschäftigen. Details dieser Argumentation wurden in den bisherigen Ausführungen dieses Literaturberichts schon hinreichend dokumentiert.

In einer aktuellen, qualitativen Vertiefungsstudie zu MuG III wird allerdings die Zurückhaltung gegenüber der Wahlmöglichkeit von Sachleistungen mit anderen Akzentsetzungen interpretiert. Hier muss offen bleiben, ob dies als Zeichen einer neuen Entwicklung zu verstehen oder dem Untersuchungsdesign geschuldet ist.

„Bei der Wahl von Leistungen der Pflegekasse und der Entscheidung zwischen Geld-, Sach- und Kombinationsleistung wird in einer Vielzahl von Fällen sehr genau kalkuliert und reflektiert. Insofern hat die Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen mit Eröffnung von Wahlmöglichkeiten bei der Leistungsgewährung Möglichkeiten autonomer Entscheidungen, also mehr Selbständigkeit und Selbstbestimmung, überantwortet, die auch genutzt wird. Pflegegeld wird offensichtlich häufig vor dem Hintergrund finanzieller Überlegungen, ja Notwendigkeiten gewählt. Kombinations- und Sachleistungen werden (erst) dann gewählt, wenn die Belastungen mit der Höhe der Pflegestufe zunehmen. In manchen Arrangements zeigten sich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen allerdings auch uninformatiert über Wahlmöglichkeiten zwischen Leistungen der Pflegekasse: ‚Wir wussten es nicht anders‘“ (Heinemann-Knoch et.al. 2006:152)

Ein artikuliertes Autonomiebedürfnis zeigt sich in dieser Untersuchung allerdings im Zusammenhang mit den Möglichkeiten professioneller Beratung, die von einigen Befragten als Kontrolle empfunden wird (ebd.). Im Durchschnitt wird fast jeder zweite pflegende Angehörige vom System der Altenhilfe überhaupt nicht erreicht (Schneekloth 2006b:81; vgl. Kap. III.3).

Die obigen Befunde von Schneekloth (2006b) und Heinemann-Knoch et.al. (2006), die auf einen Zusammenhang von Haushaltseinkommen und Sachleistungswahl verweisen, wären sinnvoll nur im Zusammenhang mit differenziert erhobenen sozialen Unterschieden zwischen Pflegefamilien zu interpretieren (vgl. Gräbel 1998; Zeman 1999a; Roth 2001). Auch milieuorientierte Forschungsansätze weisen in diese Richtung (Heusinger/Klünder 2005). Als Hypothese wäre davon auszugehen, dass die volle Sachleistung realistischerweise nur dann gewählt werden kann, wenn weitere finanzielle Ressourcen sowie formelle und informelle Helfer zur Verfügung stehen. Der weitaus größte Zeitbedarf bei der Betreuung Pflegebedürftiger entsteht nicht durch die Pflege im engeren Sinne sondern durch hauswirtschaftliche Dienste, Hilfen rund um Essen und Mahlzeiten, Unterstützung bei sozialen Kontakten, Tagesgestaltung, Be-

gleitung in öffentlichen Räumen, emotionale Zuwendung und psycho-soziale Betreuung u.a.m. Vom ermittelten durchschnittlichem Zeitaufwand der Hilfe- und Pflegepersonen von 35 Stunden pro Woche entfallen „nur“ ca. 5,5 Stunden auf reine Pflgetätigkeiten (Heinemann-Knoch et.al. 2006:152ff.). So ist davon auszugehen, dass vor allem Pflegepersonen mit geringem Erwerbseinkommen – meist Frauen – auf das Pflegegeld angewiesen sind, wenn sie angesichts der zeitlichen Beanspruchung durch die Betreuung des Pflegebedürftigen ihre Erwerbstätigkeit reduzieren oder aufgeben (vgl. Kap.VI.5). Offensichtlich gibt es auch materiell arme Familien, die „um des Geldes willen pflegen“ und wo sich die schlechte soziale und ökonomische Lage „negativ auf die Versorgungskapazitäten auswirke“, schreiben Gröning et.al. (2004b:150f.) mit Verweis auf eine Studie von Brömme (1999).

Entlastungsstrategien von Pflegepersonen können auch in andere Richtungen als die erwartbare Wahl der Sachleistung weisen: dass eher die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten delegiert werden oder Arbeitskräfte mit langen Präsenzzeiten im Haushalt des Pflegebedürftigen beschäftigt werden, weil die nach Minuten berechneten ambulanten Dienste nicht ausreichen. (dazu ausführlich weiter unten). Auch in diesen Fällen würde in der Regel das Pflegegeld gewählt.

Es sind jedoch nicht nur finanzielle Aspekte, besondere Entlastungsstrategien, milieuspezifische Wünsche nach Autonomie, eine Kultur der Distanz oder auch manche Uninformiertheit, die zur Wahl des Pflegegeldes anstelle der Sachleistungen führen: „Die Fähigkeit, persönliche Verantwortung für eine enge Beziehung der Fürsorglichkeit zu öffnen, zu teilen und abzugeben, ist eine zentrale Voraussetzung der Inanspruchnahme von Hilfen, die aber auf Grund der ‚unsichtbaren Loyalitäten‘ (Boszormenyi-Nagy/ Spark 1981) vielfach als Verrat erlebt würde – und wird.“ (Jansen 1999:622f.) Auch neuere Studien bestätigen diese Barriere, die insbesondere bei der (Ehe)Partnerpflege und bei pflegenden Töchtern eine Rolle spielen und durch Gefühle des Versagens und der Schuld, sowie durch psychischen und normativen Druck des Umfelds verstärkt werden kann (Evers/Rauch 1996; Maly 2001; Blüher 2004; Geister 2004; Gröning et.al. 2004b; Reißmann 2005; vgl. Kap.V.).

In einzelnen dieser Untersuchungen deutet sich an, dass hier generationen- und milieuspezifische Mentalitäten, mehr oder weniger geschlechtsrollentypische Verhaltensmuster, individuell unterschiedliche familiäre Konflikttraditionen sowie sich wandelnde lebenslaufspezifische Orientierungen der meist weiblichen, informellen Pflegekräfte von Bedeutung sind. Eine gelingende Balance von eigenen Lebenszielen, beruflicher Integration und Selbstbestätigung sowie sonstigen Interessen und Bedürfnissen einerseits und emotional verbindlicher und ge-

lingender Pflegeübernahme andererseits, scheint dagegen am ehesten zu gelingen, wenn die erwähnten „unsichtbaren Loyalitäten“ selbstreflexiv thematisiert und verändert werden. Beispiele dafür sind die „Mentalitäten ‚moderner‘ gemischter Pflegearrangements“, wo wechselseitig autonome Entscheidungen zugestanden und anerkannt werden. Professionelle Hilfen sind hier deutlich willkommener, es „herrscht nicht mehr die ‚Heimwerker-Mentalität‘ informeller Pflege“, betonen Jansen/Klie (1999: 535) und vergleichbar auch Blüher (2004).

Unsichtbare Loyalitäten können für alle Beteiligten zur Falle werden, weil sie sich mit jenen bereits bekannten Omnipotenzphantasien verbinden können, die für allein auf die Familie verwiesene Frauen in der Vergangenheit häufig die einzigsten, aber sehr fragilen und problematischen Quellen von Macht und Selbstbestätigung darstellten. Aufopferung aus Liebe, aufgrund unsichtbarer Loyalität, kann auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen gründlich verfehlen, wenn unbewusst nur die eigene emotionale Befindlichkeit im Zentrum steht und ambivalente Gefühlslagen der Reflexion nicht zugänglich sind. Pflegeverpflichtung zu teilen und Hilfe anzunehmen, kann dagegen ein Zeichen des Respekts gegenüber der Autonomiefähigkeit des Pflegebedürftigen und der Einsicht in die eigene Begrenztheit sein, die jenseits der Vorstellungen von „Verrat“ oder „Schuld“ angesiedelt wäre. Die emotionale Verbundenheit mit dem Pflegebedürftigen und die entsprechende fürsorgliche Praxis erweisen sich nicht allein durch die Fülle instrumenteller Hilfe- und Pflegeleistungen sondern insbesondere durch die gemeinsam gelebte Zeit jenseits von Waschvorgängen, Medikamentenvergaben, Anziehhilfen, Essensvorbereitungen, Wohnungsputz, Pflegemanagement und anderen mehr. Vielen, mit Pflegeaktivitäten unermüdlich beschäftigten und völlig erschöpften Frauen ist vermutlich selten bewusst, wie sehr sie die Sachdimensionen der Pflege in den Vordergrund rücken, um anderen, entspannteren oder auch konfliktuösen Beziehungsdimensionen und nicht zuletzt der eigenen „Selbstsorge“ auszuweichen.

„Für die Entwicklung und Umsetzung adäquater Beratungsangebote für pflegende Angehörige ist es indessen notwendig, hinter den Vorhang der Beschreibung von hohen bis dramatischen Belastungen zu sehen, die eine ‚ich kann nicht mehr, aber ich muss‘-Haltung der pflegenden Angehörigen ausdrücken.“ (Gröning et.al. 2004b:137) Aus der von Gröning et.al. durchgeführten Studie ergibt sich, „dass dabei Rollenkonflikte, bindungstheoretische und familiendynamische Faktoren sowie geschlechtsspezifische und soziokulturelle Bedingungen verstärkt zu berücksichtigen sind. Erst die Analyse und Integration dieser Dimension kann die Basis einer angemessenen beratenden Arbeit mit pflegenden Angehörigen bilden.“ (Ebd.) Zu vergleichbaren Überlegungen kommt Geister (2004:219ff.).

Hier kann nur die Hoffnung weiterführen, dass die folgenden Generationen informell Pfleger verstärkt ein reflektierteres und komplexeres Verhältnis zu möglichen Pflegesituationen ausbilden, das eine emotional transparentere Balance zwischen eigenen Bedürfnissen und den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen herstellt. (vgl. Literatur zu diesem Problemkomplex in Kap. V.1., V.2)

Manche Schwierigkeit, Verantwortung zu teilen, wird auch dann sichtbar, wenn ambulante Dienste in Anspruch genommen werden und informell pflegende Frauen auf professionell pflegende treffen: „Die hierbei entstehenden Konflikte (Zeman 1997) sollten nicht stereotyp als ‚typisch weibliche Konkurrenzkämpfe‘ verbucht werden. Es handelt sich hier wohl eher um komplexe und nur pflege- und familienhistorisch verstehbare Kämpfe um wechselseitige Anerkennung. Zu diesen Fragen des Geschlechterarrangements innerhalb und zwischen System und Lebenswelt besteht deutlicher Forschungsbedarf in Alter(n)s- wie in Pflegewissenschaft.“ (Jansen 1999:624)

Männliche, informelle Pflegekräfte (Ehemänner und Söhne) werden dagegen von professionellen Pflegekräften als „pflegeleichter“ erfahren (Schmoecker 1996), manchmal auch als anspruchsvoller mit Blick auf die Pflegequalität (Senf 1995). In der Literatur wird auch immer wieder darauf hingewiesen, dass es bisher Männern leichter fällt, Hilfe anzunehmen oder Entlastungen zu organisieren (Senf 1995; Gröning et.al. 2004b:123; vgl. Kap. V.2.).

„Beim Aufeinanderprall der völlig verschiedenen Logiken und Sprachen von Lebens- und Systemwelten spielt (...) offensichtlich auch das Geschlecht eine Rolle. Auch wenn die reine Inanspruchnahmequote nicht mit dem Geschlecht korreliert (Grässel 1998a): informell pflegende Männer tun sich leichter, professionelle Pflege als ergänzende Hilfe anzunehmen; sie können sich in klassischen geschlechtshierarchischen Arbeitsteilungen bewegen und das weibliche Arbeitsvermögen gewissermaßen hinzugewinnen (Bracker 1992; Backes 1994, Jansen/v.Kardorff 1995).“ (Jansen 1999: 623f.)

Um die bereits mehrfach angesprochenen Motive der Autonomie, der Angst vor Einmischung Fremder und die damit verbundene Kultur der Distanz als Barrieren für eine Entlastung von informell Pflegenden ernst zu nehmen, wird ein lebensweltorientierter Paradigmenwechsel in Theorie und Praxis der Pflege gefordert. Jansen/Klie sehen durch Regelungen der Pflegeversicherung (Pflegeberatung nach § 37 Abs.3 SGB XI und zu erwartende medizinische Interventionsoptionen) die gebotene Lebensweltorientierung als auch die „Selbstbestimmungsrechte der BürgerInnen über ihr privates Terrain und ihren Alltag deutlich eingeschränkt“ (1999:534). Dies würde auch durch die Hamburger Pflegestudie (Runde et.al. 1996) bestätigt: Autonomie würde von den Pflegefamilien betont und gegenüber bestimmten, Normalität bedrohenden Interventionen von außen, sei mit Widerständen zu rechnen. Mit Verweis auf E-

vers (1997) wird so auch die Wahl von Geldleistungen nach SGB XI eher als Stabilisierung lebensweltlich entwickelter Pflegekultur interpretiert. Von daher würden Probleme absehbar, wenn Beeinflussungsversuche auf eine Zerstörung dieses Arrangements abzielen sollten.

„Auch Zemans mikrosoziologische Kommunikationsanalysen, denen zufolge solche innerfamiliären häuslichen Pflegearrangements keineswegs das Ergebnis sprachlich-rationaler Aushandlung, sondern vielmehr traditionaler Rollenzuschreibungen und moralischer Pflichtenmodelle seien, die der Sprache nicht bedürfen, legen dies nahe (Zeman 1996, 1997; Jansen/v. Kardorff 1995, 1996).“ (Jansen/Klie 1999:535)

Denkbar wären deshalb nur „dezente Interventionen“ (ebd.). Zudem wird konstatiert, dass besonders „eigensinnige Verweigerung“, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, sich insbesondere im ländlichen Raum finden lässt.

„Ergänzende Angebote an pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige müssen in die informellen Netzwerke eingepasst werden – und nicht umgekehrt (Wendt 1992, Jansen/v. Kardorff 1995, 1996).“ (Jansen 1999:623) Damit sei keine „Idealisierung der familiären Pflege“ verbunden; die Heterogenität der lebensweltlichen Kulturen mit ihren verinnerlichten Normen wird gesehen, ebenso die „selbst- und fremdschädigenden, konfliktträchtigen und defensiven Seiten“. Insgesamt müsse die „Prozessqualität der Passung zwischen Lebenswelten und Gesundheitssystem“ deutlich verbessert und einige Vereinseitigungen im Pflegegesetz und ambulanter Pflegepraxis zurück genommen werden (ebd.). Besonders gravierend ist für Jansen, wenn die „Ziele ‚Selbstbestimmung‘ und ‚Selbständigkeit‘ des pflegebedürftigen Menschen (SGB XI) schon bereits innerhalb des SGB XI, aber auch weit darüber hinaus, zur Selbständigkeit vereinseitigt werden (Klie 1997)“; wenn „caring for‘ und ‚caring about‘ im universalistischen Leitbild zu überwiegend sachlichem, aufgaben- und tätigkeitsbezogenen ‚caring for‘ verwandelt würden (etwa in Pflegekursen nach §45, Abs.1 SGB XI; Vogel 1995; Schäfer et.al. 1996; BaySTMAS 1997)“; wenn in Pflegekonzepten allein die Autonomie- und Aktivitätsseite betont wird.“ (Jansen 1999:623)

Eine besondere Bedeutung im lebensweltlichen Pflegeansatz hat die Kritik gegenüber medizinischer Dominanz in Pflegekonzepten (vgl. Kap. II.4, II.5).

„Wenn sich Pflege(wissenschaft) nicht von der Medizin emanzipiert, so wird sie keinen Respekt vor dem gesellschaftlich zentralen und fundamentalen unsichtbaren Gesundheitssystem (Badura 1981) namens ‚lebensweltlich gestaltete Pflegearrangements‘ entwickeln können und somit ihren ergänzenden Beitrag zur Sicherstellung der Pflege(qualität) letztlich verfehlen müssen.“ (Jansen/Klie 1999: 537)

Es fällt etwas schwer, dieses Konzept bedingungslos nachzuvollziehen angesichts der gravierenden Pflegefehler, die in familialen Pflegearrangements – teilweise wegen Überlastung –

insbesondere in Pflegestufe II und III gemacht werden können (vgl. Heinemann-Knoch 2006: 156ff.). Dagegen spricht nicht, dass Pflegefehler auch in Pflegeheimen registriert werden. Sicherlich ist der lebensweltlich orientierte Ansatz zu Recht skeptisch gegenüber klinisch definierten Qualitätsstandards von Pflege, die psychosoziale Dimensionen weitgehend ausblenden. Der familiäre Pflegealltag ist selten rational-klinisch organisiert, eher an Alltagsroutinen und Hygiene orientiert und daran, dass die „Chemie stimmt“ (ebd.) – ein Wissen um spezifische Pflegerisiken und Belastungen (Druckgeschwüre, Dehydrierung, Inkontinenz u.a.) ist allerdings unverzichtbar. Es dürfte schwierig sein, mit einem lebensweltlich orientierten Konzept den „ergänzenden Beitrag“ der professionellen Pflege zur „Sicherstellung der Pflege(qualität)“ (s.o.) so klar zu identifizieren. Plausibler wäre, die Grenzen des Lebensweltkonzepts klar zu benennen und davon auszugehen, dass jede Pflegesituation mit neuen Herausforderungen verbunden ist, die durch lebensweltlich eingeübte Routinen allein nicht zu bewältigen sind. Lernprozesse sind auch zumutbar und nicht nur eine systemisch vermittelte Fremdbestimmung.

Insbesondere die Qualitäts- und Dokumentationsanforderungen, die "letztlich nur universell und standardisiert operationalisierbar sind", sind nach Blüher dem jeweiligen Einzelfall eher abträglich. Dies würde auch von den befragten Pflegekräften sehr deutlich gemacht. "Universelle Regelungsansprüche" müssten deshalb "korrigiert" werden, um "die Stärkung einer für alle Beteiligten langfristig tragfähigen familialen Sorge nicht zu gefährden" (Blüher 2004:49). Seine Einsichten in die spezifischen Problemlagen und Konstellationen privater Pflegearrangements „zwischen Autonomie und Verpflichtung“ (vgl. Kap. V.I.) resümierend, thematisiert Blüher weit reichende Konsequenzen für die Zukunft häuslicher Pflege:

"Ausgehend von ihren je spezifischen Verpflichtungs- und Autonomieerfordernissen bestimmen sie [die Hauptpflegenden M.R.] nach Maßgabe ihrer eigenen Erwartungen die Rolle der Professionellen. Aus Sicht der Pflegekräfte bedeutet dies, dass ihre Tätigkeit nicht zuletzt vom Spielraum bestimmt wird, den die jeweilige Familienkonstellation ihnen läßt. Dabei könnte (...) eine Auffassung von professioneller Pflege, die im wesentlichen auf Sachdimensionen ("was wird für wie viel Geld in welcher Zeit geleistet?) abstellt, gerade die Verpflichtungsarrangements weiter verfestigen, die aber insbesondere auf stärkere Unterstützung durch externe Helfer angewiesen wären, um für alle Beteiligten tragfähig zu *werden*. Autonomiearrangements sind dagegen auf externe Unterstützung angewiesen, um tragfähig zu *bleiben*. Gerade sie aber könnten durch eine Überbetonung der Sachdimension geschwächt werden, wenn die Patientenorientierung der Professionellen in Frage stünde (...) Aus (sozial)politischer Perspektive erscheint eine Stärkung von Verpflichtungsarrangements bei gleichzeitiger Schwächung von Autonomiearrangements durch die Betonung marktinduzierter Sachdimensionen der Pflege als äußerst problematische Entwicklung, die nicht nur die Arbeitszufriedenheit professionell Pflegenden beeinträchtigt, sondern darüber hinaus die Tragfähigkeit familialer Sorge und damit auf Dauer die Vergesellschaftung in der häuslichen Pflege überhaupt in Frage stellt. (...) Dabei sollte deutlich werden, dass die öffentlich gewährleistete

Solidarität mit Pflegebedürftigen in hohem Maße von privater, insbesondere familialer Solidaritätsbereitschaft abhängt." (Blüher 2004:45f.)

