

Hessische Landeszentrale
für politische Bildung

HESSEN



POLIS 49

Analysen - Meinungen - Debatten

Mechtild M. Jansen (Hrsg.)

Pflegende und sorgende Frauen und Männer

Aspekte einer künftigen Pflege im Spannungsfeld
von Privatheit und Professionalität



POLIS soll ein Forum für Analysen, Meinungen und Debatten aus der Arbeit der Hessischen Landeszentrale für politische Bildung (HLZ) sein. POLIS möchte zum demokratischen Diskurs in Hessen beitragen, d.h. Anregungen dazu geben, wie heute möglichst umfassend Demokratie bei uns verwirklicht werden kann. Der Name POLIS erinnert an die große geschichtliche Tradition dieses Problems, das sich unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen immer wieder neu stellt.

Politische Bildung hat den Auftrag, mit ihren bescheidenen Mitteln dazu einen Beitrag zu leisten, indem sie das demokratische Bewusstsein der Bürgerinnen und Bürger gegen drohende Gefahren stärkt und für neue Herausforderungen sensibilisiert. POLIS soll kein behäbiges Publikationsorgan für ausgereifte akademische Arbeiten sein, sondern ohne große Zeitverzögerung Materialien für aktuelle Diskussionen oder Hilfestellungen bei konkreten gesellschaftlichen Problemen bieten.

Das schließt auch mit ein, dass Autorinnen und Autoren zu Wort kommen, die nicht unbedingt die Meinung der HLZ widerspiegeln.

Dokumentation der Fachtagung, durchgeführt von

Prof. Dr. Margrit Brückner,
gffz - Gender- und Frauenforschungszentrum
der Hessischen Hochschulen

Prof. Dr. Margit Göttert,
gffz - Gender- und Frauenforschungszentrum
der Hessischen Hochschulen

Mechtild M. Jansen,
Hessische Landeszentrale für politische Bildung

PD Dr. Ulla Wischermann,
Cornelia Goethe Centrum Frankfurt

HESSEN



Hessische Landeszentrale
für politische Bildung



Cornelia Goethe Centrum

für Frauenstudien und die Erforschung
der Geschlechterverhältnisse

Inhalt

Mechtild M. Jansen: Vorwort	5
Margrit Brückner: Kulturen des Sorgens über die Grenzen hinweg?	9
Katharina Gröning: Generationenbeziehungen und Generationenfürsorge in modernen Zeiten	29
Manfred Langehennig: Männer in der häuslichen Angehörigenpflege – Forschungsbefunde, Forschungsartefakte, Forschungsperspektiven	43
Helma Lutz: Sprich (nicht) drüber – Fürsorgearbeit von Migrantinnen in deutschen Privathaushalten	59
Heike Dech: Wie können häusliche Pflegearrangements wirksam durch ehrenamtliche und professionelle Angebote unterstützt werden?	75
Ulrike Höhmann: Pflegeberufe als Profession? Entwicklungschancen und Hürden	89
Autorinnen und Autor	111

Vorwort

Das vorliegende Heft „Pflegerinnen und sorgende Frauen und Männer – Aspekte einer künftigen Pflege im Spannungsfeld von Privatheit und Professionalität“ ist das Ergebnis einer Fachtagung, die im April 2007 an der Fachhochschule Frankfurt stattfand. Seit 2003 haben sich die Veranstalterinnen zum Ziel gesetzt, familien- und gesellschaftspolitische Fragen, sowohl unter Berücksichtigung genderpolitischer als auch demografischer Fragestellungen, einmal jährlich in den Mittelpunkt zu rücken.

Angesichts der stetig steigenden Lebenserwartung und der veränderten Erwartungen von Frauen und Männern an das Leben (Wandel der Geschlechterbeziehungen) stellt sich die Frage, wie die Pflege und die Sorge für hilfsbedürftige Menschen in Zukunft zwischen Männern und Frauen, zwischen beruflich und privat Pflegenden verteilt werden kann. Welche Konzepte sind erforderlich und wünschenswert, um die private und die professionelle Pflege besser verzahnen zu können.

Welche Selbstkonzepte haben Frauen und Männer, die Angehörige pflegen? Welchen Einfluss hat die Pflegetätigkeit auf traditionelle Geschlechterbilder und -rollen? Welche Rolle spielen Migrantinnen, die längst in großer Zahl und in ungesicherten Arbeitsverhältnissen private häusliche Pflege leisten? Wie ist

ihre Perspektive auf ihre Arbeitssituation?

Wo brauchen Menschen, die ihre Freunde oder Angehörigen pflegen, gezielte Unterstützung? Was kann die private Pflege leisten und wo sind ihre Grenzen? Welche Auswirkungen hat dies alles auf Berufsbild und Selbstverständnis der ausgebildeten Pflegekräfte?

Nach wie vor wird leichtfertig davon ausgegangen, dass die Familie der größte Pflegedienst der Nation ist, nach wie vor werden die meisten pflegebedürftigen Menschen im privaten Raum mehr oder weniger unentgeltlich und vorwiegend von Frauen gepflegt. Die Auseinandersetzung mit der zwischenmenschlichen „Sorgetätigkeit“, die das Fundament bildet, damit eine Gesellschaft, ein Gemeinwesen „funktioniert“, ist längst überfällig und kann nicht weiter ins Reich des „Unsichtbaren, Unaussprechlichen“ abgedrängt werden.

Die viel diskutierten und zitierten Schlagwörter: Globalisierung, Individualisierung, Demografischer Wandel fordern heraus, sich noch mal in ganz anderer Weise mit der zwischenmenschlichen Sorgetätigkeit (Care) auseinanderzusetzen, zum Beispiel unter den Fragestellungen:

- Wie sieht die Aufgabenverteilung im privaten Raum aus, wo verändert sie sich und was geschieht im öffentlichen Raum?

- Was muss sich verändern, damit die größer werdenden Lücken zwischen den meist (noch) unbezahlten, von Frauen geleisteten Tätigkeiten und den Angeboten des Sozialstaates geschlossen werden.

Die Frage wer sorgt für wen und wie wird diese Tätigkeit bewertet, bedarf der gesellschaftlichen Klärung, damit eine öffentliche Kultur des Sorgens entstehen kann, die der Vielfalt der Lebensformen und den unterschiedlichen Wünschen im Spannungsfeld von Fürsorge und Selbständigkeit Rechnung trägt.

Das viel zitierte bürgerschaftliche Engagement, das gerade in Zeiten des demografischen Wandels besonders gewünscht und gefordert ist, kann aber nur ein Teil des notwendigen Pflegemixes von privater, professioneller und bürgerschaftlicher Sorgetätigkeit sein. Um dieses Engagement zu halten und zu fördern sind politische Rahmenbedingungen sowie personelle und finanzielle Ressourcen notwendig. Dann könnte es möglich werden, „Älter - Weniger - Bunter“ positiv zu gestalten. Wir würden uns freuen, wenn der gesamte Themenkomplex um die Sorgetätigkeiten noch mehr in den Fokus einer gesamtgesellschaftlichen Debatte rücken würde und so den Platz einnimmt, den er in vielen Familien schon längst hat, nämlich ein lebensbestimmendes Thema zu sein.

Die hier vertretenen Autorinnen und Autor decken mit ihren Beiträgen ein breites Feld innerhalb

dieser Debatte ab. So argumentiert **Margrit Brückner**, dass Sorgen als gesellschaftliche und zwischenmenschliche Aufgabe nur verstanden werden kann, wenn die bisher eher getrennt wahrgenommenen sozialpolitischen und handlungsbezogenen Aspekte zusammengedacht werden und sich so eine „Kultur des Sorgens“ entwickeln kann.

Katharina Gröning zeigt in ihrem Beitrag die Schwierigkeiten auf, mit denen die heutige familiäre Pflege konfrontiert ist. Aspekte wie: Geschlechtergerechtigkeit, Familienzusammenhänge, Wertvorstellungen und Vereinbarung mit dem Arbeitsmarkt werden hier aufgegriffen und analysiert. Auf die spezielle Rolle der Männer in der häuslichen Angehörigenpflege geht **Manfred Langenhennig** ein, denn obwohl der männliche Anteil in der häuslichen Pflege deutlich zugenommen hat, wird dieser Aspekt in der Forschung immer noch zu wenig wahrgenommen. Die speziellen Herausforderungen und Schwierigkeiten von Männern in der häuslichen Pflege sollten in der Forschung berücksichtigt werden.

Das Weiterreichen von Fürsorgearbeit in privaten Haushalten an Migrantinnen ist Thema des Beitrages von **Helma Lutz**. Sie beschreibt diesen Arbeitsmarkt in der Grauzone, die damit verbundenen Probleme und die unterschiedlichen Interessenlagen der Akteure.

Die wahrscheinlich größte Herausforderung an unser Pflegesystem stellen dementielle Erkrank-

kungen dar. Diesem Feld widmet sich **Heike Dech** in ihrem Artikel und betont die Notwendigkeit, häusliche Pflegearrangements professionell, aber auch durch ehrenamtliches Engagement, besser zu unterstützen.

Ulrike Höhmann skizziert die Entwicklung der Pflegeberufe auf dem Weg hin zur Profession. Sie bettet die in Deutschland vorherrschenden Einflüsse in den europäischen Kontext ein, nicht ohne dabei auf Widersprüche und Probleme hinzuweisen.

Wir hoffen mit dieser Veröffentlichung einen Beitrag zur produktiven Auseinandersetzung mit den oft hoch emotional besetzten Themen: „Wer pflegt wen wie lange und wie kann zukünftig Pflege organisiert werden?“ anzubieten, der allen Akteuren und Akteurinnen gerecht wird.

Mechtild M. Jansen,
November 2008

Margrit Brückner

Kulturen des Sorgens über die Grenzen hinweg?

Im Mittelpunkt des international und interdisziplinär seit gut zwei Jahrzehnten diskutierten Care Paradigmas stehen Fragen der Gerechtigkeit und sozialer Verantwortlichkeit sowie der Anerkennung von Sorgetätigkeiten und daraus resultierender Bürgerrechte (vgl. Glenn 2000). Diese Fragen erfordern eine kritische Sicht auf die Dichotomisierung der Gesellschaft in eine öffentliche und eine private Sphäre und die damit verknüpfte Problematik eines hierarchisierten Geschlechterverhältnisses (vgl. Wischermann 2003). Denn Sorgen (Care) wird traditionell dem privaten Bereich und dem weiblichen Geschlecht zugeordnet, was dazu führt, dass sich keine gesellschaftlich verankerte „public culture of care“ (Hochschild 1995) entfalten kann. Sorgetätigkeiten werden gar nicht oder schlechter bezahlt als vergleichbare Tätigkeiten. Auf der beruflichen Ebene muss weiterhin um gleichrangige professionelle Anerkennung gerungen werden. In privaten und familialen Zusammenhängen erbrachte Leistungen ermöglichen keine mit Erwerbstätigkeit vergleichbare Absicherung von Lebensrisiken. Die Geringschätzung aller Bereiche des Sorgens und der entsprechenden Tätigkeiten beruht auf dem engen Zusammenhang mit Körperlichkeit und Zwischenmenschlichkeit.

Sorgetätigkeiten setzen einen gefühlsmäßigen Bezug voraus, ebenso wie sie Gefühle auslösen und sie beinhalten ein Maß von Beziehungsgestaltung. Darüber hinaus unterliegen die Art und Weise des Sorgens und die sozialpolitischen Rahmungen einem starken historischen Wandel. Transnationale Entwicklungen der letzten Jahrzehnte verändern die gesellschaftliche Organisation von Care in postindustriellen, reichen Gesellschaften zunehmend, indem ein Teil dieser Tätigkeiten von Migrantinnen unter Bedingungen der Ungleichheit und vielfältiger Diskriminierungen erbracht wird. Zugrunde liegende Herrschafts- und Machtmechanismen, die wohlfahrtsstaatlichen und demokratischen Maximen entgegenstehen, können durch eine intersektional angelegte Analyse von „race, class and gender“ als wirkungsmächtigen Strukturkategorien aufgedeckt werden (vgl. Knapp 2005).

Die Vielfalt dieser Facetten des Sorgens thematisch zu bündeln, ist deshalb besonders schwierig, weil es sich um ein soziales Phänomen handelt, mit dem sich sehr unterschiedliche Disziplinen befassen, ohne dass es bisher gelungen wäre, dieses Phänomen umfassend interdisziplinär zu analysieren. Daher gilt es

Die Geringschätzung aller Bereiche des Sorgens und der entsprechenden Tätigkeiten beruht auf dem engen Zusammenhang mit Körperlichkeit und Zwischenmenschlichkeit.

Care als Kombination von Wissen, Handeln und Gefühlen umfasst somit den gesamten Bereich der Fürsorge und Pflege.

zunächst einmal, sich überhaupt dem eher verschwommenen Begriff des Sorgens (Care) zu nähern und die beiden zentralen Stränge des derzeitigen Diskurses – den sozialpolitischen und den handlungs- und professionstheoretischen – zu umreißen. Zudem sollen auf der Folie dieser Diskurse die Veränderungen erbrachter Sorgeleistungen in einer globalisierten Welt aufgezeigt und die Lebens- und Arbeitssituation der Hauptakteure – migrierende und transmigrierende Frauen – dargestellt werden. Abschließend geht es um Bedingungen und Möglichkeiten einer auf Gerechtigkeit basierenden transnationalen Kultur des Sorgens. Hauptthese des Beitrages ist, dass Sorgen als gesellschaftliche und zwischenmenschliche Aufgabe nur verstanden werden kann, wenn die bisher eher getrennt wahrgenommenen sozialpolitischen und handlungsbezogenen Aspekte des Sorgens im Kontext gesellschaftlicher Strukturen zusammen gedacht werden und dass sich eine Kultur des Sorgens, die diesen Namen auch verdient, nur dann entwickeln kann, wenn sie als unabdingbarer Teil des demokratischen, einschließlich geschlechterdemokratischen Projektes gesehen wird.

1. Zur Funktionalität eines schillernden Sorgebegriffes

Der Begriff des Sorgens (Care) lässt sich eher empirisch als theoretisch fassen. Von Carol Thomas

wird er als „descriptive category“ verstanden: „Sorgen ist beides, die bezahlte und unbezahlte Unterstützung durch Hilfeleistungen und Angebote auf der Beziehungsebene. Versorgung wird wesentlich aber nicht ausschließlich von Frauen geleistet, sowohl gegenüber physisch gesunden als auch gesundheitlich abhängigen Erwachsenen und Kindern, entweder in der öffentlichen oder privaten Sphäre und in einer Vielzahl von institutionellen Strukturen“ (Thomas 1993, S. 665).

Dem Ansinnen der Überschreitung herrschender Denkmuster und dem Infragestellen herkömmlicher Dichotomien entspricht die Vielfalt semantischer Bedeutungen von Care: „caring about“ meint die emotionale, „taking care of“ die aktiv tätige Seite des Sorgens, „take care of yourself“ steht für die Zusammengehörigkeit von Sorge für andere und Selbstsorge (vgl. Chamberlayne 1996).

Care als Kombination von Wissen, Handeln und Gefühlen¹ umfasst somit den gesamten Bereich der Fürsorge und Pflege, d.h. familialer und institutionalisierter Aufgaben der Gesundheitsversorgung, der Erziehung und der Betreuung in unterschiedlichen Phasen des Lebenszyklus (Kinder, pflegebedürftige und alte Menschen) sowie der personenbezogenen Hilfe in besonderen Lebenssituationen (von Arbeitslosigkeit über häusliche Gewalt bis zu Hilfen bei Wohnungslosigkeit oder angesichts deprivierter Wohnbedingungen).² Im Englischen wird zu-

nehmend differenziert in „social care“ als Sozialer Arbeit und „care“ als Pflege entlang vorhandener Berufsgruppen und Spezialisierungen. Dies hat den Vorteil größerer Klarheit des gemeinten Bereichs, aber auch den Nachteil der Festigung einer getrennten Betrachtungsweise von körperbezogenen und nicht unmittelbar körperbezogenen Sorgетätigkeiten, wodurch die hohe Bedeutung leib-seelischer Prozesse des Sorgens verloren gehen könnte. Die Schweizer Ökonomin Mascha Madörin (2006) geht davon aus, dass derzeit die Definition von Sorgetätigkeiten im Wesentlichen vom Erkenntnisinteresse der jeweiligen Autorinnen und Autoren abhängt, auch wenn die Konturen des Begriffes insoweit abgesteckt seien, als es um Zeit erfordernde Aspekte des Sorgens und der Unterstützung - verbunden mit Emotionen und eingebettet in zwischenmenschliche Beziehungen - geht, die für die Wohlfahrt von Menschen unerlässlich sind und denen eine große wirtschaftliche Bedeutung zukomme. Gleichzeitig weist Madörin (2006) zu Recht darauf hin, dass es nicht unproblematisch sei, Care ausschließlich als Arbeit zu denken, weil es zu einer Verengung auf markt-, tausch- und/oder berufsbezogene Logiken verführe.

Eine weitere Unklarheit besteht darin, ob sich auf einer abstrakten Ebene sinnvoll differenzieren lässt zwischen „notwendigen“ personenbezogenen Sorgetätigkeiten (z.B. Kinderbetreuung

in einer Familie mit erwerbstätigen Eltern) und „nicht notwendiger“ personenbezogener Tätigkeit wie Haushaltsführung in Haushalten ohne Personen, die nicht für sich selbst sorgen können. Es scheint mir jedoch sinnvoll, dauerhaft und eindeutig als Haushaltsführung angelegte Aufgaben nicht unter Care zu fassen und nicht mit der sogenannten neuen „Dienstmädchenfrage“ (vgl. Lutz 2000) zu vermischen, um das gesellschaftlich relevante Thema Sorgen als Konsequenz menschlicher Abhängigkeiten (im Lebensverlauf oder in besonderen Lebenssituationen) nicht aus dem Auge zu verlieren.

Eine Verkürzung der Sichtweise läge allerdings darin, Care zu einer Frauenfrage zu machen, denn gerade der Blick auf die Geschlechterverhältnisse, die Rollenverteilung und das Rollenverständnis von Frauen und Männern sind von zentraler Bedeutung für eine Kultur des Sorgens und für soziale Praxen jenseits traditioneller Formen des Doing Gender³.

2. Care als Frage transnationaler Gerechtigkeit und gesellschaftlicher Teilhabe

Die Krise westlicher Wohlfahrtsstaaten und die politische Legitimationseinbuße des Sozialen und sozialer Ausgaben durch den Siegeszug des Neoliberalismus werfen grundsätzliche ethi-

Eine Verkürzung der Sichtweise läge allerdings darin, Care zu einer Frauenfrage zu machen.

Sorgetätigkeiten sind zwar ein unverzichtbarer Bestandteil des Wohlfahrtsstaates, haben aber immer schon eine randständige Rolle eingenommen und sind weitgehend unsichtbar geblieben.

sche und sozialpolitische Fragen der Gerechtigkeit und gesellschaftlicher Teilhabe auf. Care spielt im Rahmen dieser Entwicklungen in den wissenschaftlichen Diskursen jedoch als soziales System personenbezogener Sorgertätigkeit nur eine marginale bis gar keine Rolle, da Sorgetätigkeiten zwar ein unverzichtbarer Bestandteil des Wohlfahrtsstaates sind, aber immer schon eine randständige Rolle eingenommen haben und weitgehend unsichtbar geblieben sind. Ähnlich wie Hausarbeit ist Sorgetätigkeit gut, wenn sie niemand bemerkt. Allein die amerikanische Philosophin Martha Nussbaum macht Care - aufgrund der Phasen „extremer und asymmetrischer Abhängigkeit“ im Leben eines jeden Menschen - zum Ausgangspunkt ihrer Gerechtigkeitsüberlegungen: „(...) jede reale Gesellschaft ist eine Fürsorge-spendende und eine Fürsorge-empfangende Gesellschaft und muss daher Wege finden, um mit diesen Fakten menschlicher Bedürftigkeit und Abhängigkeit klarzukommen, Wege, die vereinbar sind mit der Selbstachtung der Fürsorgeempfänger und die den Fürsorge-spenden nicht ausbeuten“ (Nussbaum 2003, S. 183). Voraussetzungen hierfür sind nach Nussbaum 1. eine Korrektur des kulturellen Bildes bindungsloser Unabhängigkeit des Individuums, 2. eine Erweiterung des auf Waren beschränkten Produktivitätsbegriffs und 3. ein Ende der Norm ausschließlich reziproker Austausch- und Beziehungsformen. Daraus lässt sich schließen, dass der existen-

tiellen zwischenmenschlichen Angewiesenheit, der Produktivität des Sozialen und asymmetrischen Interaktionsmustern Wert zugesprochen werden muss, der sich in Strukturen und Handlungsformen niederschlägt. Entsprechend schließt nach Nussbaum Gerechtigkeit das Recht auf Fürsorge in Zeiten akuter Abhängigkeit ebenso ein wie die Förderung der Vielfalt miteinander verflochtener menschlicher Fähigkeiten sowie die Umverteilung materieller Güter nicht nur innerhalb eines Landes, sondern auch zwischen den Ländern im Sinne transnationaler Unterstützung. Teil dieser auf Fürsorglichkeit beruhenden Gerechtigkeitsvorstellungen ist zudem eine neue Idee menschlicher Würde, die menschliche Bedürfnisse einbezieht und ein Bild vom Menschen, das nicht nur auf Wachstum beruht, sondern gleichermaßen Verfall mit umfasst.

Ein zentrales Element des Care Paradigmas ist Gerechtigkeit durch die Gewährleistung sozialer Bürgerrechte („social citizenship“) für Sorgeleistende, d.h. die gleichberechtigte Anerkennung von Sorge- und Erwerbstätigkeiten (vgl. Knijn/Kremer 1997). Soziale Bürgerrechte stehen nach dem dänischen Sozialwissenschaftler und vergleichendem Wohlfahrtsforscher Esping-Andersen (1990) für den Grad politisch erreichter sozialer Sicherung jenseits marktförmiger Erwerbsarbeit durch De-Kommodifizierung der Ware Arbeitskraft⁴, d.h. individueller sozialer Absicherungen in Zeiten von Krankheit, im

Alter etc. Sie stellen einerseits einen Rechtsstatus im Sinne einer Berechtigung dar, andererseits sind sie Voraussetzung für politische Teilhabe im Sinne einer sozialen Praxis auf der Basis von Anerkennung (vgl. Gerhard 2003). Das bedeutet, private Haushalte, in denen Sorgetätigkeit geleistet wird, müssen als Produzenten und nicht nur als Empfänger von Wohlfahrt angesehen und als solche berücksichtigt werden (vgl. Gottschall 2001).

Analog zur lohnarbeitszentrierten Typenbildung von drei unterschiedlichen westlichen Wohlfahrtsregimen⁵ (Esping-Andersen 1990) lassen sich drei entsprechende Entwicklungspfade zumeist von Frauen erbrachter, personenbezogener sozialer Dienstleistungen unter Einbeziehen privater Sorgetätigkeit unterscheiden (Gottschall 2001):

- Dienstleistungsmodell: Als öffentliche Dienste organisierte, ausgebaute professionelle Sorgearbeit gekoppelt mit einer hohen Frauenbeschäftigung (vor allem in diesen Diensten) und einer niedrigen Frauenarbeitslosigkeit. Die Konsequenz ist eine geringe soziale Differenzierung um den Preis einer hohen Steuerquote und ausgeprägter Bürokratisierung, z.B. wie in Schweden.
- Dienstbotenmodell: Anstieg marktförmiger Dienstleistungen im Niedriglohnsektor mit einer starken, sozialen Polarisierung sowohl bezogen auf Klasse, Ethnie und Geschlecht

als auch innerhalb beider Geschlechter und einer ebenfalls hohen Frauenbeschäftigung und niedrigen Frauenarbeitslosigkeit, bei geringem Ausbau sozialstaatlicher Einrichtungen, z.B. USA.

- Familienmixmodell: Ein vergleichsweise zurückgebliebener Ausbau professioneller sozialer Dienstleistungen und ein relativ hoher Anteil familialisierter - qua sozialstaatlicher Steuerpolitik und Transferzahlungen gestützter - Sorgearbeit als Teil einer geschlechterwirksamen Disemploymentstrategie (Elterngeld, Entgelt für Pflege), vergleichsweise niedrige Frauenbeschäftigung und vergleichsweise hohe Frauenarbeitslosigkeit und ein mittleres Maß an (oft geringfügiger) Niedriglohnarbeit im Sorgebereich; insgesamt bisher ein Mix auf einem relativ hohen durchschnittlichen Niveau des Lebensstandards aufgrund vergleichsweise hoher Löhne und vergleichsweise hoher sozialer Versicherungs- und Transferleistungen, z.B. Deutschland.

Seit gut einem Jahrzehnt kommt es aufgrund von Wirtschaftskrisen beziehungsweise geringem Wirtschaftswachstum und globaler neoliberaler Politik zu Annäherungen zwischen diesen unterschiedlichen Wohlfahrtsstaatsmodellen durch Reprivatisierungstendenzen von Versorgungsleistungen und durch eine zunehmende Verpflichtung (auch sorge-

Private Haushalte, in denen Sorgetätigkeit geleistet wird, müssen als Produzenten und nicht nur als Empfänger von Wohlfahrt angesehen und als solche berücksichtigt werden.

Die derzeitigen gesellschaftlichen Vervielfältigungs- und Segregationsprozesse bedingen eine wachsende Ausdifferenzierung von Sorgearbeit, die zunehmend mit Hierarchisierung einhergeht.

tätiger Frauen) zur Erwerbsarbeit (vgl. Ostner 2002). So nimmt nach Martin Bellermann (2006) in fast allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union innenpolitisch der Druck auf die jeweiligen sozialen Sicherungssysteme zu: In den meisten alten Mitgliedsstaaten sank die Sozialleistungsquote zwischen 1996 und 2001 leicht (in Deutschland blieb sie stehen). Im gleichen Zeitraum stieg die Nachfrage nach sozialpolitischen Gütern aufgrund hoher Arbeitslosigkeit und zunehmender Alterung der Bevölkerung. Dadurch ergibt sich sowohl im privaten als auch im öffentlichen Bereich die Gefahr eines „care deficit“, das Arlie Hochschild (1995) insbesondere bezogen auf die USA schon früh konstatiert hat, weil Familien weniger Sorgeleistungen erbringen können und gleichzeitig öffentliche Sorgeeinrichtungen abgebaut werden.⁶

Für die europäischen Wohlfahrtsstaaten lässt sich allerdings vor allem als Resultat der EU-Politik auch ein entgegengesetzter Trend erkennen: Eine verstärkte Politik der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Betreuungsarbeit („employability“) durch verbesserte Freistellungsregelungen im Rahmen der Erwerbsarbeit und vermehrte Ansätze eigenständiger sozialer Sicherung von familialen Betreuungsleistungen (in der BRD z.B. durch die Pflegeversicherung) (vgl. Gottschall/Pfau-Effinger 2002). Allerdings ist diese Art der Förderung von Sorgearbeit unter dem Gesichtspunkt der Gleich-

stellung der Geschlechter frauenpolitisch höchst umstritten.