Exkurs: „Angemessene Pflege ist in Deutschland legal offenkundig nicht bezahlbar.“- Zum Problem illegal/legal beschäftigter privater Haushaltshilfen, Hilfe- und Pflegekräfte

Mehrere Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten deuten darauf hin, dass nicht allein das familiäre Pflegepotential, soziale Netzwerke und professionelle Dienste alltägliche Hilfe- und Pflegeleistungen garantieren. Hinweise dazu ergeben sich aus der großen Anzahl Hilfebedürftiger neben den unmittelbar Pflegebedürftigen, aus dem Vorrang der Geldleistungen bei der Pflegeversicherung und deren hohen und relativ stabilen Quote (Schneekloth 2006b; vgl. Kap. III.3.). Dies könnte auf eine nicht unbeträchtliche, aber kaum zu ermittelnde Zahl vor allem illegaler Beschäftigungsverhältnisse hindeuten, die insbesondere dann bedeutsam sein werden, wenn der Wohnort der familialen Hauptpflegekraft vom Wohnort der hilfe- und/oder pflegebedürftigen Angehörigen weiter entfernt liegt und die beruflichen Verpflichtungen der Pflegeverantwortlichen wenig zeitliche Spielräume für umfassende Hilfs- und Pflegetätigkeiten lassen. Durch die vor allem steigende Erwerbstätigkeit von hochqualifizierten, akademisch ausgebildeten Frauen entsteht ein breites Spektrum an Entlastungsstrategien von Haus- und Sorgearbeit (BMFSFJ 2006b:93). Bedingt durch verstärkte Anforderungen an berufliche Mobilität, steigt zudem der Anteil multilokaler Mehrgenerationenfamilien. Alle Erfahrungen zeigen, dass bei großer räumlicher Distanz die Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen allein durch das Angebot der Pflegeversicherung nicht zu garantieren ist.

Gröning et al. kritisieren, dass durch die einseitigen öffentlichen Diskussionen um das Pflegeversicherungsgesetz die Entwicklung von erweiterten Hilfsangeboten verstellt worden sei und dass die neuen Vorstellungen von „passenden“ und „familiengerechteren“ Hilfen noch immer „technisch-rational“ verstanden würden. „Gleichzeitig haben Politik und Öffentlichkeit zur Kenntnis nehmen müssen, dass ein großer Teil der familialen Pflege im Rahmen eines ‚grauen Pflegemarktes‘ abgedeckt wird.“ (2004b:151)

Durch entsprechende finanzielle Ressourcen entstehen deshalb Pflegearrangements, die auf verlässliche, kontinuierliche Präsenz nicht-familialer Hilfs- und Pflegekräfte im Haushalt des pflegebedürftigen Angehörigen setzen. Schon allein die Schätzungen von Rerrich gehen davon aus, dass in jedem 3. Haushalt älterer Menschen Hilfskräfte illegal beschäftigt sind (Rerrich 2006:41f.)⁵¹.

⁵¹ 1999 wurde die Zahl der Haushalte, die eine Haushaltshilfe beschäftigen, auf 4,162 Mill. beziffert. Als sozialversicherungspflichtig wurden jedoch nur 38 109 Beschäftigte registriert (BMFSFJ 2006b:92). Diese Zahl wird

Das Problem illegal beschäftigter, oftmals „eingeschleuster“ Hilfs- und Pflegekräfte vor allem aus Polen, aber auch generell aus Osteuropa und dem Baltikum, ist seit längerer Zeit virulent. Für viele ist es ein offenes Geheimnis, dass Pflege, Betreuung, Haushaltshilfe und vielfältige Unterstützung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu Hause nur durch ausländische, meist weibliche Arbeitskräfte gesichert werden kann.⁵² In den meisten Fällen wird eine Arbeitserlaubnis nicht beantragt, oder aber sie ist nicht möglich, deshalb sind diese Beschäftigungsformen nach geltendem Recht „illegal“. Legale – gleichwohl aber teurere und zeitaufwendigere – Wege stehen allerdings inzwischen offen.⁵³

Hier ist exemplarisch die Argumentation von Dietlinde King, Vorsitzende Richterin der 15. großen Strafkammer am Landgericht Darmstadt, in einem Interview mit der Frankfurter Rundschau (12.10.06) von Interesse. Sie bezieht sich auf einen aktuellen Prozess, der gegen ein in Deutschland lebendes polnisches Ehepaar geführt wurde, das zwischen 2002 und 2004 insgesamt 191 Polinnen ohne Arbeitserlaubnis an pflegebedürftige Menschen in Deutschland vermittelte. Das Urteil ist relativ milde (hohe Geldstrafe, aber Bewährung). Nach Ansicht der Kammer handelte es sich nicht um „verwerfliche Einschleusung und Ausbeutung von Ausländern“. Die Angeklagten hätten versucht, einen Notstand zu mildern. (FR 12.10.06: 24)

Darauf angesprochen äußert King: „Auf der einen Seite stehen die Straftaten. Auf der anderen der Misstand auf der gesellschaftspolitischen Ebene. Der staatliche Strafanspruch wird relativiert, wenn nicht sogar minimiert, wenn man diesen Zustand so einfach duldet.“ Nach den Gründen des Pflegekräftetourismus gefragt, sagt King:

„Wir bringen es nicht fertig, unsere Alten angemessen zu pflegen. Da ist eine Lücke und da springen Menschen rein, die das erkannt haben und daran auch verdienen wollen. (...) Die Polinnen kamen freiwillig her, haben gut verdient. Die Angeklagten haben profitiert und den Angehörigen und Pflegebedürftigen war wirklich geholfen. Die Alternative wäre eine teure und oft fragwürdige Heimunterbringung oder die Betreuung durch einen normalen Pflegedienst, der unter Zeitdruck arbeitet und nach anderthalb Stunden wieder weg ist. Der Hilfsbedürftige ist dann wieder alleine. Angemessene Pflege ist in Deutschland legal offenkundig nicht bezahlbar. (...) es muss etwas passieren. Die Alternative darf nicht sein, Hilfsbedürftige sich selbst zu überlassen oder ins Heim abzuschieben, weil die Angehörigen überfordert sind.“ (Ebd.)

Auf weitere Nachfrage äußert King: „Meines Wissens wurden auch gegen Angehörige Verfahren eingeleitet. Das war ja illegale Beschäftigung. Ich würde allerdings diese Verfahren

gegenwärtig höher liegen, nachdem das Meldeverfahren für Haushaltskräfte vereinfacht wurde und die Kosten absetzbar sind.

⁵² Vgl. dazu die informierenden und aufschlussreichen Berichte von Christine Holch, „Die 24-Stunden-Polin“ und „Betreuerin dringend gesucht“, in: *chrismon*. Das evangelische Magazin 11/2006, S. 41-48.

⁵³ Ebd..

einstellen wollen. Was machen Sie als Angehörige? Von allen Seiten hört man, dass das die einzige Möglichkeit ist, den Betroffenen bestmöglich zu helfen.“

Es dürfte ein in sozialpolitischer Hinsicht alarmierender Tatbestand sein, welches Problembewusstsein bereits in Kreisen der Justiz vorhanden ist! Interessant wäre auch eine genauere Akteneinsicht, um herauszufinden, welche konkreten häuslichen/familiären Konstellationen und milieuspezifischen Bedingungen jeweils zur Beschäftigung illegaler Hilfs- und Pflegekräfte gedrängt haben?

Muss die immer wieder zitierte Formulierung, die Familie sei der größte Pflegedienst der Nation, nicht nur aus der Genderperspektive zurecht-gerückt werden, sondern auch weil das „weibliche Pflegepotential“ inzwischen anteilig die „Sorge“ an ein nicht-sichtbares Heer illegaler und ungeschützter nicht-familiärer Hilfskräfte, vor allem an Migrantinnen delegiert? Wie auch im *Siebten Familienbericht* erwähnt wird, erfolgt vermutlich die quantitativ bedeutendste Umschichtung von Familienarbeit nach Schätzung von Rerrich nicht zwischen Männern und Frauen, sondern zwischen sozial und national unterschiedlichen Gruppen von Frauen (BMFSFJ 2006b:92f.; Rerrich 2002, 2006). Dies betrifft auch – wie deutlich werden sollte – Tätigkeiten im Kontext von Pflege.

VI. 4. Angehörigenarbeit und Lebensweltperspektive

Jansen konstatiert, dass es zwar eine unübersehbare Fülle von Einzelangeboten an pflegende Angehörige gebe und auch eine intensive wissenschaftliche Beschäftigung stattfände; eine eigenständige und systematische Angehörigenarbeit sei jedoch in der Praxis noch wenig etabliert. Die Autorin verweist auf mehrere gravierende Strukturmängel der bundesdeutschen Altenhilfe und des Gesundheitssystems. Auch konzeptionell gäbe es Defizite: pflegende Angehörige würden nicht hinreichend als „kompetente, eigenständige, gleichberechtigte“ PartnerInnen wahrgenommen. Entsprechend fehle auch oft ein Verständnis von „Pflege als Interaktion und Koproduktion“. (Jansen 1999:624ff)

„Angehörige als Individuen und als eigene Gruppe zu betrachten – nicht nur als nützliches, oft auch störendes und rivalisierendes ‚Anhängsel‘ der eigentlichen PatientInnen und KlientInnen, nämlich der pflegebedürftigen Menschen in den Haushalten –, fällt vielen Professionellen und Trägern im System ambulanter und teilstationärer Altenhilfe schwer. Pflegende Angehörige leben im Verlauf der Pflege- bzw. Angehörigenkarrieren in vielschichtigen Positionen und Funktionen. Sie sind keine Laien, die ‚geschult‘ werden müssen, sondern ExpertInnen für die Biografie, die Alltagsvorlieben, Wünsche, Ängste und Gewohnheiten der jeweiligen kranken Menschen; sie sind als Hauptakteure oder HauptproduzentInnen häuslicher Pflege (als ‚carers‘ im emotionalen und handlungsorientierten Sinne, AnwältInnen, ManagerInnen und Ressourcenbeschafferinnen) einzelfallkompetent. Sie sind darüber hinaus Betroffene (die auf gezielte Informationen, Hilfen und Entlastung angewiesen sind (...)). Zusammen mit den

pflegebedürftigen Menschen sind sie im Gesundheitssystem die ProtagonistInnen ambulanter Pflege. (...) Die Angehörigenperspektive in der Pflege(wissenschaft) muss sowohl theoretisch als auch institutionell, organisatorisch, zeitlich sowie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung verankert werden. Dies würde auch zu einem erweiterten Verständnis von Pflegequalität führen und die Qualitätsdebatte aus ihrem (wichtigen, aber nicht einzig gültigen) berufsinternen Charakter holen (Jansen/v. Kardorff 1996). Mit gleichem Gewicht sind pflegedyadische, pflegetriadische und familiendynamische Aspekte zu beachten.“ (Jansen 1999:626f.)

„Eine Akzeptanz professioneller Unterstützungsangebote könne deshalb Braun (1998:56f.) zufolge nur erreicht werden, wenn pflegefachliche und lebensweltliche Sichtweisen die Handlungsgrundlage in der Pflege bilden. Pflegebedürftige Menschen müssen verstärkter in ihrer Umwelt wahrgenommen werden, so dass für alle am Pflegeprozess Beteiligten die Option zur Mitgestaltung eröffnet wird.“ (Reißmann 2005:65; vgl. a. DZA 2005a,b)

Es wurde schon kritisch angemerkt, dass die Grenzen des Lebensweltkonzepts klarer benannt werden sollten und dass davon ausgegangen werden muss, dass jede Pflegesituation mit neuen Herausforderungen verbunden ist, die durch lebensweltlich eingeübte Routinen allein nicht zu bewältigen sind (vgl. Kap. VI.3). Gerade mit Blick auf die oftmals fehlende Selbstsorge durch Überforderung in Pflegesituationen kann vermutet werden, dass viele lebensweltlich vermittelte Verhaltensformen selbst- und fremdschädigend sein können. Lernprozesse sind deshalb auch zumutbar und nicht nur eine systemisch vermittelte Fremdbestimmung. Im *Siebten Familienbericht* wird diese Problematik in folgender Weise thematisiert, wobei der notwendigen Angehörigenarbeit und der bereits angesprochenen Balance von Nähe und Distanz (vgl. Kap. II.6.) eine besondere Bedeutung zukommt:

„Wissenschaftlichen Erkenntnissen über den je eigenen Wert von professioneller Pflege und von Angehörigenarbeit für die Förderung von Familienmitgliedern wird in Deutschland wenig Raum gegeben. Beide Personengruppen teilen sich jedoch nicht eigentlich die Arbeit (und auch nicht die Personen), sondern sie bringen unterschiedliche Kompetenzprofile ein. Die Pflegeforschung z.B. hat seit längerem darauf verwiesen, dass professionelle Pflege nicht nur medizinisches Wissen in die Behandlung einbringt, sondern dem Pflegeabhängigen gegenüber auch Professionalität in der Pflegediagnose, der Prozessplanung, dem Erkennen von Pflegefehlern und deren Evaluation. Sehr gut geschultes Pflegepersonal orientiert sich zudem am Ausbalancieren von Nähe und Distanz, von Versorgen und Fördern, von Verwöhnen und Selbstbeteiligung (Robert-Koch-Stiftung 2000). Diese Balance ist nicht durch ‚Liebe‘ und ‚Zuwendung‘ der Angehörigen zu erreichen. Sie setzt allerdings sehr gut geschultes Personal mit entsprechender Behandlungs-Zeit voraus, die in den Abrechnungssystemen der Pflegeversicherung noch nicht vorgesehen ist; und sie bleibt entscheidend für die Dauer von Pflegeabhängigkeit, den Ressourcenaufbau und die Erweiterung von Copingstrategien im Umgang mit Erkrankung und Gesundung, sowie dem möglichst langen Erhalt von Eigenkompetenz beim Pflegeabhängigen.

Professionelle Pflege entlastet also nicht nur pflegende Angehörige, sondern hat, wenn die entsprechende Zeit und Kompetenz vorliegt, auch eine von Familienmitgliedern nicht erstell-

bare Qualität. Sie ersetzt andererseits allerdings nicht private Zuwendung, persönliche Beziehungen, private Verlässlichkeiten und Bindungen.“ (BMFSFJ 2006b:99f.)⁵⁴

VI. 5. Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Bemerkenswert ist zunächst die Tatsache, die schon Künemund (2005) thematisierte, dass Pflegebedürftige mehrheitlich von bereits älteren Familienangehörigen betreut werden. Es sind vor allem Menschen in der sogenannten „dritten Lebensphase im Alter zwischen Anfang/Mitte 50 bis Mitte/Ende 70“, also die sich beruflich aber auch familiär entpflichtende Generation, die die Pflege ihrer Angehörigen trägt (Schneekloth/Wahl 2006a:233). Bei Menschen dieser Generation vermutet Schneekloth die entsprechenden Möglichkeiten und auch eher die Bereitschaft zur Verantwortung. (Schneekloth 2006a:27) Diese Vermutung verweist auf die notwendige begriffliche Differenzierung von „Pflegebereitschaft“ und „Pflegefähigkeit“, die insbesondere von Jansen (1999) betont wird. Wenn gegenwärtig die häusliche Pflege insbesondere von den „entpflichteten“ „jungen Alten“ getragen wird, die ja mitunter schon „frühverrentet“ sind, so wird zukünftig mit Verlängerung der Lebensarbeitsphase bis zum 67. Jahr eine größere Diskrepanz als bisher zwischen Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit absehbar.

Dieses Problem wird auch von den Autoren der Studie MuG III („Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter“)⁵⁵ deutlich angesprochen. Sie sehen, dass die heute „geführten Debatten um ein stärkere Integration von älteren Menschen in die Arbeitswelt bzw. die geforderte Verlängerung der Lebensarbeitszeit zum Zwecke der Entlastung der Sozialversicherungssysteme an dieser Stelle natürlich auch zu Zielkonflikten führen kann.“ (Schneekloth/Wahl 2006b) Damit wird der Frage der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege ein noch größeres sozialpolitisches Gewicht beizumessen sein, als es gegenwärtig wahrnehmbar ist. Und es wird Frauen *und* Männer betreffen, wenn sich die Tendenz der stärkeren Pflegebereitschaft von Männern (Kap. III.3) auch weiterhin abzeichnen sollte. Neuere Daten aus der zweiten Welle des Alterssurveys (Tesch-Römer et.al. 2006) zeigen bereits eine deutliche und kontinuierliche Zunahme der Erwerbsbeteiligung von Frauen in den Altersgruppen der 40-57jährigen im Zeitraum zwischen 1996 und 2002. In der Gruppe der 58-63jährigen Frauen sank dagegen noch der Anteil der Erwerbstätigen als auch der Anteil der Nicht-Erwerbstätigen (Arbeitslose, Hausfrauen) zugunsten der Ruhestandsphase (Engstler 2006:108ff.). Hier ist zu erwarten, dass die umfassenden sozialpolitischen Reformen der letz-

⁵⁴ Im Kontrast zu diesen Ausführungen steht die zynische Vokabel „Waschstraße“ als Ortsbezeichnung der Altenpflege, die unter (erfahrenen) Studierenden der Pflegewissenschaft an einer deutschen Universität kursiert (mündliche Mitteilung einer Studierenden).

⁵⁵ Vgl. nähere Erläuterungen in Kap. III.3.

ten Jahre zukünftig einen vorgezogenen Übergang in den Ruhestand erschweren, finanziell unattraktiv werden lassen oder ausschließen. Interessant ist im Kohortenvergleich, dass der Anteil der Frauen, die als „Hausfrau“ in den Ruhestand wechseln, kontinuierlich sinkt:

„Die Übergangspfade von der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand weisen markante Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf, die sich jedoch bei den jüngeren Generationen verringert haben.(...) Männer sind häufiger als Frauen bis zum Beginn der Altersrente erwerbstätig, der Abstand ist jedoch kleiner geworden. Sie sind kurz vor dem Rentenbeginn auch etwas häufiger arbeitslos bzw. im Vorruhestand, wobei sich auch dieser Unterschied in der Kohortenabfolge verringert hat, da dieses Muster bei den Frauen erheblich zugenommen hat: Der Anteil der Frauen, die unmittelbar vor Beginn der Altersrente arbeitslos oder im Vorruhestand waren, stieg von 3 Prozent (Jahrgänge 1923/27) auf 19 Prozent (Jahrgänge 1933/37). Abgenommen hat – bis zu den 65- bis 69-Jährigen – der Übergang aus dem Hausfrauenstatus in die Altersrente.“ (Ebd.:142)

Auch Reichert geht mit Verweis auf Blinkert/Klie (1999) und Loscocco (2000) davon aus, „dass immer mehr Frauen und Männer Erwerbstätigkeit und Pflege für ältere Angehörige gleichzeitig ausführen müssen und/oder wollen“ und dass nur eine „gelungene Vereinbarkeit zukünftig dazu beitragen kann, das familiäre Pflegepotenzial zu erhalten bzw. zu aktivieren, um so die Versorgung von bedürftigen älteren Menschen sicherzustellen“ (Reichert 2003:124).

Bislang handelt es sich bei der Vereinbarkeitsproblematik vor allem um ein Thema von Frauen, das sich lautlos in die Geschichte diskontinuierlicher, flexibler weiblicher Erwerbsbiografien einzugliedern scheint. Häufig sahen und sehen sich pflegende Frauen gezwungen, ihre Berufstätigkeit aufzugeben oder sie zu reduzieren (Halsig 1995), mit allen bekannten nachteiligen Folgen für Einkommen, soziale Sicherung und soziale Integration. Und nicht in jedem Fall führt dies auch zur Entlastung: die Aufgabe der Erwerbstätigkeit kann die Pflegesituation vielmehr psychosozial belasten, wenn dem aufgegebenen Beruf ein hoher Stellenwert zukommt. Einige Studien weisen darauf hin, dass mit der Berufstätigkeit ein „herausragender Entlastungs- und Kompensationsfaktor“ für Pflegesituationen verbunden ist. (Maly-Lukas 2003:111, vgl. Kap. V.1.) Neuere qualitative Untersuchungen präsentieren deshalb nicht zufällig ein breites Spektrum unterschiedlichster Pflegearrangements (Maly 2001; Maly-Lukas 2003; Geister 2004; Gröning et.al. 2004a,b; Tönnies 2004; Blüher 2005; Heusinger/Klünder 2005).

Dem folgenden praxisnahen Resümee könnte deshalb eine zu generalisierende Bedeutung zukommen:

„Für den überwiegenden Teil der Pflegepersonen kommt es nicht in Frage, die Berufstätigkeit aufzugeben, um für die Pflege zur Verfügung zu stehen. In Abhängigkeit vom Milieu wollen sich die einen Pflegepersonen in ihrem eigenen Beruf selbst verwirklichen, während die ande-

ren Angst haben, nach Beendigung der Pflege nicht mehr die gleiche berufliche Tätigkeit ausüben zu können. Die Aufgabe der Berufstätigkeit wird von den Pflegebedürftigen aber auch nicht erwartet.“ (Heusinger / Klünder 2005:237)

Exakte repräsentative Angaben zum Anteil pflegender erwerbstätiger Frauen und Männer an der Gesamtzahl erwerbstätiger Bevölkerung fehlen gegenwärtig und die vorliegenden Zahlen stehen oftmals im Zusammenhang mit schwer vergleichbaren, zugrunde liegenden, unterschiedlichen Definitionen von „Pflegepersonen“ (vgl. Reichert 2003:125ff.). In Anlehnung an Daten aus den USA geht Reichert jedoch davon aus, dass 7% - 12% aller Erwerbstätigen zugleich Hilfe- und Pflegeleistende sind (Reichert 2003:125f.). Damit sind jedoch noch keine Angaben über spezifische Arrangements und Konfliktebenen möglich, die differenziert über die Reichweite des Problems, Pflege und Beruf zu vereinbaren, Auskunft geben könnten.

Erst durch eine genauere Berücksichtigung des tatsächlichen Pflegeaufwands könnte ein differenzierteres Bild des Verhältnisses von Erwerbstätigkeit und Pflegeverpflichtung entstehen. Je ausgeprägter die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit des Angehörigen ist, umso seltener ist die volle Erwerbstätigkeit des Pflegenden möglich und feststellbar, wie umgekehrt eine noch geringe Hilfsbedürftigkeit des Angehörigen eher selten die Erwerbstätigkeit des verantwortlichen Angehörigen teilweise oder ganz einschränken muss (Dallinger 1997). Schon die Erfahrung spricht dafür, dass beispielsweise ein demenzkranker Angehöriger seine Hilfsbedürftigkeit nicht auf die Arbeitszeiten seiner Angehörigen einstellen kann.

Ein weiteres Problem der Empirie würde sichtbar, wenn genaue Zahlen über die Beschäftigung „illegaler“ Pflege- und Haushaltskräfte vorliegen würden⁵⁶. Erwerbstätige Söhne oder Töchter, die gegenwärtig verschiedenste Hilfeleistungen und/oder die Pflege eines Elternteils in Pflegestufe I-III weitgehend oder teilweise durch eine Arbeitskraft ohne Arbeitserlaubnis ausführen lassen, würden statistisch gesehen als erwerbstätige Hauptpflegeperson registriert. Die empirische Unzugänglichkeit dieser spezifischen Pflegearrangements muss mitbedacht werden bei allen Aussagen zum Verhältnis von Erwerbstätigkeit und Pflegetätigkeit im Kontext der Angehörigenpflege.

Die neue, 2002 durchgeführte Infratest Repräsentativuntersuchung (MUG III) zeigt dennoch wichtige Resultate und Tendenzen:

„Im zeitlichen Vergleich lässt sich feststellen, dass der Aufwand der erbrachten Hilfeleistungen im Unterschied zur Situation zu Beginn der 90iger Jahre bei privaten Hauptpflegepersonen leicht rückläufig gewesen ist. Eine "Rund um die Uhr Verfügbarkeit" geben aktuell 64%

⁵⁶ „Seriöse“ Schätzungen gehen – bezogen auf das Jahr 2000 – von etwa 4 Millionen nicht registrierten Beschäftigungsverhältnissen in Privathaushalten aus. Ca. jeder dritte Rentnerhaushalt ist darin enthalten. Vgl. Rerrich 2006: 41ff.

der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen im Unterschied zu 78% bezogen auf das Jahr 1991 an. Täglich stundenweise verfügbar müssen aktuell 26% im Vergleich zu 18% sein. Diese Entwicklung dürfte im Wesentlichen auf die Effekte der Mitte der 90er Jahre eingeführten Pflegeversicherung zurückzuführen sein.

Verbessert hat sich dadurch tendenziell auch die Vereinbarkeit von privater Pflege und eigener Berufstätigkeit (23% der privaten Hauptpflegepersonen gehen im Vergleich zu 18% zu Beginn der 90iger Jahre einer eigenen Voll- oder Teilzeitbeschäftigung nach), mit der Konsequenz, dass sich seitdem der Anteil der Männer an allen Hauptpflegepersonen von 17% auf 27% erhöht hat. Nach wie vor gilt jedoch, dass die Mehrheit der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter entweder zu Beginn der Pflege nicht erwerbstätig war, oder aber die eigene Erwerbstätigkeit im Zuge der Pflege eingeschränkt oder aufgegeben hat.“ (Schneekloth 2006b:80f.)

Tabelle 2.9 Konsequenzen der Pflege für die Erwerbstätigkeit der Hauptpflegeperson Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten, Jahresende 1991 / 2002				
Angaben in %	Pflegebedürftige ¹⁾		Sonstige Hilfebedürftige ²⁾	
	1991	2002	1991	2002
Konsequenzen				
Zu Beginn der Pflege nicht erwerbstätig	52	51	45	48
Tätigkeit aufgegeben	14	10	5	4
Tätigkeit eingeschränkt	12	11	5	5
Tätigkeit fortgesetzt	21	26	44	40
Weiß nicht / keine Angabe	1	2	2	3
1) Leistungsbezieher der Sozialen (SPV) und der Privaten Pflegeversicherung (PPV) 2) Personen mit Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen ohne Pflegebedarf im Sinne des SGB XI				
TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002				

Quelle: Schneekloth/Wahl 2006: 81)

Die sozialpolitische Relevanz des Vereinbarkeitsproblems von Pflege und Beruf und seine genderspezifische Seite wird somit auch mit dieser neuen Untersuchung deutlich: „Die vorliegenden Ergebnisse deuten allerdings darauf hin, dass Arrangements mit männlichen Hauptpflegepersonen häufig instabiler sind, insbesondere auch deshalb, weil Frauen noch immer weitaus häufiger als Männer eine ggf. vorhandene eigene Erwerbstätigkeit zu Gunsten der privaten Pflege aufgeben.“ (Schneekloth/Wahl 2006a:233f.)

Diese Befunde sollten im Zusammenhang mit der geschlechterdifferenten Erwerbsbeteiligung ab der zweiten Lebenshälfte gesehen werden und der bekannten Entwicklung, dass Teilzeittätigkeiten – auch unabhängig von Pflegeverpflichtungen – überwiegend von Frauen ausgeübt werden.

„Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse nehmen in Deutschland sowohl bei Frauen als auch bei Männern insgesamt zu. Keine Bevölkerungsgruppe weist jedoch so hohe Wachstumsraten und ein so hohes Niveau aus wie ältere Frauen. So sind es im Jahr 2005 bereits 20,4% der westdeutschen Frauen im Alter von 55 bis 64 Jahren, die ihre Haupterwerbstätigkeit in Form

einer geringfügigen Beschäftigung ausüben. Bei der Vergleichsgruppe in den Neuen Bundesländern betrug dieser Anteil 11,1%. Eine Teilzeitbeschäftigung wurde in 2005 bei 55,8% der älteren erwerbstätigen Frauen in Westdeutschland und bei 36,0% der gleichen Gruppe in Ostdeutschland gemessen (nur für abhängig Erwerbstätige). Interessant sind die regionalen Unterschiede hinsichtlich der Gründe für eine Teilzeiterwerbstätigkeit, die auf eine stärkere Orientierung zur Vollzeiterwerbstätigkeit bei ostdeutschen Frauen hinweisen. Die Hälfte dieser in Teilzeit beschäftigten älteren Frauen gab an, dass eine Vollzeittätigkeit nicht auffindbar sei. In Westdeutschland lehnt dagegen der überwiegende Teil der teilzeitbeschäftigten älteren Frauen (83,0%) aus familiären, persönlichen und anderen Gründen eine Vollzeitbeschäftigung ab. Diese regionalen Unterschiede finden sich auch bei den arbeitssuchenden älteren Frauen. 30,6% der 55- bis 64-Jährigen in den alten Bundesländern führten an, eine Teilzeitbeschäftigung zu suchen. In den neuen Ländern ist dieser Anteil mit 12,0% wesentlich geringer. Vermutlich prägen familiäre Verpflichtungen bei der Pflege älterer Angehöriger oder auch traditionelle Muster zur Vereinbarkeit von beruflichen und familialen Aufgaben diese Einstellungen. Die materielle Situation der Frauen und die Absicherung des Familienunterhaltes durch das Einkommen des Mannes ist sicher auch von Bedeutung. Setzt sich der in den letzten Jahren beobachtete Trend steigender Erwerbsbeteiligung älterer Frauen fort, ist zukünftig damit zu rechnen, dass geringfügige Beschäftigung und Teilzeitarbeit zu den dominierenden Beschäftigungsverhältnissen gehören.“ (Müller/Hoffmann 2006:3)

Interpretiert man diese Entwicklung auf dem Hintergrund der Konsequenz, dass derzeit weniger als ein Viertel aller privaten Hauptpflegepersonen ihre Erwerbstätigkeit reduzieren (11%) oder aufgeben (10%) mussten (vgl. Tab. s.o.), dann zeigt sich auf den ersten Blick, dass für die Gruppe der 55-64jährigen westdeutschen Frauen, die schon jetzt zu 76,2% nicht Vollzeit erwerbstätig sind, sich in Zukunft das Problem der Vereinbarkeit von Pfl egetätigkeit und Beruf nur teilweise als gravierend darstellen wird. Sehr viel bedeutsamer ist die Thematik für die eher Vollzeit arbeitenden ostdeutschen Frauen und für Männer, wie von Schneekloth/Wahl (2006a:233f., s.o.) angedeutet. Allerdings ist die Trenaussage, dass Teilzeitarbeit und geringfügige Beschäftigung zu den zukünftig dominierenden Beschäftigungsverhältnissen älterer Frauen zählen werden (Müller/Hoffmann 2006:3), gegenwärtig nicht genauer zu prüfen und nur unter Vorbehalt zu akzeptieren. Absehbar ist auch, dass die zunehmenden Diskontinuitäten im weiblichen Lebenslauf – bedingt durch Familie und Arbeitsmarkt – auch den Druck auf individuelle Exstanzabsicherung erhöhen. Das würde bedeuten, dass für zunehmend mehr Frauen die Vollzeiterwerbstätigkeit zu einer existenziellen Frage wird – gerade auch mit Blick auf eine unabhängige materielle Alterssicherung.

Mit der Übernahme von Pflegeverpflichtungen ist zudem das Risiko sozialer Exklusion verbunden und nicht nur die einschneidende materielle Einbuße durch Aufgabe oder Reduzierung der Erwerbsarbeit mit allen bekannten fatalen Folgen für die eigene soziale Alterssicherung. Unter dieser doppelten Perspektive sind zukünftige Vereinbarkeitsmodelle unverzichtbar, soll das familiäre Pflegepotential erhalten bleiben. Dies wird langfristig gesehen jedoch nur möglich sein, wenn sich die Betroffenen nicht vor falsche Alternativen gestellt gesehen.

„Das Recht auf soziale Partizipation von pflegenden Angehörigen trotz der Übernahme von Pflegeaufgaben und die Erleichterung der Verbindung von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen kann Prozessen von sozialer Ausgrenzung entgegenwirken.“ (Theobald 2005:167)

Hierbei ist der Geschlechterbias bei der Übernahme der informellen Pflege im Zusammenhang mit anderen Aspekten sozialer Ungleichheit und milieuspezifischen Handlungsorientierungen bedeutsam. Untersuchungen in Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden bestätigen die Vermutung, dass vor allem Frauen mit einer weniger qualifizierten Ausbildung Pflegetätigkeiten übernehmen (Tjadens/Pijl 2000; Klie/Blinkert 2002; vgl. Blinkert/Klie 2005). Dies deutet darauf hin, dass auch die Aufgabe oder Reduzierung der Erwerbstätigkeit überwiegend von Frauen und Männern in weniger qualifizierten oder als belastend empfundenen Beschäftigungsverhältnissen erwogen oder realisiert wird. Ein Befund des neuen Alterssurveys, dass nur bei Frauen die Erwerbsbeteiligung signifikant vom Qualifikationsniveau abhängt, deutet in diese Richtung: „Frauen mit Hochschulabschluss sind zu einem wesentlich höheren Grad erwerbstätig als andere Frauen. Studiert zu haben erhöht das Verhältnis zwischen Erwerbs- und Nichterwerbswahrscheinlichkeit um rund das Dreifache zugunsten der Erwerbstätigkeit.“ (Engstler 2006:107).

Bereits 1994 wurden von einer europäischen Fachtagung zum Thema „Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege“⁵⁷ umfassende und differenzierte Empfehlungen verabschiedet, die bis heute weitgehend uneingelöst und aktuell sind. Dabei stehen staatliche und nichtstaatliche Handlungsoptionen im Vordergrund, die sich auf notwendige gesetzliche Freistellungsregelungen, Sicherungen von Chancengleichheit, berufliche Fort- und Weiterbildungsangebote, die Vorreiterfunktion des öffentlichen Dienstes, betriebliche Maßnahmen zur Flexibilisierung von Arbeitszeiten und entsprechend angepasste Angebote ambulanter Dienste, Förderung „familienfreundlicher“ Unternehmenskultur und entsprechende Neuorientierungen der Tarifparteien u.v.m. beziehen (Reichert/Naegele 1999:328ff.). Explizit wird auch die Förderung der Pflegebereitschaft von Männern thematisiert.

„Insbesondere durch die Bereitstellung alternativer Teilarbeitsplätze, vor allem in männlich dominierten Betrieben und Branchen, könnte die Bereitschaft der Männer zur Pflege wesentlich forciert werden: Bisher sind männliche Pfleger wegen fehlender Teilzeitbeschäftigungsmöglichkeiten sogar häufiger als Frauen zur Berufsaufgabe gezwungen.“ (Ebd.:329)⁵⁸

⁵⁷ Diese Tagung wurde gemeinsam vom *Bundesministerium Familie, Senioren, Frauen und Jugend* und der *Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen* organisiert und in Bonn durchgeführt, vgl. Reichert/Naegele 1999.

⁵⁸ vgl. aktuelle Angaben in Schneekloth/Wahl 2006:81; sowie die soeben präsentierte entsprechende Tabelle.

Reichert und Naegele betonen jedoch ausdrücklich, dass die Vereinbarkeitsproblematik nicht allein einzelnen gesellschaftlichen Akteuren angetragen werden kann, sondern eine „gesellschaftliche Aufgabe“ sei, die „von allen Beteiligten die Bereitschaft zum gemeinsamen Engagement erfordert“ (ebd.:334).

Das aktuelle Fazit nach mehr als zehn Jahren wirkt ernüchternd: „Eine übergreifende Strategie der Vereinbarkeitsförderung ist nicht einmal in Ansätzen erkennbar“ resümieren Barkholdt/Lasch (2006:354) in ihrer wohl gegenwärtig umfassendsten Analyse dieser Problematik, die auch die Suche nach „Beispielen guter Praxis“ im europäischen Kontext einbezieht.

„Die Ergebnisse der Recherche im Rahmen dieser Expertise sprechen für eine besondere Berücksichtigung der englischen und niederländischen Strategien der Vereinbarkeitsförderung. In diesen Ländern, die über eine ähnliche Struktur und Bedeutung der häuslichen Angehörigenpflege verfügen, finden sich nicht nur Ansätze einer gesamtkonzeptionellen Herangehensweise an diese Thematik, sondern auch eine Reihe innovativer Initiativen, die von Interesse sind.“ (Ebd.:355)

Ein vergleichbares Problembewusstsein ist im neueren wissenschaftlichen Diskurs (Klie et al. 2005; Schneekloth/Wahl 2006b; Tesch-Römer et al. 2006) und bei Expertenrunden inzwischen sehr präsent. So fordert der *Runde Tisch Pflege*⁵⁹ (Deutsches Zentrum für Altersfragen):

„Um den Herausforderungen des demographischen Wandels zu begegnen, muss im Rahmen der Gesamtdiskussion zur Verbesserung der Qualität und Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege der Frage der Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit ein stärkeres Gewicht zukommen. Die Zahl der Personen, die erwerbstätig sind und gleichzeitig die Pflege ihrer älteren Angehörigen übernehmen, wird deutlich zunehmen. Dies gilt nicht nur für Frauen, die bisher die pflegerischen Aufgaben vorrangig übernehmen, sondern auch für Männer, die zunehmend ihre familiären Verpflichtungen wahrnehmen. Die Tarifpartner, aber auch jeder einzelne Arbeitgeber sowie politische Instanzen auf der kommunalen Ebene, der Landes- und Bundesebene sind aufgefordert, den gesellschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Stellenwert dieser Frage stärker wahrzunehmen und Handlungsmöglichkeiten auf die Verwirklichung einer gesamtgesellschaftlich getragenen Pflegekultur auszurichten.“ (DZA 2005a:9f.)