Eine Analyse dieser durchaus widersprüchlichen Entwicklungen erfordert eine Zusammenschau ökonomischer und demografischer Strukturveränderungen einerseits und soziokulturellen Modernisierungen der Geschlechterarrangements und Lebensformen andererseits, um neue soziale Risiken einschätzen und sozialpolitische Maßnahmen bewerten zu können. Als zentrale strukturelle Transformationen sieht Esping-Andersen (2006) niedrige Geburtenraten und steigendes Lebensalter, den Wandel der Kleinfamilie zu verletzlicheren, vielfältigen Haushaltsformen und eine zunehmend wissensbasierte, hohe Qualifizierungen erfordernde Wirtschaft, die nach Esping-Andersen allesamt eine Priorisierung der Förderung von Kindern – weniger durch Geldtransfer als durch Investitionen – mit dem Ziel der Stärkung und Angleichung von Lebenschancen erforderlich machen. Die Gesamtausgaben im Sozialbereich müssten dabei in erster Linie gar nicht steigen (so liegen sie in Skandinavien und Deutschland etwa gleich hoch), sondern weniger in Umverteilung als in Förderung gesteckt werden.

Die derzeitigen gesellschaftlichen Vervielfältigungs- und Segregationsprozesse bedingen eine wachsende Ausdifferenzierung von Sorgearbeit, die zunehmend mit Hierarchisierung einhergeht (vgl. Bitzan 2002) und besonders im Bereich der Pflege

Elemente der Taylorisierung enthält (vgl. Haubl 2003). Madörin verweist in diesem Zusammenhang auf eine sich ausweitende Arbeitsteilung in Schweizer Spitälern, wo zwischen einer - durch qualifiziertes, gut bezahltes Personal geleisteten - Behandlung und einer - schlecht bezahlten, oft von Migrantinnen geleisteten - Versorgung unterschieden wird, die sie als Ausdruck einer neoliberalen Reorganisation der Gesellschaft versteht und weitreichende Konsequenzen hat: „Dieser Prozess der Standardisierung und des Aufstückelns der Care-Aktivitäten setzt unter anderem eine andere Kultur zwischenmenschlicher Beziehungen, eine andere Beziehung zu uns selbst und unserer Körperlichkeit voraus“ (Madörin 2006, S. 293).

3. Care als Frage fürsorglicher Tätigkeit und wissenschaftlicher Professionalität im transnationalen Kontext

Neben der bisher vorrangig diskutierten sozialpolitischen Dimension kommt Care ebenso eine handlungsorientierte Dimension zu, die sich in sozialen Praxen in informellen und formalisierten gesellschaftlichen Bereichen ausdrückt. Care unterliegt als personenbezogene Sorgetätigkeit historisch wechselnden kulturellen Vorstellungen, die zu verschiedenartigen Konstruktionen mehr oder weniger gut aufeinander abgestimmter bezie-

hungsweise miteinander konkurrierender Felder familialer, freiwilliger und beruflicher Tätigkeit geführt hat (vgl. Maurer 2001). Historisch konstant in den letzten gut hundert Jahren ist dabei die weitgehend ungebrochene Zuordnung unmittelbarer Fürsorge- und Pfl egetätigkeit zum weiblichen Geschlecht auf der Basis einer spannungsreichen Verquickung von Frauen zugeschriebenen Fähigkeiten („Mütterlichkeit“, „weibliches Arbeitsvermögen“) und zu erwerbenden Kenntnissen (vgl. Napiwotzky 1998; Raabe-Kleberg 1996). Diese Verquickung bewirkt, dass Sorgetätigkeiten einerseits den Charakter einer strukturellen Zumutung an Frauen haben - einhergehend mit beschränkter gesellschaftlicher Teilhabe am öffentlichen Leben - gleichzeitig aber eine wichtige Handlungsform von Frauen darstellen, indem sich viele Frauen privat und beruflich den zwischenmenschlichen Bereich zu eigen machen (vgl. Brückner 2003).⁷

Bis heute entfaltet das alte Konzept der ersten Frauenbewegung - „geistige Mütterlichkeit“ - seine Wirkung: Die Annahme einer besonderen, weiblichen Fähigkeit zu Helfen kombiniert mit zu erwerbendem Wissen über soziale Not und soziale Verwaltung. Aus dieser Doppelkonstruktion erwächst das weiterhin ungelöste Dilemma, dass beruflich-fachliches Wissen und unterstellte „naturwüchsige“ Helfefähigkeit (von Frauen und Männern) einander zu unterminieren drohen. Daher erscheint

Neben der bisher vorrangig diskutierten sozialpolitischen Dimension kommt Care ebenso eine handlungsorientierte Dimension zu.

Auch Pflege, die lange Zeit als „Heilhilfsberuf“ galt, ringt noch heute - lange Zeit nach ihrer Säkularisierung - um ihre Anerkennung und Eigenständigkeit gegenüber einer männlich konnotierten Ärzteschaft mit ihrem umfassenden Machtanspruch.

der Gewinn von Wissensvermittlung als eingeschränkt und Sorgetätigkeiten - ob im Bereich der frühkindlichen Erziehung, der Sozialen Arbeit oder der Pflege - als etwas, das jeder leisten kann (vgl. Rommelspacher 1992). Damit fällt Soziale Arbeit im öffentlichen Verständnis oft aus der Welt der Professionen heraus⁸ und stellt gleichzeitig herrschende professionelle Normierungen in Frage: Sie verfügt über kein fest umrissenes Aufgabengebiet in Alleinständigkeit, sondern ist auf Kooperationen angewiesen und braucht entsprechende Fähigkeiten und entsprechendes Wissen und kommt damit interdisziplinären und vernetzten Ansätzen nahe; sie bezieht sich überwiegend auf den Alltag und findet nicht selten in der Lebenswelt der Menschen statt und erfordert daraufbezogene Kenntnisse und Einfühlungsvermögen und basiert somit auf Reflexivität, einem Kennzeichen der Moderne. Auch Pflege, die lange Zeit als „Heilhilfsberuf“ galt, ringt noch heute - lange Zeit nach ihrer Säkularisierung - um ihre Anerkennung und Eigenständigkeit gegenüber einer männlich konnotierten Ärzteschaft mit ihrem umfassenden Machtanspruch (vgl. Haubl 2003).

Eine heute mögliche, geschlechterübergreifende Konstruktion von Sorgetätigkeit sollte nicht zu einer Entsorgung der wenig greifbaren, widerständigen Dimension einer im Subtext weiblich konnotierten professionellen Fürsorge und Pflege gleichkommen,

die im Zuge einer betriebswirtschaftlich ausgerichteten Durchstrukturierung des sozialen und gesundheitlichen Bereichs nahe zu liegen scheint. Diese Dimension umfasst zwischenmenschliche Interaktionsformen wie Umsicht, Kreativität in der Kontaktaufnahme, Mitfühlen und Anteilnahme, fragloses Mittun, Zuspruch und Trost, Beistehen und Durchhalten. Sie stellen sowohl in privaten wie in beruflichen Beziehungen eine unerlässliche Qualität dar. Diese zwischenmenschlichen Interaktionen brauchen Raum und Zeit, ermöglichen die Anerkennung des Anderen in seiner Eigensinnigkeit und machen Sorgen zu etwas schwer Messbarem und Unwägbarem (vgl. Brückner 2002). Die Koppelung von Gefühls- und Beziehungsarbeit an hilfreiches Tun, sei es erzieherischer, pflegerischer oder unterstützend/begleitender Art, ist und bleibt konstitutiv für soziale und pflegende Berufe. Sonst verliert fürsorgliche Praxis entweder durch Reduktion auf Sprache ihre praktische Gegenständlichkeit und droht steril zu werden oder sie verkommt zur beziehungslosen Handlung „am“ Menschen und droht ihren kommunikativen Aspekt zu verlieren.

Charakteristikum professioneller Sorge ist die widersprüchliche Kombination von zwei Beziehungsfacetten: einer spezifischen, die formalisiertem, beruflichen Rollenhandeln entspricht und einer diffusen, die typisch für primäre Sozialbeziehungen ist (vgl. Oevermann 1996). Der da-

rin enthaltene Wechsel von zwischenmenschlicher Kontaktbereitschaft und einer dem Arbeitsauftrag angemessenen methodischen Distanz stellt eine besondere Anforderung dar und kennzeichnet den strukturellen Unterschied zu privater Beziehungsfähigkeit. Als Professionsmerkmal drückt diese Fähigkeit Mitmenschlichkeit zwischen lebendigen Menschen aus und bildet eine unverzichtbare Basis für erweiterte Handlungsoptionen und -formen der Akteure (agency). Es steht dafür, dass Normierungen und Standardisierungen ihre Grenzen haben (Hörster/Müller 1996; Homfeldt/Schröer/Schwepe 2006).

Daher kommt einer bewussten „Fürsorgerationalität“ nach Kari Waerness (2000) in Care Berufen und Care Tätigkeiten eine besondere Bedeutung zu, die auf Verständigung und Abstimmung von Bedürfnissen und Sichtweisen ausgerichtet ist und zu deren Ausübung es eines ausreichenden Spielraumes in der Gestaltung der Arbeitssituation bedarf. Die derzeitige, einseitige Betonung einer Zweck-Mittel-Rationalität durch finanzielle, organisatorische, inhaltliche und zeitliche Straffung sozialer und pflegender Dienstleistungen im Zuge eines ökonomistischen New Public Managements führt dazu, dass das Ungeplante, Unvorhersehbare und Überbordende menschlicher Bedürftigkeit keinen Platz mehr hat beziehungsweise der professionellen Sprachlosigkeit und damit der individuellen Be-

wältigung nach Gutdünken und Können anheimfällt (vgl. Overlander 1996).

Sozialmanagementstrategien und Fürsorglichkeit müssen zusammen gedacht werden, sodass sowohl befristete Projektorientierung als auch langfristige Beziehungspflege und Unterstützung im Sinne von Nachhaltigkeit möglich sind. Projektorientierung scheint da angemessen, wo es um Prozesse des Empowerments, der Verselbstständigung und eigenständiger Vernetzungen geht; langfristige Hilfen sind notwendig, wenn es um Begleitung z.B. bei schweren Erkrankungen, in anhaltenden psychischen und sozialen Notsituationen und bei abnehmenden Lebenskräften geht. Während die vorherrschenden Managementstrategien von männlich konnotierten kurzzeitigen Machbarkeitsphantasien durchzogen sind, beruhen Fürsorgestrategien auf weiblich konnotierten, zeitlich tendenziell unbegrenzten Mütterlichkeitsphantasien, die selten zu einem fruchtbaren Ganzen und häufiger zu sich bekämpfenden Teilaspekten werden und Spaltungsprozesse begünstigen. Das menschliche Leben durchziehende Spannungsverhältnis von Unabhängigkeit und Bindung droht so aufgelöst zu werden, mit der Konsequenz des Mangels in die eine oder die andere Richtung. Diese häufig auf Zuschreibungen und Selbst- und Fremddarstellungen von Geschlecht beruhenden Phänomene sind dabei unabhängig von der eigenen Geschlechtszu-

Das menschliche Leben durchziehende Spannungsverhältnis von Unabhängigkeit und Bindung droht so aufgelöst zu werden, mit der Konsequenz des Mangels in die eine oder die andere Richtung.

Doch Care als fürsorgliche Tätigkeit wird ja keineswegs nur in professionellen Kontexten geleistet.

gehörigkeit. Gerade für Frauen in Führungspositionen oder in der Wissenschaft kann es durchaus attraktiv sein, sich „allgemeine“, männlich konnotierte Strategien der Betonung funktionaler Abläufe und zwischenmenschlicher Unabhängigkeit zu eigen zu machen, zumal sie gesellschaftliche Gratifikationen bedeuten und von weiblichen Besonderungen im gesellschaftlichen Abseits befreien.

Doch Care als fürsorgliche Tätigkeit wird ja keineswegs nur in professionellen Kontexten geleistet, sondern insbesondere in Deutschland weiterhin überwiegend bezahlt und unbezahlt in privaten Haushalten oder als schlecht bezahlte Arbeit in stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der Altenhilfe. Neben der zumeist von Frauen in familialen Kontexten geleisteten Tätigkeit kommt dabei insbesondere der Arbeit von Migrantinnen eine zentrale Rolle zu.

4. Das besondere Verhältnis von Care und Migration

Bei dem Blick über das „alte“ Europa hinaus wird die zunehmende Bedeutung neuer, weltweiter Migrationsbewegungen insbesondere von Frauen aus armen Ländern sichtbar, die vorübergehend oder langfristig weltweit Sorge- und Haushaltstätigkeiten in reichen Ländern aufnehmen⁹, wodurch transnationale „care-chains“ (Hochschild 2001),

d.h. über Ländergrenzen hinweg geleistete Versorgungstätigkeiten entstehen.

Als Beispiel soll ein „Familienprojekt“ (Alt 2004) einer ukrainischen Familie vorgestellt werden: Aufgrund der niedrigen Rente des Vaters, des prekären Verdienstes der Mutter als Krankenschwester, der Arbeitslosigkeit des jüngeren Sohnes nach seinem Abschluss als Ingenieur und des nur zeitweiligen Beschäftigungsverhältnisses des älteren Bruders als Mechaniker, ging der jüngere Bruder als illegaler Arbeiter in die ostdeutsche (in den 1990er Jahren boomende) Bauindustrie, vermittelt über einen in der Ukraine arbeitenden deutschen Ingenieur. Danach holte er zunächst den älteren Bruder, dann weitere Bekannte nach. Die Frau des jüngeren Bruders fand eine Stelle als Putzfrau in Polen, in einer Familie, in der die polnische Arbeitgeberin selbst eine illegale Altenpflegestelle in Deutschland innehatte. Die Frau des älteren Bruders arbeitete in einer Altenpflegestelle in Israel. Die Kinder wurden teils von den Großeltern, teils von einzelnen Mitgliedern der Eltern- generation, die wegen Ausweisung oder Krankheit in die Ukraine zurückkehrten, versorgt. Typisch für diese neue Form geschlechtsspezifischer Transmigration ist die Kontinuität dieser Konstruktion der Lebenssicherung einer Familie über viele Jahre bei gleichzeitig hohem Wechsel der jeweiligen Länder und/oder Beschäftigungsverhältnisse angesichts der Unwägbarkeiten

von Illegalität und undokumentierter Schattenwirtschaft.

Im Folgenden soll nach der beispielhaften Skizzierung der Situation ganzer Familien in transnationalen Räumen wieder die besondere Lage Sorgetätigkeit leistender Frauen im Mittelpunkt stehen. Die zumeist in Privathaushalten erbrachte Dienstleistung migrierender Frauen ist teilweise schwer abzugrenzen zu anderen Haushaltstätigkeiten wie kochen und putzen. So übernehmen nach einer neuen Untersuchung von Maria Rerrich (2006) Migrantinnen in privaten Haushalten in Deutschland zusätzlich zu Reinigungsarbeiten teilweise auch Aufgaben der Kinder-, Alten- und Krankenbetreuung oder fungieren als wichtige Gesprächspartnerinnen und Gesellschafterinnen insbesondere für allein lebende alte Menschen. Neben Putzfrauen (zumeist Migrantinnen) als Hauptbeschäftigungsgruppe finden sich in deutschen Haushalten folgende Beschäftigte mit eindeutigen Sorgetätigkeiten: Kinderfrauen/Tagesmütter/Babysitter, Au-pair-Mädchen, Hauspflegekräfte (vgl. Odierna 2000).

Wie prekär diese Arbeitsplatzsituationen im Bereich Care häufig sind, wird besonders deutlich am Beispiel transmigrierender oder „cosmobiler“¹⁰ Frauen, deren (für hiesige Verhältnisse niedrige) Einkommen zur Lebenssicherung der Familie im Herkunftsland (einschließlich allfälliger Versorgungskosten von Kindern und/oder alten Menschen) und nicht

selten in beträchtlichem Maße zur Steigerung des Devisenaufkommens des jeweiligen Landes beitragen (vgl. Lutz 2000). Während sich die Arbeitsplatzsituation der meisten Frauen in sofern ähnelt, als es sich um unsichtbare Tätigkeiten¹¹ in einem oder mehreren Privathaushalten - zumeist ohne vertragliche Regelungen und soziale Absicherungen - handelt, wo die Frauen in sehr persönlicher Weise an die jeweilige Arbeitgeberin gebunden sind (häufig Frauen), ist ihre nationale Herkunft und ihre berufliche Ausbildung sehr unterschiedlich, letztere oft aber überdurchschnittlich gut - einschließlich akademischer Qualifizierungen. Typische Gründe für die Migration sind - auf der Basis persönlicher Befähigungen für einen solchen Mut erfordern und kostenträchtigen Schritt - relative ökonomische Not und schwierige Familiensituationen. Ein wichtiger Anlass zu bleiben ist nicht selten die Sicherung einer guten Ausbildung für die Kinder (vgl. Rerrich 2006; Hochschild 2001). Die Wahl des Migrationslandes hängt oft von vorhandenen, ethnisch geprägten Netzwerken ab, sogenannte „transnationale Räume“¹², die wichtige praktische Unterstützungen gewähren (Kontakte, Beförderungsmöglichkeiten), welche von den Frauen später ebenso erwartet werden und eine Arbeitsplatzsuche häufig erst ermöglichen¹³. Dennoch bleibt die Lebenssituation, zumal unter Bedingungen der Illegalität¹⁴ zumeist prekär, insbesondere in Zeiten von Woh-

Wie prekär diese Arbeitsplatzsituationen im Bereich Care häufig sind, wird besonders deutlich am Beispiel transmigrierender oder „cosmobiler“ Frauen.

***Bisher wenig
thematisiert werden
die transnationalen
Wirkungen dieser neuen
Form der Mobilität
von Frauen.***

nungs- und Arbeitsverlusten und bei Erkrankungen. Die Arbeitsbedingungen selbst sind zumeist so, dass die Frauen sehr variabel sein müssen, sei es bezogen auf die Arbeitszeiten, wegen kurzfristiger Veränderungen des Arbeitspensums oder gar kurzfristiger Kündigungen. Von großer Bedeutung für die Zufriedenheit respektive Unzufriedenheit sind die Beziehungen zu den Arbeitgeberinnen und den zu Betreuenden (vgl. Rerrich 2006), die sich sehr unterschiedlich gestalten (zwischen angenehm, respektlos und ausbeutend). Als besondere - und in Deutschland häufige - Form der Migration gilt die „Pendelmigration“¹⁵ insbesondere polnischer Frauen im Bereich häuslicher Altenpflege (ermöglicht durch schnelle Verkehrswege und neue Kommunikationsformen), die mit einem oft ausgeklügelten, selbstorganisierten System der Rotation zwischen mehreren (verwandten oder bekannten) Frauen verbunden ist (vgl. Metz-Göckel/Koch/Münst 2006). Bedingung für dieses System zeitlich befristeter Bilokalität von unbestimmter Dauer (das einen Spagat zwischen der eigenen Familie im Herkunftsland und der Lebenssituation als (illegale) Migrantin erfordert), sind zum einen relativ feste Arbeitsplätze und zum anderen gelingende Kommunikationen mit der Arbeitgeberseite, d.h. ausreichend Deutschkenntnisse und Organisationsgeschick.

Bisher wenig thematisiert werden die transnationalen Wirkungen dieser neuen Form der Mo-

bilität von Frauen. Aufgrund der zwischenmenschlichen und emotionalen Dimension des Sorgens, führt Sorgetätigkeit im Kontext transnationaler (Frauen) arbeit analog zu „brain-drain“¹⁶ zu „emotional drain“: Sorgkapazitäten werden „abgeschöpft“ und bewirken einen ungleichen Zugang zu Fürsorglichkeit in reichen und armen Ländern. Hochschild (2001) geht davon aus, dass cosmobiles Sorgen ein globales Muster der Entwurzelung von Gefühlen schafft, wenn Frauen in „transnationalen Familien“ leben: sie bleiben gefühlsmäßig Teil ihrer Familie im Herkunftsland (derentwegen sie häufig migriert sind) und geben nichtgelebte Gefühle an die zu versorgenden Menschen in dem Aufnahmeland weiter. So sagt eine in den USA als familiäre Kinderbetreuerin tätige Philippin, ausgebildete Lehrerin und Mutter von fünf Kindern, denen sie regelmäßig Geld überweist: „Das einzige, was man tun kann, ist, dem Kind (dem zweijährigen amerikanischen Kind) all seine Liebe zu schenken. Als ich von meinen Kindern weg war, konnte ich mit meiner Situation am besten damit fertig werden, dass ich diesem Kind all meine Liebe schenkte“ (Hochschild 2001, S. 157)¹⁷. Damit entsteht eine Gefühlsumlenkung im Kontext cosmobiler Sorgetätigkeit, deren emotionaler Mehrwert nach Hochschild aufgrund der Differenz zwischen Leistung und Lohn von dem Arbeitgeber, in diesem Fall der amerikanischen Familie abgeschöpft wird.¹⁸ Trotz aller Zwän-

ge in öffentlichen Einrichtungen lassen sich Prozesse emotionalen Transfers und der Produktion emotionalen Mehrwertes nach amerikanischen Untersuchungen (vgl. Hochschild 2001) gerade bei Migrantinnen auch bei institutionalisierter Sorgetätigkeit z.B. in Heimen finden.

Cosmobile Sorgetätigkeit erfordert eine globale Neudefinition weiblicher Rollen und familialer Aufgabe von Müttern. Denn einerseits sind die Frauen im Aufnahmeland in einem traditionellen Gebiet der Frauenarbeit tätig, andererseits wird aufgrund der großen Entfernung alltägliche Sorge in der eigenen Familie verunmöglicht und die Sorgetätigkeit nimmt männlich konnotierten Charakter an, indem die Frau für das Familieneinkommen zuständig wird und Sehnsucht nach ihren Kindern, Schuldgefühle, Angst um deren Wohlergehen und um die Aufrechterhaltung ihren Einflusses in Kauf zu nehmen sind. Diese sich ausweitenden, länderübergreifenden „care chains“ beruhen zum einen auf Ungleichheit fördernden ökonomischen und politischen Prozessen und zum anderen auf einer internationalen, hierarchisierten geschlechtlichen Arbeitsteilung. Dennoch enthalten sie für die Frauen auch Chancen: der Armut zu entkommen und schwierigen Verhältnissen zu entfliehen (vgl. Metz-Göckel/Koch/Münst 2006).

5. Das Care-Paradigma als Grundlage zur Entwicklung einer Kultur des Sorgens in einer sozial verantwortlichen Welt

Eine zwischen den Geschlechtern und Generationen zu verhandelnde Kultur des Sorgens in einer sozial verantwortlichen Welt erfordert einen bewussten Umgang mit zwischenmenschlicher Angewiesenheit und daran geknüpften Wünschen, Kränkungen und Ängsten als gesellschaftspolitischer Herausforderung (vgl. Glenn 2000). Im Zeitalter globaler Migrationsbewegungen erhält Sorgen zunehmend einen inter- und transnationalen Charakter, sowohl bezogen auf zu versorgende Menschen als auch auf die wachsende Zahl legal und sogenannte illegal sorgender Menschen, vor allem migrierende und transmigrierende Frauen (vgl. Rerrich 2002). Die daraus erwachsenden „global care chains“ fangen in armen Ländern an und enden teils über Kontinente hinweg in reichen Ländern und führen zu transnationalen Verbindungen (organisiert um Privathaushalte und Netzwerke) und Abhängigkeiten (von der verlässlichen Sorgetätigkeit (zumeist) einer anderen Frau) (vgl. Hochschild 2001).

Eine auf Inklusion bedachte demokratische Gesellschaft bedarf ebenso institutionalisierter Formen der Gerechtigkeit wie einer Kultur der Sorge (Care), da Verteilungsfragen zu lösen sind, aber zudem eine fürsorgliche Form im

Cosmobile Sorgetätigkeit erfordert eine globale Neudefinition weiblicher Rollen und familialer Aufgabe von Müttern.

Die derzeitige, mangelnde Anerkennung von Sorgetätigkeiten entspringt der weitgehenden Zuordnung dieser Aufgabe zum weiblichen Geschlecht innerhalb einer hierarchisierten Geschlechterordnung.

Umgang mit zwischenmenschlicher Abhängigkeit gesucht werden muss (vgl. Tronto 2000). Jedoch gibt es bezogen auf Care verschiedene, verhandlungsbedürftige Gerechtigkeiten, die darauf hin zu untersuchen sind, ob sie den Bedürfnissen beider Geschlechter und mehrere Generationen entsprechen (vgl. Hagemann-White 2000). So bedarf es einer neuen Verhandlung über die Verbindung von und die Grenzen zwischen öffentlicher und privater Sphäre, um Care als ein Recht und als eine Verantwortung in einer „public culture of care“ (vgl. Hochschild 1995) zu verankern. Die derzeitige, mangelnde Anerkennung von Sorgetätigkeiten entspringt der weitgehenden Zuordnung dieser Aufgabe zum weiblichen Geschlecht innerhalb einer hierarchisierten Geschlechterordnung, die auch Männer trifft, wenn sie Sorgetätigkeiten jenseits hegemonialer Männlichkeitsvorstellungen übernehmen (vgl. Connell 2002). Daher kommt eine Gewährleistung sozialer Staatsbürgerschaft zur Absicherung von Sorgetätigkeiten einer geschlechterdemokratischen gesellschaftlichen Öffnung gleich, die unbeschränkten Zugang zur öffentlichen und privaten Sphäre für beide Geschlechter einschließt und vorhandene Geschlechterdomänen kritisch hinterfragt und aufzulösen sucht.

Eine Modellvorstellung für ein gerechtes soziales System von Care hat Hochschild (1995) entwickelt: Das „warm modern model of care“ bezeichnet eine Mi-

schung des Sorgens zwischen Institutionen und privaten Angeboten von Frauen und Männern, weil so Beziehungswünsche ernst genommen und gleichzeitig gesellschaftliche Teilhabe weiter ermöglicht werden, wenn eine Vernetzung zwischen den verschiedenen Interessengruppen gelingt. Die Grenzen persönlicher Entscheidungsfreiheit liegen sowohl in jeweiligen ökonomischen Zwängen als auch da, wo sie soziale Gerechtigkeit tangieren und kollektive Lösungen erforderlich sind, für die allerdings ein breiter Konsens durch die Pluralisierung der Lebenslagen und sozialen Polarisierungen immer schwieriger wird. Care bedarf also eines sozialstaatlich gesicherten, institutionalisierten Überbaus und kommt ohne ein Maß an Sozialbürokratie nicht aus, wenn Gerechtigkeit in der Versorgung gewährleistet werden soll.¹⁹ Für Sozial- und Pflegeberufe bedeutet dieses Modell, dass sich Professionalität als Teil einer öffentlichen Kultur des Sorgens begreifen muss, indem systematisch theoretische und praktische Verknüpfungen zur privaten und zivilgesellschaftlichen Sorge einerseits und zum Bereich staatlicher Sozialer Sicherheit andererseits hergestellt, beziehungsweise Lücken und Widersprüche analysiert werden müssen.