Die Empfehlungen und Forderungen des *Runden Tisch Pflege* beziehen sich auch ausführlich auf notwendige „flexible innovative Ansätze der Zeit- und Arbeitsorganisation“ (ebd.:10). Es wird immer wieder darauf hingewiesen, dass sich die Frage der Vereinbarkeit von Pflegetätigkeit und Erwerbstätigkeit nicht allein in der quantitativen Frage der jeweiligen zeitlichen Beanspruchung erschöpft. Bedeutsamer ist vielmehr, dass in der Regel die Pflegenden gezwungen sind, die jeweils besonderen und auch unkalkulierbaren Zeitrhythmen des Pflegealltags den oftmals starren Arbeitszeitstrukturen der Erwerbsphäre anzupassen – und nicht um-

⁵⁹ Der *Runde Tisch Pflege* wurde 2003 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung initiiert. Er ist angesiedelt beim Deutschen Zentrum für Altersfragen (Berlin). Vgl. dazu auch Kap. II.2.

gekehrt. Hier entsteht der größte Handlungsbedarf für die Schaffung völlig neuer Rahmenbedingungen, um Care-Zeiten im Lebenslauf integrieren zu können, ohne dass die Existenzsicherung – aktuell oder im Alter – gefährdet wäre. Der Siebte Familienbericht geht ausführlich auf diese Zukunftsperspektiven ein (BMFSFJ 2006b).

Der *Sozialverband Deutschland* legte im Juni 2006 einen Gesetzentwurf für ein „Pflegezeitgesetz“⁶⁰ vor, um die überfällige gesellschaftspolitische Diskussion anzustoßen. Die Arbeits- und Sozialminister der bundesrepublikanischen Länder haben sich im November 2006 einstimmig für die Einführung einer Pflegezeit ausgesprochen. Danach sollen Beschäftigte einen Rechtsanspruch auf (teilweise) Beurlaubung wegen Pflegeverpflichtungen bis zu drei Jahren bei Sicherung ihres Arbeitsplatzes haben. Die Debatte dazu hat gerade erst begonnen und Widerstände auf Arbeitgeberseite zeichnen sich ab. Mit der Reform der Pflegeversicherung wird lediglich ein halbjähriger, unbezahlter Pflegeurlaub anvisiert.

Barkholdt/Lasch thematisieren die vielfältigen Hindernisse im betrieblichen Kontext, die „auch auf Grund der permanenten Arbeitsmarktkrise in der Bundesrepublik die Einforderung von Rücksichtnahmen und Unterstützung lebensweltlicher Belange der Beschäftigten erschweren“ (2006:356). Ihre Einschätzung von Veränderungsmöglichkeiten erhält so einen skeptischen Grundton im Hinblick auf schnelle oder einfache Lösungen:

„In diesem Zusammenhang spielen die auch für (ältere) Frauen zudem kumulierenden Problemlagen und Benachteiligungen in den Familien, in den Betrieben und auf dem Arbeitsmarkt, in Bezug auf die soziale Sicherung, auf die die Vereinbarkeitsproblematik aufsetzt, eine entscheidende Rolle. Eine auf wenige Unterstützungsmaßnahmen und ihre bloße Adaptation abzielende Unterstützungsstrategie würde von daher sicher – angesichts dieser strukturellen Problemlagen – zu kurz greifen. Hier zeigt sich, dass die wachsende Bedeutung der besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Erwerbsarbeit mit einer wachsenden Komplexität von Unterstützung und fördernden Maßnahmen auf einem gesamtgesellschaftlichen Niveau einhergeht.“ (Ebd.)

VI. Zusammenfassung und Fazit

Übereinstimmend wird in der Literatur betont, dass pflegende Angehörige nicht nur als „Resource“ sondern auch als selbst „Hilfebedürftige“ angesehen und mehr unterstützt werden müssen, um nicht langfristig eine tragfähige familiäre Sorge zu gefährden. Andererseits sind pflegebezogene „Risiken der Häuslichkeit, wie soziale Isolation, psychische Belastungsaufladung, verdeckte Gewalt, Mangelerscheinungen an öffentlichem, halböffentlichem, privatfamiliärem und persönlichem Leben (...) schärfer als bisher zu thematisieren.“ (Jansen/Klie 1999:527)

⁶⁰ <http://www.soved.de/946.0.html>.

Dem korrespondieren Vorstellungen von einer stärker lebensweltlich orientierten Ausgestaltung öffentlicher Wohlfahrt. Durch einen entsprechenden Ausbau und die Inanspruchnahme sach- und beziehungsorientierter professioneller Versorgungsangebote könnte ein *verändertes Verständnis familialer Verpflichtung* gefördert und erreicht werden. Ein neues Verständnis von familialer Verpflichtung und seiner Voraussetzungen wird auch im *Siebten Familienbericht* des *Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* umfassend begründet:

„Wissenschaftlichen Erkenntnissen über den je eigenen Wert von professioneller Pflege und von Angehörigenarbeit für die Förderung von Familienmitgliedern wird in Deutschland wenig Raum gegeben. Beide Personengruppen teilen sich jedoch nicht eigentlich die Arbeit (und auch nicht die Personen), sondern sie bringen unterschiedliche Kompetenzprofile ein. Die Pflegeforschung z.B. hat seit längerem darauf verwiesen, dass professionelle Pflege nicht nur medizinisches Wissen in die Behandlung einbringt, sondern dem Pflegeabhängigen gegenüber auch Professionalität in der Pflegediagnose, der Prozessplanung, dem Erkennen von Pflegefehlern und deren Evaluation. Sehr gut geschultes Pflegepersonal orientiert sich zudem am Ausbalancieren von Nähe und Distanz, von Versorgen und Fördern, von Verwöhnen und Selbstbeteiligung (Robert-Koch-Stiftung 2000). Diese Balance ist nicht durch ‚Liebe‘ und ‚Zuwendung‘ der Angehörigen zu erreichen. Sie setzt allerdings sehr gut geschultes Personal mit entsprechender Behandlungs-Zeit voraus, die in den Abrechnungssystemen der Pflegeversicherung noch nicht vorgesehen ist; und sie bleibt entscheidend für die Dauer von Pflegeabhängigkeit, den Ressourcenaufbau und die Erweiterung von Copingstrategien im Umgang mit Erkrankung und Gesundung, sowie dem möglichst langen Erhalt von Eigenkompetenz beim Pflegeabhängigen.

Professionelle Pflege entlastet also nicht nur pflegende Angehörige, sondern hat, wenn die entsprechende Zeit und Kompetenz vorliegt, auch eine von Familienmitgliedern nicht erstellbare Qualität. Sie ersetzt andererseits allerdings nicht private Zuwendung, persönliche Beziehungen, private Verlässlichkeiten und Bindungen.“ (BMFSFJ 2006b:99f.)

Konstatiert wird generell, dass die öffentlichen Hilfsangebote „noch immer nicht umfassend, flexibel, passförmig und reaktionsschnell genug ausgebaut sind“ (Schneekloth/Wahl 2006) und dass die scharfe Trennung zwischen häuslicher und stationärer Pflege besonders problematisch ist. Gefordert werden Beratungs- und Organisationszentren für akute Pflegefälle, um Hilfsbedürftigen bürokratische Umwege und Einbahnstraßen (zu frühe und endgültige Heimweisung) zu ersparen.⁶¹ Kritisiert werden auch immer wieder die universellen Regelungsansprüche des Pflegeversicherungssystems, da sie dem jeweiligen Einzelfall abträglich wären.

Neue Herausforderungen kommen auf den familialen Kontext seit Einführung des Fallpauschalen-Systems (DRG) in Krankenhäusern zu. Diese Ökonomisierung von medizinischer und pflegerischer Betreuung im Krankenhaus hat kurze Liegezeiten zur Folge, mit der Konsequenz, dass eine intensivere pflegerische Nachbetreuung von Angehörigen als früher, zu Hau-

⁶¹ Es sieht gegenwärtig so aus, dass solche Beratungszentren (Case Management), die auch vom „Runden Tisch Pflege“ (vgl. Kap. VII.) gefordert werden, bei der Reform der Pflegeversicherung als „Pflegestützpunkte“ tatsächlich eine Rolle spielen werden.

se geleistet werden muss. Dies betrifft nicht nur pflegebedürftige ältere Menschen, sondern Patienten aller Alterstufen und wird somit die Angehörigen und ihre potentielle Pflegebereitschaft oftmals vor schwer lösbare Problemlagen stellen. Es lässt sich grundsätzlich sagen, dass mit dem Strukturwandel des Gesundheitssystems zunehmend mehr Funktionen aus dem klinischen in den ambulanten Bereich verlagert werden und damit die pflegerischen und betreuenden Aufgaben von Familienangehörigen anwachsen. Es bedarf neuer Forschungen, um herauszufinden, wie diese neuen Bereiche fürsorglicher Praxis innerfamiliär – zwischen Männern und Frauen – verteilt sein werden.

Für zwei von drei Pflegebedürftigen ist der Privathaushalt seit den 1990er Jahren der Ort, an dem sie gepflegt und betreut werden. Diese Stabilität wird durch neueste Untersuchungen bestätigt. Dennoch weisen viele Prognosen skeptisch in die Zukunft, nicht nur, um darauf hinzuweisen, dass der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung aus demografischen Gründen erheblich steigen wird, sondern auch, weil eine sinkende Pflegebereitschaft von Frauen und ein weiterer Rückgang traditioneller Familienformen befürchtet wird. Vor allem die 2005 von dem Soziologen Baldo Blinkert und dem Sozialgerontologen und Rechtswissenschaftler Thomas Klie in ihrer empirischen „Kasseler Studie“ vorgelegten Modellrechnungen zur Entwicklung des informellen Pflegepotenzials bis 2050 weisen eine eindeutig stark sinkende Tendenz aus. Berücksichtigt wird dabei der steigende Anteil allein lebender Älterer, die sinkende Zahl der 30-60jährigen Menschen, „moderat steigende Erwerbsquoten“ bei Männern und Frauen und mit besonderer Bedeutung milieuspezifische Handlungsorientierungen. Einer Zunahme der Pflegebedürftigen um rund 100 Prozent würde im Jahr 2050 eine Abnahme des informellen Pflegepotentials um rund 40 Prozent gegenüberstehen. Das würde bedeuten, dass Angehörigenpflege nicht mehr im gleichen Umfang wie bisher geleistet werden kann. Es gibt keine Anhaltspunkte, diese vorgestellte Modellrechnung grundsätzlich in Frage zu stellen; sie scheint ein realistisches Szenario zu präsentieren. Im Zusammenhang mit den von Blinkert und Klie vorgestellten Befunden zum Einfluss der Milieuzugehörigkeit auf die Pflegebereitschaft ist also zukünftig davon auszugehen, dass Frauen seltener als bisher die Pflege von Angehörigen als selbstverständliche Verpflichtung ansehen werden. Dies sollte jedoch nicht vorschnell zu der These verdichtet werden, dass damit Vorstellungen von fürsorglicher Praxis an den Rand gedrängt würden. Ihre Formen werden sich verändern und ausdifferenzieren. Das Sich-Sorgen um den pflegebedürftigen Angehörigen hat sehr viele Facetten und die unmittelbare Pflege im engeren Sinne ist nur eine davon.

Wird nach den Gründen für die gegenwärtige Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen gefragt, ergeben sich einige Indizien dafür, dass die Zukunft in der Gegenwart

bereits angelangt, aber weitgehend verborgen ist. Nach den bereits dargestellten aktuellsten Befunden erhalten 55% der häuslich betreuten Pflegebedürftigen ausschließlich private Pflege, nehmen also nur eine Geldleistung in Anspruch. Dieser Anteil ist seit den 1990er Jahren relativ konstant und irritiert die fachwissenschaftliche Diskussion. Gründe dafür werden in den Vorstellungen von Verantwortung und Loyalität bei den Pflegenden (meist Frauen) vermutet, in den Autonomiebedürfnissen von Pflegefamilien, einer möglichen Kultur der Distanz, auch Uninformiertheit kann eine Rolle spielen; besonders bedeutsam scheinen jedoch finanzielle Erwägungen zu sein.

Als Hypothese wäre davon auszugehen, dass die volle Sachleistung realistisch nur dann gewählt werden kann, wenn weitere finanzielle Ressourcen sowie formelle und informelle Helfer zur Verfügung stehen. Der weitaus größte Zeitbedarf bei der Betreuung Pflegebedürftiger entsteht nicht durch die Pflege im engeren Sinne, sondern durch hauswirtschaftliche Dienste, Hilfen rund um die Mahlzeiten, Unterstützung bei sozialen Kontakten, Tagesgestaltung, Begleitung in öffentlichen Räumen, emotionaler Zuwendung und psycho-sozialer Betreuung u.a.m. So ist davon auszugehen, dass vor allem Pflegepersonen mit geringem Erwerbseinkommen – meist Frauen – auf das Pflegegeld angewiesen sind, wenn sie angesichts der zeitlichen Beanspruchung durch die Betreuung des Pflegebedürftigen ihre Erwerbstätigkeit reduzieren oder aufgeben. Offensichtlich gibt es auch materiell arme Familien, die „um des Geldes willen pflegen“ und wo sich die schlechte soziale und ökonomische Lage negativ auf die Pflegesituation auswirkt.

Mehrere Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten deuten darauf hin, dass nicht allein das familiäre Pflegepotential und soziale Netzwerke alltägliche Hilfe- und Pflegeleistungen garantieren. Hinweise dazu ergeben sich aus der großen Anzahl Hilfebedürftiger neben den unmittelbar Pflegebedürftigen und aus dem Vorrang der gewählten Geldleistungen und deren hohen und relativ stabilen Quote. Dies könnte auf eine nicht unbedeutende, aber kaum zu ermittelnde Zahl vor allem illegaler Beschäftigungsverhältnisse hindeuten, die insbesondere dann bedeutsam sein werden, wenn der Wohnort der familialen Hauptpflegekraft vom Wohnort des hilfe- und/oder pflegebedürftigen Angehörigen weiter entfernt liegt und die beruflichen Verpflichtungen den Pflegeverantwortlichen wenig zeitliche Spielräume für umfassende Hilfs- und Pflegetätigkeiten lassen. Durch die vor allem steigende Erwerbstätigkeit von hochqualifizierten, akademisch ausgebildeten Frauen entsteht ein breites Spektrum an Entlastungsstrategien von unbezahlter durch bezahlte Haus- und Sorgearbeit (BMFSFJ 2006b:93). Bedingt durch verstärkte Anforderungen an berufliche Mobilität, steigt zudem der Anteil multilokaler Mehrgenerationenfamilien. Alle Erfahrungen zeigen, dass bei

großer räumlicher Distanz die Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen allein durch das Angebot der Pflegeversicherung nicht zu garantieren ist. Die immer wieder zitierte Formulierung, die Familie sei der größte Pflegedienst der Nation, muss nicht nur aus der Genderperspektive zurechtgerückt werden, sondern auch, weil das „weibliche Pflegepotential“ inzwischen anteilig die „Sorge“ an ein nicht-sichtbares Heer illegaler und ungeschützter, nicht-familialer Hilfskräfte, vor allem an Migrantinnen delegiert. Wie auch im *Siebten Familienbericht* des *Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* erwähnt wird, erfolgt vermutlich die quantitativ bedeutsamste Umschichtung von Familienarbeit nicht zwischen Männern und Frauen, sondern zwischen sozial und national unterschiedlichen Gruppen von Frauen (BMFSFJ 2006b:92f.). Dies betrifft auch – wie deutlich werden sollte – Tätigkeiten im Kontext von Pflege.

Vor diesem Hintergrund bekommen Fragen der Vereinbarkeit von Hilfe- und Pflegetätigkeiten und Erwerbsarbeit ein besonderes Gewicht. 64% aller privaten Pflegepersonen sind gegenwärtig im erwerbsfähigen Alter. Diese Zahl ist zunächst unabhängig davon zu betrachten, ob diese Personen noch erwerbstätig sind oder aus unterschiedlichen Gründen bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Denn auf die Zukunft bezogen bedeutet diese empirische Größe, dass die schwindenden Chancen eines Vorruhestands, die gleichzeitige Verlängerung der Lebensarbeitszeit und die steigende kontinuierliche Erwerbsbeteiligung von Frauen, der Vereinbarkeitsproblematik ein zunehmend größeres sozialpolitisches Gewicht verleihen.

Neue Untersuchungen zeigen, dass der zeitliche Aufwand der erbrachten Hilfeleistungen im Unterschied zur Situation zu Beginn der 1990er Jahre bei privaten Hauptpflegepersonen geringer geworden ist. Erleichtert wurde tendenziell auch die Vereinbarkeit von privater Pflege und eigener Erwerbstätigkeit: 23% der privaten Hauptpflegepersonen gehen im Vergleich zu 18% zu Beginn der 1990er Jahre einer eigenen Voll- oder Teilzeitbeschäftigung nach. Ähnlich hat sich der Anteil der Männer an allen Hauptpflegepersonen von 17% auf 27% erhöht. Nach wie vor wird jedoch konstatiert, dass die Mehrheit der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter entweder zu Beginn der Pflege nicht erwerbstätig war, oder aber die eigene Erwerbstätigkeit angesichts der Pflegebelastungen reduziert oder aufgegeben hat. Letzteres wird insbesondere für Frauen festgestellt. Dies korrespondiert mit dem Faktum, dass gegenwärtig 76,2% der 55-64jährigen westdeutschen Frauen nicht Vollzeit erwerbstätig sind. Stellt sich deshalb für sie in Zukunft das Problem der Vereinbarkeit von Pflegetätigkeit und Beruf als weniger gravierend dar? Ob die Vereinbarkeitsproblematik zukünftig für Männer und Frauen von vergleichbarer Brisanz sein wird, hängt sehr von der weiteren Entwicklung der jeweiligen Erwerbsbeteiligung ab. Einige Prognosen gehen davon aus, dass Teilzeitarbeit

auch zukünftig für Frauen von größerem quantitativen Gewicht sein wird als für männliche Erwerbstätige.

Mit der Übernahme von Pflegeverpflichtungen ist das Risiko sozialer Exklusion verbunden und die einschneidende materielle Einbuße durch Aufgabe oder Reduzierung der Erwerbsarbeit mit allen bekannten fatalen Folgen für die eigene soziale Alterssicherung. Unter dieser doppelten Perspektive ist es notwendig, zukunftsste und finanzierte Vereinbarkeitsmodelle zu etablieren, soll das familiale Pflegepotential erhalten bleiben. Dies wird langfristig gesehen jedoch nur möglich sein, wenn sich die Betroffenen nicht vor falsche Alternativen gestellt sehen. Hierbei ist der Geschlechterbias bei der Übernahme der informellen Pflege im Zusammenhang mit anderen Aspekten sozialer Ungleichheit und milieuspezifischen Handlungsorientierungen bedeutsam. Untersuchungen in Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden bestätigen die Vermutung, dass vor allem Frauen mit einer weniger qualifizierten Ausbildung Pflegeleistungen übernehmen (Tjadens/Pijl 2000; Klie/Blinkert 2002; vgl. Blinkert/Klie 2005). Dies deutet darauf hin, dass auch die Aufgabe oder Reduzierung der Erwerbstätigkeit überwiegend von Frauen und Männern in weniger qualifizierten oder in als belastend empfundenen Beschäftigungsverhältnissen erwogen und realisiert wird. Ein Befund des neuen Alterssurveys, dass nur bei Frauen die Erwerbsbeteiligung signifikant vom Qualifikationsniveau abhängt, deutet in diese Richtung: „Frauen mit Hochschulabschluss sind zu einem wesentlich höheren Grad erwerbstätig als andere Frauen. Studiert zu haben, erhöht das Verhältnis zwischen Erwerbs- und Nichterwerbswahrscheinlichkeit um rund das Dreifache zugunsten der Erwerbstätigkeit.“ (Engstler 2006:107) So ist es vermutlich realistisch, wie schon oben mehrfach angesprochen, von milieuspezifisch unterschiedlichen Handlungsoptionen angesichts eines familiären Pflegefalls auszugehen. Damit wird jedoch die sozialpolitische Forderung nach besseren Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf nicht obsolet. So fordert der *Runde Tisch Pflege*⁶² (Deutsches Zentrum für Altersfragen):

„Um den Herausforderungen des demographischen Wandels zu begegnen, muss im Rahmen der Gesamtdiskussion zur Verbesserung der Qualität und Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege der Frage der Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit ein stärkeres Gewicht zukommen. Die Zahl der Personen, die erwerbstätig sind und gleichzeitig die Pflege ihrer älteren Angehörigen übernehmen, wird deutlich zunehmen. Dies gilt nicht nur für Frauen, die bisher die pflegerischen Aufgaben vorrangig übernehmen, sondern auch für Männer, die zunehmend ihre familiären Verpflichtungen wahrnehmen. Die Tarifpartner, aber auch jeder einzelne Arbeitgeber sowie politische Instanzen auf der kommunalen Ebene, der Landes- und Bundesebene sind aufgefordert, den gesellschaftlichen und arbeitsmarktpoliti-

⁶² Der *Runde Tisch Pflege* wurde 2003 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung initiiert. Er ist angesiedelt beim Deutschen Zentrum für Altersfragen (Berlin). Vgl. dazu auch Kap. II.2

schen Stellenwert dieser Frage stärker wahrzunehmen und Handlungsmöglichkeiten auf die Verwirklichung einer gesamtgesellschaftlich getragenen Pflegekultur auszurichten.“ (DZA 2005a: 9f.)