Die derzeitige Struktur des Sorgens basiert in Deutschland in nicht unerheblichem Maße auf (vor allem) von Migrantinnen geleiteter (Schatten) arbeit im Niedriglohnssektor, die aufgrund

zunehmender Erwerbstätigkeit von Frauen die bisher unbezahlte Familienarbeit ersetzen oder auch in sozialen und gesundheitlichen Institutionen mit geringem Entgelt sonst nicht bezahlbare Tätigkeiten verrichten, was Maria Rerrich (2006) als „dirty little secret“ des deutschen Wohlfahrtsstaates bezeichnet²⁰. Zur Behebung dieses Demokratiedefizites sind zwei miteinander verschränkbare Lösungen möglich: Die Umverteilung der Sorgearbeit zwischen den Geschlechtern, indem die dazu erforderlichen strukturellen Voraussetzungen geschaffen und die Geschlechterbilder entsprechend erweitert werden, oder die Umwandlung quasi feudaler Arbeitsverhältnisse in legale, rechtlich geschützte, dauerhafte oder zeitweilige Beschäftigungsverhältnisse einschließlich intermittierender Pendelmigration. Nur dann trägt die derzeitige Organisation von Sorgetätigkeiten nicht länger zur wachsenden Ungleichheit zwischen den Geschlechtern und den Nationen – und zwar aller betroffenen Länder – bei.²¹

Das Care-Paradigma zeigt die Grenzen sozialstaatlicher Gerechtigkeitskonstruktionen und die Problematik eines hierarchisierten Geschlechterverhältnisses für eine umfassende Kultur des Sorgens auf. Es fehlt die Anerkennung von Sorgen als demokratisch zu gestaltende gesellschaftliche Aufgabe auf der Basis interaktiv verstandener Fürsorgerationalität. Diese Aufgabe ist immer weniger als rein nationalstaatli-

che, sondern angesichts voranschreitender Globalisierungsprozesse und zunehmender Migrationsbewegungen als inter- und transnationale Aufgabe zu denken.

Literatur

- Alt, Jörg (2004): Transnationale Räume illegaler Migration. In: Migration und Soziale Arbeit, Nr. 2, S. 98-107.
- Bellermann, Martin (2006): Herausforderungen für die Soziale Arbeit im sich vereinigen Europa. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Nr. 2, S. 51-58.
- Bitzan, Maria (2002): Sozialpolitische Ver- und Entdeckungen. In: Widersprüche, 22. Jg. Nr. 2, S. 27-42.
- Brückner, Margrit (2003): Hat Soziale Arbeit ein Geschlecht? Gender als Strukturkategorie. In: König, Joachim; Oerthel, Christian und Puch, Hans-Joachim (Hrsg.): Soziale Arbeit im gesellschaftlichen Wandel. Con Social 2002, Starnberg, S. 187-202.
- Brückner, Margrit (2002): Liebe und Arbeit – Zur (Neu)ordnung der Geschlechterverhältnisse in europäischen Wohlfahrtsregimen. In: Hamburger, Franz u.a. (Hrsg.): Gestaltung des sozialen – eine Herausforderung für Europa. Opladen.
- Chamberlayne, Prue (1996): Fürsorge und Pflege in der briti-

- schen feministischen Diskussion. In: *Feministische Studien*, 2, S. 47-60.
- Connell, Robert W. (2002): *The globalization of gender relations and the struggle for gender democracy*. In: Breitenbach, Eva u.a. (Hrsg.): *Geschlechterforschung als Kritik*. Bielefeld, S. 87-98.
- Esping-Andersen, Gösta (2006): *Warum brauchen wir eine Reform des Sozialstaats?* Gösta Esping-Andersen beantwortet von Jens Alber gestellte Fragen. In: *Leviathan* H.1, S. 61-81.
- Esping-Anderson, Gösta (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge.
- Gerhard, Ute (2003): "Ein Raum der Freiheit?" - Ansätze und Perspektiven des Konzepts europäischer Bürgerrechte. In: *Feministische Studien*, 21. Jg., H. 1, S. 71-82.
- Gildemeister, Regine (2001): *Geschlechterforschung*. In: Otto, Hans-Uwe und Thiersch, Hans (Hrsg.) (2001): *Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik*. Neuwied, S. 682-690.
- Glenn, Evelyn Nakano (2000): *Creating a caring society*. In: *Contemporary Sociology*, Vol.29, 1, S. 84-94.
- Gottschall, Karin (2001): *Zwischen tertiärer Krise und tertiärer Zivilisation*. In: *Berliner Journal für Soziologie* Bd.11, H. 2, S. 217-235.
- Gottschall, Karin und Pfau-Effinger, Birgit (2002): *Einleitung: Zur Dynamik von Arbeit und Geschlechterordnung*. In: Dies. (Hrsg.): *Zukunft der Arbeit und Geschlecht*. Opladen, S. 7-28.
- Hagemann-White, Carol (2000): *Krieg und Frieden im Geschlechterverhältnis - für eine neue Geschlechterkultur in Europa*. In: Lenz, Ilse; Mae, Michiko und Klose, Karin (Hrsg.): *Frauenbewegungen weltweit*. Opladen, S. 233-256.
- Haubl, Rolf (2003): *Nightingales Schwestern. Geschlechtsspezifische Arbeitsteilung im Krankenhaus*. In: *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 34. Jg., 1, S. 85-112.
- Hochschild, Arlie (2001): *Globale Betreuungsketten und emotionaler Mehrwert*. In: Hutton, Will und Giddens, Anthony (Hrsg.): *Die Zukunft des globalen Kapitalismus*. Frankfurt/Main, S. 157-176.
- Hochschild, Arlie (1995): *The Culture of Politics: Traditional, Postmodern, Cold-modern and Warm-modern Ideals of Care*. In: *Social Politics*, Vol. 2, 3, S. 331-346.
- Homfeldt, Hans Günther; Schröer, Wolfgang und Schewpe, Cornelia (2006): *Transnationalität, soziale Unterstützung, agency*. Nordhausen.
- Hörster, Reinhard und Müller, Burkhard (1996): *Zur Struktur sozialpädagogischer Kompetenz*. In: Combe, Arno und Helsper, Werner (Hrsg.): *Pädagogische Professionalität*. Frankfurt/Main, S. 614-648.
- Klammer, Ute (2001): *Vom „Ernährermodell“ zum „Erwerbs-*

- tätigenmodell". Zum gesellschaftlichen und sozialpolitischen Umgang mit Fürsorgearbeit in Europa. In: Kraus, Karin und Geisen, Thomas (Hrsg.): Sozialstaat in Europa. Wiesbaden, S. 273-283.
- Knapp, Gudrun-Axeli (2005): „Intersectionality“ - ein neues Paradigma feministischer Theorie? Zur transatlantischen Reise von „Race, Class, Gender“. In: Feministische Studien, 23. Jg., Nr. 1, S. 68-81.
- Knijn, Trudie und Kremer, Monique (1997): Gender and the Caring Dimension of the Welfare States: Towards Inclusive Citizenship. In: Social Politics, Vol. 4, 3, S. 328-361.
- Lutz, Helma (2000): Die neue Dienstmädchenfrage im Zeitalter der Globalisierung. Interkulturelle Studien - iks-Querformat. Münster: Eigendruck der Universität Münster (Fb 06).
- Madörin, Mascha (2006): Plädoyer für eine eigenständige Theorie der Care-Ökonomie. In: Niechoj, Torsten und Tullney, Marco (Hrsg.) (2006): Geschlechterverhältnisse in der Ökonomie, Marburg, S. 277-297.
- Maurer, Susanne (2001): Soziale Arbeit als Frauenberuf. In: Otto, Hans-Uwe und Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Neuwied, S. 1598-1604.
- Metz-Göckel, Sigrid; Koch, Angela und Müntz A. Senganta (2006): Leben in zwei Welten: Zur Pendelmigration polnischer Frauen. In: Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien, 24. Jg., 1, S. 51-68.
- Napiwotzky, Anne-Dorothea (1998): Selbstbewusst verantwortlich pflegen: ein Weg zur Professionalisierung mütterlicher Kompetenzen. Bern.
- Nussbaum, Martha (2003): Langfristige Fürsorge und soziale Gerechtigkeit. In: Deutsche Zeitschrift für Philosophie, 2, S. 179-198.
- Odierna, Simone (2000): Die heimliche Rückkehr der Dienstmädchen - bezahlte Arbeit im privaten Haushalt. Opladen.
- Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, Arno und Helsper, Werner (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Frankfurt/Main, S. 70-182.
- Ostner, Ilona (2002): „Staatlich geförderte Selbsthilfe“. Der britische Wohlfahrtsstaat vor und unter Labour. In: Widersprüche, 22. Jg., 2, S. 7-15.
- Overlander, Gabriele (1996): Die Last des Mitfühlens. Frankfurt/Main.
- Rabe-Kleberg, Ursula (1996): Professionalität und Geschlechterverhältnis. In: Combe, Arno und Helsper, Werner (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Frankfurt/Main, S. 276-302.
- Rerrich, Maria S. (2006): Die ganze Welt zu Hause - cosmobile

- Putzfrauen in privaten Haushalten. Hamburg: Hamburger Edition - Institut für Sozialforschung.
- Rerrich, Maria S. (2002): "Bodenpersonal im Globalisierungsgeschehen". In: *Mittelweg* 36, Zeitschrift des Hamburger Instituts für Sozialforschung, 11. Jg. Okt. / Nov., S. 4-23.
- Rommelspacher, Birgit (1992): *Mitmenschlichkeit und Unterwerfung*. Frankfurt/Main.
- Thomas, Carol (1993): *De-Constructing Concepts of Care*. In: *Sociology*, Vol. 27, 4, S. 649-669.
- Tronto, Joan (2000): *Demokratie als fürsorgliche Praxis*. In: *Feministische Studien extra: Fürsorge - Anerkennung - Arbeit*. 18. Jg., S. 25-42.
- Waerness, Kari (2000): *Fürsorge-rationalität*. In: *Feministische Studien extra: Fürsorge, Anerkennung, Arbeit*. 18. Jg., S. 54-66.
- Wischermann, Ulla (2003): *Feministische Theorien zur Trennung von privat und öffentlich - Ein Blick zurück nach vorn*. In: *Feministische Studien*, 21. Jg. Nr. 1, S. 23-34.
- Zimmer, Annette (2003): *Rahmenbedingungen der Zivilgesellschaft*. In: *Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen*, Jg.16, 2, S. 74-86.
- 2 Bei einem in dieser Weise weit gefassten Begriff des Sorgens zeigt sich, dass entwickelter Sozialstaatlichkeit und postmoderner Vielfalt von Geschlechterverhältnissen zum Trotz in den europäischen Wohlfahrtsregimen Frauen als Geschlecht eine zentrale Säule öffentlicher und privater Sorgetätigkeiten darstellen. Fürsorge und Pflege werden weiterhin im Wesentlichen von Frauen geleistet: in Deutschland z.B. in privaten Haushalten je nach Tätigkeit zu 70-90Prozent, in Berufen zu über 80Prozent, im Ehrenamt zu knapp 70Prozent (Klammer 2001, S. 273f.).
- 3 Doing Gender meint kulturell bedingte gesellschaftliche Prozesse alltäglicher Geschlechtszuweisung und -darstellung (Gildemeister 2001). Obwohl durch die Individualisierung der Lebenslagen Frau-Sein und Mann-Sein heute vielfältiger gestaltbar ist, kommt Doing Gender, der Übernahme und Ausgestaltung geschlechtsspezifischer Muster weiterhin eine identitätsrelevante Bedeutung zu.
- 4 Der auf marxistische Terminologien zurückgehende Begriff der De-Kommodifizierung meint die „teilweise Befreiung vom Zwang zur Veräußerung der eigenen Arbeitskraft durch sozialstaatliche Leistungen“ (Jens Alber in Esping-Andersen 2006, S. 63). Allerdings haben dagegen feministische Theoretikerinnen eingewandt, dass Sorgetätigkeit häufig noch gar keinen Warencharakter angenommen hat, da ihr kein eigenständiger Wert zugemessen wurde.
- 5 Die drei Typen sind: universalistisch-sozialdemokratisch (Skandinavien), residual-liberal (anglo-amerikanische Länder), konservativ-korporatistisch (Kontinentaleuropa) (Esping-Andersen 1990). Die skandinavischen Länder legen im Gegensatz zu den anderen Modellen ihre Schwerpunkte auf Finanzierung von Diensten - weniger

Anmerkungen

- 1 Vgl. hierzu Hochschild 1995

- auf Transferzahlungen , mehr auf Kinder - weniger auf Rentner (wobei Altersarmut in Dänemark, Deutschland und Frankreich gleichermaßen bei etwa 11 Prozent liegt), mehr auf Aktivierung denn auf passive Einkommensunterstützung (Esping-Andersen 2006).
- 6 Wie groß die derzeitige Unterversorgung insbesondere der zunehmenden Zahl alter, pflegebedürftiger Menschen auch in Deutschland ist, zeigt das folgende aktuelle Beispiel: Eine Frankfurter RichterIn begründet ihr mildes Urteil gegen die (nicht ausbeuterischen, teils landsfraulichen) Vermittler illegaler Pflegekräfte damit, dass legale Dienste nicht bezahlbar seien, weder stationär noch ambulant und zudem aufgrund der Personalknappheit und daraus resultierendem Zeitdruck nicht bestmöglich helfen können (Frankfurter Rundschau 12.10.2006). Die vermittelten polnischen Frauen kamen mit einem Touristenvisum häufig im drei monatlichen Turnus und hatten freiwillig und für polnische Verhältnisse gut bezahlt in Privathaushalten zur allseitigen Zufriedenheit gepflegt. Dennoch läuft auch ein Verfahren gegen die Angehörigen, von dem die befragte RichterIn meint, es sollte eingestellt werden.
 - 7 So steigt zum Beispiel seit einiger Zeit in Deutschland wieder der Anteil weiblicher Studierender in der Sozialen Arbeit.
 - 8 Ein Thema, das in Grundkursen Sozialer Arbeit an der Fachhochschule immer wieder eine Rolle spielt, indem viele der Studierenden berichten, dass weder ihre Familien noch ihre häufig technische Fächer studierenden Freunde ihr Studium ernst nehmen, worunter sie leiden.
 - 9 So arbeiten beispielsweise Mexikanerinnen und Phillippininnen in den USA (Hochschild 2001), Südostasiatinnen in arabischen Staaten, Nordafrikanerinnen in Frankreich, Spanien und Italien, Osteuropäerinnen u.a. in Deutschland (Lutz 2000).
 - 10 Rerrich definiert cosmobile Frauen als solche, die „weder Einheimische noch richtig Zugewanderte sind“, sondern entweder als Transmigrantinnen zwischen zwei Ländern pendeln (häufig legal über Touristenvisum eingereist und illegal tätig) oder als Illegale (weniger mobil aber jederzeit von Ausweisung bedroht) ohne Aufenthaltsstatus und ohne Arbeitserlaubnis über kürzere oder längere Zeit in einem Land leben (Rerrich 2006, S. 45f).
 - 11 Mit dem Vorteil, dass illegal Tätige seltener als z.B. Männer auf Baustellen aufgedeckt werden und dem Nachteil, dass die berufliche Situation vollständig im Privaten verschwindet und entsprechend unreguliert ist, was insbesondere bei sogenannten „live-ins“ (Au-Pair Mädchen, Haushälterinnen etc.) zur totalen Abhängigkeit von der Arbeitgeberfamilie bis hin zu sexueller Ausbeutung führen kann (Lutz 2000).
 - 12 „Verflechtungszusammenhänge, die Nationalstaaten durchkreuzen und verbinden“ (Metz/Göckel/Koch/Münst 2006, S. 55)
 - 13 Teilweise werden die Frauen später von ihren Arbeitgeberinnen unterstützt, vor allem indem sie weitervermittelt werden, aber auch gegenüber Behörden oder noch weitergehend bei längeren Arbeitsverhältnissen (Rerrich 2006). Die Bezahlung ist häufig vergleichsweise gut, gemessen an dem, was sonst an Lohn für diese Frauen erreichbar wäre.
 - 14 Rerrich (2006) weist darauf hin, dass es für Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland eine Art „Doppelwirklichkeit“ gibt, indem sie einerseits rechtlos sind, andererseits sich insbesondere in Großstädten geduldete - kommunal bekannte - Hilfsnetzwerke und auch Zugangsmöglichkeiten zu Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen herausgebildet haben, die

aber immer prekär bleiben, solange ihnen keine Legalisierung über falsche Papiere oder Heirat gelingt respektive offiziell möglich wird.

- 15 Ein Grund für das häufige Pendeln im Dreimonatsrhythmus war bis 2004 (EU-Beitritt) die Dauer des Touristenvisums (wodurch zumindest der Aufenthalt legal war), seither muss nach 3 Monaten eine Aufenthaltsgenehmigung beantragt werden, zudem gibt es seit 2005 eine legale Zentralstelle für Arbeitsvermittlung für Haushaltshilfen aus den neuen EU-Ländern, ein Verfahren, das sich wenig durchgesetzt hat, da es den meisten Arbeitgeberinnen und Arbeitnehmerinnen zu teuer und zu kompliziert ist, so dass von den geschätzten 100.000 Pflegekräften nur wenige Tausend angemeldet wurden (Frankfurter Rundschau, 29.11.2006).
- 16 „Brain-drain“ meint den Abzug von Humankapital (kostenintensiv ausgebildeten Kräften) aus einem Land, dem dieses Wissen dann fehlt, während ein anderes durch Zuwanderung davon profitiert, ohne zur Ausbildung beigetragen zu haben. Rerrich spricht auch bei gut ausgebildeten cosmobilen Putzfrauen von brain drain und entsprechendem „brain waste“, obwohl die erworbenen Schlüsselqualifikationen wie „soziale Kompetenz, Einfühlungsvermögen, Frustrationstoleranz, Belastbarkeit und Zuverlässigkeit“ durchaus genutzt werden (Rerrich 2006, S. 55). Wie wichtig diese Kompetenzen sind zeigt sich nach Rerrich daran, dass geförderte Versuche von Dienstleistungsagenturen auch daran gescheitert sind, dass dort zumeist Langzeitarbeitslose und Sozialhilfeempfängerinnen arbeiten sollten, die oft in diesem Bereich gar nicht arbeiten wollten oder denen die entsprechenden Fähigkeiten fehlten.
- 17 Frauen, die diesen Transfer nicht schaffen, schildern ihre Verzweiflung über den Verlust ihrer Kinder (Hochschild 2001).
- 18 Hochschild (2001) sieht diesen Transfer als einen Import von Mutterliebe, so wie auch Bodenschätze aus der sogenannten Dritten Welt in reiche Länder - ebenfalls zumeist unter ausbeuterischen Bedingungen - importiert werden, aber mit vermutlich erheblich weiterreichenden Konsequenzen bezogen auf die Veränderung von Familienstrukturen und Geschlechterverhältnissen sowie Vorstellungen von Mütterlichkeit (vgl. hierzu auch Rerrich 2006).
- 19 Staatsbürgerliche Teilhabe muss politisch, ökonomisch und sozial gesichert sein, damit eine öffentliche Kultur des Sorgens im Sinne einer zivilgesellschaftlichen Ordnung funktionieren kann, was einen Mehrheitskonsens voraussetzt (Zimmer 2003).
- 20 Wobei es sich hier weniger im strengen Sinne um ein Geheimnis handelt, als um eine bekannte und geduldete, aber kaum thematisierte Form der Schließung einer Versorgungslücke, die eine willkommene sozialstaatliche Entlastung darstellt.
- 21 Hochschild (2001) sieht folgende Perspektiven für einen gerechteren Umgang mit den entstandenen „global care chains“: Stärkung der Ökonomie in den Heimatländern zur Verminderung von Migrationsanreizen, Schaffung von Zufluchtsorten für Frauen mit familialen Gewalterfahrungen in den eigenen Ländern, da das ein häufiger Migrationsgrund ist, menschlichere Formen der Migration, z.B. Möglichkeit für Migrantinnen, ihre Kinder mitzunehmen, Steigerung des Wertes von Sorgetätigkeiten, damit sie attraktiv für alle werden, Einbeziehung der Männer in Sorgearbeit.

Katharina Gröning

Generationenbeziehungen und Generationenfürsorge in modernen Zeiten

Die Bedingungen der häuslichen Pflege und damit auch die Qualität der Pflege zu Hause sind in hohem Maße abhängig von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der öffentlichen Unterstützung dieser Lebensform. Bedeutend hierbei sind das gesellschaftliche Altersleitbild, die wissenschaftliche Beforschung und Bewertung der häuslichen Pflege, die Möglichkeit der Vereinbarung von Erwerbstätigkeit und Pflege, das Vorhandensein von Entlastungsangeboten und nicht zuletzt eine begleitende Unterstützung bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgabe der Sorge für einen Angehörigen. Im folgenden Beitrag sollen einige dieser Dimensionen in Augenschein genommen werden, um neue Möglichkeiten der Unterstützung der späten Familie zu identifizieren. Dabei wird mit Hagestad (1986) die Sorge für einen pflegebedürftigen Menschen als erwartbare Lebensphase im Lebenszyklus betrachtet und als Entwicklungsaufgabe im Sinne der familiendynamischen Theorie von Michael Buchholz (1993). Kritisch diskutiert werden vor allem wissenschaftliche Positionen zum demografischen Wandel als Problem der sogenannten Sandwichgeneration, wie es seit den

1990er Jahren zunehmend verbreitet ist, aber auch die Neigung, die Pflege zu Hause therapeutisch zu definieren. Argumentiert wird vorwiegend im Kontext des pädagogischen Diskurses, also Pflege als Entwicklungsaufgabe und Problem des späten Familienzyklus, Bildung als Antwort und Hilfe auf die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe, lebensweltliche und biografische Dimensionen der Pflege und in diesem Zusammenhang die Bedeutung von Bindung anstelle von infantiler Abhängigkeit und mangelnder Autonomie.

Bisher dominieren im Hinblick auf die demografische Entwicklung vor allem Krisenszenarien mit einem Hauch Apokalypse: Die Alten werden immer mehr, die Jungen immer weniger; die Familie zerfällt und mit ihr auch diejenige zentrale Instanz der Generationenintegration; der Sozialstaat sei angesichts der zunehmenden Anzahl von Bedürftigen überfordert und habe ethisch versagt (Kosłowski 1990). Angesichts des demografischen Wandels wird ein verstärktes Engagement der Wirtschaft bei der Entwicklung von seniorengerechten Produkten gefordert und initiiert, auf das bürgerschaftliche Engage-

Bisher dominieren im Hinblick auf die demografische Entwicklung vor allem Krisenszenarien mit einem Hauch Apokalypse.

*Der unumkehrbare
Prozess der
Individualisierung
betrifft neben dem
Geschlechtervertrag
auch den familialen
Generationenvertrag
und insbesondere die
Hochaltrigen und
Pflegebedürftigen.*

gement als demokratische Pflicht verwiesen und nicht zuletzt werden die Bürgerinnen und Bürger aufgefordert, gesünder zu leben und mehr Selbstverantwortung zu übernehmen. Die Politik hat sich mit dieser Position eine Sichtweise zu eigen gemacht, die vor mehr als 20 Jahren Ulrich Beck am pointiertesten formuliert hat (Beck 1986). Im Kern der Gesellschaft finden Auflösungsprozesse statt, die in der Dynamik der Moderne selbst begründet und unumkehrbar sind. Es kommt zu einem Ende der Solidarität vor allem in der Familie. Insbesondere hier breiten sich explosive Konflikte aus, die in einer Spannung zwischen Gleichheitsforderungen und realer Ungleichheit im Geschlechterverhältnis begründet sind. Der unumkehrbare Prozess der Individualisierung betrifft neben dem Geschlechtervertrag auch den familialen Generationenvertrag und insbesondere die Hochaltrigen und Pflegebedürftigen.

Auch Schultheis (1993) hat in den 1990er Jahren im Rahmen eines größeren Forschungsprojektes zu Generationenbeziehungen in der Postmoderne und mit einem anderen Erkenntnisinteresse als Ulrich Beck in diese Richtung argumentiert. Mit dem Verschwinden des Erbes als einigendem Band des familialen Generationenvertrages träten innerhalb der Familie Krisen zwischen den Generationen offener zutage (Schultheis 1993). Das Zerbrechen des Erbes durch den kapitalistischen Markt revolutioniere den „archaischen

Tatbestand der Generation“ in dem das Erbe in Kapital transformiert wird. Auf diese Weise zerfällt der Generationenvertrag. In Bezug auf das Verhältnis von Geschlechter- und Generationenvertrag wird angenommen, dass die Modernisierungsanforderungen an die Frauen es ihnen letztlich unmöglich machen, in dem gegenwärtigen Rahmen weiterhin für die Versorgung der Älteren zur Verfügung zu stehen (Beck-Gernsheim 1993). Zum einen habe sich die weibliche Normalbiografie verändert, zum anderen erschwere der Wandel der Lebensformen die Verantwortlichkeit für die ältere Generation, da Frauen zur Erwerbsarbeit einerseits gezwungen seien, sich andererseits zunehmend am Leitbild der Erwerbsarbeit orientierten.

Wenn aus der Perspektive der häuslichen Pflege eine erste Kritik an dieser Theorieperspektive formuliert werden soll, dann gilt für Schultheis (1993), dass er Generationenbeziehungen vor allem aus der Perspektive der traditionellen Familienstruktur mit den Werten Erbe, Ehre, Abstammungslinie beschreibt, so als wären diese Tradition der wichtigste Garant für die Sorge um die alten Eltern oder den alten Partner. Für die modernisierungstheoretisch akzentuierten Positionen gilt insgesamt, dass sie das Ende der Hausfrauennehe und das Ende des traditionellen Geschlechtervertrages als Risiko und nicht als Entwicklungsaufgabe für die Familie begreifen. Innerfamiliale Gerechtigkeit genauso wie eine faire und

humane Erwerbsarbeit kommen hier als gesellschaftliches Projekt zu wenig vor. Aus der feministischen Forschung wird lediglich punktuell zitiert und zwar immer dort, wo sie kompatibel mit der Individualisierungstheorie erscheint. Die großen Diskurse der feministischen Forschung zur Hausarbeit, die gesamte Arbeitsdebatte und die feministischen Beiträge zur Generativität werden nicht rezipiert.

Forschungstendenzen zum familialen Generationenvertrag: Probleme der Stress- und Belastungsforschung

Die Altersforschung hat die Annahmen und Erkenntnisse der Individualisierungstheorie weitgehend übernommen. Während die klassische Gerontologie vor allem dem Altersleitbild der späten Freiheit verpflichtet war und das Alter als Kompetenzmodell beschrieben hat, widmet sich die Gerontologie heute zunehmend jener Lebensphase, die sie in ihren Anfängen weitgehend wegstrukturiert und einem negativen Altersstereotyp zugeordnet hat – der Hochaltrigkeit und Pflegebedürftigkeit. In diesem Forschungsfeld steht an zentraler Stelle die Annahme der „Erosion der familialen Pflegepotenziale“. Während sich diese Annahme in den 1990er Jahren vor allem auf den „Zerfall der Familie“ berufen hat, stehen heute stress- und belastungstheoretische For-

schungsarbeiten im Mittelpunkt. Dabei nimmt die Stress- und Belastungsforschung an, dass „nicht a priori die Versorgung alter Menschen als belastend verstanden werden darf, sondern vielmehr die Bedeutung der subjektiven Einschätzung im Kontext der individuellen Situation durch die Angehörigen“ berücksichtigt werden muss. Angenommen wird weiterhin eine Wechselwirkung zwischen Belastungen und Konflikten. Entscheidend hinge das Stresserleben von den subjektiven Deutungen und Bewertungen einer Situation ab und davon, wie ein Individuum die eigenen Möglichkeiten einschätzt, diese zu bewältigen. Stress ergibt sich „aus den Merkmalen der Situation im Kontext der Einstellungen der beteiligten Personen, der subjektiven Bedeutung, die sie ihr beimessen und schließlich der Verfügbarkeit und tatsächlichen Nutzung externaler (materieller und sozialer) sowie internaler Ressourcen (z.B. kognitive Bewältigungsstrategien, Kontrollüberzeugungen) zur Bewältigung der Situation“ (Gunzelmann 1991b, S. 45).