Die Empfehlungen und Forderungen des *Runden Tisch Pflege* beziehen sich auch ausführlich auf notwendige „flexible innovative Ansätze der Zeit- und Arbeitsorganisation“. Es wird immer wieder darauf hingewiesen, dass sich die Frage der Vereinbarkeit von Pflegetätigkeit und Erwerbstätigkeit nicht allein in der quantitativen Frage der jeweiligen zeitlichen Beanspruchung erschöpft. Bedeutsamer ist vielmehr, dass in der Regel die Pflegenden gezwungen sind, die jeweils besonderen und auch unkalkulierbaren Zeitrhythmen des Pflegealltags den oftmals starren Arbeitszeitstrukturen der Erwerbsphäre anzupassen – und nicht umgekehrt. Hier entsteht der größte Handlungsbedarf für die Schaffung völlig neuer Rahmenbedingungen, um Care-Zeiten im Lebenslauf integrieren zu können, ohne dass die Existenzsicherung – aktuell oder im Alter – gefährdet wäre. Der schon erwähnte *Siebte Familienbericht* geht ausführlich auf diese Zukunftsperspektiven ein (BMFSFJ 2006b).

VII. Abschließende Überlegungen

Einer der im *Siebten Familienbericht* des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend formulierten, das Thema Pflege umfassenden Perspektive, ist nach bisheriger Sichtung der vorliegenden Literatur zur Bedeutung und zu den Grenzen häuslicher Pflege zuzustimmen:

„Auch in Zukunft bleibt die bundesdeutsche Gesellschaft auf Familienarbeit angewiesen, also auf die Bereitschaft von Familienmitgliedern, sachbezogene Hausarbeit zur Alltagsbewältigung und personenbezogene Fürsorgearbeit für bedürftige Angehörige (Kinder, Alte und Kranke) zu übernehmen. Da das klassische Einverdienerernährermodell mit der verlässlichen Übernahme dieser Tätigkeiten durch die Frauen jedoch fragiler geworden ist, stellt sich die Problematik einer gesellschaftlichen Neuorganisation dieser Arbeitsformen mit einiger Dringlichkeit. Hier sind verschiedene Wege einzuschlagen und zu unterstützen: es braucht im Lebenslauf beider Geschlechter Zeitsequenzen, in denen sie sich selbst diesen Aufgaben verstärkt zuwenden können (Geburt und Betreuung kleiner Kinder, Pflege von Familienangehörigen im Falle von Krankheit oder Pflegebedarf), ohne deshalb ihre berufliche Integration bzw. berufliche Perspektive zu gefährden; es besteht ein erhöhter Bedarf an Erziehung zu und Durchsetzung von partnerschaftlichen innerfamiliären Arbeitsteilungsmustern zwischen Frauen und Männern, Müttern und Vätern, nicht zuletzt aufgrund der wachsenden Bildungs- und Erwerbsbeteiligung von Frauen und zwecks Verwirklichung ihrer sozialen Gleichstellung in allen Lebensbereichen, und es bedarf schließlich des großzügigen und qualitativ hochwertigen Ausbaus an familienergänzenden sach- und personenbezogenen Dienstleistungen, also der Professionalisierung eines Teils der vormals privat geleisteten Familienarbeit.“ (BMFSFJ 2006b:93)

Ein komplexes, durchaus gendersensibles Problembewusstsein ist in pflegebezogenen Wissenschafts- und Expertendiskursen deutlich gewachsen. Dies zeigen nicht nur die aus repräsentativen Untersuchungen resultierenden Schlussfolgerungen und sozialpolitischen Implikationen, mit denen empirische Befunde implizit auf dem Hintergrund vorliegender kritisch-wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit den Stärken, Defiziten und Problemlagen „häuslicher Pflege“ – wie sie auch in diesem Literaturbericht angesprochen wurden – interpretiert und in gesellschaftlichen und politischen Handlungsbedarf übersetzt werden. Keinesfalls wird mehr das weibliche häusliche Pflegepotential als natürliche und unerschöpfliche Ressource angesehen, vielmehr werden unzumutbare Belastungssituationen als Gefährdung zukünftiger häuslicher Pflege antizipiert, gravierende Unzulänglichkeiten privater Pflegearrangements deutlich benannt als auch die demografische Entwicklung mit ihren neuen Herausforderungen einbezogen. So wird auch im *Fünften Altenbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (BMFSFJ 2006a) weniger das „Ausschöpfen des Möglichen“ betont als das „Bewahren“ der vorhandenen Potentiale. Deutlich werden ein umfassender und vielfältiger Entlastungs- und Unterstützungsbedarf sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen thematisiert, die in gleicher Weise männliche Pflegebereitschaft und -fähigkeit langfristig verstärkt zu entwickeln in der Lage sein könnten.

Relativ einmütig scheinen Expertenrunden die Zukunft häuslicher Pflege und den notwendigen Veränderungsbedarf zu thematisieren. Dies zeigt sich auch bei den 2005 vorgelegten Ergebnissen des *Runden Tisch Pflege (Deutsches Zentrum für Altersfragen)*⁶³: Zur „Verbesserung der Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (DZA 2005a) werden Leitsätze formuliert, die ausdifferenziert, begründet und teilweise durch Praxisbeispiele (DZA 2005b) anschaulich werden. Die knappen Leitsätze – Empfehlungen und Forderungen – lauten im Einzelnen:

„1. Selbsthilfepotentiale Pflegebedürftiger und privat Pflegender sind zu mobilisieren, zu unterstützen und abzusichern.“ (hier werden u.a. die Berücksichtigung kognitiver und demenzieller Erkrankungen in der Pflegeversicherung gefordert und die notwendigen Rahmenbedingungen zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege gefordert)

„2. Leistungen ambulanter Pflegedienste sind am Bedarf und den Bedürfnissen, der Lebenswelt und dem Alltag von Hilfe- und Pflegebedürftigen auszurichten und in der Planung, Organisation, Ausgestaltung und Qualität weiterzuentwickeln.“

3. Selbstständige Lebensführung im Alter ist durch Entwicklung zukunftsfähiger Wohn- und Betreuungsformen abzusichern.

⁶³ Vgl. Fn 62.

4. Die Koordination und Steuerung von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche ist durch strukturelle Vernetzung auf kommunaler Ebene (Care Management) und auf Einzelfallebene (Case Management) zu verbessern.
5. Die Arbeitsbedingungen und Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der häuslichen Pflege sind zu verbessern.“

Bei genauer Betrachtung erweisen sich alle vorgelegten Vorschläge keinesfalls als kostenneutral. So gibt es berechtigte Befürchtungen, dass weitreichende Reformen im Kontext häuslicher Pflege weiterhin auf dem Papier existieren werden. Denn in der gegenwärtigen, marginalen öffentlichen Debatte um die angestrebte Reform der Pflegeversicherung wird weder deutlich, dass die bereits zitierte *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* (2006)⁶⁴ eine entscheidende Grundlage weit reichender politischer Entscheidungen werden soll noch dass die umfassenden Änderungsvorschläge aus Wissenschaft und Expertenrunden berücksichtigt wurden. Vielmehr stehen die gegenwärtigen und umstrittenen zukünftigen finanziellen Rahmenbedingungen, die „Kosten der alternden Gesellschaft“ im Zentrum⁶⁵ und es werden eher bescheidene Verbesserungen vorgesehen, auch wenn diese im Detail zumindest in die von Expertenrunden ausformulierte Richtung weisen⁶⁶. Die anvisierte (unbezahlte) Pflegezeit ist beispielsweise mit dem grundsätzlichen Problem verbunden, dass sie nur von Pflegenden mit ausreichenden finanziellen Ressourcen (weitere Einkommen, Vermögen) in Anspruch genommen werden könnte. Der „Teilkaskocharakter“ der Pflegeversicherung wird sich also nicht grundsätzlich ändern – zur Debatte stehen allenfalls die neuen und alten materiellen und psycho-sozialen „Kosten“ der „Selbstbeteiligung“. So ist zu befürchten, dass viele der schon „alt“ wirkenden wissenschaftlichen Befunde, Einschätzungen und Veränderungsperspektiven aus den 1990er Jahren auch im 21. Jahrhundert aktuell bleiben – allerdings mit unabsehbaren Folgen für zukünftige Hilfe- und Pflegebedürftige sowie für die Situation pflegender Angehöriger.

„Sieht man es als zentrale Voraussetzung für künftige Pflegesicherung an, dass sich eine Pluralisierung der Pflegestile, eine Emanzipation von bisherigen starren (überwiegend geschlechtshierarchischen) Rollenmustern und eine Normalisierung neuer Mixturen der Hilfe, des Helfens und des Hilfeannehmens gesellschaftlich etablieren können, so dürfen wohl we-

⁶⁴ Vgl. Kap. II.2.

⁶⁵ Vgl. beispielsweise Süddeutsche Zeitung Nr. 23, 29. Januar 2007, Thema des Tages: Reform der Pflegeversicherung, S.2.

⁶⁶ Die Schwerpunkte der Pflegereform sind: Stärkung der ambulanten Versorgung nach persönlichem Bedarf, Ausgestaltung der finanziellen Leistungen; Einführung einer Pflegezeit für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Bessere Ausgestaltung der Prävention und Reha in der Pflege, Ausbau der Qualitätssicherung, Unterstützung des generationenübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements, Abbau von Schnittstellenproblemen, Förderung der Wirtschaftlichkeit und Entbürokratisierung, Stärkung der Eigenvorsorge und Anpassungsbedarf in der privaten Pflege-Pflichtversicherung, Finanzierung. Vgl.: Bundesministerium für Gesundheit, „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“, 19. Juni 2007, (http://www.bmg.bund.de/cln_041/nm_600116/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/pflegeversicherung-node,param=.html__nnn=true).

der Pflegebedürftige noch pflegende Privatpersonen sich selbst überlassen und damit verlassen bleiben. Auch jene autarke Variante der Pflegebereitschaft, die meint, Pflegebedürftigkeit eines nahe stehenden Menschen ganz ‚alleine‘ meistern oder ‚bewältigen‘ zu müssen, basiert auf einer Beziehung. Diese Variante überfordert aber meist nicht nur eben jene Beziehung, aus der sie hervorging, sondern ist in den meisten Fällen extrem selbst- und manchmal auch fremdschädigend. Pflegebereitschaft wird zukünftig wohl so beeindruckend hoch bleiben wie heute, doch Pflegefähigkeit wird ihre Formen wandeln (müssen) (Jansen/v. Kardorff 1995, 1996; Backes 1996; Rückert 1997).“ (Jansen/Klie 1999:538)

Weil die mehrheitlich von Frauen ausgeübten Hilfe- und Pflgetätigkeiten nicht ausschließlich auf Strukturen geschlechtshierarchischer Arbeitsteilung zurückgeführt werden können und sich das komplexe Ursachengeflecht somit auch nur partiell mit dem Anspruch der Geschlechtergerechtigkeit kritisieren und verändern lässt⁶⁷, sollte die Aufmerksamkeit verstärkt auf die teilweise unzumutbaren Rahmenbedingungen solcher fürsorglichen Praxis gerichtet sein. Frauen werden auch zukünftig – bedingt durch die anhaltende „Feminisierung“ des Alters – häufiger als Pflegende und Zupflegende präsent sein. Und viele von ihnen werden vermutlich weiterhin – und Männer zunehmend – aus Zuneigung und aus einem moralischen Verpflichtungsgefühl heraus ihre (Ehe)Partner und hochaltrigen, allein lebenden Mütter (Eltern) betreuen und pflegen wollen. Bezogen auf die (Ehe)Partner-Pflege⁶⁸ wäre die Frage nach Geschlechtergerechtigkeit auch schlichtweg inadäquat.

Nicht diese – voraussichtlich ungleichgewichtigen – Pflege- und Hilfeleistungen von Frauen und Männern werden das einzige große Problem sein, sondern eher die Frage, ob die angebotene Unterstützung der Gesellschaft gerecht und angemessen ist. Die im Pflegeversicherungsgesetz verankerte finanzielle Ungleichbehandlung von häuslicher und stationärer Pflege verstärkt die soziale Ungleichheit zwischen den Geschlechtern in eklatanter Weise.⁶⁹ Da in der Regel durch die Sach- und Geldleistungen im ambulanten Bereich nur dann die Pflege und Betreuung des Pflege- und Hilfebedürftigen garantiert werden kann, wenn eine weitere Person sich bis zu mehreren Stunden täglich „kümmert“, sind pflegende Angehörige – meist Frauen – in vielen Fällen von nur eingeschränkten Möglichkeiten, einer Berufstätigkeit nachzugehen und – in der Folge – von geringerer Alterssicherung betroffen.⁷⁰ Dies kann kein Zukunftsmodell mehr sein. Dennoch setzt die jetzt anvisierte „unbezahlte“ Pflegezeit (Beurlaubung) zur besseren Vereinbarkeit von Pflegeverpflichtung und Beruf noch immer ein Geschlechterarrangement voraus, durch das Frauen – zumindest zeitweise, partiell und im Alter – durch das Einkommen ihrer Ehemänner abgesichert sind. Unter dieser Voraussetzung wurde in den

⁶⁷ Vgl: dazu ausführlich die Kap. III.3.; V.; VI.1,2,3.

⁶⁸ Wie schon erwähnt ist – quantitativ gesehen – diese Pflegekonstellation ebenso bedeutsam wie die Eltern-Pflege. Vgl. Kap. III.

⁶⁹ Vgl. zu Dimensionen sozialer Ungleichheit zwischen den Geschlechtern Kap. IV.2.

⁷⁰ Vgl. Kap. III, V. VI.

1990er Jahren das Pflegegeld als „Taschengeld“ mit geringem Renteneffekt konzipiert und eingeführt. Die aktuelle Debatte um die Reform der Pflegeversicherung klammert aus, was schon im *Siebten Familienbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* nachzulesen ist: Da das „klassische Einverdienerernährermodell mit der verlässlichen Übernahme“ fürsorglicher „Tätigkeiten durch die Frauen jedoch fragiler geworden ist, stellt sich die Problematik einer gesellschaftlichen Neuorganisation dieser Arbeitsformen mit einiger Dringlichkeit“ (BMFSFJ 2006b:93).

Wenn für Frauen – und tendenziell auch für mehr Männer – Pflegebereitschaft zunehmend in *scharfe Konkurrenz* zur notwendigen Existenzsicherung gerät, dann verliert die häusliche Pflege ein entscheidendes Fundament. Aus diesem Grund wird eine zu einschränkend konzipierte „Hilfe zur Selbsthilfe“ im Kontext Pflege (unbeabsichtigt) dazu führen, dass die „Selbsthilfe-Ressourcen“ von Pflege- und Hilfebedürftigen, und damit ist ja insbesondere die Pflegebereitschaft von Angehörigen angesprochen, irgendwann erschöpft sind.

Die sozio-moralischen Orientierungen innerhalb einer Gesellschaft sind keine unerschöpfliche und sich unendlich reproduzierende Ressource. Eine von Tauschrationalität, instrumentellen Orientierungen und individualistischen Erfolgsstrategien durchdrungene Gesellschaft muss paradoxerweise selber gegenläufige Bedingungen für den Schutz und die Entwicklung „fürsorglicher Praxis“ herstellen und im öffentlichen Bewusstsein als Selbstverständnis präsent halten. Die sogenannte Privatsphäre ist keine voraussetzungslose Enklave gesellschaftlich „mißachteter“ aber zugleich vorausgesetzter sozio-moralischer Orientierungen⁷¹ – Tauschrationalität, Ellbogenmentalität, Zweckorientierung und formales Reziprozitätsdenken könnten auch den privaten Schauplatz besetzen und damit die Pflege entsprechend den Marktgesetzen an professionelle, gesellschaftliche Institutionen verweisen. Die Frage ist grundsätzlich: in welcher Gesellschaft ist die Zukunft der häuslichen Pflege – menschenwürdig für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige – aufgehoben?

⁷¹ Im *Siebten Familienbericht* wird die Bedeutung fürsorglicher Tätigkeiten für das gesellschaftliche Humanvermögen herausgestellt und die Diskrepanz zwischen seinem Nutzen für „jedermann“ und der Tendenz, sich „individuell“ bei der Entwicklung zu entziehen, betont, BMFSFJ 2006b: 245.

Literatur:

- Adorno, T. W. [1951], *Minima Moralia – Reflexionen aus dem beschädigten Leben*, Frankfurt a.M., Suhrkamp 1969.
- Allmendinger, J. (2000), Wandel von Erwerbs- und Lebensverläufen und die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern im Alterseinkommen. In: Schmähl, Winfried/ Klaus Michaelis (Hrsg.), *Altersicherung von Frauen. Leitbilder, gesellschaftlicher Wandel und Reformen*. Opladen: Leske + Budrich, S. 61-80.
- Amann, A. (2004), *Die großen Alterslügen. Generationenkrieg – Pflegechaos – Fortschrittsbremse?* Wien: Böhlau Verlag.
- Andritzky, M. (1996), Wohnen, Balance zwischen Heim und Welt. In: *Baseler Magazin der Baseler Zeitung*, 20. Juli 1996, S. 12-15.
- Arndt, M. (1996), Ein wissenschaftlicher Diskurs über Theorien der Moral und Ethik: Kohlbergs theoretische Glätte und der Mut zu unerklärten moralischen Resten. In: *Pflege*, Heft1/1996, S.26-29.
- Arndt, M. (2003a), Theoretische Argumentationslinien in der Ethik. Eine Einführung. In: Dibelius, O./ Arndt, M. (Sr. M. Benedicta) (Hrsg.), *Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie. Eine europäische Perspektive*. Hannover: Schlütersche, S. 13-22.
- Arndt, M. (2003c), Ethik zwischen Macht und Hilflosigkeit. In: Wiesemann, C. et.al. (Hrsg.), *Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer, S. 11-29.
- Asam, W.H./Altmann, U. (1995), *Geld oder Pflege. Zur Ökonomie der Pflegeabsicherung*. Freiburg/Br.: Lambertus.
- Bäcker, G./Stolz-Willig, B. (1997), *Betriebliche Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 106.2, Stuttgart, Berlin, Köln.
- Backes, G. M. (1993), Frauen zwischen „alten“ und „neuen“ Alter(n)sriskien. In: Naegele, G./Tews, H.P. (Hrsg.): *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 170-187.
- Backes, G. M. (1994), Balancen pflegender Frauen zwischen traditioneller Solidaritätsnorm und modernen Lebensformen. In: *Zeitschrift für Frauenforschung* 12, 3, S.113-128.
- Backes, G. M. (1996), Familienbeziehungen und informelle soziale Netzwerke im soziostrukturellen und demographischen Wandel. In: *Z Gerontol Geriat*, 29, 1, S.29-33.
- Backes, G. M. (1999), Geschlechterverhältnisse im Alter. In: Jansen, Birgit/Fred Karl /Hartmut Radebold /Reinhard Schmitz-Scherzer (Hrsg.)(1999), *Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis*. Weinheim, Basel: Beltz. S. 453-469.
- Backes, G. M. (2002), Geschlecht und Alter(n) als zukünftiges Thema der Alter(n)ssoziologie. In: Backes, Gertrud M./ Wolfgang Clemens (Hrsg.), *Zukunft der Soziologie des Alter(n)s*. Opladen: Leske + Budrich, S. 111-148.
- Backes, G. M. (2005), Alter(n) und Geschlecht: ein Thema mit Zukunft. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 49-50/2005. Bundeszentrale für politische Bildung. <http://www.bpb.de/publikationen/EZ1HQ8.html>. S. 1-10, Datum des Zugriffs 01.08.2006.
- Backes, G. M. (2006), Rezension vom 24.01.2006 zu: Anton Amann (2004), *Die großen Alterslügen. Generationenkrieg – Pflegechaos – Fortschrittsbremse?* Wien: Böhlau Verlag. In: *socialnet Rezensionen* unter <http://socialnet.de/rezensionen/2882.php>. 4 S., Datum des Zugriffs 12.08.2006.
- Backes, G. M./Clemens, W./Künemund, H. (Hrsg.)(2004), *Lebensformen und Lebensführung im Alter. Alter(n) und Gesellschaft Bd.10*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Backes, G. M./ Clemens, W. (Hrsg.)(2002), *Zukunft der Soziologie des Alter(n)s*. Opladen: Leske + Budrich.
- Bähr, M. (1999), *Pflegebedürftigkeit – was nun? Wenn die Eltern älter werden*. Wiesbaden, Ullstein Medical..
- Baltes, M.M. (1996), Betty Fridan. Vom Feminismus zur Alterskultur. In: Baltes, M.M./Montada, L. (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter*. Frankfurt a. M.: Campus, S. 10-13.
- Baltes, M.M./Montada, L. (Hrsg.) (1996), *Produktives Leben im Alter*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Barkholdt, C./Lasch, V. (2006), Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. In: *Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.), Förderung der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer*, Berlin: LIT Verlag, S. 265-361.

- Baumgartner, L./ Kirstein, R./Möllmann, R. (Hrsg.)(2003), Häusliche Pflege heute. München (u.a): Urban & Fischer.
- Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (BaySTMAS) (Hrsg.) (1997): Kurs für pflegende Angehörige. Ein Handbuch zur Kursgestaltung. München.
- Beck, B./Naegele, G./ Reichert, M./Dallinger, U. (1997), Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 106.1. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Beck, U./Beck-Gernsheim, E. (1994), Riskante Freiheiten. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Becker, S. (1998), Das Pflegegeschehen in der ambulanten Versorgung aus Patientensicht. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, BFS Pflegewissenschaft. (Diplomarbeit).
- Becker-Schmidt, R. (1991), Individuum, Klasse und Geschlecht aus der Perspektive der Kritischen Theorie. In: Zapf, Wolfgang (Hrsg.), Die Modernisierung moderner Gesellschaften. Verhandlungen des 25. Deutschen Soziologentages in Frankfurt. Frankfurt a. M./New York: Campus, S. 383-394.
- Becker-Schmidt, R. (1995), Transformation und soziale Ungleichheit, soziale Ungleichheit und Geschlecht. In: Neue Impulse. Mitteilungen der Gesellschaft Deutscher Akademikerinnen e.V., 11, S.11.
- Beck-Gernsheim, E. (1998), Was kommt nach der Familie? Einblick in neue Lebensformen. München: Beck Verlag.
- Beck, K. (1996), Pflege der Angehörigen. Angehörigenarbeit in ambulanten Diensten. In: Häusliche Pflege 5, S.361-365
- Beier, Jutta (2003), Vorwort zu: Friedemann, Marie-Luise/Christina Köhlen, Familien- und umweltbezogene Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber, 2. Aufl.
- Benhabib, S. (1995), Selbst im Kontext. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Benhabib, S. (1999), Kulturelle Vielfalt und demokratische Gleichheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bischoff, C. (1984), Frauen in der Krankenpflege – Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt/M.: Campus.
- Blinkert, B./Klie T. (1999), Pflege im sozialen Wandel: Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung. Hannover: Vincentz.
- Blinkert, B./Klie, T. (2004a). Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. Sozialer Fortschritt, 43(11-12), 319-325.
- Blinkert, B./Klie, T. (2004b). Solidarität in Gefahr? Hannover: Vincentz Verlag.
- Blinkert, B./Klie, T. (2005), Solidarität in Gefahr? Veränderung der Pflegebereitschaft und Konsequenzen für die Altenhilfe und Pflege. In: Klie, Thomas/Buhl, Anke/ Entzian, Hildegard/ Hedtke-Becker, Astrid/ Wallrafen-Dreisow (Hrsg.), Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 293-315.
- Blüher, S. (2004), "Liebesdienst und Pflegedienst" – theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur Vergesellschaftung in häuslichen Pflegearrangements. In: Stefan Blüher/Manfred Stosberg (Hrsg.), Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage, S. 11-51.
- Blüher, S. (2005), Integration und Solidarität. Pflege im Alter – theoretische Überlegungen, empirische Befunde und praktische Konsequenzen. Erlanger Beiträge zur Gerontologie, Bd.3, Münster: LIT Verlag,
- Blüher, S./Stosberg, M. (Hrsg.)(2004), Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage. (Bausteine 2, 4)
- Bondolfi, A. (1996), Ein wissenschaftlicher Diskurs über Theorien der Moral und Ethik: Kohlberg und die Folgen. In: Pflege, Heft 1/1996, S. 29-31.
- Boszormenyi-Nagy, I./Spark, G. (1981), Unsichtbare Bindungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bracker, M. (1992), Pflege durch Angehörige. In: Häusliche Pflege 6,12, S.332-339.
- Bracker, M./Dallinger, U./Karden, G./Tegthoff, U. (1988), Die Pflegebereitschaft der Töchter. Zwischen Pflichterfüllung und eigenen Lebensansprüchen. Voraussetzungen, Belastungen und sozialpolitische Schlussfol-

- gerungen. Die Bevollmächtigte der hessischen Landesregierung für Frauenangelegenheiten (Hrsg.). Wiesbaden: Eigenverlag.
- Braun, U./Dreyer, K./Erdmann, S./v.Kardorff, E. (1995), Pflegestandards in der häuslichen Alten- und Krankenpflege. Praxisnahe Entwicklung und Qualitätssicherung. München: Stadtparkasse.
- Braun, U./Schmidt, R. (Hrsg.) (1997), Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt e.V.. Regensburg: Transfer-Verlag.
- Brody, E.M.(1985), Parent Care as a Normative Family Stress. In: *The Gerontologist* 25, S. 19-29.
- Brömme, N. (1999), Eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung? Über die sozialen Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, S. 99-106.
- Brückner, M./Mayer, B. (Hrsg.) (1994), Die sichtbare Frau. Die Aneignung gesellschaftlicher Räume. Freiburg/Br.: Kore.
- Brückner, M. (2004), Der gesellschaftliche Umgang mit menschlicher Hilfsbedürftigkeit. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 29.Jg., Heft 2/2004, S. 10-23.
- Bubolz-Lutz, E. (1997), Eine neue Herausforderung in der Lebensplanung: Vorbereitung auf den Umgang mit der Pflegebedürftigkeit im Alter. In: *Altenpflege Forum*, 5 (2), S.1-14.
- Buijssen, H. (1996), Die Beratung von pflegenden Angehörigen. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) (Hrsg.) (2000), Soziale Sicherung im Überblick. Bonn: Eigenverlag.
- Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFS) (Hrsg.) (1993), Erster Altenbericht der Bundesregierung. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (1996), Die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege älterer und behinderter Menschen in nationaler und europäischer Perspektive. Experten und Berichte über eine europäische Fachtagung. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2001a), Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2001b), Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2002), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2006a), Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2006b), Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Siebter Familienbericht. Bonn: Bundestagsdrucksache 16/1360.
- Chamberlayne, P. (1996), Fürsorge und Pflege in der britischen feministischen Diskussion. In: *Feministische Studien*, 14. Jg., Nr.2, S.47-58.
- Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (2006). Runder Tisch Pflege. Arbeitsgruppe IV. Hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit in Zusammenarbeit mit: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.
- Clemens, W. (1997), Frauen zwischen Arbeit und Rente. Lebenslagen in später Erwerbstätigkeit und frühem Ruhestand. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Conen, U. (1997), Generationenbeziehungen sind auch Geschlechterbeziehungen. In: *Zeitschrift für Frauenforschung*, 16, (1+2), S, 137-153.
- Corbin, J./Strauss, A. (1988), *Unending Work and Care. Managing Chronical Illness at Home*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Dallinger, U. (1997), *Ökonomie der Moral: Konflikte zwischen familiärer Pflege und Beruf aus handlungstheoretischer Perspektive*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Nordrhein-Westfalen (Hrsg.)(1986), Pflege durch Angehörige. Anforderungen an die Familie - Herausforderungen an die Altenarbeit. Dokumentation der Tagung vom 2. – 4. Juli 1986 in Mühlheim/Ruhr. Wuppertal: Eigenverlag.
- Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen (Hrsg.)(1997), Studieneinheit 18 des Funkkollegs Altern. Studienbrief 7. Tübingen: Eigenverlag.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.) (1998), Jahrbuch des DZA 1997. Beiträge zur sozialen Gerontologie und Alterssozialpolitik. Regensburg: Transfer-Verlag.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.) (2006a), Förderung der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer. Voraussetzungen und Möglichkeiten. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung, Berlin: LIT Verlag.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.) (2006b), Ergebnisse des Fünften Altenberichts und des Siebten Familienberichts. Herausforderungen des sozialen und demografischen Wandels: Generationen und Innovation. Kurzdokumentation der Tagung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Sachverständigenkommissionen des Fünften Altenberichts und des Siebten Familienberichts. 25. Oktober 2006, Berlin. (<http://www.dza.de/download/Tagungsdok-251006end.pdf>, aufgesucht am 10.1.2007).
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA). Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege (2005a), Verbesserung der Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Ergebnisse der Arbeitsgruppen I bis IV, vorgestellt anlässlich der Fachtagung am 12. September 2005 in Berlin. (www.dza.de, aufgesucht am 15.1.2007).
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA). Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege (2005b), Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege – Anhang Praxisbeispiele – . September 2005. (www.dza.de, aufgesucht am 15.1.2007).
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.) (1996), danken und dienen. Thema: Pflege im Alter – Pflegenden Angehörige. Stuttgart.
- Dröge, P./Meuser, M. (Hrsg.) (2001), Männlichkeit und soziale Ordnung. Neuere Beiträge zur Geschlechterforschung. Opladen: Leske + Budrich.
- Duppel, S. (2005), Nähe und Distanz als gesellschaftliche Grundlegung in der ambulanten Pflege. Bremer Schriften. Hannover: schlütersche.
- Eckart, C. (1996), Die Entwertung von Fürsorglichkeit und die Rhetorik von Unabhängigkeit. Hindernisse bei der gesellschaftlichen Neugestaltung von Arbeit. In: Herlt, K/Sachs, A. (Hrsg.), ReVision. Perspektiven feministischer Theorie und Politik der 90er Jahre. Kassel: Gesamthochschulbibliothek, S. 151-164.
- Eckart, C. (1999), Fürsorglichkeit. Soziale Praxis und moralische Orientierung. In: Jansen, Birgit/Karl, Fred/Radebold, Hartmut/Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz. S. 414-425.
- Eckart, C. (2004a), Zeit für Privatheit. Bedingungen einer demokratischen Zeitpolitik. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, B 31-32/2004, S.13-18.
- Eckart, C. (2004b), Fürsorgliche Konflikte. Erfahrungen des Sorgens und die Zumutungen der Selbständigkeit. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 29. Jg., H.2/2004, S.24-40
- Eckart, C./Senghaas-Knobloch, E. (Hrsg.) (2000), Feministische Studien, Themenschwerpunkt: Fürsorge – Anerkennung – Arbeit, 18. Jg., 2000 extra.
- Engstler, H. (2006), Erwerbsbeteiligung in der zweiten Lebenshälfte und der Übergang in den Ruhestand. In: Tesch-Römer, Clemens/Engstler, Heribert/Wurm, Susanne (Hrsg.), Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 84-154.
- Enquetekommission „Demografischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und an die Politik. Schlussbericht 2002. Deutscher Bundestag. 14. Wahlperiode. Drucksache 14/8800.
- Evers, A. (1997), Geld oder Dienste? Zur Wahl und Verwendung von Geldleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung. In: WSI Mitteilungen, 7, S. 510-518.
- Evers, A./Olk, T. (1995), Berücksichtigung und Unterstützung informeller Pflegehilfen durch offene bzw. ambulante Einrichtungen im Bereich der Altenpflegedienste. Eine Untersuchung am Beispiel einer nordrhein-

- westfälischen Region. Auftragsstudie für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Evers, A./Olk, T. (1996), Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Evers, A./Rauch, U. (1996), Geldleistungen in der Pflegeversicherung. Motive und Mittelverwendung von Personen, die im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes die Geldleistungsalternative in Anspruch nehmen. Pilotstudie. Gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung Düsseldorf. Gießen: Universität, FB 19.
- Fischer, G.C./Rohde, J./Tewes, U./Schug, S./Koppelin, F./Koschers, A./Pangritz, J./Pullwitt, D.H./Beyer, M./Buser, K. (1995), Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann. Schlussbericht zum interdisziplinären Forschungsprojekt. Schriftenreihe des BMFSuFJ, Bd. 49. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Fookon, I. (1999), Geschlechterverhältnisse im Lebenslauf. In: Jansen, B./Fred K./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.) (1999), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz. S. 441-452.
- Fookon, I. (1999), Intimität auf Abstand. Familienbeziehungen und soziale Netzwerke. In: A. Niederfranke/G. Naegele/E. Frahm (Hrsg.), Funkkolleg Altern 2. Lebenslagen und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 209-243.
- Fookon, I. (2005), Neue Alter(n)sriskien – eine geschlechtsneutrale Standortbestimmung? Rezension des Buches von G. M. Backes/ W. Clemens/ H. Künemund (Hg.) (2004), Lebensformen und Lebensführung im Alter. (Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften). In: Querelles-Net, Nr.16/ Juli 2005: Themenschwerpunkt Alter, 3.S..unter <http://querelles-net.de/2005-16/text16fooken.shtml>. Datum des Zugriffs 12.08.2006.
- Fookon, I. (Hrsg.) (1994), Alter(n) – Umbruch und Kontinuität. Akzentsetzungen von Wissenschaftlerinnen. Siegener Studien Bd. 55. Essen: Die Blaue Eule.
- Fookon, I./Lind, I. (1996), Scheidung nach langjähriger Ehe im mittleren und höheren Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer.
- Frauenforschung (1988). Informationsdienst des Forschungsinstituts Frau und Gesellschaft. Themenschwerpunkt: Qualifikationsbegriff und ‚weibliches Arbeitsvermögen‘. 6. Jg., Heft 4/1988. Bielefeld: Kleine.
- Fuchs, J. (1998), Ressourcen für die Pflege im häuslichen Bereich. Pflegebereitschaft von Personen, die selbst nicht pflegen. In: Gesundheitswesen 60. Stuttgart/New York: Georg Thieme, S. 392-398.
- Geister, C. (2004), „weil ich für meine Mutter verantwortlich bin“. Der Übergang der Tochter zur pflegenden Tochter. Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Gerhard, U. (1990), Gleichheit ohne Angleichung. Frauen im Recht. München: Beck.
- Gerhard, U. (2003), Mütter zwischen Individualisierung und Institution: Kulturelle Leitbilder in der Wohlfahrtspolitik. In: Gerhard, U./Knijn, T./Weckwert, A., Erwerbstätige Mütter. Ein europäischer Vergleich. München: Beck, S. 53-84.
- Gräbel, E. (1994), Körperbeschwerden und subjektive Belastung bei pflegenden Angehörigen. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 119 (14), S. 501-506.
- Gräbel, E. (1996), Psychische und physische Belastungen pflegender Angehöriger. In: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.), danken und dienen. Thema: Pflege im Alter – Pflegende Angehörige. Stuttgart, S. 12-18..
- Gröning, K./Kunstmann, A. C./Rensing, E. (2004b), In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Gröning, K./Kunstmann, A.C./Rensing, E., Röwekamp, B. (Hrsg.) (2004a), Pflegegeschichten. Pflegende Angehörige schildern ihre Erfahrungen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Halsig, N. (1995), Hauptpflegepersonen in der Familie: Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfemöglichkeiten. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und – psychiatrie, 8 (4), S. 247-262.
- Hartig, W./Keikawus, A. (Hrsg.) (2002), Home Care-Konzepte. Moderne Versorgungsalternativen in der Behandlung chronisch (schwer-)kranker Patienten. 2. Aufl. München (u.a.): Zuckschwerdt.