Die Ergebnisse der Stress- und Belastungsforschung haben – und hierin liegt ihr großer Verdienst – zu einer Ausdehnung verschiedener punktueller Hilfen geführt, wie teilstationäre Angebote, Tagespflege, Angehörigengruppen, Beratungsangebote etc. Gleichzeitig werden die Ergebnisse der Belastungs- und Stressforschung jedoch verwendet, um im Rahmen einer Laien- und Expertenausein-

In diesem Forschungsfeld steht an zentraler Stelle die Annahme der „Erosion der familialen Pflegepotenziale“.

Es existiert ein relativ negatives Bild der familialen Altenfürsorge in den Köpfen der Experten, insbesondere der professionellen Dienste.

andersetzung zu argumentieren, dass Familien mit der Pflege insbesondere bei Demenz überfordert oder eben dafür nicht kompetent seien. Das meist dualisierte Pflegeverhältnis mit einer innerhalb der Familie oft isolierten Hauptpflegeperson, deren untergeordnete Stellung in der Familie und die Dimension der Familiendynamik als besonderer Ausdruck des innerfamilialen modernen Patriarchats werden jedoch in kaum einer Forschungsarbeit thematisiert. Hier ist ein massives Theoriedefizit zu beklagen. Ebenso fehlen ethnografische und feldbezogene Forschungen zur Pflegebedürftigkeit und Familie, die aus der Binnenperspektive der Familie verfasst sind. Die Sorge für einen pflegebedürftigen Menschen – Partner oder Elternteil – ist letztlich mehr als eine Funktion in der Familie. Auch wenn wir uns wissenschaftlich angewöhnt haben, die Familie vorwiegend funktional hinsichtlich ihres Beitrages von reproduktiven Funktionen zu betrachten, so organisieren und konfigurieren Familien sich doch auf der Basis von Sinn. Die jeweiligen reproduktiven Entscheidungen sind eingebettet in sinnhafte Vorstellungen vom Lebens- und Familienzyklus, von Bindungen und Beziehungen und von der jeweiligen Biografie der Mitglieder. Insofern unterscheidet sich die Außenperspektive der häuslichen Pflege, die vorwiegend funktional ausgerichtet ist und von den pflegenden Angehörigen und den Pflegebedürftigen spricht, von der Binnenperspektive. In der letzteren Perspektive werden le-

bensweltliche Differenzierungen wie Ehepartnerpflege, Elternpflege, Schwiegerelternpflege bedeutender, verweisen sie doch auf unterschiedliche Generationen- und Geschlechter- oder auch Eheverträge.

Es existiert ein relativ negatives Bild der familialen Altenfürsorge in den Köpfen der Experten, insbesondere der professionellen Dienste (vgl. Brömme 1999): Pflegende Angehörige gelten als mit der Pflege überfordert, als belastet, als depressiv und selbst krank, als unfähig Hilfe anzunehmen, als unkooperativ, als nur an den Leistungen der Pflegeversicherung interessiert, als den alten Menschen entmündigend und nicht zuletzt als potentiell oder tatsächlich gewalttätig.

Die Pathologisierung der Pflegepersonen findet auch in der Pflegeforschung statt, wenn im Rahmen von häuslicher Pflege von der „Demenz als Familienkrankheit“ die Rede ist (Gunzelmann 1991a). Gunzelmann meint, dass die Analyse des familialen Systems eine wesentliche Grundlage für die Problembeschreibung und -analyse sowie für die Entwicklung von Lösungsstrategien darstellt und plädiert damit für die Einführung klinischer und psychopathologischer Deutungsmuster in das Feld der familialen Pflege. Dieses „belieb in pathology“ ist eine strukturelle Schwäche des öffentlichen Bildes der familialen Pflege und Sorge. Dass die systemischen Betrachtungsweisen der späten Familie zurzeit eine hohe Konjunktur er-

leben, dürfte nicht zuletzt mit den Professionalisierungsinteressen der Pflege und ihrer Nachbardisziplinen zusammenhängen. Allerdings verschiebt sich hier gerade der Fokus. Waren bis zur Jahrtausendwende noch Haltungen vorherrschend wie die, die Brömme 1999 in seiner qualitativen Studie am Bielefelder Institut für Pflegewissenschaft thematisiert, d.h. wurde den Familien die Pflegekompetenz weitgehend abgesprochen und das Verhältnis von professionell Pflegenden und Familien von Konkurrenz bestimmt erlebt, so wird heute die Familie selbst zum Einsatzort der Professionellen. Zwar ist dies eine Entwicklung, die erst am Anfang steht. Beratung, Case-Management und Begleitung der Familien werden aber unüberhörbar gefordert - zumeist wird dabei ein klassisches Professions/Klienten-Verhältnis zugrunde gelegt und vielfach mit familientherapeutischen Deutungsmustern unterfüttert. Dies wiederum bedeutet, dass die Hilfen ziemlich bildungsabstinent sind und mehr am Bild der häuslichen Pflege als Lebensform mit zwei Opfern orientiert.

Die Übernahme der familialen Altenfürsorge ist zweifellos abhängig von der Qualität der früheren Beziehung zu dem nun pflegebedürftigen Elternteil - diese zunehmende Bedeutung der Bindungen und der Rückgang der Bedeutung des Erbes als Ausdruck gesellschaftlicher Modernisierung wird jedoch nicht als besonderes modernes Potenzial der Pflege in Familien betrachtet,

sondern die gestörte Beziehung wird besonders hervorgehoben, ohne jedoch die vielfältigen Aufgaben und Verantwortlichkeiten und die durchaus vorhandenen Modernisierungsspannungen in Familien zu würdigen. Vielmehr wird therapeutisch argumentiert und Pflege und Hilfe in Familien quasi auf den Kopf gestellt. Die Pflegebereitschaft basiere oft auf ungelösten kindlichen Abhängigkeitsbedürfnissen oder auf dem Wunsch, von den Eltern wenigstens im Alter akzeptiert zu werden (Geister 2002). Zwar wird eingeräumt, dass bei einer positiv erlebten Bindung die Bereitschaft zur Pflege höher ist, was empirisch auch bedeuten könnte, dass die meisten Pflegen aus filialer Verbundenheit stattfinden und nicht aus neurotischen oder instrumentellen Motiven. Die filiale Verbundenheit als sozialen Tatbestand der Generationenbeziehung zu akzeptieren und die gestörte Beziehung als Ausdruck von misslungenen Entwicklungsaufgaben zu verstehen, folgt für die Forschung daraus aber weniger. Im Gegenteil: Die konflikthafte und belastete Beziehung rückt in den Vordergrund - und zwar die Belastung und Konflikthaftigkeit, die es bedeutet, wenn man als Kind von den Eltern abgelehnt worden ist. „Auch eine konflikthafte, als schlecht erlebte Beziehung könne die Basis für die Bereitschaft zur Pflegeübernahme sein. Frauen, die früher von ihren Eltern abgelehnt worden seien, könnten nun unbefriedigte Zugehörigkeitswünsche reaktivieren“, (Becker 1997, S. 40f.). Empirisch

Die Übernahme der familialen Altenfürsorge ist zweifellos abhängig von der Qualität der früheren Beziehung zu dem nun pflegebedürftigen Elternteil.

Die therapeutische Deutung der familialen Pflege setzt sich fort in der Position, dass die pflegenden Angehörigen die Übernahme der Pflegeverantwortung zwar mit einer subjektiv erlebten Entscheidungsfreiheit verbinden, dass ein bewusster Entscheidungsprozess jedoch vielfach nicht stattgefunden habe.

ist indessen unklar, wie groß der Anteil dieser konflikthafter Motive wirklich ist. Zusammen mit der problematischen Argumentation, dass sich die Bereitschaft zur Pflege vor allem aus der traditionellen Frauenrolle ableiten lasse, erscheint die familiäre Pflege als Gefängnis für Frauen, gemauert aus traditioneller Rolle und infantiler Verstrickung – was dann wieder den Einsatz von Begleitung und Betreuung der Angehörigen legitimiert.

In Bezug auf Konfliktsituationen in der familialen Altenfürsorge wird aufgrund des großen Forschungsdefizits zumeist auf nur wenige Untersuchungen verwiesen.

Es gilt aber, dass klinische Forschungsergebnisse zur Familie auf die Generationenbeziehung von alten Eltern und ihren sich im mittleren Lebensalter befindlichen Kindern übertragen werden. Zentral ist in diesem Zusammenhang die systemische Familientherapie – ein therapeutischer Ansatz, der sich insbesondere mit der Entstehung und Behandlung schwerer seelischer Störungen befasst wie Anorexie, Erkrankungen des manisch-depressiven und schizophrenen Formenkreises, schwere Suchtprobleme und Ähnliches. Im Kontext der familialen Altenfürsorge findet Fuchs (2000) es hilfreich, auf die Erkenntnisse der systemischen Familientherapie zurückzugreifen, um die Ursachen für Konflikte in der familialen Altenfürsorge nicht „monokausal“ zu erklären. Die Familie sei vergleichbar mit einem

Mobile, wenn ein Teil des Systems sich verändere, gerate alles in Bewegung. Sodann werden alle Erkenntnisse, Konzepte und Ansätze der systemischen Familienforschung aufgeführt und diese auf die späte Familie übertragen: Rollenkehr, Parentifizierung, Koalitionsbildung, Sündenbock, Ausstoßung etc. Ganz abgesehen davon, dass man sich logisch fragen muss, ob im Rahmen der familialen Altenfürsorge wirklich Rollenkehr und Parentifizierung stattfinden, ob ein Erwachsener also noch ein „Elternkind“ werden kann oder ob das nicht logisch ausgeschlossen ist, denn ihm wird ja durch die Pflegebedürftigkeit der Eltern nicht die Kindheit genommen. Ganz abgesehen also von der Logik ist zu fragen, ob die Beziehung zwischen alten Eltern und ihren Kindern nicht anders treffender beschrieben werden kann. Und wenn es sich bei der Belegung einer Pflegebeziehung mit dem Label „parentifiziertes Kind“ um ein von frühester Kindheit an parentifiziertes Kind handelt, ist die nächste Frage, welche empirische Bedeutung solche Charakterisierungen für die familiäre Altenfürsorge haben.

Die therapeutische Deutung der familialen Pflege setzt sich fort in der Position, dass die pflegenden Angehörigen die Übernahme der Pflegeverantwortung zwar mit einer subjektiv erlebten Entscheidungsfreiheit verbinden, dass ein bewusster Entscheidungsprozess jedoch vielfach nicht stattgefunden habe (BMFSFJ 2002). Mit die-

ser Aussage wird nun weit mehr gesagt, als dass die Angehörigen bei ihren Entscheidungen verschiedene Problemdimensionen nicht ausreichend berücksichtigen und hier vielleicht, besonders am Anfang der Pflege, Bildung, Kompetenzentwicklung und Empowerment nötig wären. Oder dass es schwierig ist, über den Verlauf einer familialen Pflege wirklich gültige Prognosen anzustellen, und dass deshalb einmal getroffene Entscheidungen auch überprüft werden müssen. Nein – die Entscheidung wird als unbewusst bezeichnet und damit therapeutisiert und psychopathologisiert. Erstaunlich ist dabei, dass diese Sichtweise höchst offiziell in einer Publikation des Bundesministeriums für Familie zu finden ist, welches doch gleichzeitig die häusliche Pflege stützen will.

Bisher ist empirisch nachgewiesen, dass die familiäre Pflege vorwiegend in einem Dual stattfindet, und zwar einem Dual zwischen dem pflegebedürftigen alten Menschen und einer meist weiblichen Pflegeperson sowie, dass sich in diesem Kontext die Lebenswelt beider immer mehr totalisiert und schließlich vom Rest der Familie spaltet (Gröning 2002). Dieses dominante Pflegearrangement wird von der Pflegeversicherung quasi alimentiert, indem eine Hauptpflegeperson definiert wird. Dadurch verstärkt sich die innerfamiliäre Isolation der Frauen, die ihre alten Angehörigen pflegen und ihre Alleinständigkeit wird rationalisiert. Die empirischen Fakten deuten

auf zu wenig innerfamiliäre Gerechtigkeit, auf die Definition der Pflege als Frauensache und auf eine patriarchalische Politik der Familie hin, weniger auf eine klinische Verzerrung im Sinne einer infantilen Abhängigkeit, wie dies der Rückgriff auf die systemische Familienforschung für die familiäre Altenfürsorge nahelegt.

Gerechtigkeit und Bindung zwischen Eltern und Kindern

Im Rahmen von therapeutischen und klinischen Theorien und Forschungen zur Familie haben sich bisher nur wenige Arbeiten auf Gerechtigkeit in der Familie bezogen. Die meisten Ansätze in der therapeutisch geprägten Familienforschung sehen die Bindungen innerhalb der Familie von Macht dominiert: Macht und ihre Maskierungen werden als der wesentliche Kern der innerfamiliären Beziehungen und Verhältnisse verstanden. Die Fokussierung auf Macht und ihre Formen innerhalb von Familien hat zwar die alte, von der Idee des Inzests beherrschte freudianische Familientheorie abgelöst, die Familientherapie beharrt aber auf einem Menschenbild, welches vor allem von Eigennutz geprägt erscheint. Die Familie wird als Nährboden für das Individuum verstanden und die Bindungen innerhalb von Familien werden bevorzugt als von den individuellen Bedürfnissen bestimmt gesehen. Auch

Die empirischen Fakten deuten auf zu wenig innerfamiliäre Gerechtigkeit, auf die Definition der Pflege als Frauensache und auf eine patriarchalische Politik der Familie hin.

Mit fortschreitendem Alterungsprozess und der Zunahme von Abhängigkeit werden zum anderen Bindungen vor allem an Partner und Kinder bedeutender.

die Liebe ist in dieser Perspektive letztlich eine Form der Macht und wird entsprechend vorwiegend als mit der Macht in Verbindung stehend betrachtet. Dabei geht die Familientherapie von einem Machtgleichgewicht aus, welches durch Rollen innerhalb einer Familie institutionalisiert wird. In diesen Rollen - Geschlechterrollen, Generationenrollen, Vater-Mutter-Kind-Rollen - ist das „Zurückstecken“, das Opfer für die Familie, nur eine Maskierung der Macht. Demgegenüber gehen Bindungstheorien von der Bedeutung guter Bindung über den gesamten Lebenszyklus aus und definieren entsprechend auch Pflegearrangements als Ausdruck von Generationenbindungen und Paarbindungen.

Im Mittelpunkt einer Theorie der Generationenbindung zwischen hochaltrigen, oft auch pflegebedürftigen oder dementen Personen auf der Basis der Bindungstheorie stehen verschiedene Annahmen. Zum einen hat die psychodynamische Theorie des Alterns, so wie sie von Radebold in den 1980er Jahren (vgl. Radebold 1984) formuliert worden ist, traumatische Verluste und Kränkungen in den Mittelpunkt des psychischen Alterungsprozesses gerückt. Für Radebold ergab sich daraus, dass eine Reihe von typischen und als Belastung beschriebenen Verhaltensweisen alter Menschen z.B. Rückzug, geistige Enge und Engstirnigkeit, übertriebene Kritik und Unzufriedenheit, Depression und Melancholie Antworten auf die erleb-

ten Verluste und Kränkungen darstellen. Spannung entsteht um so mehr, je mehr das Autonomiegebot für Ältere gilt, welches bedeutete, dass man Anderen nicht zur Last fällt. Mit fortschreitendem Alterungsprozess und der Zunahme von Abhängigkeit werden zum anderen Bindungen vor allem an Partner und Kinder bedeutender. Die sich verdichtenden Verluste aktivieren das frühe Bindungssystem und es kommt zur Bindungssuche, oder im Fall von unsicher vermeidenden oder unsicher ambivalenten Bindungssystemen zur Gleichzeitigkeit von Bindungssuche und Bindungsfucht.

Aus den Erkenntnissen der Bindungstheorie kann geschlossen werden, dass auch Personen mit Demenz auf die traumatisch erlebte Abhängigkeit, die durch die Pflegebedürftigkeit entsteht, mit besonderer Bindungssuche reagieren, die den internen Arbeitsmodellen der frühen Kindheit entspricht. Die Verhaltensweisen von Personen mit demenzieller Erkrankung, die ebenfalls anklammern, nachfolgen, rufen und suchen, ähneln denen des Kindes, welches bei seiner Bezugsperson Pflegeverhalten und die Gewährung von Schutz hervorriefen möchte. Je größer die pflege- und demenzbedingte Regression, desto ähnlicher wird die Bindungssuche und das Bindungssystem dem der frühen Bindungen in der Kleinkindphase.

Den pflegenden Ehepartner oder die pflegenden Kinder wie auch andere Mitglieder der späten Fa-

milie stellen diese Veränderungen und das Aktivieren der frühen Bindungssysteme vor große Entwicklungsaufgaben. Sie sind gefordert, ihren Beziehungsmodus zur pflegebedürftigen Person umzustellen. Zunehmend tritt die Pflegebeziehung in den Vordergrund und dominiert den Alltag.

Wenn man das Pflegeverhalten der Pflegepersonen beobachtet und betrachtet, lässt sich dieses durchaus im Sinne der Bindungstheorie charakterisieren. Im Mittelpunkt des Bindungsverhaltens der Pflegepersonen steht nach bindungstheoretischer Auffassung Feinfühligkeit, d.h. die Bereitschaft der Pflegepersonen, auf die Suche nach Bindung nicht mit Zurückweisung, sondern mit der Gewährung von Schutz und mit Pflegeverhalten zu reagieren. Gleichzeitig betont die Bindungstheorie, dass Menschen ihre Bindungen an bestimmten Personen entwickeln, und dass diese Bindungen über das gesamte Leben bestehen bleiben. Es kann also davon ausgegangen werden, dass bei den Pflegepersonen, vor allem im Kontext Elternpflege, neben der Gewährung von Pflegeverhalten auch eine Bindungssuche einsetzt, die sich auf die pflegebedürftige Person richtet, die in der Vergangenheit Schutz, Pflege und Hilfe gewährt hat und dazu in der Gegenwart nicht mehr in der Lage ist. Insofern ist die Motivation und Bereitschaft zur Pflege alter Eltern nicht eine Art der infantilen Abhängigkeit, sondern - bindungstheoretisch

verstanden - die Vorbereitung auf die endgültige Trennung von den alten Eltern durch den Tod. Der Sinn der Pflegebereitschaft läge somit auf der Bewältigung der Entwicklungsaufgabe des Abschieds von den alten Eltern. Auch die Bereitschaft zur Pflege des Partners kann bindungstheoretisch mit diesem Motiv begründet werden. Das gefühlte Herannahen des Todes wird durch Bindung/Pflege beantwortet (vgl. auch Bauer 2008, S. 175-2006).

Insofern ist die Motivation und Bereitschaft zur Pflege alter Eltern nicht eine Art der infantilen Abhängigkeit, sondern bindungstheoretisch verstanden die Vorbereitung auf die endgültige Trennung von den alten Eltern durch den Tod.

Fehlende Spielräume - Probleme der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Arbeitsforschung und betriebliche Befragungen (Wagner 2000; Dierks 2008) über alle Hierarchiestufen hinweg verweisen auf eine Tendenz zur Entgrenzung der Erwerbsarbeit. Beschrieben wird vor allem das Phänomen des Zeitmangels: „Keine Zeit: Wenn die Firma zum Zuhause wird und zu Hause nur die Arbeit wartet“ (Hochschild 2002) sowie die „Taylorisierung des Familienlebens“ und die „Verbetrieblichung der Lebensführung“ (Oechsle 2002). Das Phänomen, keine Zeit mehr zu haben und „von der Arbeit aufgefrisst zu werden“, beschreiben verschiedene soziologische Forschungen nicht nur quantitativ im Sinne von mehr Überstunden und „Öffnung“ der Tarifvereinbarungen (vgl. WAZ vom 30.6.05, Jeder dritte Betrieb arbeitet mit Öffnungsklauseln).

***Die häusliche Arbeit
verschwindet verbal aus
den Erzählungen und
Bilanzierungen der
erwerbstätigen
Akteurinnen, und immer
wieder werden deutlich
entwertende Aussagen
bezüglich der Arbeit
von Hausfrauen bzw.
des Stellenwertes
reproduktiver Arbeit
geäußert.***

Überarbeitung ist heute Stil, Kultur, Art der Lebensführung, d.h., im Sinne der Soziologie Pierre Bourdieus, Mittel der Unterscheidung, der Distinktion. Arbeitssoziologische Studien sprechen vom Phänomen einer besonderen Fusion, dem Entstehen eines „Arbeitskraftunternehmertums“ als neuem professionellem Habitus, in dessen Mittelpunkt Verhaltensweisen extremer Leistungsorientierung und Aufstrebens sowie Selbststilisierung und Selbstcharismatisierung stehen. Arbeit als Streben nach Erfolg wird zum Rausch. In dem Maße wie Arbeit und Beruf zum Stil werden und der Inszenierung des Subjektes dienen, werden sie automatisch libidinöser oder narzisstischer besetzt. In der Welt der Arbeit als stilistische Inszenierung werden Menschen nicht als in Interdependenzen lebend, sondern ausschließlich als Individuen wahrgenommen, mit beachtlichen Folgen für die generative Verantwortung. Marianne Dierks (2008), die sich in ihrer Dissertation mit der Entwicklung der Reproduktionsarbeit, vor allem Erziehungsarbeit in einer Zeit des Arbeitskraftunternehmertums befasst hat, führt auf, dass es in den 1980er Jahren noch durchaus Studien gab, die sich zur Entgrenzung der Erwerbsarbeit kritisch geäußert haben, die „unverträgliche Verhaltensanforderungen im Umgang mit der Zeit“ konstatierten. Nach Marianne Dierks wird heute dieses Problem anderes gelöst. Im Rahmen ihrer Dissertation fand sie insbesondere bei den Reproduktionsarbeiterinnen selbst, den Mütter, eine

vollständig reservierte und distanzierte Haltung gegenüber der Reproduktionsarbeit vor. Obwohl die Anforderungen insbesondere an die Erziehungsarbeit in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen seien, so Dierks, würde die unmittelbare private Alltagsarbeit auch von den von ihr befragten Frauen selbst trivialisiert, entwertet und zur Banalität herabgewürdigt.

Die häusliche Arbeit verschwindet verbal, so Dierks (2008, S. 69), aus den Erzählungen und Bilanzierungen der erwerbstätigen Akteurinnen, und immer wieder werden deutlich entwertende Aussagen bezüglich der Arbeit von Hausfrauen bzw. des Stellenwertes reproduktiver Arbeit geäußert. Für Dierks ist damit deutlich, dass im Sinne der feministischen Forschung zur Reproduktionsarbeit gesellschaftlich und individuell notwendige Tätigkeiten nicht nur missachtet würden, sondern auch eine wesentliche Grundlage der Für- und Mitsorge im alltäglichen Zusammenleben trivialisiert würde. Der Versorgung von hilfebedürftigen Menschen würde so Wertschätzung und Anerkennung entzogen.

In Bezug auf die Arbeit zu Hause, und dies trifft in hohem Maße auf die häusliche Pflege zu, bedeutet dieses von Dierks beschriebene Verschweigen, das symbolische Verschwinden reproduktiver Arbeit aus der Betrachtung der Öffentlichkeit, weil ihr damit die Möglichkeit entzogen ist, die Wahrnehmungshorizonte anderer zu erreichen. Wieso signali-

sieren aber so viele Frauen ein abwehrendes und reserviertes Verhalten gegenüber reproduktiver Arbeit. Für Dierks deutet dieses Phänomen auf den Tatbestand hin, dass hier gesellschaftliche Bewertungen vom Stellenwert der Reproduktionsarbeit als nachrangig und wertlos übernommen werden und es darüber hinaus in unserer Gesellschaft an einer Kultur fehlt, geleistete Haus- und Sorgearbeit in die Maßstäbe für eine positive Selbstpräsentation und Bilanzierung weiblichen Lebens einzubringen. Demnach ginge es um Anerkennung.

Der Philosoph Axel Honneth hat bereits in den 1990er Jahren eine Theorie der Anerkennung vorgelegt, die den Begriff aus der Sphäre des Spekulativen herausgeholt und materiell fundiert hat. Honneth unterscheidet drei Dimensionen der Anerkennung: die Liebe, das Recht und die Wertschätzung. Die moderne bürgerliche Gesellschaft reduziert die Anerkennungsproblematik der Reproduktionsarbeit auf die Liebe und verweigert Recht und soziale Wertschätzung als wichtige Medien gesellschaftlicher Anerkennung. Die Reduktion auf die Liebe hat die Anerkennung entsprechend privatisiert. Eine Problemdimension dabei ist, dass die pflegende Familie weder einen grundgesetzlichen Schutz (Thiele 2002) noch ausreichende sozialrechtliche Unterstützung. Es ist nur folgerichtig, wenn Thiele fordert, den grundgesetzlichen Schutz auch auf die späte Familie auszudehnen, um so zu einer

rechtlichen Ausgestaltung dieser Lebensform zu kommen. Verfolgt man die unzureichende Forschungslage zum Thema Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, so ist die Pflege zu Hause meist von starken Retraditionalisierungsdynamiken dominiert. Eine dauernde Vereinbarung von Pflege und Beruf ist nicht vorgesehen.

Literaturliste:

- Bauer, A. (2008): Bindungen zwischen den Generationen der späten Familie. Bindungstheoretische Überlegungen. In: Bauer, A. und Gröning, K. (Hrsg.): *Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel*. Frankfurt/Main, S. 175-206.
- Beck, U. (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt/Main.
- Beck-Gernsheim, E. (1993): Familie und Alter. Neue Herausforderungen, Chancen und Konflikte. In: Naegele, G. und Tews, H.P. (Hrsg.): *Lebenslagen und Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft - Folgen für die Politik*. Opladen.
- Bertram, H. (2000): Die verborgenen familiären Beziehungen in Deutschland: Die multilokale Mehrgenerationenfamilie. In: Kohli, M. und Szydlik, M. (Hrsg.): *Generationen in Familie und Gesellschaft*. Opladen.

- Boszormenyi-Nagy, I. und Spark, G. (1973): Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart.
- 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.
- Buchholz, M. B. (1993): Dreiecksgeschichten. Eine klinische Theorie psychoanalytischer Familientherapie. Göttingen.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin.
- Dierks, M. (2008): Karriere! - Kinder? Küche? Eine explorative Studie zur Verrichtung der Reproduktionsarbeit in Familien mit qualifizierten Müttern aus der Perspektive von Frauen nach Beendigung ihrer Erwerbsarbeit. In: Bauer, A. und Gröning, K. (Hrsg.): Geschlecht und demografischer Wandel. Frankfurt/Main, S. 45-62.
- Erikson, E.H. (1988): Der vollständige Lebenszyklus. Frankfurt/Main.
- Fuchs, S. (2000): Arbeitshilfe für die Bildungsarbeit mit pflegenden Angehörigen: „Manchmal wünschte ich, er wäre schon tot ...“. Hagen.
- Geister, Ch. (2002): „Und von da an wusste ich, dass ich Verantwortung gegenüber meiner Mutter hatte.“ Transition von der Tochter zur pflegenden Tochter, Univ. Diss. Bielefeld, auch als: Geister, Ch. (2004): „Weil ich für meine Mutter verantwortlich bin“: der Übergang von der Tochter zur pflegenden Tochter. Bern.
- Gunzelmann, T. (1991a): Die Versorgung dementiell erkrankter älterer Menschen durch die Familie - Stand der Forschung und Entwicklung eines psychosozialen Beratungskonzeptes. Univ. Diss. Erlangen-Nürnberg.
- Gunzelmann, T. (1991b): Problemsituation und Beratung von Angehörigen dementiell erkrankter älterer Menschen: Stand von Forschung und Praxis. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, Vol. 4, Heft 1.
- Gunzelmann, T.; Gräbel, E.I.; Adler, C. und Wilz, G. (1996): Demenz im „System Familie“. In: System Familie, Vol. 9, Heft 1.
- Hagestad, G.O. (1986): The family: Woman and Grandparents as Kin-Keepers. In: Pifer, A. und Bronte, L. (Hrsg.): Our aging society. Paradox and Promise. New York/ London, S. 141-160.
- Hochschild, A. (2002): Keine Zeit: Wenn die Firma zum Zuhause wird und zu Hause nur die Arbeit wartet. Opladen.

- Honneth, A. (1992): Der Kampf um Anerkennung. Frankfurt/Main.
- Koslowski, P. (1990): Der soziale Staat der Postmoderne. Ethische Grundlagen der Sozialpolitik und Reform der Sozialversicherung. In: Sachße, C. und Engelhardt, H.T. (Hrsg.): Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates. Frankfurt/Main.
- Kosmann, M. (1998): Wie Frauen erben - Geschlechterverhältnis und Erbprozess. Opladen.
- Oechsle, M. (2002): Keine Zeit. (k)ein deutsches Problem? In: Hochschild, A.: Keine Zeit: Wenn die Firma zum Zuhause wird und zu Hause nur die Arbeit wartet. Opladen.
- Schultheis, F. (1993): Genealogie und Moral, Familie und Staat als Faktoren der Generationsbeziehung. In: Lüscher, K. und Schultheis, F. (Hrsg.): Generationsbeziehungen in postmodernen Gesellschaften. Konstanz.
- Thiele, Gisela (2002): Den grundgesetzlichen Schutz der Familie auch auf pflegende Familien übertragen! In: Sozial Extra, Vol. 26, Heft 10.
- Wagner, Alexandra (2000): Arbeiten ohne Ende? - Über die Arbeitszeiten hochqualifizierter Angestellter. In: Institut Arbeit und Technik (IAT) Jahrbuch 1999/2000, S. 258-275.
- Westdeutsche Allgemeine Zeitung vom 30.6.2005: Jeder dritte Betrieb arbeitet mit Öffnungsklauseln, S. 3.

Manfred Langehennig

Männer in der häuslichen Angehörigenpflege

Forschungsbefunde, Forschungsartefakte,
Forschungsperspektiven

1. Einleitung

Die „Bewältigung von Pflegebedürftigkeit in Zeiten des demographischen und sozialen Wandels“¹ stellt gegenwärtig eine herausragende gesellschaftliche Herausforderung dar. In diesem Zusammenhang wird das zu den zentralen gerontologischen Fragestellungen zählende Thema „Family Care“ in den nächsten Jahrzehnten weiter an Bedeutung gewinnen (vgl. Klie 2006). Vor diesem Hintergrund konzentrieren sich gegenwärtig etliche Großprojekte und Forschungsverbände auf das prekäre Verhältnis von „Pflege und Erwerbstätigkeit“. Nur zögerlich wächst dabei die Einsicht, dass es in allen diesen Feldern im Kern (auch) um eine Um- bzw. Neuorientierung in den Geschlechterverhältnissen geht (z.B. Bündnis 90/Die Grünen 2007). Folgerichtig werden sich künftige Konzepte der Unterstützung „pflegender Angehöriger“ konzentrieren müssen auf eine gleichgewichtige Verteilung der Lasten und Ressourcen in der Familie, und zwar vornehmlich zwischen den Geschlechtern. Andernfalls – das hat Katharina Grö-

ning zu Recht betont – wird Familienpflege ihre moralische Legitimation einbüßen (Gröning 2004).

Mit diesen wenigen Sätzen ist die besondere sozial- und geschlechterpolitische Brisanz meines Themas grob umrissen. Um Handlungsoptionen aufzeigen zu können, um insbesondere die informelle Pflegerolle von Männern gezielt entwickeln und fördern zu können, bedarf es wissenschaftlich abgesicherter Einsichten in die lebensweltlichen Erfahrungen häuslich pflegender Männer: Wie erleben sie die Herausforderungen? Welche besonderen Hilfebedarfe gibt es in einem männlich geprägten häuslichen Pflegearrangement? Diese Fragen stehen im Zentrum meiner folgenden Ausführungen.

2. Quantitäten männlicher Angehörigenpflege

In Deutschland bilden Familien immer noch den „größten Pflegedienst“: Aktuell werden 70 Prozent der über zwei Mill. pflegebedürftigen Menschen im häuslichen Umfeld betreut. Dieser Vorrang der

Folgerichtig werden sich künftige Konzepte der Unterstützung „pflegender Angehöriger“ konzentrieren müssen auf eine gleichgewichtige Verteilung der Lasten und Ressourcen in der Familie, und zwar vornehmlich zwischen den Geschlechtern.

häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen kann als stabil und zukunftsfruchtig bezeichnet werden: Die häusliche Versorgung ist demnach keineswegs – wie man vermuten könnte – ein „Auslaufmodell“ (vgl. Schneekloth 2006, S. 411). Ebenso bekannt und durch viele Untersuchungen hinlänglich belegt ist die Tatsache, dass Frauen in der häuslichen Pflege die Hauptlast zu tragen haben. Weniger bekannt ist ein Umstand, der sich bereits im Vierten Altenbericht der Bundesregierung wie folgt liest: „Überraschend ist die Beteiligung der pflegenden Ehemänner“ (BMFSFJ 2002, S. 196).

Diese Überraschung setzt sich fort angesichts der Ergebnisse eines vom DIW Berlin (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) in Zusammenarbeit mit Infratest Sozialforschung erhobenen Sozio-ökonomischen Panels aus dem Jahre 2003: Schupp/Künemund (2004) konstatieren hier bereits ein „überraschend hohes Pflegeengagement älterer Männer“ (ebd.).

Laut der Studie MuG III (Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten, BMFSFJ 2005) stellen Männer im Jahre 2002 in 27 Prozent der häuslichen Pflegefälle die Hauptpflegepersonen dar (Schneekloth/Wahl 2005). Diesen Wert nennt auch der Gender-Datenreport der Bundesregierung von 2005 (vgl. BMFSFJ 2005, Kap. 5.10). Aus den Daten des Sozio-ökonomischen Panels SOEP 2004 ergibt sich allerdings ein wesentlich höherer Prozentsatz: Danach

lag der Anteil pflegender Männer sogar bei 37 Prozent (BBR 2007, S. 111). Ähnliche Ergebnisse erzielte in jüngster Zeit eine Umfrage des Meinungsforschungsinstituts forsa im Auftrag eines Versicherungskonzerns: Hier wird das Verhältnis häuslich pflegender Frauen zu Männern mit 18:10 beziffert (DZA 2007), was einem Männeranteil von immerhin 36 Prozent entspräche.²

Ungeachtet dieser unsicheren Datenlage ist doch festzuhalten, dass der Männeranteil in der Angehörigenpflege insgesamt im letzten Jahrzehnt stark zugenommen hat: Laut der Studie MuG III hatte der männliche Anteil in der häuslichen Pflege im Jahre 1991 lediglich 17 Prozent betragen³. Möglicherweise scheidet die männliche Pflegebereitschaft auch an gegenwärtigen Hürden des Berufsalltags: Laut forsa-Umfrage halten 65 Prozent der befragten Männer die Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen mit ihrem Beruf als unvereinbar, während dies nur auf 48 Prozent der Frauen zutrifft (DZA 2007, S. 15). Wenn man bedenkt, dass die Beschäftigungskarriere der Frau immer noch durch Teil- und Auszeiten geprägt wird, überrascht diese Einschätzung kaum. In diesem Zusammenhang sei auf die sogenannte „höhere Gleichheit“ der Männer und Frauen in den östlichen Bundesländern verwiesen, die sich aus der höheren Erwerbsbeteiligung der Frauen ergab: So nehmen in den östlichen Ballungsräumen annähernd gleich große Anteile der

Ungeachtet dieser unsicheren Datenlage ist doch festzuhalten, dass der Männeranteil in der Angehörigenpflege insgesamt im letzten Jahrzehnt stark zugenommen hat.

Frauen und Männer Betreuungsaufgaben wahr, und zwar mit ungefähr gleich großem Zeitaufwand (BBR 2007, S. 112). In Anbetracht vieler Wirkfaktoren sind solche Ausprägungen natürlich nur sehr vorsichtig zu interpretieren.

Im aktuellen Diskurs um „Familienfreundlichkeit“ spielen die Angehörigenpflege und insbesondere die Versorgung alter Familienmitglieder allenfalls eine nachgeordnete Rolle - obgleich schon der Gender-Datenreport des Bundesfamilienministeriums von November 2005 (Cornelissen 2005) auf die notwendige Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und familialen Pflegeaufgaben hingewiesen hatte und es derzeit gesetzliche Neuregelungen gibt (Schmitz 2006; einen Überblick über Modellprogramme gibt Richter 2007). Zudem verlaufen diese Diskussionen merkwürdig geschlechtsneutral: Pflegenden Männer rücken erstaunlicherweise kaum als besondere und zukünftige Zielgruppe in den Brennpunkt konzeptioneller Überlegungen. Allerdings liegen aus dem Umfeld kommerzieller Wirtschaftsberatungsunternehmen einschlägige Befunde von Vätern-Befragungen vor.

Diese Befunde deuten auf eine wachsende Bereitschaft zur männlichen Familienpflege hin (vgl. Schmitz 2005). Insgesamt betrachtet ist ein eklatanter Mangel an empirischen Studien zu beklagen, die sich mit den Schwierigkeiten der Männer auseinandersetzen, häusliche Pflege und

Beruf zu vereinbaren. Zur Beantwortung der Frage „wie sich diese Schwierigkeiten geschlechtsdifferenziert verteilen, mangelt es (...) schlichtweg an Datengrundlagen“ (BBR 2007, S. 112). Darum sind auch alle Modellierungen einer künftigen Pflegebereitschaft unter der Voraussetzung einer verbesserten Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege höchst unsicher und spekulativ. So halbieren beispielsweise Blinkert/Klie in einer Ihrer Modellrechnungen schlichtweg den Multiplikator-Wert für die in Frage kommenden Männer mit der (nicht normativ gemeinten!) Begründung, auf diese Weise die „kulturell verankerte geschlechtsspezifische Arbeitsteilung bei der Übernahme von Pflegeverpflichtungen in Rechnung zu stellen.“ (Blinkert/Klie 2004, S. 69)

Ungeachtet der hier zum Ausdruck kommenden Unsicherheit hinsichtlich einer zukünftigen Pflegebereitschaft der Männer gibt es gegenwärtig einen deutlichen Trend zu einem höheren Männeranteil in der häuslichen Pflege. Besondere Einflüsse auf die wachsenden Anteile von Männern als Pflegepersonen resultieren zum einen aus der demografischen Entwicklung: Mit der gestiegenen Lebenserwartung der Männer schlagen hier vor allem die Betreuungsleistungen unter älteren Eheleuten zu Buche⁴. Zum anderen dürften die Regelungen der Pflegeversicherung eine einflussreiche Rolle spielen: Zunehmend treten arbeitslose Söhne und Schwiegersöhne als Haupt-

Im aktuellen Diskurs um „Familienfreundlichkeit“ spielen die Angehörigenpflege und insbesondere die Versorgung alter Familienmitglieder allenfalls eine nachgeordnete Rolle.

Männer in der Angehörigenpflege entwickeln ihre Pflege- und Versorgungs-Produktivität in einer späteren Lebensphase. Hier schlagen sich sowohl Unterschiede zwischen der männlichen und der weiblichen „Normalbiografie“ als auch demografische Effekte nieder.

pflegepersonen auf den Plan (vgl. Infratest 2003), zukünftig möglicherweise auch altersarbeitslose (Ehe-)Partner.

Weitere differenzierende Hinweise auf das Verhältnis von Geschlecht, Alter und Pflege-Engagement signalisieren Daten aus dem DFG-Projekt „Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die häusliche Pflege“ (Mager 2007). Befragt wurde eine repräsentative Auswahl hessischer Antragsteller, deren Anträge der MDK in den Jahren 2001/2002 bearbeitete. Es ging dabei um Pflegebedürftige, die 60 Jahre und älter waren. Die jeweiligen Schwerpunkte „weiblicher“ und „männlicher“ Angehörigenpflege liegen demnach in ganz unterschiedlichen Lebensphasen: Nur 2,3 Prozent aller männlichen Hauptpflegepersonen sind unter 40 Jahre alt (Frauen 12,9 Prozent). Bereits 37,4 Prozent der pflegenden Männer sind zwischen 40 und 64 Jahre alt (Frauen 58,6 Prozent). Interessanterweise sinkt der Anteil über 65-jähriger weiblicher Hauptpflegepersonen – wohlgermerkt der Anteil an der Gesamtheit pflegender Frauen! – auf 28,5 Prozent, während der Anteil über 65-jähriger Männer in der Gruppe männlicher Hauptpflegepersonen auf immerhin 60,3 Prozent klettert (Mager 2007, S. 72). Nehmen wir diese Daten als Grundlage weiterer Berechnungen, so erleben wir eine weitere Überraschung: Ausgehend vom dortigen Befund, dass der Männeranteil bei den Hauptpflegepersonen 38,4 Prozent beträgt, gibt es

unter den über 65-jährigen Pflegepersonen sogar mehr Männer als Frauen, nämlich knapp 57 Prozent (eigene Berechnung).⁵

Jenseits aller Unsicherheiten bezüglich der Datenqualität schält sich doch eines heraus: Männer in der Angehörigenpflege entwickeln ihre Pflege- und Versorgungs-Produktivität in einer späteren Lebensphase. Hier schlagen sich sowohl Unterschiede zwischen der männlichen und der weiblichen „Normalbiografie“ als auch demografische Effekte nieder. Festzuhalten bleiben folgende Einsichten: Männliche Angehörigenpflege ist überwiegend eine Partnerinnenpflege. Sie ist in erheblichem Maße biografisch geprägt: Eine besondere Rolle dürften Erfahrungen aus der Ehe und aus einem meist „runden“ Arbeitsleben spielen (vgl. Lambrecht/Bracker 1992) – dies vor dem Hintergrund einer Konfrontation mit dem eigenen Älterwerden. Ich werde darauf zurückkommen.

3. Qualitäten männlicher Angehörigenpflege

Vor dem Hintergrund meiner bisherigen Ausführungen ist es erstaunlich, dass es speziell zur sozialen Wirklichkeit der in Deutschland häuslich pflegenden Männer so gut wie keine aktuellen Forschungsbefunde gibt. Vorliegende Aussagen darüber, wie Männer ihre Pflegerolle erleben, stützen sich fast ausschließlich

auf verteilungstheoretisch basierte Umfrageergebnisse. Wohl gibt es etliche Veröffentlichungen und Studien über männliche und weibliche Akteure in „geschlechtsfremden“ Berufen, und damit auch über professionell pflegende Männer. Das Engagement der Männer in der häuslichen Angehörigenpflege findet hingegen in der Privatheit ihrer vier Wände statt: Es entzieht sich weitestgehend den Blicken der Öffentlichkeit. Obgleich die besondere Sichtbarkeit ihres Minderheitenstatus („visibility“) begrenzt ist, stellt sich doch auch in ihrem Fall die Frage, wieweit sie – ähnlich wie ihre beruflich pflegenden Geschlechtsgenossen (vgl. Senf 1995; Hammer/Bartjes 2005) – als sogenannte „cross-gender-freaks“ wahrgenommen werden (vgl. Williams 1995).

Zwar wird in der gerontologischen Diskussion eine geschlechtersensible Perspektive auf innerfamiliäre Pflegearbeit für notwendig erachtet und auch immer wieder angemahnt; gleichwohl konzentrieren sich „nahezu alle Studien“ (Sowarka u.a. 2004, S. 5) auf die Pflegeleistungen von Frauen. So gibt es beispielsweise etliche deutsche Studien über pflegende Töchter und Ehefrauen (diese meist begrenzt auf bestimmte Krankheitsbilder), jedoch ist mir aus dem deutschsprachigen Raum nur eine spezielle Studie über pflegende Söhne und Ehemänner bekannt (Lambrecht/Bracker 1992), die allerdings bereits Ende der 1980er Jahre durchgeführt worden war.

In einer neueren Veröffentlichung (Bubolz-Lutz 2006, S. 168ff.) widmet die Autorin der Frage einer geschlechtertypischen Ausprägung der Pflegerolle ein eigenes Kapitel. Ihre eingangs getroffene Feststellung, die Unterschiedlichkeit, wie Männer und Frauen mit ihrer Rolle als Pflegende umgehen, sei empirisch belegt (ebd., S. 172), vermag mich allerdings überhaupt nicht zu überzeugen. Zum einen gründen die entsprechenden Aussagen auf den Ergebnissen weitestgehend standardisierter Umfragen. Insofern kann allenfalls festgestellt werden, dass über die „Verbreitung der informellen Pflegerollen (...) vielleicht am meisten bekannt“ ist (Sowarka u.a. 2004, S. 6). Aber zum anderen: „Im Unterschied zu Frauen ist jedoch der Kenntnisstand über die Herausforderungen und Erfahrungen von pflegenden Männern gering und bietet wenig gesichertes Wissen, wie informelle Pflegerollen von Männern weiter entwickelt und gefördert werden können“ (ebd.).

Die Eigensinnigkeit der Sichtweise pflegender Männer und deren Handlungsorientierung in ihrer lebensweltlichen Situation erfordern qualitativ-rekonstruktive Untersuchungsmethoden – und auf dieser Grundlage liegen keine aktuellen Forschungsbefunde vor. Geht es um die subjektive Wirklichkeitssicht der Männer, um ihr Erleben und um die Ausgestaltung ihrer Pflegerolle, muten dazu gemachte Aussagen hoch spekulativ an. Zudem entstammen die vorgestellten Be-

Zwar wird in der gerontologischen Diskussion eine geschlechtersensible Perspektive auf innerfamiliäre Pflegearbeit für notwendig erachtet und auch immer wieder angemahnt; gleichwohl konzentrieren sich „nahezu alle Studien“ auf die Pflegeleistungen von Frauen.

Die vermeintliche geschlechterspezifische Männer-Perspektive wird erst in einem zweiten Schritt und zwar in einer Art Kontrastprogramm ausgeleuchtet.

funde sehr heterogenen Untersuchungskontexten, sodass der Vorwurf einer vorschnellen Verallgemeinerung nahe liegt.

Auffällig an den Mutmaßungen über die Rolle pflegender Männer ist ferner die Tatsache, dass sich etliche Studien zunächst – wenn nicht sogar zur Gänze – auf pflegende Frauen fokussieren. Die vermeintliche geschlechterspezifische Männer-Perspektive wird erst in einem zweiten Schritt und zwar in einer Art Kontrastprogramm ausgeleuchtet. Aussagen über Männer – und das sind dann nicht immer nur „pflegende“ Männer! –, d.h. Aussagen über deren Erleben der Pflege, deren Ausdeutung der Pflegerolle sowie deren Verhalten werden also in einer Art Umkehrschluss getroffen – mutmaßlich unter Zuhilfenahme einschlägiger sozialer Deutungsmuster.

In die gleiche Richtung zielt auch die Kritik von Betty J. Kramer: Weil pflegende Männer bislang vornehmlich durch die Brille der Frauen gesehen würden, käme es zu systematisch verzerrten Sichtweisen (vgl. Kramer/Thompson 2005). Und ihr Mitherausgeber des Bandes „Men as Caregivers“, Edward H. Thompson, ergänzt: Der gender-komparativ ausgerichtete Forschungsansatz habe eine stereotype Sichtweise auf pflegende Männer gefördert. Ein Verstehen ihrer besonderen Erfahrungen und Leistungen sei somit kaum möglich gewesen (ebd.).

In der Tat haben sich auch deut-

scen Studien zur Angehörigen-

pflege mehrheitlich auf familiale Pflegearrangements konzentriert, in denen grundsätzlich eine arbeitsteilig angelegte Polarisierung der Geschlechterrollen möglich und vorfindbar ist, mithin also auf (Schwieger-)Eltern-Pflege durch Ehepartner. Beispielhaft möchte ich die Studie von Katharina Gröning u.a. erwähnen. So haben Gröning u.a. in ihrer Studie über den Zusammenhang von häuslicher Pflege und Geschlechterrollen (sic!) lediglich pflegende Frauen interviewt. Folgerichtig rückt der Prozess des „sozialen Sterbens“ pflegender Frauen in ihrer Lebensmitte ins Zentrum der Analysen (Gröning u.a. 2004). Referenzpunkt ihrer Befunde sind Aussagen über unsere patriarchale Kultur, in der Pflege als „Frauensache“ definiert wird. Im Spannungsfeld zwischen pflegenden Frauen und ihren Partnern und methodisch unter der Perspektive der Frau beschränkt sich demnach die Rolle des Mannes darauf, „Grenzen (zu) ziehen und Grenzen (zu) überwachen“ (Gröning 2004, S. 48) – eine Feststellung, die sich auf das in diesem Kontext vorfindbare Geschlechterverhältnis bezieht, die jedoch einer genuin männlichen Pflege nicht gerecht wird. Gleichwohl werden derartige Aussagen immer wieder aus ihrem Zusammenhang gerissen und fehlinterpretiert.

Andere Autoren verweisen – unter Rückgriff auf Umfrageergebnisse – auf bestimmte Strukturen und inhaltliche Ausprägungen männlicher Pflegeleistungen

gen: Demnach zeichnen sich Arrangements, in denen ein Mann die Aufgabe der Sicherstellung häuslicher Pflege übernimmt, dadurch aus, dass mehrere Helfer eingebunden sind und verstärkt professionelle Hilfen in Anspruch genommen werden – ein Befund, dem im Übrigen europaweite Geltung zugemessen wird (vgl. Lüdecke u.a. 2007). „Männliche Hauptpflegepersonen übernehmen in diesem Fall stärker die Rolle des Pflegemanagements, während bestimmte körperbezogene Hilfeleistungen dann von professionellen Diensten übernommen werden“ (Schneekloth 2006, S. 408). Allerdings ist eine solche Aussage oftmals Anlass für Missverständnisse: Der zu enge Pflegebegriff verleitet hier zu einem fragwürdigen Verständnis dessen, was die Qualität eines häuslichen Pflegearrangements ausmacht. Danach erschöpft sich die Angehörigenpflege tendenziell im Zusammenspiel von Managementtätigkeit einerseits und körperbezogenen Pflegeleistungen andererseits. Im Folgeschritt wird dann dem pflegenden Mann vorschnell die Rolle des kühl-distanziert handelnden „Managers“ unterstellt. Weitere Formen breit gefächelter Sorgearbeit jenseits solcher formalen Rollen (vgl. Corbin/Strauss 1996) scheinen soweit für die männliche Pflege nachrangig oder gar bedeutungslos zu sein. Die Gefahr eines solchen Zerrbildes wächst noch mit folgenden empirischen Befunden: Männer fühlen sich durch die Pflege emotional wesentlich weniger belastet als Frauen und wei-

sen zudem eine signifikant geringere depressive Symptomatik auf (MuG III, Abschn. 3.8.3 f.). Soweit passt dies alles in unser Bild vom emotionsgebremsten, jedoch souverän pflegenden Mann, der die Situation im Griff hat.⁶

Insbesondere in US-amerikanischen pflegewissenschaftlichen Studien ist oft versucht worden, das Profil einer typisch männlichen Pflege herauszuarbeiten. Angelpunkt war dabei immer wieder die Tatsache, dass pflegende Männer in Interviews (in aller Regel mit weiblichen Interviewerinnen!) ihr Engagement als „Arbeit“ begreifen oder als „managerielle Aufgabe“ umschreiben. Den Studien zufolge zieht der pflegende Mann aus seiner „Arbeits-Einstellung“ erhebliche Gewinne (vgl. Russell 2007):

- Männer werden dadurch abgeschirmt vor Burnout-Symptomen und psychischen Erkrankungen.
- Männer haben Gefühle einer größeren Kontrolle, einer größeren Verantwortung, einer größeren persönlichen Wirkkraft.
- Männer verknüpfen damit die feste Vorstellung, dass sie in verantwortungsvoller Weise zuständig sind für das Wohlbefinden der gepflegten Person.
- Männer haben persönlich wenig Probleme damit, für sich selbst Pflege-Auszeiten zu nehmen.
- Männer vermeiden, dass die Pflege-Rolle sie „auffrisst“, in-

Im Folgeschritt wird dann dem pflegenden Mann vorschnell die Rolle des kühl-distanziert handelnden „Managers“ unterstellt.

dem sie Interessen nach außen aufrechterhalten.

Die hier konstatierte „Arbeitsorientierung“ pflegender Männer wird gemeinhin als typisch „maskulines“ Merkmal wahrgenommen; damit wird die demonstrierte Arbeitsorientierung des pflegenden Mannes unter der Hand zum unhinterfragten Ausgangspunkt weiterer, vordergründig plausibler Interpretationen. Offen bleibt die Frage, welche Bedeutung einer Selbstpräsentation als „Manager“ eigentlich zukommt. Wenn (meist ältere) Männer im Interviewgespräch mit (in aller Regel jungen) Frauen ihre pflegerische Tätigkeit begrifflich als eine im Kern organisatorische Herausforderung „rahmen“, dann darf daraus noch lange nicht auf ihren pflegerischen Alltag geschlossen werden.⁷

Übrigens wurde einem reduktionistischen Verständnis männlicher Pflegefähigkeit bereits sehr früh widersprochen. In der ersten Meta-Analyse von 14 amerikanischen Gender-Studien haben Miller und Cafasso bereits 1992 festgestellt: „Nicht gestützt werden konnte die Annahme, dass sich Männer eher überschaubaren und kalkulierbaren Pflegeaufgaben zuwenden, wie z.B. der Finanzplanung“ („The speculation that men are more likely to engage in caregiving tasks that are finite and subject to scheduling (e.g. money management) is not supported“) (zit. n. Miller/Cafasso 1992, S. 505).

Gegen derartige Spekulationen wenden sich auch Carpenter und

Miller (2005) in ihrem umfassenden Literaturbericht: Die Ergebnisse sämtlicher erfasster Studien kontrastieren eindeutig mit traditionellen Klischees und Unterstellungen, denen zufolge Männer in der Angehörigenpflege weniger emotional beteiligt, sondern vielmehr gefühlsdistanziert seien.