- Hasseler, M./Meyer, M. (Hrsg.) (2004), *Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft*. Hannover: schlütersche.
- Hasseler, M./Görres, S. (2005), *Was Pflegebedürftige wirklich brauchen ...Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung*. Berliner Schriften. Hannover: schlütersche.
- Häußermann, H./Siebel, W. (1996), *Soziologie des Wohnens. Eine Einführung in Wandel und Ausdifferenzierung des Wohnens*. Weinheim, München: Juventa.
- Hedke-Becker, A./C. Schmidtke (1985), *Frauen pflegen ihre Mütter: Eine Studie zu Bedingungen häuslicher Pflege*. Frankfurt a. M.: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Heinemann-Knoch, M./Knoch, T./Korte, E. (2006), *Hilfe- und Pflegearrangements älterer Menschen in Privathaushalten*. In: Schneekloth, U./Wahl, H. W. (Hrsg.), *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 146-171.
- Heinzmann, R. (2001), *Die „Münchener Erklärung“ und ihre Konsequenzen. Auf dem Weg zur eigenen Verantwortlichkeit*. In: *Caritas und Pflege*, Heft 1/2001, S. 4-6.
- Heitmann, D. (2005), *Fallstudien zur psychologischen Widerstandsfähigkeit. Zur Situation pflegender Angehöriger während der Versorgung in der letzten Lebensphase*. *Pflegewissenschaft in Forschung und Praxis* Bd.2. Hamburg: Kovač.
- Heusinger, J./Klunder, M. (2004), *Der Einfluss des Milieus auf die Steuerung in häuslichen Pflegearrangements*. In: Blüher, S./Stosberg, M. (Hrsg.), *Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlag, S. 183-196.
- Heusinger, J./Klunder, M. (2005), *„Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen!“*. *Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Hewener, V. (2004), *Geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit der Zeit*. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament*, B 31-32/2004, S.26-32.
- Hoff, A. (2006), *Intergenerationale Familienbeziehungen im Wandel*. In: Tesch-Römer, C./Engstler, H./Wurm, S. (Hrsg.)(2006), *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 231-287.
- Hoff, A. (2006), *Intergenerationale Familienbeziehungen im Wandel*. In: Tesch-Römer, C./Engstler, H./Wurm, S. (Hrsg.), *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 231-288.
- Hoffmann, E. (2005), *Fakten zum Pflegebedarf in Deutschland: Empfundene und anerkannte Pflegebedürftigkeit*. In: *Informationsdienst Altersfragen*, Heft 06/2005, *Deutsches Zentrum für Altersfragen* (Hg.), S. 1-4 (online)
- Höhn, M. (1995), *Häusliche Pflege ... und sich selbst nicht vergessen. Was pflegende Angehörige wissen sollten*. Köln: PapyRossa.
- Höpflinger, F. (2000/2004), *Auswirkungen weiblicher Langlebigkeit auf Lebensformen und Generationenbeziehungen*. In: Perrig-Chiello, P./François H. (Hrsg.)(2000/2004), *Jenseits des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag. S. 61-74.
- Höpflinger, F. (2001), *Frauen im Alter – die heimliche Mehrheit. Geschlechtsspezifische Unterschiede der Lebenserwartung – ein globales Phänomen moderner Gesellschaften*. 10. S. (<http://www.mypage.bluewin.ch/hoepf/fhalter1K.html>, Datum des Zugriffs 12.08.2006).
- Höpflinger, F. (2002), *Männer im Alter. Eine Grundlagenstudie*. Zürich: Pro Senectute.
- Höpflinger, F./Hugentobler, V. (2005), *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz*. Bern: Huber.
- Hoppe, B. (1996), *Geschlechterdifferenz des Alterns*. In: Hoppe, B./Wulf, C. (Hrsg.), *Altern braucht Zukunft. Anthropologie, Perspektiven, Orientierung*. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt.
- Horster, D. (Hrsg.)(1998), *Weibliche Moral – Ein Mythos?* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Jansen, B. (1997a), *Systematisierung ambulanter Angehörigenarbeit in der Altenhilfe (in ländlichen Regionen) und einige Desiderate an eine lebensweltliche Pflegeethorie*. Dissertation aus dem Fachbereich Sozialwesen der Universität Gesamthochschule Kassel. Kassel: Gesamthochschulbibliothek.

- Jansen, B. (1997b), Lebensweltorientierung und Häuslichkeit. In: Braun, U./Schmidt, R. (Hrsg.), Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt e.V.. Regensburg: Transfer-Verlag, S. 77-95.
- Jansen, B. (1999), Informelle Pflege durch Angehörige. In: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz. S. 604-628.
- Jansen, B./Kardoff, E. v.(1995), Plädoyer für ein vernetztes Angebot. Das Rother Modell Pflege für die Pflegenden erteilt isolierten Pflegekursen eine klare Absage. In: Forum Sozialstation, 19, 2, S. 14-20.
- Jansen, B./Kardoff, E. v.(1996), Auf dem Weg zur Fachlichkeit in der Angehörigenarbeit. Perspektiven und Versuch der Systematisierung. In: Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.), Ein Jahr Pflegeversicherung. Bilanz und Perspektiven. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe, S. 89-104.
- Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.) (1999), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz.
- Jansen, B./Klie, T. (1999), Häuslichkeit. In Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz, S.521-539.
- Kardorff, E. v./Stark, W. (1987), Zur Verknüpfung professioneller und alltäglicher Hilfenetze. In: Keupp, H./Röhrle, D. (Hrsg.), Soziale Netzwerke. Frankfurt a. M.: Campus, S. 219-244.
- Karisch, K.-H. (2006), Projekt Methusalem. In: Frankfurter Rundschau, 1. August 2006, Nr. 176, S.24-25.
- Käsler-Heide, H. (1998), Wenn die Eltern älter werden. Ein Ratgeber für erwachsene Kinder. Frankfurt am Main: Campus.
- Keller, S. (2006), Leben und Wohnen im Alter. Berlin: Stiftung Warentest.
- King, D. (2006), „Angemessene Pflege ist in Deutschland legal nicht bezahlbar“. Ein Interview mit Dietlinde King, Vorsitzende der 15. großen Strafkammer am Landgericht Darmstadt. In: Frankfurter Rundschau 12.10.2006, S.24.
- Klie, T. (1997), Neue Chancen zur Profilierung. In: *Altenheim*, 3, S. 22-27.
- Klie, T. (1998), Menschenwürde als ethischer Leitbegriff für die Altenhilfe. In: Blonski, H. (Hrsg.), Ethik in Gerontologie und Altenpflege. Leitfaden für die Praxis. Hagen: Brigitte Kunz, S. 123-139.
- Klie, T. (2002), Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Unter Mitarbeit von V. Guerra. Hannover: Vincenz.
- Klie, T./Blinkert, B. (2002) „Pflegekulturelle Orientierungen“. In: Tesch-Römer, C. (Hrsg.), Gerontologie und Sozialpolitik. 197-217.
- Klie, T./Buhl, A./Entzian, H./Hedtke-Becker, A./Wallrafen-Dreisow (Hrsg.) (2005), Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Knapp, G. A. (1988), Die vergessene Differenz. In: *Feministische Studien*, 6. Jg., Nov., 1/1988, S. 12-31.
- Kumbruck, C. (2007), Geschlechterverhältnisse und Ethos fürsorglicher (Pflege-) Praxis im Wandel. Literaturbericht und Problemskizzen zur Tradition weiblichen Dienstes in der Diakonie. artec-paper Nr. 146. Universität Bremen.
- Kumbruck, C./Senghaas-Knobloch, E. (2006), Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel – Befunde einer empirischen Studie. artec-paper Nr. 137. Universität Bremen.
- Koch-Straube, U. (1995), Die stille Angst vor dem Tag X. Wenn in der Familie Pflegebedürftigkeit droht. In: *Forum Sozialstation* Nr. 75, S. 50-54.
- Kohli, M./Künemund, H. (Hrsg.)(2000), Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen: Leske + Budrich.
- Kohli, M./Künemund, H. (Hrsg.)(2005), Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. 2. erweiterte Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.
- Kondratowitz, H.-J. v. (Hrsg.), Die gesellschaftliche Gestaltbarkeit von Altersverläufen. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Bd. 92. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Krüger, H. (1991), Doing Gender – Geschlecht als Statuszuweisung im Berufsbildungssystem. In: Brock, Dietmar et.al. (Hrsg.), Übergänge in den Beruf. Zwischenbilanz zum Forschungsstand. Weinheim (u.a.): Juventa, S. 139-169.

- Künemund, H. (2005), „Produktive“ Tätigkeiten. In: Kohli, M./Künemund, H. (Hrsg.), Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. 2. erweiterte Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH. S.277-317.
- Künemund, H. (2006), Tätigkeiten und Engagement im Ruhestand. In: Tesch-Römer, C./Engstler, H. /Wurm, S. (Hrsg.), Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 289-327.
- Künemund, H./Hollstein, B. (2005), Soziale Beziehungen und Unterstützungswerke. In: Kohli, M./Künemund, H. (Hrsg.), Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. 2. erweiterte Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH. S. 212-276.
- Künzel-Schön, M. (1984), Wenn die Eltern älter werden. Frankfurt am Main: extrabuch.
- Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) (Hrsg.) (1996), Ein Jahr Pflegeversicherung. Bilanz und Perspektiven. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe,
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (1992), Presse- und Informationsdienst 1. Schrumpfendes „Töchter-Potenzial“ (Titelblatt).
- Lambrecht, P./Bracker, M. (1992), Die Pflegebereitschaft von Männern. ASG-Veröffentlichung, Nr. 20. Kassel: Gesamthochschulbibliothek.
- Lay, R. (2004), Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hannover: schlütersche.
- Lehr, U. (1972), Psychologie des Alters. Heidelberg: Quelle & Meyer.
- Lehr, U. (1987), Zur Situation der älter werdenden Frau. Bestandsaufnahmen und Perspektiven bis zum Jahr 2000. München: Beck.
- Leipold, B. (2004), Bewältigungsverhalten und Persönlichkeitswachstum pflegender Angehöriger. FU Berlin, Dissertation online: <http://www.diss.fu-berlin.de/2004/325/index.html>.
- Loewy, E. H. (1995), Ethische Fragen in der Medizin. Wien, New York: Springer.
- Loscocco, K. (2000), Age integration as a solution to work-family conflict. *The Gerontologist*, 40, 292-300.
- Lüders, I. (1994), Angehörige in der Pflege – Störfaktor oder Ressource im professionellen Pflegesystem. In: Braun, H. /Klie, T. /Kohnert, M./Lüders, I. (Hrsg.), Zukunft der Pflege. Beiträge zur Pflegediskussion in Altenarbeit und Gerontologie. Schriftenreihe der HaFa, Bd. 8. Melsungen: Bibliomed, S. 165-183.
- Maly, N. (2001), Töchter, die ihre Mütter pflegen. Eine Analyse ihrer Lebenssituation. Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik Bd. 34, Münster-Hamburg-London: Lit Verlag.
- Maly-Lukas, N. (2003), „...aber ich hab’ es gern getan.“ – Zur Pflegebereitschaft und Lebenssituation pflegender Töchter. In: Reichert, M. /Maly-Lukas, N. /Schönknecht, C. (Hrsg.), Älter werdende und ältere Frauen heute. Zur Vielfalt ihrer Lebenssituation. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 97 – 121.
- Maly-Lukas, N. (2005), Pflege – eine Sache der ganzen Familie. Rezension zu K. Gröning/ A.-C. Kunstmann/ E. Rensing (2004), In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege, und dies. (Hg.)(2004) Pflegegeschichten, Frankfurt a.M.: Mabuse. In: Querelles-Net, Nr.16/ Juli 2005, Themenschwerpunkt: Alter, 4 S., unter http://www.querelles-net.de/2005-16/text16maly-lukas_groening.shtml, Datum des Zugriffs 12.08.2006.
- Manzeschke, A./Pelz, T. (2006), Ergebnisse eines Forschungsprojekts, Beitrag zur Tagung „Ökonomisierung im klinischen Alltag. Auswirkungen der Fallpauschalen auf Behandlungsqualität und Organisationsstruktur“, Zentrum für Gesundheitspolitik an der Evangelischen Akademie Loccum in Kooperation mit Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth, 5.-7. Okt. 2006 Hannover. (Manuskript, 71 S., pdf)
- Martin, M./Schmitt, M. (2000/2004), Partnerschaftliche Interaktion im mittleren Erwachsenenalter als Prädiktor von Zufriedenheit bei Frauen und Männern in langjährigen Beziehungen. In: Perrig-Chiello, P./Höpflinger, F. (Hrsg.)(2000/2004), Jenseits des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag. S. 77-98.
- Meier, U. (1999), Haushaltswissenschaften. In: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz. S. 155-170.

- Meinders, F. (2001), Sind Angehörige von chronisch kranken älteren Menschen nur belastet? Positives Erleben und Lebenszufriedenheit bei Angehörigen dementiell erkrankter Menschen. Regensburg: Roderer.
- Miers, M. (2001), Sexus und Pflege. Geschlechterfragen und Pflegepraxis. Aus dem Englischen übersetzt von H. Börger. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von R. Lorenz-Krause. Bern u.a.: Huber.
- Motozawa, M. (1995), Familiäre und sonstige Pflege der alten Menschen im japanischen Sozialrecht. In: Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch, 34, 4, S. 169-177.
- Müller, B./Hoffmann, E. (2006), Das Erwerbspersonenpotenzial in Deutschland in altersstruktureller Sicht. Gerostat-Beitrag im „Informationsdienst Altersfragen“, Heft 06/2006, Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.). S. 1-7 (online).
- Nagl-Docekal, H. (1998a): Ein Postscriptum zum Begriff „Gerechtigkeitsethik“. In: Horster, D. (Hrsg.), Weibliche Moral – Ein Mythos?, Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 142-153.
- Nagl-Docekal, H. (1998b): Feministische Ethik oder eine Theorie weiblicher Moral? In: Horster, D. (Hrsg.), Weibliche Moral – Ein Mythos?, Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 42-72.
- Nagl-Docekal, H. (2000), Feministische Philosophie. Ergebnisse, Probleme, Perspektiven. Frankfurt am Main: Fischer.
- Nagl-Docekal, H./Pauer-Studer, H. (Hrsg.) (1993), Jenseits der Geschlechtermoral. Beiträge zur feministischen Ethik. Frankfurt am Main: Fischer.
- Niederfranke, A. (1994), Pluralisierung und Individualisierung als Bestandteil weiblichen Älterwerdens. In: Fookon, I. (Hrsg.), Alter(n) – Umbruch und Kontinuität. Akzentsetzungen von Wissenschaftlerinnen. Siegener Studien Bd. 55. Essen: Die Blaue Eule, S. 69-80.
- Niederfranke, A. (1997), Das Altern ist weiblich. Frauen und Männer altern unterschiedlich. In: Funkkolleg Altern, Studieneinheit 10. Tübingen: Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen, S. 1-38.
- Niederfranke, A./Naegele, G./Frahm, E. (Hrsg.) (1999), Funkkolleg Altern 2. Lebenslagen und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- OECD – Organisation for Economic Co-Operation and Development (1994): Caring for frail elderly people. New Directions in Care. Social Policy Studies 14. Paris: OECD.
- Olbrich, E./Halsig, N./Kruse, A./Roether, D. (1994), Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung im Alter. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Ostner, I./Beck-Gernsheim, E. (1979), Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Campus.
- O’Sullivan, D. (2000), Ambulante Pflege und Betreuung in Familie und neuem Ehrenamt. Schriften zum Bürgerlichen Recht, Band 236. Berlin: Duncker & Humblot.
- Panke-Kochinke, B. (1999), Pflege im Spannungsfeld gesellschaftlicher Widersprüche – Folgerungen für die Ausbildung. In: Pflegepädagogik, Heft 3, S. 4-10.
- Pauer-Studer, H. (1996), Ethik und Geschlechterdifferenz. In: Nida-Rümelin, J. (Hrsg.), Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Stuttgart: Kröner, S.86-136.
- Perrig-Chiello, P. (2000/2004), Lust und Last des Älterwerdens – psychologische Betrachtungen. In: Perrig-Chiello, P./Höpflinger, F. (Hrsg.), Jenseits des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag. S. 15-35.
- Perrig-Chiello, P./Höpflinger, F. (Hrsg.) (2001), Zwischen den Generationen. Frauen und Männer im mittleren Lebensalter. Unter Mitarbeit von A. Kaiser, M. Sturzenegger und S. Perren. Reihe „Gesellschaft Schweiz“. Zürich: Seismo.
- Perrig-Chiello, P./Höpflinger, F. (Hrsg.) (2000/2004), Jenseits des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag.
- Perrig-Chiello, P./Höpflinger, F. (Hrsg.) (2003), Gesundheitsbiografien. Variationen und Hintergründe. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Petzold, C./Petzold, H. (1997), Kunden ohne Kundenkarte. In: caritas 98,10, S.463-480.
- Piechotta, G. (2000), Weiblich oder kompetent? Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.

- Pinl, C. (2004), Wo bleibt die Zeit? Die Zeitbudgeterhebung 2001/2002 des Statistischen Bundesamts. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, B 31-32/2004, S.19-25.
- Powell, J. (2002), Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe.
- Pullwitt, D.H./Fischer, G.C. (1996), Warum nehmen ältere Ehepaare ambulante Pflegedienste in Anspruch? In: Gesundheitswesen, 58, S. 277-282.
- Raabe, M. (2000), Dienst am Nächsten oder professionelle Fürsorge – Werte für die Krankenpflege. Berliner Medizinethische Schriften. Beiträge zu ethischen und rechtlichen Fragen der Medizin, Heft 37, Dortmund: Humanitas.
- Raven, U. (1995), Handlungskompetenz in der Pflege und ihre Bedeutung für die Professionalisierung des Berufsfeldes. In: Pflege, Heft 4/1995, S. 347-355.
- Rehbock, T. (2000), Braucht die Pflege eine eigene Ethik? In: Pflege, Heft 5/2000, S.280-289.
- Rehbock, T. (2002), Autonomie, Fürsorge, Paternalismus. Zur Kritik (medizin-)ethischer Grundbegriffe. In: Ethik in der Medizin, Jg. 14, 2002, S. 131-150.
- Reichert, M. (1997), Analyse relevanter Literatur zum Thema „Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Hilfe/Pflege für ältere Angehörige. In: Beck, B./Naegele, G./Reichert, M./Dallinger, U., Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 106.1. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S. 23-62.
- Reichert, M. (2003), Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – Ein Überblick zum neuesten Forschungsstand. In: Reichert, M./Maly-Lukas, N./Schönknecht, C. (Hrsg.), Älter werdende und ältere Frauen heute. Zur Vielfalt ihrer Lebenssituation. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 123-148.
- Reichert, M. et.al. (2003), Informelle außerfamiliäre Unterstützungsnetzwerke älterer Menschen mit Pflegebedarf: eine deutsch-britische Vergleichsstudie. Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik, Bd. 45. Münster: LIT Verlag.
- Reichert, M./Naegele, G. (1999), Handlungsoptionen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege: Ergebnisse einer internationalen Konferenz zum Thema. In: Reichert, M./Naegele, G. (Hrsg.) (1999), Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Nationale und internationale Perspektiven II. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie, Bd. 8. Hannover: Vincentz, S. 327-342.
- Reichert, M./Naegele, G. (Hrsg.) (1999), Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Nationale und internationale Perspektiven II. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie, Bd. 8. Hannover: Vincentz.
- Reichert, M./Maly-Lukas, N./Schönknecht, C. (Hrsg.)(2003), Älter werdende und ältere Frauen heute. Zur Vielfalt ihrer Lebenssituation. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Reißmann, A. (2005), Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierung. Chancen und Grenzen häuslicher Pflege. Dialog und Diskurs - Zur Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Bd. 5. Herausgegeben vom Fachbereich Sozialwesen der FH Erfurt, Oldenburg: Paulo Freire Verlag.
- Remmers, H. (2000), Ethische Aspekte in der Pflege. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer D. (Hrsg.), Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa, S. 307-335.
- Rinderspacher, J. P. (2006), Pflegen als Zeitproblem – Erster Systematisierungsversuch für die empirischen Ergebnisse. Stand 12.10.06 (Ms.).
- Rogers, C. (1993), Therapeut und Klient. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Roloff, J. (2007), Geschlechteraspekte der demographischen Alterung in Deutschland. In: BiB-Mitteilungen, Informationen aus dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beim Statistischen Bundesamt, 27.Jg., 04/2006, 22. Januar 2007, S. 7-10.
- Rückert, W. (1997), Von Mensch zu Mensch. Hilfe und Pflege im Alter. In: Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen (Hrsg.), Studieneinheit 18 des Funkkollegs Altern. Studienbrief 7. Tübingen: Eigenverlag, S. 2-36.
- Rückert, W. (1999), Demographie. In: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz, S. 142-154.
- Rumpf, M. (1999), Geschlechterdifferenz in Kritischer Theorie. Ein nicht veralteter Rückblick. In: Lenk, W./Rumpf, M./Hieber, L. (Hrsg.), Kritische Theorie und politischer Eingriff. Oskar Negt zum 65. Geburtstag. Hannover: Offizin, S. 71-84.