So gibt es denn auch etliche Befunde, denen zufolge die männliche Pflegefähigkeit sowohl Management als auch emotionale Betreuung umfasst. Speziell über ältere Ehemänner konnte in verschiedenen Studien gezeigt werden, dass die Männer oft traditionelle Arbeitswerte mit warmerherziger Zuwendung verknüpfen (z.B. Harris 1993; Hirsch 1996). Für viele dieser älteren Männer ist Pflege mehr als eine bloße Übertragung von Management- und Arbeitsplatz-Kompetenzen. Das Vorhandensein einer emotionalen und vertraulichen Bindung ist somit ein oft übersehenes Element männlicher Pflege. Studien, in denen beide Komponenten: nämlich Management und Emotionsarbeit berücksichtigt wurden, haben folgendes betont:

1. Ein derartiger Pflegestil sei vereinbar mit der Gender-Identität pflegender Männer, d.h. mit ihrem Gefühl, ein „richtiger Mann“ zu sein (vgl. Hirsch 1996);
2. der Faktor „Management“ dürfe nicht dahingehend missverstanden werden, dass er Gefühlskälte und Distanz signalisiert und so ein gängiges Gender-Stereotyp bedient (vgl. Miller/Cafasso 1992);

Das Vorhandensein einer emotionalen und vertraulichen Bindung ist somit ein oft übersehenes Element männlicher Pflege.

3. die Kopplung von Management und Emotionsarbeit sei ein Hinweis darauf, dass männliche Pflege durchaus mit Erfahrungen von Bereicherung und Belohnung verknüpft sein kann - also nicht nur Belastung und Leid mit sich bringt (vgl. Harris 1993).

Ich möchte das Thema Gefühle in der männlichen Angehörigenpflege noch weiter zuspitzen und nenne dazu zwei Befunde aus dem Bereich der partnerschaftlichen Pflege:

- Im Gegensatz zu Frauen können Männer die Übernahme einer Pflege eher ablehnen, ohne Sanktionen fürchten zu müssen (vgl. Lambrecht/Bracker 1992).
- Frauen umschreiben die Pflege eher als Pflichtaufgabe, Männer hingegen mit Begrifflichkeiten der Liebe. Dies könnte bedeuten, *„dass Ehemänner vor allem dann pflegen, sofern die Beziehung durch Liebe geprägt ist, während Ehefrauen sich unabhängig von der Qualität der Beziehung zur Pflege verpflichtet fühlen“* (Franke 2006, S. 91).

Diese beiden Befunde weisen nun auf unterschiedliche Ausgangspunkte zumindest der Partnerpflege hin, unter Umständen sogar der Angehörigenpflege insgesamt. Damit wäre große Vorsicht geboten bei der Interpretation jeglicher Messdaten, insbesondere hinsichtlich empfunder Belastungen (vgl. Franke 2006).

Als Zwischenfazit halte ich fest: Um Aussagen über das Erleben und das soziale Handeln pflegender Männer zu treffen, müssen eine Reihe methodischer Klippen bewältigt werden. Es gilt, die eigenen Ressourcen der Dateninterpretation zu reflektieren. Andernfalls besteht die große Gefahr, Forschungsartefakte zu produzieren und einmal mehr geschlechtertypische Rollenklischees zu bedienen.

4. Herausforderungen für die künftige Forschung

Etliche qualitative Studien aus dem anglophonen Sprachraum zielen auf die Erstellung von Typologien pflegender Männer. Eine solche Herausarbeitung grober männlicher Pflegetypen - allerdings unter Berücksichtigung hiesiger sozialstruktureller Rahmenbedingungen - wäre sicherlich hilfreich. Denn ein solches Wissen ist erste Voraussetzung dafür, lebensweltlich-passgenaue und damit dem männlichen Pflegealltag angemessene Unterstützungsangebote zu entwickeln.

Im Weiteren lenken die erwähnten Studien über pflegende Männer den Blick auf einige methodologische Herausforderungen, die wohl letztlich für die gesamte Pflegeforschung gelten. So handelt es sich beispielsweise fast immer um Querschnittstudien. Wir wissen so gut wie nichts darüber, wie Männer sich im Zuge der

Frauen umschreiben die Pflege eher als Pflichtaufgabe, Männer hingegen mit Begrifflichkeiten der Liebe.

In Bezug auf die Frage, welche Auswirkungen die Pflege auf Männer hat, wird das Fehlen „geschlechtsneutraler“ Maßstäbe beklagt.

Zeit anpassen, wie sich ihr Selbstverständnis als „Mann“ und ihre Bedürfnisse im Laufe der Pflege-Kurve entwickeln. Notwendig sind Längsschnittuntersuchungen, in denen die Entwicklung männlicher Pflege über einen längeren Zeitraum hinweg verfolgt werden kann.

Die vorliegenden Studien offenbaren zudem eine große Bandbreite divergierender Erfahrungen, die pflegende Männer in unterschiedlichen Pflegerollen machen. Viele Ursachen dieser Verschiedenheit sind ungenügend erforscht, z.B. Männer, die Personen mit unterschiedlichen Krankheiten pflegen oder Männer, die in unterschiedlichen Beziehungskonstellationen pflegen. Ein jüngerer Mann, der seinen aidskranken Partner pflegt, wird seine Tätigkeit anders erleben als ein älterer Mann, der seine demenzkranke Ehefrau betreut. Zukünftige Untersuchungen sollten sich deshalb auch darauf konzentrieren, diese Unterschiede zwischen den Subgruppen pflegender Männer zu verstehen.

Und schließlich: So wichtig eine sorgfältige Beschreibung männlich geprägter Pflegearrangements in ihrer Einzigartigkeit auch sein mag: „Qualitative“ Studien müssen die deskriptive Ebene verlassen und nach Konzeptualisierung streben, beispielsweise im Sinne einer Grounded Theory (Strauss/Corbin 1996). Eine Herausforderung weiterer qualitativer Forschung besteht somit darin, übergreifende Muster einer gender-konstruierten Pflege zu

abstrahieren. Welche handlungsleitenden Vorstellungen von Maskulinität und Feminität sind im Spiel, wenn Pflege übernommen oder abgelehnt wird?

Diese Frage veranlasst mich, noch einmal auf ein zentrales Problem der Datenerhebung hinzuweisen: Pflegende Männer sind keine schlichten Datenträger, die quasi „auf Abruf“ objektive Informationen über ihre subjektiven Erfahrungen liefern. Betty Kramer (2005) hat – sicher zu Recht – die Vermutung geäußert, dass Einflüsse der Pflege auf die Männer systematisch unterschätzt werden, und zwar – wie sie meint – verursacht durch Messprobleme. In Bezug auf die Frage, welche Auswirkungen die Pflege auf Männer hat, beklagt sie das Fehlen „geschlechtsneutraler“ Maßstäbe (non-gender-biased measures of caregiving-outcomes). Unter dieser Perspektive fehlen also Messinstrumente, mit denen Verzerrungen infolge der Selbst-Präsentation als „Mann“ ausgeschlossen werden⁸. Eine alternative Strategie liefe darauf hinaus, solche Selbstpräsentationen im Rahmen biografischer Interviews zuzulassen, ja diese sogar zu stimulieren. Diesen Weg gehe ich zur Zeit in einem Forschungsprojekt, über das ich im Weiteren kurz berichten will.

Im Rahmen des Forschungsprojekts „Männer, die pflegen: Gender-konstruierte Angehörigenpflege männlicher Pflegeepioniere“ führen wir zur Zeit umfangreiche lebensgeschichtliche Interviews mit pflegenden Männern

durch. Wir machen dabei folgende Beobachtung: Die Männer erleben in der Pflegebeziehung immer wieder Momente emotionaler Erschütterungen und diese mehr oder weniger starken Erschütterungen bieten die Chance bzw. den Anstoß für biografische Selbstvergewisserungen. In einigen unserer Interviews sind etliche solcher biografischen Selbstthematisierungen der Ausgangspunkt für eine systematische und umfassende Rekonstruktion der eigenen Lebensgeschichte. Das heißt, unter ausdrücklicher Bezugnahme auf ihre aktuelle Pflegesituation stellen diese Männer dann weite Bereiche ihres Lebens in Frage, beispielsweise weit zurückliegende Vorkommnisse in der Ehe oder frühere Konflikte in ihren Arbeitsbeziehungen.

Lambrecht und Bracker haben in ihrer verdienstvollen Studie darauf hingewiesen, dass Männer dazu neigen, eine Pflegeübernahme zu reflektieren, während Frauen eine solche Aufgabe eher internalisiert haben und sie darum kaum reflektieren (Lambrecht/Bracker 1992). Bezogen auf die pflegenden Männer gilt diese Feststellung keinesfalls nur für die Entscheidungssituation; ein Druck zur Reflexion der eigenen „Arbeit“ baut sich insbesondere im Zuge ihrer weiteren Pflegetätigkeit auf. Nicht zuletzt gerät dabei ihr Selbstbild als Mann auf den Prüfstand. Wir können darum solche Selbstpräsentationen pflegender Männer auch als eine Form des „doing gender“ lesen - als erfolgreiche oder ge-

scheiterte Versuche einer situierter Re-Konstruktion von „Männlichkeit“⁹. Insbesondere jüngere Männer (also in der Regel pflegende Söhne) dürften einen höheren Druck empfinden, sich als Mann zu präsentieren.

Des Weiteren sagen insbesondere die narrativen Textpassagen unserer Interviews einiges aus über das Erleben und über die Einflüsse einer häuslichen Tätigkeit, die sich an den ansozialisierten Vorstellungen von „Männlichkeit“ reibt.

5. Hinweise für eine gendersensible Förderung und Unterstützung männlicher Angehörigenpflege

Einige Studien aus dem anglophonen Sprachraum enthalten Hinweise für die soziale Praxis. So resümiert Peggy McFarland die Evaluierung einer Support-Gruppe männlicher Pflegepersonen mit den Worten, dass insbesondere der Aufarbeitung emotionaler Reaktionen mehr Raum gegeben werden muss (McFarland 2000). Diese Einschätzung deckt sich mit meinen eigenen Erfahrungen aus hiesigen geschlechtergemischten Angehörigengruppen. Dort gewinne ich öfter den Eindruck, dass Männer emotional gehemmt oder blockiert sind¹⁰, gleichwohl aber die Ersten sind, die nach handfesten Sachinformationen verlangen.

Zu ähnlichen Schlüssen kommt Russell in seinen Veröffentlichun-

Gegenwärtig werden pflegende Männer weder als Zielgruppe von Dienstleistungsangeboten hinreichend ernstgenommen noch werden sie durch Bildungs- und Beratungsangebote erreicht und gestützt.

gen zu einer US-amerikanischen qualitativen Studie (Russell 2004, 2007a, 2007b). In diese Studie wurden in Rochester/New York 30 ältere Männer einbezogen, die ihre demenziell erkrankte Ehefrau pflegten. Eine besondere Herausforderung sieht Russell in dem Übergang, den die pflegenden Männer bewältigen müssen: Nach einer beruflichen Karriere in der Öffentlichkeit (market economy) treten sie in die Abgeschlossenheit der Familienpflege ein (emotional economy). Im Zentrum der Bewältigung dieser Passage steht darum die erfolgreiche Auseinandersetzung mit der Privatheit und der Nicht-Sichtbarkeit ihres neuen Aufgabenfeldes (Russell 2007a). Im Falle eines geglückten Übergangs praktizieren diese Männer einen besonderen Pflegestil, der sowohl Management als auch Umsorgung umfasst. Dieser Pflegestil sei also keineswegs kalt und gefühlsreduziert. Gleichwohl vertrage er sich tendenziell mit der Gender-Identität pflegender Männer und vermittele zudem positive Erfahrungen (Russell 2007a).

Aus der Analyse seiner offenen Interviews zieht Russell darüber hinaus den Schluss, dass insbesondere die sozialen Netzwerke für die pflegenden Ehemänner von Bedeutung sind. Und interessanterweise sind es vorzugsweise die Kontakte zu anderen Männern, aus denen eine wesentliche Entlastung resultiert und die den meisten Nutzen bringen (Russell 2004). Auch dieses scheint mir ein wichtiger Hinweis zu sein,

dessen Reichweite für hiesige Verhältnisse zu überprüfen wäre. Vor allem stellen sich hier rasch weiterführende Fragen: Welche Ausdrucksmöglichkeiten männlicher Emotionen gibt es? Wo sind die „Räume“, in denen Männer ihr Erleben austauschen und Erfahrungen „als Mann“ machen können? Wie könnte eine geschlechtersensible Netzwerkarbeit für Männer in der Angehörigenpflege ausschauen?

Von Antworten auf diese Fragen sind wir leider weit entfernt. Gegenwärtig werden pflegende Männer weder als Zielgruppe von Dienstleistungsangeboten hinreichend ernstgenommen noch werden sie durch Bildungs- und Beratungsangebote erreicht und gestützt. Sämtliches Bildmaterial zum Themenkreis pflegender Angehöriger, das ich flüchtig in Augenschein genommen habe, ob von der Bundesregierung oder von Pflegediensten, zeigt weibliche Pflegepersonen.

Zukünftig wird es darauf ankommen, Dienstleistungen und sonstige Hilfen so zu strukturieren und auszugestalten, dass deren feminine Einfärbung schwindet.

Denn dies dürften Hemmschwellen sein, und zwar sowohl für Männer, die vor der Entscheidung stehen, Pflegeaufgaben zu übernehmen, als auch für Männer, die zögern, Hilfe anzunehmen. Diese Einschätzung gilt besonders für Männer aus sozial schwächeren Schichten und für verschiedene kulturelle Subgruppen pflegender Männer. Im Weiteren müssen Interventionsstrategien speziell

für pflegende Männer entwickelt und erprobt werden – allerdings im Bewusstsein, dass dies nicht zu einem universalen Modell führen darf, denn dazu scheinen mir die Unterschiede zwischen pflegenden Männern doch zu groß zu sein.

Literatur:

- BBR Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2007): Frauen – Männer – Räume. Geschlechterunterschiede in den regionalen Lebensverhältnissen. Berlin.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. (Kapitel 4.2 Familiäre Ressourcen zur häuslichen Pflege Hochaltriger). Berlin.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2005): Gender-Datenreport (Kapitel 5.10 Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflegeaufgaben in der Familie). Berlin.
- Blinkert, Baldo und Klie, Thomas (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarferwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Hannover.
- Bubolz-Lutz, Elisabeth (2006): Pflege in der Familie. Perspektiven. Freiburg.
- Bündnis 90/Die Grünen (Hrsg.) (2007): Pflege und Erwerbstätigkeit: Frauen entlasten – Potentiale von Männern stärken. Berlin.
- Carpenter, F.H. und Miller, B.H. (2005): Psychological challenges and rewards experienced by caregiving men: A review of the literature. In: Kramer/Thompson 2005.
- Connell, Robert W. (1999): Der gemachte Mann. Männlichkeitskonstruktionen und Krise der Männlichkeit. Opladen.
- Cornelißen, Waltraud (Hrsg.) (2005): Gender-Datenreport. Kommentierter Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, erstellt durch das Deutsche Jugendinstitut e.V. in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. München.
- DZA Deutsches Zentrum für Altersfrage (2007): Pflege und Beruf gehen nicht zusammen. In: informationsdienst altersfragen, Vol. 34, Heft 04, Juli/August.
- McFarland, Peggy L. (2000): Educational support groups for male caregivers of individuals with alzheimer's disease. In: American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias, Vol. 15, No. 6, S. 367-373.
- Franke, Luitgard (2006): Demenz in der Ehe. Über die verwirrende Gleichzeitigkeit von

- Ehe- und Pflegebeziehung. Eine Studie zur psychosozialen Beratung für Ehepartner von Menschen mit Demenz. Frankfurt/Main.
- Gröning, Katharina (2004): „Irgendwie reingeschlittert“ - Häusliche Pflege und die Geschlechterrollen. In: Dr. med. Mabuse 148, März/April, S. 46 - 50.
- Gröning, Katharina; Kunstmann, Anne-Christin und Rensing, Elisabeth (2004): In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege. Frankfurt/Main.
- Hammer, Eckart und Bartjes Heinz (2005): Mehr Männer in den Altenpflegeberuf. Eine Expertise im Rahmen des Gender Mainstreaming erstellt vom Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.V.
- Harris, P.B. (1993): The misunderstood caregiver? A qualitative study of the Male Caregiver of Alzheimer's Disease Victims. In: The Gerontologist 33/4, S. 551-556.
- Hirsch, C. (1996): Understanding the influence of gender role identity on the assumptions of family caregiving roles by men. International Journal of Aging and Human Development, 42, S. 103-121.
- Infratest Sozialforschung (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland. Schnellbericht. München.
- Kaye, L.W. und Applegate, J.S. (1990): Men as caregivers to the Elderly: Understanding and aiding unrecognized Family Support. Lexington/Toronto.
- Klie, Thomas (2006): Family Care. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Vol. 39, Heft 6, S. 403-404.
- Kramer, Betty J. und Edward H. Thompson Jr. (2005): Men as Caregivers. (Erstaufl. 2002). Amherst/New York.
- Lambrecht, Petra und Bracker Maren (1992): Die Pflegebereitschaft von Männern. 50 Jahre kann man nicht einfach beiseite schieben. Selbstverlag der Interdisziplinären Arbeitsgruppe für Angewandte Soziale Gerontologie (ASG). Kassel.
- Lüdecke, Daniel u.a. (2007): Familiäre Pflege älterer Menschen in Europa unter einer Geschlechterperspektive. In: Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien 2+3/2006, S. 85-101.
- Mager, Hans-Christian (2007): Wenn Angehörige die Pflege übernehmen. In: Johann-Wolfgang-Goethe-Universität (Hrsg.), Forschung Frankfurt 2 (25. Jgg.), S. 71-74.
- Miller, Baila und Cafasso, Lynda (1992): Gender Differences in Caregiving: Fact or Artifact? In: The Gerontologist, Vol. 32, No. 4, S. 498-507.
- Richter, Eva (2007): Pflege, Job und Familie - alles unter einen Hut kriegen. In: Forum Sozialstation Nr. 146 (Juni), S. 14-16.

- Russell, Richard (2004): Social Networks among Elderly Men Caregivers. In: *The Journal of Men's Studies*, Vol. 13, No. 1, S. 121-142.
- Russell, Richard (2007a): The Work of Elderly Men Caregivers: From Public Careers to an Unseen World. In: *Men and Masculinities* 9, S. 298-314.
- Russel, Richard (2007b): Men Doing „Women's Work“: Elderly Men Caregivers and the Gendered Construction of Care Work. In: *The Journal of Men's Studies*, Vol. 15, No. 1, S. 1-18.
- Senf, Tilman (1995): Pflegen- de Männer ... und es gibt sie doch. Eine Analyse zur Situation einer kaum wahrgenommenen Minderheit. (Manuscripte zur sozialen Gerontologie und Altenpflege (Bd. 5) der Evangelischen Heimstiftung). Stuttgart.
- Schmitz, Marcus (2005): Väter im Betrieb - teurer als gedacht. In: *Personalmagazin* 08, S. 54-55.
- Schmitz, Marcus (2006): Speakers Corner: Was halten Sie eigentlich davon, dass es beim Thema Familienfreundlichkeit meist um die Vereinbarkeit von Job und Kindern geht, das Problem Pflege von Angehörigen aber ignoriert wird? In: *managerSeminare* 08, S. 16-17.
- Schneekloth, Ulrich und Wahl, Hans Werner (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlußbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bonn.
- Schneekloth, Ulrich (2006): Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG III). In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39, S. 405-412.
- Schupp, Jürgen und Künemund, Harald (2004): Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland: überraschend hohes Pflegeengagement älterer Männer. *Wochenbericht, DIW Berlin*, Vol. 71 (20), S. 289-294.
- Sowarka, Doris; Au, Cornelia und Flascha, Michael (2004): Männer in der häuslichen Pflege älterer Angehöriger. In: *Informationsdienst altersfragen*, Vol. 31, Heft 5, S. 5-8.
- Strauss, Anselm und Corbin, Juliet (1996): *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Forschung*. Weinheim
- Williams, Christine L. (1995): *Still a Man's World. Men who do „women's work“*. London.

Anmerkungen

- 1 So der Untertitel der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6, 2006.
- 2 Die genannten Zahlen können

- nur bedingt aufeinander bezogen werden, da es Unterschiede in der Fragestellung und im weiteren Verfahren der Datenerhebung gibt.
- 3 Wie im Weiteren deutlich werden wird, darf dieser Befund nicht dahin gehend interpretiert werden, die Pflege-Bereitschaft der Männer habe generell zugenommen.
 - 4 Gleichwohl konstatiert die MUG III-Studie einen deutlichen Rückgang des Anteils der Partnerpflege, nämlich von 37 Prozent im Jahre 1991 auf 28 Prozent (Schneekloth 2006:408).
 - 5 Die entsprechenden Daten für das Vergleichsland Bayern unterscheiden sich allerdings erheblich von diesem Befund: Nur 21,3 Prozent der Hauptpflegepersonen sind Männer; und auch unter den über 65-jährigen Hauptpflegepersonen stellen die Frauen mit rund 65 Prozent immer noch den Hauptanteil (vgl. Mager 2007).
 - 6 Allerdings hält die MuG III-Studie in diesem Zusammenhang noch ein Rätsel bereit, das weiterhin der Lösung harrt: „Umso bemerkenswerter“ – heißt es dort lakonisch – sei es, dass „Versorgungsarrangements, in denen Männer als Hauptpflegepersonen fungierten, weniger tragfähig und stabil waren als Versorgungsarrangements, die von Frauen gestaltet wurden“ (MuG III, Abschn. 3.10). Grundlage dieses Befundes waren subjektive Interviewereinschätzungen zur situativen Stabilität des jeweiligen Versorgungsarrangements.
 - 7 Mit Blick auf die geschlechtertypische Arbeitsteilung zwischen Ehefrau und Ehemann in der Angehörigenpflege hat Katharina Gröning (2004) auf eine solche mögliche Diskrepanz zwischen Reden und Tun hingewiesen. Sie findet dafür die Formel „modern reden, traditionell handeln“.
 - 8 An dieser Stelle wäre allerdings zu fragen, ob uns derartige Messinstrumente – wenn es sie denn gäbe! – die erlebte Wirklichkeit pflegender Männer erschließen würden.
 - 9 Anzumerken ist, dass diese Gender-Aktivität sowohl verbal in der Interviewsituation vollzogen werden kann, als auch alltagspraktisch im pflegerischen Handeln. Wie oben bereits erwähnt, verbietet es sich jedoch, umstandslos von einer situierten männlichen Rhetorik auf einen entsprechenden „Pflegestil“ zu schließen.
 - 10 Ein Mann drückte das in einem Interview so aus: *„Das sind dann ja manchmal so Momente, wo ich lieber den Mund halte und so was von vornherein nicht anspreche, weil (4 Sek.) das können die (Frauen) ja gar nicht nachempfinden. Da sind Sie ganz schnell unten durch!“*.

Helma Lutz

Sprich (nicht) drüber – Fürsorgearbeit von Migrantinnen in deutschen Privathaushalten*

1. Einleitung

Viele deutsche Haushalte beschäftigen eine Migrantin, die ihre Wohnung putzt, die kocht, wäscht, bügelt, die Kinder betreut, alte und schwache Angehörige versorgt. Dies erfolgt meistens ohne Arbeitsvertrag. Er wird durch mündliche Absprachen und Vertrauen ersetzt. Ohne die Weitergabe von Kontakten und Preisabsprachen über Netzwerke und ohne die weltweite ökonomische Ungleichheit, die dazu führt, dass (gut ausgebildete) Migrantinnen aus Osteuropa, Lateinamerika, Afrika und Asien mit Haushaltsarbeit bei uns mehr verdienen können als mit dem erlernten Beruf in ihren Herkunftsländern, würde dieser Arbeitsmarkt in der Grauzone nicht funktionieren. Der Beitrag beleuchtet die Akteurs- und Interessenkonstellationen im Bereich der haushaltsbezogenen Dienstleistungsarbeit.

1.1. Fürsorgearbeit

Haushaltsbezogene Dienstleistungsarbeit kann als Arbeit definiert werden, die im Privathaushalt

erbracht wird und alle Tätigkeitsbereiche umfasst, die im englischen mit „Care-Work“ bezeichnet werden: Betreuung, Versorgung, Erziehung, Pflege von Menschen und Dingen, Unterstützung und Beratung. „Fürsorgearbeit“ als adäquate deutsche Übersetzung hat sich bislang nur in der wissenschaftlichen Debatte durchgesetzt, der Siebte Familienbericht (BMFSFJ 2006) spricht von „Familienarbeit“. Bei beiden Begriffen handelt es sich um eine vergeschlechtlichte Kategorie von Arbeit. Die im 19. Jahrhundert entstandene bürgerliche Geschlechterordnung (Bock/Duden 1977) etablierte die gesellschaftliche Trennung in privat und öffentlich getrennte Sphären; sie legte den Grundstein dafür, dass Erwerbsarbeit als männlich und Fürsorgearbeit als weiblich und diese Differenzierung zudem als „natürliche Ordnung“ codiert wurde. Mit dieser geschlechtsspezifischen Differenzierung ist gleichzeitig eine hierarchische Distinktion verbunden, bei der Berufsarbeit hoch bewertet und Fürsorgearbeit trivialisiert wird. Dieser Dualismus hat zwar eine Reihe von Wandlungen durchlaufen, ist aber als bürgerliches Familienideal keineswegs verschwunden.

Mit dieser geschlechtsspezifischen Differenzierung ist gleichzeitig eine hierarchische Distinktion verbunden, bei der Berufsarbeit hoch bewertet und Fürsorgearbeit trivialisiert wird.

Des Weiteren sind die zunehmende Eigenständigkeit der Lebensführung der Generationen und damit fehlende familiäre Unterstützungsnetzwerke wesentliche Faktoren.

1.2. Veränderte Rahmenbedingungen

Als Folge eines emanzipativen Diskurses wird mittlerweile die „natürliche“ traditionelle geschlechtliche Arbeitsteilung infrage gestellt und Frauen der Weg in die Berufstätigkeit nahegelegt. Bis vor Kurzem ist allerdings - zumindest in der politischen Arena - kaum erörtert worden, von wem die weiterhin notwendige Familienarbeit verrichtet werden soll.

In Deutschland hat sich mittlerweile - wie in anderen westlichen Ländern - eine Reihe von informellen Lösungen etabliert; eine davon ist das Weiterreichen (Outsourcing) von Fürsorgearbeit an eine im Privathaushalt tätige Person; historisch gesehen vollzieht sich damit die Wiedereinführung von Erwerbsarbeit in den spätmodernen Haushalt.

Zu den vielfältigen Gründen für diese Entwicklung gehört neben der - politisch gewollten - steigenden Erwerbstätigkeit von Frauen auch die Diversifikation von Familienformen (Patchwork-Familien). Des Weiteren sind die zunehmende Eigenständigkeit der Lebensführung der Generationen und damit fehlende familiäre Unterstützungsnetzwerke wesentliche Faktoren. Darüber hinaus steigt das Lebensalter und damit der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung; für den sich daraus ergebenden umfangreichen Pflegebedarf steht bislang kein adäquates Angebot zur Verfügung. Auch Veränderungen des

Arbeitsmarktes, etwa steigende Mobilitäts- und Flexibilitätsanforderungen, die sich nur schwer mit verlässlichen Betreuungsarrangements verbinden lassen, sowie neue Anforderungen an die Familien, etwa Expertenwissen in Bezug auf Gesundheit, Erziehung, Bildung, Freizeit- und Zeitmanagement etc., führen zu Situationen, in denen vor allem für Routinarbeiten im Haushalt Entlastung gesucht wird. Erschwerend kommt hinzu, dass eine Umverteilung von Erwerbs- und Familienarbeit zwischen den Geschlechtern nicht stattgefunden hat (Statistisches Bundesamt 2003). Zwar ist ein leichter Anstieg der männlichen Partizipation bei der Kinderbetreuungsarbeit zu verzeichnen, insgesamt jedoch intensivieren Männer ihr Engagement in der Berufsarbeit nach der Geburt von Kindern. Diese sogenannten Retraditionalisierungstendenzen ergänzen die Fortschreibung der „Schieflage der Geschlechtszuständigkeit“ (BMFSFJ 2006, S. 157) bei der Familienarbeit.

Die insgesamt in der gesamten westlichen Welt zu verzeichnende fallende Arbeitsmarktpartizipation von Männern (OECD 1999, S. 20) hat also keineswegs automatisch zu einer Umverteilung oder gar Gleichverteilung von Erwerbs- und Fürsorgearbeit geführt.

1.3. Begriffsdefinition

In der deutschen Debatte werden haushaltsnahe personenbe-

zogene Dienstleistungen unterschieden nach sachbezogenen Haushaltsarbeiten (Kochen, Waschen, Reinigung, Wäschepflege etc.) und personenbezogenen sozialen Betreuungs- und Pflegeleistungen, die Kindern, alten und kranken Menschen zugute kommen. Die angelsächsische Debatte dagegen fasst diese Tätigkeiten zusammen in den sogenannten drei Cs: Cooking, Caring, Cleaning (Anderson 2000) und verdeutlicht damit gleichzeitig, dass in der privaten Dienstleistungsarbeit vielfach Kombinationen und Verschränkungen dieser Arbeitsfelder zu finden sind. So ist etwa in der gängigen Praxis das Kochen einer Mahlzeit für ein Kleinkind oder einen pflegebedürftigen Menschen eng mit der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme verbunden, sodass die säuberliche Trennung der Bereiche eher dem Wunsch nach professionstechnisch nützlichen Ordnungskategorien als den Alltagsanforderungen zu entsprechen scheint. In der Fürsorgearbeit der drei Cs ist ebenfalls so genannte „emotionale Arbeit“ enthalten, etwa Geduld, Empathie, Zuneigung, also Anteile, die schwer messbar sind und doch gleichzeitig als Voraussetzung für die erforderlichen Tätigkeiten gelten. Begrifflich steht „Fürsorgearbeit“ folglich für eine Vielzahl von unterschiedlichen physischen und psychischen Aktivitäten, die vorrangig im Privathaushalt (unentgeltlich und vorwiegend von Frauen) erbracht werden.

2. Das Weiterreichen von Fürsorgearbeit

Über den Umfang des „Outsourcing“ von Fürsorgearbeit gibt es bislang keine gesicherten Zahlen. Die Autorinnen und Autoren des Siebten Familienberichts (BMFSFJ 2006, S. 159) gehen zwar davon aus, dass der Privathaushalt heute der Beschäftigungssektor mit dem höchsten Anteil ungeschützter Arbeitsverhältnisse ist, belegen diese These jedoch nicht durch genauere Informationen. Bislang fehlen groß angelegte Erhebungen zum Bedarf und der tatsächlichen Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Haushalt. Über die Gründe dafür kann nur spekuliert werden: Da es sich um einen Arbeitsmarkt in der Grauzone handelt, der schwer kontrollierbar und zudem im nicht-öffentlichen Bereich angesiedelt ist, scheint allgemein ein großes Unbehagen zu bestehen, diesen Bereich genauer zu untersuchen und/oder hier politisch zu intervenieren.¹ Die Zahlen, die das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) ermittelt hat, sind widersprüchlich: Ging man im Jahr 2005 noch davon aus, dass ca. 10,3 Prozent aller Bundesbürger (un-)regelmäßig eine Haushaltshilfe beschäftigen (DIW 2005), so wird für das Jahr 2006 gemeldet, dass der Bedarf sich auf ca. 4 Prozent beläuft (Schupp u.a. 2006). Erklärt wird dieser Rückgang nicht. Bei der Interpretation der Daten muss jedoch berücksichtigt werden, dass das DIW eine bestimm-

Bislang fehlen groß angelegte Erhebungen zum Bedarf und der tatsächlichen Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Haushalt.

Eine wachsende Anzahl von Publikationen belegt mittlerweile, dass sowohl im urbanen als auch im ländlichen Bereich der Anteil bezahlter Haushaltsarbeiterinnen zunimmt.

te Argumentationslinie vertritt: Gerade in diesem Bereich wird ein großes Beschäftigungspotenzial für Langzeitarbeitslose gesehen, und diese Vorstellung wurde in entsprechenden arbeitspolitischen Maßnahmen umgesetzt.² Auch ist in den vergangenen Jahren das Modell der Dienstleistungspools propagiert worden, das die erforderlichen Leistungen legal anbietet; bislang hat sich diese Lösung allerdings nicht durchsetzen können, unter anderem, weil Kunden nicht bereit sind, die hohen Preise zu bezahlen (Weinkopf 2002) und weil durch die Pools eine personenbezogene Kontinuität und Flexibilität, etwa bei der Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Personen, nicht unbedingt gewährleistet werden kann.

Aus den bisherigen Ausführungen ist abzuleiten, dass in jüngster Zeit zum einen arbeitsmarktpolitische Anstrengungen unternommen wurden, um Arbeitsplätze im Haushalt für deutsche Arbeitslose zu schaffen; zum anderen – damit unmittelbar zusammenhängend – besteht offenbar wenig Interesse daran, offiziell zur Kenntnis zu nehmen, dass Fürsorgearbeit sich zu einem umfangreichen Arbeitsmarkt für Migrantinnen entwickelt hat.³

3. Migrantinnen in der Fürsorgearbeit

3.1. Zwischen illegalem Status ...

Eine wachsende Anzahl von Publikationen, unter anderem eine von mir in drei Städten (Berlin, Hamburg und Münster) durchgeführte Studie (Lutz 2007a), belegt mittlerweile, dass sowohl im urbanen als auch im ländlichen Bereich der Anteil bezahlter Haushaltsarbeiterinnen zunimmt und dass es sich hierbei vorrangig um Migrantinnen aus Osteuropa, Lateinamerika, aber auch aus Asien und Afrika handelt (Rerrich 2006; Alt 2003; Anderson 2003; Shinozaki 2003; Hess 2005). Diese Frauen sind sowohl in der Kinderbetreuung und vor allem beim Verrichten von Putz- und Pflegearbeiten tätig als auch in Haushalten alter und pflegebedürftiger Menschen (Anonymus 2007; Holch 2006).

Die – vorrangig qualitativen – Studien weisen darauf hin, dass diese Tätigkeiten nicht legal erbracht werden, also nicht durch einen Arbeitsvertrag abgesichert sind, da Migrantinnen für diese Tätigkeit keine Arbeitserlaubnis erhalten und darüber hinaus oft aufenthaltsrechtlich illegal sind. Die meisten Migrantinnen, die in diesem Sektor arbeiten, reisen zwar legal mit einem Touristen- oder zu Studienzwecken erteilten Visum ein, sind aber nach Ablauf dieser Fristen gezwungen, sich in einem Leben als Illegale zurechtzufinden. Illegaler Aufenthalt gilt

mittlerweile als Straftatbestand, der mit Ausweisung sanktioniert wird.⁴

3.2. ... und Grauzonenbeschäftigung

Die einzige „Greencard“ in diesem Bereich wurde für „Haushaltshilfen in Haushalten mit Pflegebedürftigen“ geschaffen, die aus Osteuropa rekrutiert und über die Zentralstelle für Arbeitsvermittlung (ZAV) vermittelt werden und für eine Höchstdauer von drei Jahren in dem Haushalt, für den sie angefordert wurden, arbeiten können. Die Arbeitszeit beträgt offiziell 38,5 Stunden, und im Prinzip dürfen diese Frauen keine medizinischen und pflegerischen Leistungen erbringen, selbst dann nicht, wenn sie im Gesundheitsbereich ausgebildet sind; für die Pflege sind weiterhin ambulante Pflegedienste deutscher Anbieter zuständig. In der Praxis wird die vorgesehene Arbeitszeit kaum eingehalten, da es sich bei dem Beschäftigungsarrangement in den meisten Fällen um ein Live-In-Arbeitsverhältnis handelt; das bedeutet, dass die betreffende Arbeitnehmerin im Haushalt wohnt und tendenziell rund um die Uhr zur Verfügung steht. Für Arbeitgeber ist insbesondere das Standardgehalt von 1.250 € attraktiv,⁵ da eine entsprechende Betreuung durch eine deutsche ausgebildete Krankenschwester oder Pflegehelferin zwischen 5.000 und 8.000 € (Holch 2006) kostet. Erstaunlicherweise gibt die ZAV nun an, im Jahr 2006

insgesamt lediglich 1.700 Anträge bearbeitet zu haben, während andere Quellen (Anonymus 2007) davon ausgehen, dass ca. 100.000 vorwiegend aus Osteuropa stammende Frauen als Live-In in der Rundum-Pflege beschäftigt sind. Es ist zu vermuten, dass die legale ZAV-Lösung für viele Arbeitgeber unattraktiv ist, weil sie einen hohen Verwaltungsaufwand erfordert und für Angehörige, die nach einer schnellen Lösung der Hauspflege suchen, zu langwierig und wenig passfähig ist; ebenso wenig attraktiv ist sie für die betroffene Arbeitnehmerin, da nach Abzug von Beiträgen zur Arbeitslosen-, Sozial-, Pflege- und Rentenversicherung sowie Kost und Logis je nach Aushandlung 560 bis 1.000 € übrig bleiben (Lutz 2007a, S. 175f.).

Für die betroffenen Migrantinnen haben sich nun im Zuge der EU-Erweiterung nach Osteuropa im Jahr 2004 zusätzliche Möglichkeiten zur Arbeitsaufnahme eröffnet, die finanziell für sie attraktiver zu sein scheinen. Obwohl die BRD den Arbeitsmarkt für osteuropäische EU-Arbeitnehmer bis zum Jahr 2011 geschlossen hat, gibt es zahlreiche Möglichkeiten, über die „Freizügigkeit der Dienstleistung“ (2006/123/ EG) innerhalb der EU nach Deutschland zu kommen; so können etwa „Haushaltshilfen“ und selbst qualifizierte Pflegekräfte in Deutschland ohne die Zustimmung durch die Bundesagentur für Arbeit tätig sein, wenn sie

- eine vorübergehende Dienstleistung erbringen,

- ihren ökonomischen Schwerpunkt im Herkunftsland haben und
- der Sitz des sie entsendenden Unternehmens bzw. die Ich-AG im Herkunftsland ist (Richtlinie über Entsendung von Arbeitnehmern 96/71/EG).

Pflegeverbände haben durch diesen neu entstandenen Markt - wie befürchtet - eine Konkurrenz von Billiganbietern bekommen, die sich weitgehend in einer Grauzone bewegen.

Im Prinzip handelt es sich dabei also um eine Form der Leiharbeit, bei der ein osteuropäisches Unternehmen mit einer deutschen Vermittlungsagentur zusammenarbeitet. Die Vermittlung erfolgt über das Internet und es werden entweder einmalig (bis zu 800 €) oder monatlich zu zahlende Gebühren erhoben; der Nettoverdienst liegt zwischen 1.000 und 1.500 €.

Pflegeverbände haben durch diesen neu entstandenen Markt - wie befürchtet - eine Konkurrenz von Billiganbietern bekommen, die sich weitgehend in einer Grauzone bewegen, denn bislang wird die Einhaltung der rechtlichen Voraussetzungen für eine solche Tätigkeit (etwa die Sozialversicherungszahlungen der Leiharbeitsunternehmen im Herkunftsland) nicht überprüft. In einer von mir geleiteten, laufenden Studie⁶ zeichnet sich ab, dass sowohl die Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgeber als auch die betroffenen Migrantinnen kaum in der Lage sind, die Legalität des Arbeitsverhältnisses zu beurteilen, und es gibt bislang für beide Seiten keinerlei Ansprechpartner, die Rat und Hilfe leisten können und bei eventuellen Missständen intervenieren.

Ein vergleichbares Live-In-Arbeitsverhältnis lässt sich auch in der Kinderbetreuung durch Au-pairs finden.⁷ Daneben existiert weiterhin ein zahlenmäßig weit umfangreicherer Sektor von migrantischen Live-Outs, also Frauen, die täglich mehrere Haushalte putzen, Kinder betreuen, Einkäufe für alte Menschen erledigen etc. Die Vermittlung erfolgt in diesem Bereich auf beiden Seiten über Freundes- und Verwandtschaftsnetzwerke, die Bezahlung erfolgt stunden- oder Tagesteilweise. Sobald diese Frauen einen breiten Kundenkreis aufgebaut haben, können sie ihre eigenen Kriterien in Bezug auf die Auswahl ihrer Kunden aufstellen und dementsprechend eine Arbeitsplatzauswahl treffen. Das gelingt allerdings nur dann, wenn die Konkurrenz nicht zu groß ist und das sehr sensible, nicht durch einen Arbeitsvertrag, sondern durch Vertrauen regulierte Arbeitsverhältnis instandgehalten wird.

Aus meiner eigenen Untersuchung (Lutz 2007a), in der sowohl Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgeber als auch Migrantinnen befragt wurden, geht hervor, dass beide Seiten in der Regel (sehr) gut ausgebildet sind: Unter den Arbeitgebern ist der Anteil der akademisch Ausgebildeten zwar höher als bei den Arbeitnehmerinnen, jedoch fiel der hohe Bildungsabschluss auch bei Letzteren auf.

Die Hälfte der von uns befragten Migrantinnen hat Kinder im Heimatland zurückgelassen; verschiedene Gründe sind hierfür zu nen-

nen: Zum einen haben Illegale weder ein Recht auf Gesundheitsversorgung noch auf Familienzusammenführung, und den Kindern fehlt das Recht auf (Schul-/Aus-) Bildung (Lutz 2007a, S. 169ff). Zum anderen gehen die betroffenen Mütter in der Regel davon aus, dass die Migration nicht auf Dauer angelegt ist,⁸ und sie bevorzugen Lösungen, in denen etwa durch Pendelmigration im dreimonatigen Rhythmus die Betreuung der Kinder nicht vollständig Familienmitgliedern oder familienfremden Personen überlassen werden muss. Für Osteuropäerinnen ist diese Form der Haushaltsführung in zwei Ländern besser zu realisieren als für Frauen aus Lateinamerika, Asien oder Afrika, die oft jahrelang abwesend sind, weil jede Rückkehr in das Heimatland mit dem Risiko verbunden ist, nicht mehr in Deutschland einreisen zu können.

4. Internationale Entwicklungen

4.1. Politik der Zielländer

Ähnliche Entwicklungen wie in Deutschland sind in den meisten (post-)industriellen Ländern zu verzeichnen (für Europa siehe Lutz 2007b). Neben Gemeinsamkeiten, etwa die niedrige gesellschaftliche und finanzielle Bewertung der Arbeit und vergleichbare Arbeitsplatzarrangements (Live-In versus Live-Out), lassen sich auch viele Differenzen fest-

stellen. Unterschiede ergeben sich zum einen in der Frage des aufenthaltsrechtlichen Status (legal versus illegal): Viele Länder rekrutieren über Kontingente aktiv Migrantinnen für die Arbeit (in der EU sind dies vor allem die Mittelmeerländer Spanien, Italien und Griechenland, aber auch England und Irland) und/oder eröffnen die Möglichkeit, über Legalisierungsregelungen ex post ein Aufenthaltsrecht zu erhalten. Damit wird in der Regel auch sukzessive ein Recht auf Niederlassung und Familienzusammenführung erworben. Zum anderen unterscheiden sich deutlich die jeweiligen nationalen Migrationsregime (Zulassung, Abweisung, Ignoranz), die letztendlich darüber entscheiden, ob den betreffenden Frauen ein potenzieller Platz in der Gesellschaft zugestanden wird oder nicht.

Internationale Studien belegen die Existenz eines Weltmarkts für Haushaltsarbeiterinnen, der sowohl auf der Seite der Ziel- als auch der Herkunftsländer über Anwerbe- und Vermittlungsagenturen sowie kollektive Netzwerke hochgradig organisiert ist (Momsen 1999, S. 5). Neben internationalen Vermittlungsagenturen, dem Internet und nationalen Rekrutierungsprogrammen kommen viele Vermittlungen durch private Kontakte, aber auch durch religiöse Organisationen zustande, etwa die katholische Kirche in Spanien und Italien (Andall 2000; 2003; Parreñas 2001).

Aus den internationalen Veröffentlichungen lässt sich ablei-

Internationale Studien belegen die Existenz eines Weltmarkts für Haushaltsarbeiterinnen, der sowohl auf der Seite der Ziel- als auch der Herkunftsländer über Anwerbe- und Vermittlungsagenturen sowie kollektive Netzwerke hochgradig organisiert ist.

Obgleich ein Leben als Illegale ungleich schwieriger zu bewältigen ist, findet sich selbst in Ländern, in denen die Rekrutierung von Haushaltsarbeiterinnen legal stattfindet, ein hoher Anteil an irregulären und undokumentierten Migrantinnen.

ten, dass Haushaltsarbeit weltweit eine eher versteckte Angelegenheit ist (Andall 2003, S. 39), und zwar deshalb, weil der private Raum - trotz großer kultureller Unterschiede - eine Tabuzone für staatliche Kontrollen darstellt. Zunächst scheint diese Tatsache positive Auswirkungen zu haben, denn der Privat als Arbeitsort wird auch von den betroffenen Migrantinnen als Schutzraum betrachtet. Andererseits ermöglicht die Segregation dieses Sozialraums die ungestrafte Ausübung von Gewalt und erleichtert Ausbeutung und Missbrauch. Der antizipierte Schutzraum kann also zum Gefängnis werden. Vor allem für Live-Ins gibt es das Dilemma, dass die Aufgabe des Arbeitsplatzes zugleich bedeutet, die Unterkunft zu verlieren.

Eine arbeitsrechtliche Regulierung fehlt in vielen Ländern, da Haushaltsarbeit als Familienarbeit betrachtet wird. Deswegen gibt es auch kaum Möglichkeiten, Missbrauch aufzuspüren und zu sanktionieren.

Bürgerrechte, wie etwa politische Rechte, werden in der Regel erst dann zugestanden, wenn die Migrantinnen die jeweilige Staatsbürgerschaft erworben haben. Auffällig sind jedoch auch Unterschiede, die beim Umgang mit Menschenrechten für aufenthaltsrechtlich Illegale in der EU zu finden sind (Cyrus 2004; Alt 2003; Anderson, B. 2000; Anderson, Ph. 2003): Im Gegensatz zu Ländern wie Spanien, Italien, den Niederlanden u.a. gibt es etwa in Deutschland keine Regelung

für die Gesundheitsversorgung, und im Kontrast zu allen anderen Staaten der EU ist das Recht auf Bildung dadurch beschnitten, dass Beamte und Angestellte im öffentlichen Dienst eine Übermittlungspflicht haben; d.h. sie müssen den Ausländerbehörden melden, wenn Kinder ohne Aufenthaltsgenehmigung in Kindergärten oder Schulen angemeldet werden (Cyrus 2004).

Obgleich ein Leben als Illegale ungleich schwieriger zu bewältigen ist, findet sich selbst in Ländern, in denen die Rekrutierung von Haushaltsarbeiterinnen legal stattfindet, ein hoher Anteil an irregulären und undokumentierten Migrantinnen (für Europa: Andall 2003). Die Verheißung, in kurzer Zeit - aus dem Herkunftskontext gesehen - höhere Einkünfte zu erzielen, führt offensichtlich dazu, dass viele Frauen die damit verbundenen Risiken in Kauf nehmen. Kaum ein Aufnahmeland scheint daran interessiert, diese Situation grundlegend verändern zu wollen.

4.2. Die Situation der Herkunftsländer

Die Entsendeländer wiederum haben aufgrund ihrer geopolitischen Lage entweder nur begrenzten Einfluss, die Arbeitsrechte ihrer emigrierten Staatsbürgerinnen zu verbessern, oder aber sie sind auf die Milliardenbeträge der Remissionen⁹ dieser Migrantinnen, die einen wichtigen, teilweise sogar den wichtigsten

Beitrag zum jeweiligen National-einkommen leisten, so sehr angewiesen, dass sie eher Stillschweigen bewahren und nur in krassen Fällen eingreifen. Ihre Anstrengungen beziehen sich eher darauf, den emigrierenden Frauen die Wahrung emotionaler und finanzieller Loyalität zu ihrem Heimatland nahe zu legen. Und tatsächlich gilt: Wie ihre historischen Vorgängerinnen, die Dienstmädchen, scheint die Mehrheit dieser Frauen zurückgebliebenen Familienangehörigen (Ehemännern, Eltern, Kindern, Verwandten) eine größere Loyalität entgegenzubringen als emigrierende Männer (Momsen 1999; Pessar/Mahler 2003).

Da die Haushaltsarbeiterinnen heute in der Regel älter sind als ihre historischen Vorgängerinnen und nicht selten bereits eine eigene Familie gegründet haben, die sie zurücklassen müssen, entstehen zunehmend transnationale Haushalte und transnationale Mutterschaftsarrangements (Hondagnen-Sotelo/Avila 1997). In diesem Zusammenhang hat Ariele Hochschild (2000) den Begriff „globale Betreuungskette“ (global care chain) geprägt, der mittlerweile zu einem einflussreichen Konzept in der akademischen Auseinandersetzung über migrantische Hausarbeit avanciert ist. Gemeint ist damit, dass die ökonomische Schiefelage zwischen hoch industrialisierten Ländern und denjenigen der „Dritten Welt“ und Osteuropas der Kommodifizierung emotionaler, versorgender Arbeit¹⁰ und der Verste-

tigung geschlechtsspezifischer Ungleichheit bei der Verteilung reproduktiver Arbeit in den Ziel-ländern Vorschub geleistet hat. In den Herkunftsländern wird zwar ökonomisches Kapital akkumuliert, gleichzeitig entsteht jedoch durch den Abzug von Versorgungskapital ein Versorgungsdefizit (care drain).

Diese Analyse scheint deshalb so wichtig, da für einige Entsendeländer die menschliche Ressource der einzige exportierbare „Rohstoff“ ist, den sie noch haben. Auch wenn die Weltbank diesen über Remissionen materialisierten Rohstoff mittlerweile als den wichtigsten Beitrag zur Entwicklung der nationalen Ökonomien vieler sogenannter Entwicklungsländer betrachtet (Sørensen 2005), ist nicht zu übersehen, dass die migrierten Mütter und deren zurückgebliebene Kinder am unteren Ende dieser Kette stehen und oft den emotionalen und sozialen Preis für den Abzug der Versorgungsressourcen bezahlen.

Noch ein anderer Aspekt kommt hinzu: Da die Bindung zwischen Müttern und ihren Kindern aufgrund der oft jahrelangen räumlichen Trennung vorwiegend über die Versorgung für den Lebensunterhalt und eine gute Ausbildung in Privatschulen oder -universitäten zum Ausdruck kommt, entsteht eine „Mutterschaft auf Distanz“ (Parreñas 2005), deren langfristige Folgen noch ungenügend erforscht sind.

Über die bereits genannten Befunde hinaus sind transnationale

In den Herkunftsländern wird zwar ökonomisches Kapital akkumuliert, gleichzeitig entsteht jedoch durch den Abzug von Versorgungskapital ein Versorgungsdefizit (care drain).

Die mittlerweile 30-jährige Tamara hat in der Zwischenzeit ausgezeichnet Deutsch gelernt, aber keine einzige Ausbildung abgeschlossen.

Dienstleistungen auch eine Folge der in den Ländern der „Dritten Welt“ verbesserten oder, wie in Osteuropa, traditionell guten Bildungs- und Kommunikations-situation sowie von verbesserten Reisemöglichkeiten oder Erleichterungen des Grenzübertritts in den Entsendeländern. Gleichzeitig verschlechtern sich oder stagnieren die dortigen Lebensbedingungen. Immer mehr Frauen sind stärker geneigt zu migrieren und verlassen ihre Länder nicht so sehr trotz, sondern wegen ihres erhöhten Bildungskapitals, das in den Herkunftsregionen keine angemessene Verwendung (mehr) findet, ihnen aber den Weg ins Ausland erleichtert. Auffällig ist auch, dass die mit der Migration verbundenen Probleme oft nicht antizipiert, sondern im Gegenteil verdrängt werden, was möglicherweise auch eine Erklärung für die hohe Mobilitätsbereitschaft dieser Migrantinnen ist.

5. Sprich (nicht) drüber: Die Umverteilung von Fürsorgearbeit auf Migrantinnen

„Ja. Also ich würde das auch allen Frauen empfehlen (lacht) eher zu machen als in schrägen – schrägen Kleinfamilienstrukturen traditioneller Art zu verharren, ne. Ich glaube wirklich, dass das ein gutes Alternativmodell ist und für mich war’s ein Befreiungs- befreiendes Modell, ne ... mir geht’s

jedenfalls heute bedeutend besser als vor – 10 Jahren oder so, ja. Und ich finde, das ist wirklich ne Alternative. Abgesehen davon, dass es ne Arbeitsbeschaffungsmaßnahme ist und ne Dienstleistungsmaßnahme“ (Lutz 2007a, S. 112).

Mit diesen Worten bilanziert die Arbeitgeberin Ursula Pelz¹¹ das mehr als zehnjährige Zusammenleben mit der Ukrainerin Tamara Jagellowsk. Tamara kam als Neunzehnjährige zu ihr als Au-Pair und betreute vom ersten Tag an ihre beiden damals noch kleinen Söhne. Ursula Pelz lebte getrennt von ihrem Mann, hatte gerade eine Vollzeitstelle aufgenommen, arbeitete parallel an ihrer Promotion und machte anschließend Karriere im Wissenschaftsbetrieb. In all den Jahren hat Tamara, deren Au-pair-Status durch immer wieder neue Aufenthaltsarrangements (als Sprachenschülerin, Studienkollegiatin, Studentin, Partnerin etc.) abgelöst wurde, sie von der Fürsorgearbeit weitgehend entlastet: Kochen, Putzen, Aufräumen, die Betreuung der Kinder im Alltag etc. Geblieben ist das Live-In-Arrangement mit der Entlohnung eines Taschengeldes. Die mittlerweile 30-jährige Tamara hat in der Zwischenzeit ausgezeichnet Deutsch gelernt, aber keine einzige Ausbildung abgeschlossen. Sie liebt die Kinder, sieht sich als soziale Mutter, ist stolz auf ihre Erziehungsleistungen. Jedoch fällt ihre Bilanz – anders als die von Ursula Pelz – nicht positiv aus. Im Vergleich mit ihren Freundinnen in der Uk-

raine fühlt sie sich als Versagerin (Lutz 2007a, S. 113).

Das Alternativmodell, das von Frau Pelz als Gegenentwurf zum „schrägen Familienmodell“ gepriesen wird, entpuppt sich bei näherer Betrachtung als ein genderkonformes Ersatzmuster, bei dem Ursula Pelz die Rolle der Familienernährerin übernommen hat und Tamara Jagellowsk die der klassischen Ehefrau, die ihre eigenen beruflichen Ambitionen zurückstellt und die notwendige Kontinuität in der Quasifamilie gewährleistet. Das Partner - Ersatzmodell, das hier entstanden ist, verbleibt in den geschlechtsspezifischen Arbeitsteilungsmustern, die jeweils ihre spezifischen Machtressourcen reproduzieren. Also: Business as usual?