- Rumpf, M. (2006), „Keine Emanzipation ohne die der Gesellschaft“ – Adornos Blicke auf Verhältnisse und Verhängnisse zwischen den Geschlechtern. In: Perels, J. (Hrsg.), „Leiden beredt werden lassen...“. Beiträge über das Denken Adornos. Hannover: Offizin, S. 97-132.
- Rumpf, M. (2007), Geschlechterverhältnis und Ethos fürsorglicher (Pflege-) Praxis im Wandel. Literaturbericht und Problemskizzen zu häuslicher Pflege (Kurzfassung), artec-paper Nr. 145, 52 S., Universität Bremen.
- Rumpf, M./ Senghaas-Knobloch, E. (2004), „Dem Reich der Freiheit werb' ich Bürgerinnen“ (Louise Otto). Ute Gerhard zum 65. Geburtstag. In: Feministische Studien, 22. Jg., Nr. 1, Mai 2004, S. 83-93.
- Runde, P./Giese, R./Kerschke-Risch, P./Scholz, U./Wiegel, D. (1996), Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur Häuslichen Pflege. Hamburg: Eigenverlag.
- Salomon, J. (2006), „Mein Bild von Dir bestimmt, wie ich mit Dir umgehe“. Demenz als Herausforderung für professionelles Handeln. Vortrag auf der Tagung: „Der demente Mensch. Pflege zwischen Autonomie und Fürsorge“, Ev. Akademie Loccum 19.-20.05.2006, homepage des ZfG Hannover /Archiv/ <http://www.evika.de/zfg/images/DementeSALOMON%20Loccum%2019-20-05-06pdf> (aufgesucht am 12.10.2006).
- Schäfer, U./Görres-Kahn, U./Füsgen, I. (1996), Kurse für pflegende Angehörige im Rahmen der Pflegeversicherung. In: Münchner medizinische Wochenschrift (MMW), Jg. 38, Nr. 12, S. 205-208.
- Schmähl, W./Michaelis K. (Hrsg.) (2000), Alterssicherung von Frauen. Leitbilder, gesellschaftlicher Wandel und Reformen. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Schmoecker, M. (1996), Pflegebündnisse. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Ein Jahr Pflegeversicherung. Reihe „thema“ Bd. 119. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, S. 117-124.
- Schneekloth, U. (2006a), Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Vierteljahresheft, Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge, Bd. 37, Heft 2, Berlin, S.20-31.
- Schneekloth, U. (2006b), Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U./Wahl, H. W. (Hrsg.) (2006), Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer, S. 57-102.
- Schneekloth, U./Müller, U. (2000), Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 127. Baden-Baden: Nomos.
- Schneekloth, U./Potthoff, P. (1993), Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 20.2., Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Schneekloth, U./Potthoff, P./Piekara, R./ Rosenblatt, B. v. (1996), Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Endbericht. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 111.2. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Schneekloth, U./Wahl, H. W. (2006a), Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten im Lichte der Ergebnisse von MuG III. In: Schneekloth, U./Wahl, H. W. (Hrsg.) (2006), Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer, S. 227-242.
- Schneekloth, U./Wahl, H. W. (2006b), Schlussfolgerungen, sozialpolitische Implikationen und Ausblick. In: Schneekloth, U./Wahl, H. W. (Hrsg.) (2006), Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer, S. 243-249.
- Schneekloth, U./Wahl, H. W. (Hrsg.) (2005), Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. BFSFJ Online-Publikation.
- Schneekloth, U./Wahl, H. W. (Hrsg.) (2006), Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schnetz, D. (1996), Geld kann nicht pflegen – Neue Wege in der häuslichen Pflege. In: Schütz, R.M. (Hrsg.), Praktische Geriatrie 15. Bericht über die 15. Fortbildungstage in Lübeck vom 4.-6. Mai 1995. Lübeck: Selbstverlag, S. 122-131.

- Schroeter, K. R./Rosenthal, T. (Hrsg.)(2005), *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Grundlagentexte Pflegewissenschaft*. Weinheim u.a.: Juventa.
- Schupp, J./Künemund, H. (2004), Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland. In: DIW Wochenbericht, Nr. 20, 10 S. (online).
- Schütze, Y. (1989), Zwischen Pflicht und Neigung. Intergenerationale Beziehungen zwischen Erwachsenen und ihren alten Eltern - Ergebnisse einer Pilotstudie. In: *Zeitschrift für Familienforschung*, Jg. 3, H.1, S.72-102.
- Schütze, Y. (1993), Intergenerationale Beziehungen in den späten Phasen des Familienverlaufs. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. Vortrag gehalten vor dem AK I der Bundestags-Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ am 1.10.1993. Berlin.
- Schütze, Y. (1995), Ethische Aspekte von Familien- und Generationenbeziehungen. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, Jg. 8, H. 1, S. 31-38.
- Schütze, Y./ Lang, F.R. (1992), Verantwortung für alte Eltern – eine neue Phase im Lebensverlauf. In: *Familie und Recht (FuR)*, Jg.6, S. 336-341.
- Schwägerl, C. (2006), Was machen Sie hier, ich kenne Sie nicht. Die Pflege eines demenzkranken Partners bringt Menschen an ihre Grenzen und darüber hinaus. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 8. August 2006, Nr. 182, S. 38.
- Schwerdt, R. (1998), *Eine Ethik für die Krankenpflege*. Bern: Hans Huber.
- Schwerdt, R. (2002), *Gute Pflege. Pflege in der Beurteilung von Menschen mit Pflegebedarf*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwerdt, R. (2005), Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit. In: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 51 (2005), S. 59-76.
- Senghaas-Knobloch, E. (2001), Postfordistische Grenzverwischung der Arbeitswelt und das feministische Projekt. In: Kahlert, H./Lenz, C. (Hrsg.), *Die Neubestimmung des Politischen. Denkbewegungen im Dialog mit Hannah Arendt*. Königstein/Taunus, S. 264-298.
- Senghaas-Knobloch, E. (2004), "Vom Glück gegenseitiger Anerkennung. Das Jahrhundert des Feminismus: Menschenrechte und fürsorgliche Praxis". In: *Frankfurter Rundschau*, 24.2.2004, Nr. 46, S. 7, Dokumentation.
- Senghaas-Knobloch, E./ Eckart, C. (Hrsg.) (2000), *Feministische Studien, Themenschwerpunkt: Fürsorge – Anerkennung – Arbeit*, 18. Jg., 2000 extra.
- Senghaas-Knobloch, E./Kumbruck, C. (2006), *Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel – Befunde einer empirischen Studie*. artec-paper Nr. 137. Universität Bremen.
- Senghaas-Knobloch, E./Kumbruck, C. (2008), *Zum Ethos fürsorglicher (Pflege-)Praxis – Dilemmata in der modernen Dienstleistungsgesellschaft*. Erscheint in: *L'Homme. Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft*. Wien, Köln: Böhlau (i.E.).
- Senghaas-Knobloch, E./Rumpf, M. (2004), „Dem Reich der Freiheit werb' ich Bürgerinnen“ (Louise Otto). Ute Gerhard zum 65. Geburtstag. In: *Feministische Studien* 22. Jg., Nr. 1, Mai 2004, S. 83-93.
- Seubert, H. (1993), *Zu Lasten der Frauen. Benachteiligung von Frauen durch die Pflege alter Eltern*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Städler-Mach, B. (2003), Ethische Aspekte zum Pflegemanagement. In: Wiesemann, C. et.al. (Hrsg.), *Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer, S. 169-176.
- Steiner-Hummel, I. (1993a), Die ungeliebten Dritten. Angehörige im Pflegedreieck. Wie man sie versteht, unterstützt und ermutigt. In: *Forum Sozialstation* 63, S. 11-17.
- Steiner-Hummel, I. (1993b), Angehörige stützen. Die partnerschaftliche Förderung Pflegender wird zu einer zentralen Aufgabe ambulanter Dienste. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit*, 140, 5, S. 187-190.
- Steiner-Hummel, I. (1997), Bürgerschaftliches Engagement und die Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. In: Braun, U./Schmidt, R. (Hrsg.), *Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur*. Regensburg: Transfer-Verlag, S. 113-132.
- Stemmer, R. (2001), *Grenzkonflikte in der Pflege. Patientenorientierung zwischen Umsetzungs- und Legitimationsschwierigkeiten*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

- Steppe, H. (1985), Die historische Entwicklung der Krankenpflege als Beruf – Auswirkungen dieser Entwicklung auf heutige Strukturen. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, Heft 5, S.2-11.
- Steppe, H. (2002), Die Pflege und ihr gesellschaftspolitischer Auftrag. In: Pflege, 13. Jg., Heft 2, S.85-90.
- Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (Hrsg.) (2006), Schlaganfallpatienten und pflegende Angehörige in der postakuten Phase. Eine Literaturanalyse. Private Universität Witten/Herdecke GmbH, Fakultät für Medizin, Institut für Pflegewissenschaft. Wiss. Leitung: C. Bienstein/S. Bartholomeyczik. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Stosberg, M. (1999), Netzwerk-, Familien- und Generationenbeziehungen. In: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.) (1999), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz. S. 426-440.
- Tadd, W. (1998), Nurses' Ethics. In: Encyclopedia of Applied Ethics, Vol. 3 (J-R), San Diego u.a.: Academic Press.
- Teising, M. (1996), Suizid im Alter – Männersache. Psychodynamische Überlegungen zur Erklärung einer statistischen Auffälligkeit. In: Psychosozial, IV, 66, S. 43-51.
- Tesch-Römer, C. (Hrsg.)(2002), Gerontologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer.
- Tesch-Römer, C./Engstler, H./Wurm, S. (Hrsg.)(2006a), Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tesch-Römer, C./Wurm, S./Hoff, A./Engstler, H. (2006b), Der Alterssurvey: Beobachtung gesellschaftlichen Wandels und Analyse individueller Veränderungen. In: Tesch-Römer, C./Engstler, H./Wurm, S. (Hrsg.), Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 11-46..
- Tesch-Römer, C./Wurm, S./Hoff, A./Engstler, H./Motel-Klingebiel, A. (2006c), Implikationen der Ergebnisse des Alterssurveys für Gesellschaft, Wirtschaft und Politik. In: Tesch-Römer, C./Engstler, H./Wurm, S. (Hrsg.), Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 519-537.
- Tews, H.P. (1996), Von der Pyramide zum Pilz. Demographische Veränderungen in der Gesellschaft. In: Funkkolleg Altern, Studienbrief 2, Studieneinheit 4. Tübingen: Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen, S. 4-51.
- Thiele, A. (2000/2004), Männer, Maskulinität und psychische Adaption im Kontext körperlicher Altersveränderungen. In: Perrig-Chiello, P./Höpflinger, F. (Hrsg.), Jenseits des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag. S.119-144.
- Tjadens, F./Pijl, M. (Hrsg.)(2000), The support of family carers and their organisations in seven Western-European countries. Amsterdam: NIZW.
- Tönnies, I. (2004), Abschied zu Lebzeiten. Wie Angehörige mit Demenzkranken leben. Bonn: Psychiatric-Verlag.
- Troscheit-Gajewski, K. (1986), Hochgelobt und alleingelassen. Ist Pflege von Angehörigen Frauensache? In: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Pflege durch Angehörige. Anforderungen an die Familie - Herausforderungen an die Altenarbeit. Dokumentation der Tagung vom 2. – 4. Juli 1986 in Mühlheim/Ruhr. Wuppertal: Eigenverlag, S. 59-66.
- Twigg, I./Atkin, K./Perring, C. (1990), Evaluating Support to Informal Carers. Final Report. University of York: Social Policy Research Unit. Zitiert nach: Evers, A./Olk, T. (1995), Berücksichtigung und Unterstützung informeller Pflegehilfen durch offene bzw. ambulante Einrichtungen im Bereich der Altenpflegedienste. Eine Untersuchung am Beispiel einer nordrhein-westfälischen Region. Auftragsstudie für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Vogel, G. (1995), Alles andere als Laien. In: Häusliche Pflege, 12, S. 922ff.
- Wahl, H.-W./Wetzler, R. (1998), Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Privathaushalten. Integrierter Gesamtbericht zum gleichnamigen Forschungsprojekt. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 111.1. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Wendt, W.R. (1992), Nutzer statt Anbieterorientierung. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 139, 11/12, S. 287-290.
- Zeiber, Helga (2004), Zeitbalancen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, B 31-32/2004, S. 3-6.

- Zeman, P. (1994), Informelle und formelle Helfer in der häuslichen Versorgung alter Menschen. Sozialpolitische Verknüpfungskonzepte und Alltagsinteraktionen. In: Kondratowitz, H.-J. v. (Hrsg.), Die gesellschaftliche Gestaltbarkeit von Altersverläufen. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Bd. 92. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Zeman, P. (1996), Häusliche Pflegearrangements. Zum Aushandlungsgeschehen zwischen lebensweltlichen und professionellen Helfersystemen. Diskussionspapier des DZA, Nr. 4. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Zeman, P. (1997), Häusliche Altenpflegearrangements. Interaktionsprobleme und Kooperationsperspektiven von lebensweltlichen und professionellen Helfersystemen. In: Braun, U./Schmidt, R. (Hrsg.), Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer-Verlag, S. 97-112.
- Zeman, P. (1998), Lebenswelt und Professionen in der Pflege. Schnittstellenprobleme – Vernetzungschancen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.), Jahrbuch des DZA 1997. Beiträge zur sozialen Gerontologie und Alterssozialpolitik. Regensburg: Transfer-Verlag, S. 77-86.
- Zeman, P. (2000), Alter(n) im Sozialstaat und die Mikropolitik der Pflege. Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Bd. 9. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (DZA) (Hrsg.). Regensburg: Transfer-Verlag.
- Zintl-Wiegand, A. (1994), Die intensive Zweierbeziehung zwischen gebrechlichem und pflegendem Ehepartner. In: Heuft, G. (Hrsg.), Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik. München: Schriftenreihe Geriatrie-Praxis, S. 282-292.

Angaben zur Autorin:

Dr. phil. Mechthild Rumpf

ist seit 2004 freiberufliche Sozialwissenschaftlerin (M.A. Soziologie/Politikwissenschaft) und lebt in Hannover. 1982 bis 1993 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin bzw. Hochschulassistentin am Institut für Soziologie der Universität Hannover; 1995-1997 Vertretungsprofessorin im Studiengang Kulturwissenschaft der Universität Bremen; 1999 für ein Semester Gastprofessorin am Institut für Politikwissenschaft der Universität Wien; 2000/2001 für zwei Semester Vertretungsprofessorin für Soziologie am Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Universität Kassel; 2002/2003 wiss. Mitarbeiterin am Cornelia Goethe Centrum für Frauenstudien und die Erforschung der Geschlechterverhältnisse der Universität Frankfurt/M. im Projektzusammenhang „Diskurse um Geschlechterordnungen und FrauenMenschenrechte in islamischen Kontexten“ (Schwerpunkt Europa/BRD).

Mechthild Rumpf war langjährige Mitherausgeberin der interdisziplinären Zeitschrift für Frauen- und Geschlechterforschung *Feministische Studien* und ist dort jetzt Beirätin.

Publikationen zu einigen Schwerpunkten der Frauen- und Geschlechterforschung: Zur Lebens- und Arbeitssituation von Arbeiterinnen und Hausfrauen in Becker-Schmidt et.al. (1981,1982,1983); Studien zum Geschlechterverhältnis und zur Geschlechterdifferenz in der Moderne, insbes. zur Bedeutung von 'Weiblichkeit' in Kritischer Theorie, u.a.: *Spuren des Mütterlichen* (1989); Lenk/ Rumpf/ Hieber (Hg.) *Kritische Theorie und politischer Eingriff* (1999). Untersuchungen zum Verhältnis von Nationalismus, Krieg und Geschlechterverhältnis, u.a. in: Kreisky/Sauer (Hrsg.) *Feministische Standpunkte in der Politikwissenschaft* (1995); Eifler (Hg.) *Militär-Gewalt-Geschlechterverhältnis* (1999).

Letzte Veröffentlichungen:

- A Legacy of the Enlightenment: Imagination and the Reality of the 'Maternal' in Max Horkheimers Writings. In: Herta Nagl-Docekal/Cornelia Klinger (eds.), *Continental Philosophy in Feminist Perspective. Re-Reading the Canon in German*. The Pennsylvania State University Press, University Park, PA 2000. Außerdem in: Ute Gerhard (Hrsg.), *Gender in Sociological Theory. Dokumentation des Workshops* (21./22. Januar 1999), Mitteilungen des Cornelia Goethe Centrums für Frauenstudien, Nr. 5, Frankfurt a. M. 2002, S. 91-104.
- zusammen mit Ute Gerhard: Streitpunkte in islamischen Kontexten. Einleitung. In: *Feministische Studien*, 21. Jg., Nr. 2, Hrsg. von Ute Gerhard/Mechthild Rumpf, 2003, S. 187-196.
- „Islam ist eine Religion“. Einsprüche gegen Kulturalisierung, Politisierung und männliche Deutungsmacht. In: Mechthild Rumpf/Ute Gerhard/Mechthild M. Jansen (Hrsg.), *Facetten islamischer Welten. Geschlechterordnungen, Frauen- und Menschenrechte in der Diskussion*. Bielefeld 2003, S. 13-31.
- Positionierungen im islamischen Diskursfeld. Religiöses Selbstverständnis junger Musliminnen im Spannungsfeld von Identitätspolitik und multiplen Identitätskonstruktionen. In: Mechthild Rumpf/Ute Gerhard/Mechthild M. Jansen (Hrsg.), *Facetten islamischer Welten. Geschlechterordnungen, Frauen- und Menschenrechte in der Diskussion*. Bielefeld 2003, S. 195-218.
- zusammen mit Eva Senghaas-Knobloch: "Dem Reich der Freiheit werb' ich Bürgerinnen" (Louise Otto). Ute Gerhard zum 65. Geburtstag. In: *Feministische Studien*, 22. Jg., Nr. 1, Mai 2004, S. 83-93.
- „Keine Emanzipation ohne die der Gesellschaft" – Adornos Blicke auf Verhältnisse und Verhängnisse zwischen den Geschlechtern. In: Perels, Joachim (Hrsg.), *„Leiden beredt werden lassen...“*. *Beiträge über das Denken Adornos*. Hannover: Offizin 2006, S. 97-132.
- Geschlechterverhältnis und Ethos fürsorglicher (Pflege-) Praxis im Wandel. Literaturbericht und Problemskizze zu häuslicher Pflege (Langfassung), *artec-paper* Nr. 145, 52. S. Universität Bremen 2007, zugänglich unter www.artec.uni-bremen.de.

Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec)

Universität Bremen
Seminar- und Forschungsverfügungsgebäude (SFG)
Enrique-Schmidt-Str. 7, Postfach 33 04 40
D-28334 Bremen

Telefon: +49-421-218-61801
Telefax: +49-421-218-4449
e-Mail: sek@artec.uni-bremen.de
www.artec.uni-bremen.de

Ansprechpartnerin: Andrea Meier Tel: +49-421-218-61800
e-Mail: andrea.meier@artec.uni-bremen.de

Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit ist eine Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung der Universität Bremen. Es wurde 1989 zunächst als Forschungszentrum Arbeit und Technik (artec) gegründet. Seit Mitte der 90er Jahre werden Umweltprobleme und Umweltnormen in die artec-Forschung integriert. Das Forschungszentrum bündelt heute ein multidisziplinäres Spektrum von - vorwiegend sozialwissenschaftlichen - Kompetenzen auf dem Gebiet der Nachhaltigkeitsforschung. „artec“ wird nach wie vor als ein Teil der Institutsbezeichnung beibehalten.

Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit gibt in seiner Schriftenreihe „artec-paper“ in loser Folge Aufsätze und Vorträge von MitarbeiterInnen sowie ausgewählte Arbeitspapiere und Berichte von durchgeführten Forschungsprojekten heraus, auch im Download, siehe Webpage www.artec.uni-bremen.de