Diese Fallbeschreibung aus meinen empirischen Untersuchungen (Lutz 2007a, S. 109 ff.) zeigt plastisch, dass finanzielle und relationale Asymmetrien nicht automatisch verschwinden, wenn die Fürsorgearbeit an eine Migrantin weitergereicht wird. In der Studie stellt dieses Beispiel eine einmalige Konstellation dar, die allerdings die Problematik der Umverteilung sehr anschaulich macht: Hier spiegeln sich die fehlende gesellschaftliche Aufwertung der Fürsorgearbeit und ihre geschlechtsspezifische Verstetigung (sie wird an eine Frau weitergereicht).¹²

6. Fazit

Obgleich sich die Umverteilung von Fürsorgearbeit auf eine Migrantin in erster Linie im Privathaushalt manifestiert, geht es keineswegs um ein privates, sondern um ein soziales Problem. Zu fragen ist, wie im Zusammenspiel zwischen Staat, Markt und Familie (in) formelle Arrangements entstehen, die jeweils mit spezifischen Geschlechterarrangements, Wohlfahrts- und Migrationsregimen verknüpft sind. Offensichtlich ist das Thema „Migrantinnen in der Fürsorgearbeit“ von vielfachen Widersprüchen, Ignoranz und Tabuisierungsbedürfnissen gekennzeichnet, denn unterschiedliche Akteure vertreten unterschiedliche Interessen:

1. Die deutsche Zuwanderungspolitik hält weiterhin daran fest, dass eine Öffnung des Arbeitsmarktes im privaten Dienstleistungssektor für nicht-deutsche Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht notwendig ist. Das Primat des Anwerbestopps, für den im hochqualifizierten und im landwirtschaftlichen Sektor immer wieder Ausnahmen gemacht werden, wird hier als unantastbar betrachtet.
2. Ökonomen befürworten die Deregulierung des Sektors, um sie als Instrument der nationalen Arbeitsmarktpolitik zur Arbeitsplatzbeschaffung im Niedriglohnsektor zu nutzen.

Zu fragen ist, wie im Zusammenspiel zwischen Staat, Markt und Familie (in-)formelle Arrangements entstehen, die jeweils mit spezifischen Geschlechterarrangements, Wohlfahrts- und Migrationsregimen verknüpft sind.

Es fehlt bislang sowohl an formalen Anerkennungsverfahren der durch die Migrantinnen geleisteten Fürsorgearbeit als auch an Legalisierungsanstrengungen für diese Gruppe.

3. Pflegeverbände befürchten und wehren sich gegen die Konkurrenz in der Hauspflege, die gerade in den letzten Jahrzehnten nachhaltig professionalisiert wurde, dementsprechend aufgewertet ist und Preiserhöhungen durchlaufen hat.
4. Gewerkschaften argumentieren im Sinne nationaler Interessen in ähnlicher Weise wie die Pflegeverbände gegen die Aufweichung der professionalisierten Standards und ihrer Bezahlung; bislang gibt es in Deutschland keine Interessenvertretung für Wanderarbeiterinnen in der Haushaltsarbeit. Einzig in den Wohlfahrtsverbänden der christlichen Kirchen werden nach dem Stellvertreterprinzip Ausbeutung und Missstände angeprangert (Alt 2003).
5. Für viele Haushalte bleiben Migrantinnen als Haushaltsarbeiterinnen und Pflegekräfte eine vergleichsweise billig und flexibel einsetzbare Alternative zu bürokratischen, kostspieligen institutionalisierten Angeboten.
6. Für die betroffenen Migrantinnen ist das in Deutschland verdiente Geld eine Ressource, mit deren Hilfe die Existenz und Zukunftsfähigkeit ihrer Familien garantiert werden kann, selbst wenn sie dafür Dequalifizierung und den Verlust von Bürgerrechten in Kauf nehmen müssen. In der Regel werden im Laufe dieser Tätigkeit die Unabhängigkeit von einem Arbeitgeber und der Aufbau eines eigenen Kundennetzes angestrebt (Live-out statt Live-in), um ein Mindestmaß an Autonomie zu erlangen.
7. Die Herkunftsländer der Migrantinnen sind vor allem an den umfangreichen Remissionen interessiert und bevorzugen die Kategorisierung dieser Frauen als „zeitweise abwesend“ in ihren Statistiken, sodass sie als Emigranten nicht sichtbar werden. Gleichzeitig erleichtern sie die Inanspruchnahme von Kranken- und Sozialversicherung durch diesen Personenkreis im Heimatland (Kempinska 2006).

Insgesamt fehlt es bislang sowohl an formalen Anerkennungsverfahren der durch die Migrantinnen geleisteten Fürsorgearbeit als auch an Legalisierungsanstrengungen für diese Gruppe; in der nationalen Sozialpolitik bleibt die Thematisierung dieses Phänomens tabuisiert. Zu hoffen ist, dass über Initiativen der Europäischen Wanderarbeitsverbände und NGOs, wie etwa „Kein Mensch ist illegal“, deutlich gemacht wird, dass die Frage der Fürsorgearbeit nicht mehr im nationalen Kontext zu klären ist, sondern nur unter Berücksichtigung der globalisierten Arbeitsmärkte sinnvolle Lösungen erarbeitet werden können. Auf der Suche nach möglichen Alternativen stellen sich zunächst einmal komplizierte Fragen: Wie können aufenthaltsrechtlich illegale in ein legalisiertes System (etwa die Dienstleistungs-

pools) übernommen werden, ohne dabei eine Ausweisung zu riskieren? Kann Haushaltsarbeit wirklich ganz normale Erwerbsarbeit sein, wenn sie in einem legalen Arbeitsverhältnis verrichtet wird (Gather u.a. 2002)? Würde die Arbeitsübernahme durch eine professionell ausgebildete Frau nicht eine zusätzliche Herausforderung für die beiden Frauen mit sich bringen, die in diesem als weiblich definierten Identitätsraum zusammentreffen? In diesem Zusammenhang fragt Bridget Anderson zu Recht: „Wenn die Haushaltsarbeiterin für ihre Arbeit ausgebildet werden muss, wie kann Haushaltsarbeit dann weiterhin als „die natürliche Kompetenz“ von Frauen im Allgemeinen betrachtet werden? Wenn eine (Haus-)Frau sich durch eine Professionelle ersetzen lässt, beschäftigt sie dann jemand, der „ihren“ eigenen Job besser macht?“ (Anderson 2000, S. 169, Übersetzung H.L.). In unseren Interviews wurde immer wieder deutlich, dass Arbeitgeberinnen nicht unbedingt einen „Ersatz“ suchen, sondern eine entlastende Ergänzung; die Grenzen dazwischen sind jedoch fließend.

Da der Privatraum in besonderer Weise der Herstellung von Identität dient, ist anzunehmen, dass die Professionalisierung von Fürsorgearbeit, vielleicht mit Ausnahme der Pflege älterer Menschen, eine tiefe Verunsicherung für einen Kernbereich weiblicher Identitätsarbeit mit sich brächte.

Auf der Suche nach Lösungen muss also das Kernproblem der Fürsorgearbeit, ihre einseitige Verortung als weiblich (vergeschlechtlicht) benannt und das Verhältnis zwischen Fürsorge und Erwerbsarbeit infrage gestellt werden. Mit anderen Worten: Ohne eine Debatte über die unterschiedliche gesellschaftliche Bewertung von Erwerbs- und Familienarbeit als Ausdruck einer asymmetrischen Geschlechterordnung wird eine Professionalisierungsdebatte nicht auskommen. Manchen mag diese Anforderung bekannt vorkommen; sie ist bereits vor 30 Jahren in der feministischen Bewegung geäußert worden und kam in der Kampagne „Lohn für Hausarbeit“ zum Ausdruck. Es ist anzunehmen, dass die Aktivistinnen von damals nicht antizipieren konnten, dass diese Losung einmal ihre metaphorische Bedeutung verlieren und sich auf sehr eigenwillige Weise zu einem Realphänomen entwickeln würde.

Literatur

- Anonymus (2007): Wohin mit Vater? Ein Sohn verzweifelt am Pflegesystem. Frankfurt/Main.
- Alt, J. (2003): Leben in der Schattenwelt. Problemkomplex „illegale“ Migration. Neue Erkenntnisse zur Lebenssituation „illegaler“ Migranten aus München und anderen Orten Deutschlands. Karlsruhe.

Ohne eine Debatte über die unterschiedliche gesellschaftliche Bewertung von Erwerbs- und Familienarbeit als Ausdruck einer asymmetrischen Geschlechterordnung wird eine Professionalisierungsdebatte nicht auskommen.

- Andall, J. (2000): Gender, Migration and Domestic Service. The Politics of Black Women in Italy. Aldershot.
- Andall, J. (2003): Hierarchy and Interdependence: The Emergence of a Service Caste in Europe. In: Dies. (Hrsg.): Gender and Ethnicity in Contemporary Europe, Oxford, S. 39-60.
- Anderson, B. (2000): Doing the Dirty Work? The Global Politics of Domestic Labour, London/ New York.
- Anderson, Ph. (2003): „Dass Sie uns nicht vergessen ...“. Menschen in der Illegalität in München. Eine empirische Studie im Auftrag der Landeshauptstadt München, München: Sozialreferat, Stelle für Interkulturelle Zusammenarbeit.
- Bock, G. und Duden, B. (1977): Arbeit aus Liebe - Liebe als Arbeit. Zur Entstehung der Hausarbeit im Kapitalismus. In: Gruppe Berliner Dozentinnen (Hrsg.): Frauen und Wissenschaft, Beiträge zur Berliner Sommeruniversität für Frauen. Berlin, S. 118-199.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2006: Siebter Familienbericht: Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Berlin.
- Cyrus, N. (2004): Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland. Bericht für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration. Nürnberg/Berlin.
- DIW Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2005): Sozialökonomisches Panel 2005. Berlin.
- Friese, M. und Thiessen, B. (1997): Modellprojekt „Mobiler Haushaltsservice“ - ein innovatives Konzept für die Ausbildung und Beschäftigung von Hauswirtschafterinnen. Bremen.
- Gather, C.; Geissler, B. und Rerich, M. (Hrsg.) (2002): Weltmarkt Privathaushalt. Bezahlte Hausarbeit im globalen Wandel. Münster.
- Gamburd, M. (2000): The Kitchen Spoon's Handle. Transnationalism and Sri Lankan's Housemaids. Ithaka/NY.
- Hess, S. (2005): Globalisierte Hausarbeit: Au Pair als Migrationsstrategie von Frauen aus Osteuropa. Wiesbaden.
- Hochschild, A.R. (2000): Global Care Chains and Emotional Surplus Value. In: Giddens, A. und Hutton, W. (Hrsg.): On the Edge. Living with Global Capitalism. London, S. 130-146.
- Holch, Chr. (2006): Die 24-Stunden-Polin. In: Chrismon 11, S. 41-48.
- Hondagnen-Sotelo, P. und Avila E. (1997): I'm here, but I'm there. The meanings of Latina transnational motherhood. In: Gender & Society 5, S. 548-571.
- Kempinska, E. (2006) Recent trends in International Migration. The SOPEMI Report from

- Poland, Centre for Migration Research. Warschau.
- Lutz, H. (2007a): Vom Weltmarkt in den Privathaushalt. Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung. Op-laden.
- Lutz, H. (Hrsg.) (2007b): Migrant Domestic Work - A European Perspective on a Global Theme. Aldershot.
- OECD (1999): A Caring World. The New Social Policy Agenda. Paris.
- Momsen, J. H. (1999): Maids on the Move. In: Dies. (Hrsg.): Gender, Migration and Domestic Service. London.
- Parreñas, R. S. (2001): Servants of Globalization. Women, Migration and Domestic Work. Stanford.
- Parreñas, R. S. (2005): Children of Global Migration. Transnational Families and Gendered Woes. Stanford.
- Pessar, P. und Mahler, S. (2003): Transnational Migration: Bringing Gender in. In: International Migration Review 3, S. 812-846.
- Rerrich, M. (2006): Die ganze Welt zuhause. Hamburg.
- Sassen, S. (1998): Überlegungen zu einer feministischen Analyse der globalen Wirtschaft. In: PROKLA 111, S. 199-216.
- Shinozaki, K. (2003): Geschlechterverhältnisse in der transnationalen Elternschaft. Das Beispiel philippinischer HausarbeiterInnen in Deutschland. In: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis 3, S. 67-85.
- Sørensen, N. (2005): Migrant Remittances, Development and Gender, Kopenhagen: Dansk Institut for internationale studier.
- Schupp, J. (2002): Quantitative Verbreitung von Erwerbstätigkeit in privaten Haushalten Deutschlands. In: Gather, C.; Geissler, B. und Rerrich, M. (Hrsg.): Weltmarkt Privathaushalt. Bezahlte Hausarbeit im globalen Wandel. Münster, S. 50-70.
- Schupp, J.; Spieß, K. und Wagner, G. (2006): Beschäftigungspotentiale in privaten Haushalten nicht überschätzen. In: DIW Wochenbericht 41, S. 45-52.
- Statistisches Bundesamt (2003): Wo bleibt die Zeit? Die Zeitverwendung der Bevölkerung in Deutschland 2001/2. Wiesbaden.
- Weinkopf, C. (2002): „Es geht auch anders“ - reguläre Beschäftigung durch Dienstleistungspools. In: Gather, C.; Geissler, B. und Rerrich, M. (Hrsg.): Weltmarkt Privathaushalt. Bezahlte Hausarbeit im globalen Wandel. Münster, S. 154-166.
- Weinkopf, C. (2003): Förderung haushaltsbezogener Dienstleistungen - Sinnvoll, aber kurzfristige Beschäftigungswirkungen nicht überschätzen. In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 1, S. 133-147.

Zimmermann, K. F. (2003): Beschäftigungspotentiale im Niedriglohnsektor. In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 1, S.11-24.

Anmerkungen

* Zuerst veröffentlicht in: WSI-Mitteilungen 10/2007

- 1 Dafür spricht auch, dass ein Gesetzesentwurf des Finanzministeriums, in dem die illegale Beschäftigung von Reinigungskräften und Babysittern im Privathaushalt zum Strafbestand erklärt werden sollte, nach Protesten von Abgeordneten aller Parteien zurückgezogen wurde. Bis auf Weiteres gilt diese Beschäftigung als Ordnungswidrigkeit und nicht als Straftatbestand.
- 2 Das DIW ging im Jahr 2003 davon aus, dass im Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen 500.000 neue Jobs für schwer zu vermittelnde ungelernete und ältere Arbeitnehmer geschaffen werden können, wenn einerseits potenzielle Arbeitgeber dazu steuerlich animiert werden (Zimmermann 2003, S. 18) und andererseits Hartz IV-Empfänger und Langzeitarbeitslose mithilfe von Einschränkungen von Leistungen zur Aufnahme dieser Tätigkeiten gezwungen würden (ebd., S. 22). Die „Deregulierung von Dienstleistungsmärkten insbesondere im Gesundheitswesen, bei der Pflege und der Alten und Kinderbetreuung“ sollte ein wichtiges Ziel und Instrument der Arbeitsmarktreform sein (ebd.). Obgleich es bereits Hinweise gab, dass diese Projektion von falschen Voraussetzungen ausging, etwa der Annahme, dass es sich um leicht zu erlernende und durchzuführende Arbeit handele (Weinkopf 2003), wurden die DIW-

Ideen in das Hartz-Gesamtwerk aufgenommen. Drei Jahre später bestätigt sich die Skepsis und zeigt sich, dass neue Arbeitsverhältnisse aufgrund der Mini-Job-Regelung kaum entstanden sind (Schupp u.a. 2006).

- 3 Das politische Diktum, dass Deutschland keine Einwanderung im Bereich der Niedriglohnarbeit benötigt, bleibt hier dominant.
- 4 Die Schätzungen der Gesamtzahl aller aufenthaltsrechtlichen Illegalen in Deutschland schwanken zwischen 500.000 und 1,5 Millionen (Cyrus 2004); mindestens die Hälfte von ihnen sind Frauen.
- 5 Dies entspricht in etwa dem Betrag, den Angehörige von der Pflegeversicherung für die häusliche Betreuung von Pflegebedürftigen ab Pflegestufe Zwei erhalten.
- 6 Es handelt sich um ein von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanziertes europäisches Netzwerkprojekt: Landscapes of Care Drain. Care provision and Care Chains from the Ukraine to Poland and from Poland to Germany (2007-2010).
- 7 Zur Problematik dieser ursprünglich als Kulturaustausch betrachteten, mittlerweile aber zur Haushaltsarbeit mutierten Form des Live-In vgl. Hess 2005 und Lutz 2007a, S. 109ff.
- 8 Dennoch waren einige Frauen bereits länger als zehn Jahre in diesem Bereich tätig.
- 9 Geld, das als Rücküberweisung entweder über Banken oder über private Kuriere in das Herkunftsland geschickt wird.
- 10 Vermarktung von Reproduktionsarbeit.
- 11 Die Namen der Interviewten wurden anonymisiert.
- 12 Weitere theoretische Überlegungen, die sich daraus für die sozialkonstruktivistische Debatte über das Doing Gender ergeben, finden sich in Lutz 2007a, S. 39ff.

Heike Dech

Wie können häusliche Pflegearrangements wirksam durch ehrenamtliche und professionelle Angebote unterstützt werden?

1. Der demografische und epidemiologische Wandel als völlig neue Herausforderung an häusliche Versorgungsnetze

Von allen Menschen, die jemals in der menschlichen Geschichte das 65. Lebensjahr erreicht haben, leben zwei Drittel heute!

Lange Zeit wurde die Bedeutung des demografischen Wandels außerhalb fachwissenschaftlicher Kreise nahezu vollständig in Politik und Gesellschaft verdrängt. Erst in den letzten Jahren ist ein Problembewusstsein für das Ausmaß und die zu erwartenden Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf fast alle Gesellschaftsbereiche zu bemerken. Selbst das Statistische Bundesamt spricht von einer „dramatischen“ Alterung der Bevölkerung in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2006). Der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung wird sich im Vergleich zu heute verdoppeln, die Lebenserwartung weiterhin stark ansteigen und die Bevölkerung insgesamt abnehmen. Die schon stattfindende Umkehr der Alters-

pyramide geht immer rasanter vor sich, die „kritischen Jahre“ finden in den nächsten beiden Dekaden zwischen 2010 und 2030 statt. Demnach wird die Alterspyramide in Deutschland schon in der Mitte des Jahrhunderts auf dem Kopf stehen. Hochrechnungen zufolge wird 2050 ein Drittel der Menschen in Deutschland älter als 60 Jahre sein (vgl. z.B. Enquete Demografischer Wandel Hessen 2007). Selbst wenn die Geburtenrate durch eine frauenfreundlichere Sozialpolitik und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie anstiege, würde sich dies erst deutlich später, vielleicht erst nach Jahrzehnten demografisch bemerkbar machen.

Die Menschen werden älter, vielfältiger und insgesamt weniger – so kann man die wichtigsten gesellschaftlichen Trends auf den Punkt bringen. Die nachrückenden Generationen, insbesondere die Frauen, sind im Schnitt gebildeter und finanzkräftiger als frühere Generationen. Insgesamt folgt daraus eine zunehmende Individualisierung des Alterns. Denn die demografische Umkehrung der Alterspyramide, die Singularisierung der Lebensformen und die Pluralisierung von Le-

Die Menschen werden älter, vielfältiger und insgesamt weniger – so kann man die wichtigsten gesellschaftlichen Trends auf den Punkt bringen.

Die Bereitschaft zur Pflegeübernahme ist dabei in den Familien weiterhin noch relativ hoch.

bensstilen im Alter, die Ausdehnung der Lebenserwartung und damit des individuellen Lebensabschnitts sind Faktoren, die sowohl individuell als auch gesellschaftlich eine viel umfangreichere Gestaltung erfordern.

Die demografische Entwicklung stellt mithin drängende Fragen an unsere Gesellschaft, denn dieser Wandel hat selbstverständlich große Auswirkungen auf die Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsysteme. Es entstehen veränderte Gesundheits- und Krankheitspektren, neue psychosoziale Bedarflagen sowie eine veränderte Inanspruchnahme und Nachfrage (vgl. Tesch-Römer 2006; Karl 2003).

Die häusliche Versorgung wird zwar von älteren Menschen mehrheitlich bevorzugt, doch das informelle Pflegepotenzial wird sich zukünftig erheblich verringern durch den steigenden Anteil Älterer, eine höhere Erwerbsquote, höhere Mobilität bzw. multilokale Familienbeziehungen. Wie Blinkert und Klie (2004) betonen, hängen die Bereitschaft zur häuslichen Pflege und die Gestaltung häuslicher Pflegearrangements keineswegs nur vom Grad der Pflegebedürftigkeit ab, sondern ebenso von den Präferenzen, Lebensstilen und Möglichkeiten des sozialen Milieus. Finanzielle Fragen spielen dabei eine erhebliche Rolle, sogenannte „*opportunity costs*“, z.B. wenn eine gut verdienende Tochter sich vor die Wahl gestellt sieht, sich für oder gegen eine häusliche Versorgung eines nahen Angehörigen zu entscheiden.

Die Fragen nach Formen der Unterstützung und Versorgung für den Erhalt einer möglichst langen Selbständigkeit älterer und erkrankter Menschen werden gesundheitspolitisch immer bedeutungsvoller, insbesondere die Frage nach differenzierten wohnortnahen, vernetzten Behandlungs- und Unterstützungsangeboten. Hilfsbedürftige ältere Menschen werden zwar zu meist von ihren Ehepartnern oder Kindern versorgt, doch das familiäre Pflegepotential wird durch die oben skizzierten Modernisierungsphänomene weiter schrumpfen. In dieser Entwicklung liegt letztlich die zunehmende gesundheitspolitische Brisanz von Demenzerkrankten, da sie besonderer Pflege bedürfen.

2. Belastungen und Probleme in der häuslichen Versorgung

Bereits der vierte Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation hat die Bedeutung von Familien- und Generationenbeziehungen bei der Betreuung und Pflege alter Menschen herausgestellt. Die Bereitschaft zur Pflegeübernahme ist dabei in den Familien weiterhin noch relativ hoch. Selbst von den über 90-jährigen Pflegebedürftigen leben mit 57 Prozent immer noch über die Hälfte in privaten Haushalten (4. Altenbericht 2002).

Die familiäre, häusliche und ambulante Pflege ist dementsprechend bis ins sehr hohe Alter die dominierende Versorgungsform. Zumeist beginnt sie als Partnerpflege, mit zunehmendem Alter der Pflegenden und Gepflegten verlagert sie sich immer mehr auf die Kinder.

Es sei an dieser Stelle in Erinnerung gerufen, dass die Pflege einer demenzkranken Person die Angehörigen jedoch vor gänzlich andere Herausforderungen stellt als das alltägliche „sich kümmern“ um die Kinder, den Ehepartner, Verwandte oder die betagten Eltern. Laienkompetenz ist hier nicht ausreichend; erlernte familiäre Kompetenzen oder Pflegefachverstand zwischen den Generationen kommen hier an ihre Grenzen (vgl. Gröning 2007), zumal die Zeitdauer der häuslichen Versorgung in der Regel wesentlich länger ist als die der Pflegeheimversorgung. Wir müssen also danach fragen, wie die Bereitschaft zur häuslichen Versorgung mit zusätzlichen Maßnahmen gefördert und unterstützt werden kann.

Für einen Umzug ins Heim sind demenzielle Erkrankungen (43 Prozent) dann ausschlaggebend, wenn die häusliche Pflege selbst mit gemeindepflegerischer Unterstützung an die Grenzen der Belastbarkeit kommt (vgl. Stellungnahme der Bundesregierung 2002).

Das Ausmaß an Unterstützung und Beaufsichtigung, das den Angehörigen in der häuslichen Versorgung abverlangt wird, ist

häufig enorm. Mace und Rabins (1996) schildern in ihrem Buch „Der 36-Stunden-Tag“ den Alltag pflegender Angehöriger auf eindrucksvolle Weise. Deren Präsenz ist buchstäblich pausenlos erforderlich, an jedem Tag der Woche, nicht selten über viele Jahre hinweg und häufig ohne die Möglichkeit eines Urlaubs. Ernst und Hay (1994) berichten in ihrer viel zitierten Untersuchung von 69 bis 100 Stunden, die Angehörige pro Woche für die Versorgung des mit ihnen lebenden Demenzpatienten aufwenden.

In verschiedenen deutschen Studien sind die Belastungsfaktoren und das Belastungserleben pflegender Angehöriger beschrieben worden (Gunzelmann 1991; Kruse 1994; Gräbel 1998; Adler u.a. 1996; Zank u.a. 2006). Als wiederkehrende Belastungsquellen nennen die Autoren: die Veränderung der eigenen Lebensplanung; das ständige Angebundensein an den zu pflegenden Angehörigen; der Gedanke, dass es keine Veränderung zum Besseren gibt; das erlebte (Mit-)Leiden sowie die Angst, sie bald zu verlieren.

Die Demenz und die Verwirrtheit der Pflegebedürftigen verändern zudem das Verhältnis zwischen Pflegenden und Gepflegten, was häufig zu Beziehungsproblemen führt, da die Nähe zu Tod und Sterben auszuhalten und häufig die eigene Selbstverwirklichung hintanzustellen ist. Weitere wesentliche Probleme sind die gestörte Nachtruhe, fehlende soziale Anerkennung und die Schwie-

Die Demenz und die Verwirrtheit der Pflegebedürftigen verändern zudem das Verhältnis zwischen Pflegenden und Gepflegten, was häufig zu Beziehungsproblemen führt, da die Nähe zu Tod und Sterben auszuhalten und häufig die eigene Selbstverwirklichung hintanzustellen ist.

Anfänglich ist sie typischerweise nur das Geben einer Hilfestellung, schließlich wird sie zu einer alles dominierenden und zeitlich stark einschränkenden Versorgungsbeziehung.

rigkeit, Urlaub nehmen zu können. Der Mangel an Kontakten zu Freunden und Bekannten und die daraus erwachsende Isolation ist eine ernst zu nehmende Belastung (vgl. Tesch-Römer 2006).

Soziale Isolation der Angehörigen

Pearlin u.a. (1996) betonen die stressreduzierende Funktion sozialer Kontakte und sozialer Netzwerke bei der praktischen und emotionalen Bewältigung der häuslichen Versorgungssituation. Das Auftreten einer schweren, langwierigen und sich zunehmend verschlechternden Erkrankung wie einer Demenz verändert kontinuierlich den Charakter der Pflege. Anfänglich ist sie typischerweise nur das Geben einer Hilfestellung, schließlich wird sie zu einer alles dominierenden und zeitlich stark einschränkenden Versorgungsbeziehung. Die Notwendigkeit ständiger Beaufsichtigung bedeutet für die versorgenden Angehörigen, dass sie das Haus kaum noch verlassen können. Die geringe Zeit außer Haus ist zumeist mit eiligen Erledigungen ausgefüllt. Den Pflegepersonen bleibt meistens keine Zeit, eigenen Interessen nachzugehen oder soziale Kontakte wie früher zu pflegen (Domdey 1996).

Das offensichtlich größte Problem während der Betreuung und der Pflege eines demenzerkrankten Familienmitgliedes ist die zunehmende soziale Isolation, wenn nicht sogar Ausgren-

zung (vgl. Theobald 2005). Pflegende Angehörige erhalten zwar von ihrem sozialen Umfeld zu meist Unterstützung, aber sie erleben auch soziale Ausgrenzung. Die Ursachen dafür sind mannigfaltig und reichen von den eingeschränkten zeitlichen Ressourcen der pflegenden Angehörigen bis zur Unsicherheit der Verwandten und Bekannten beim Umgang mit dem erkrankten Menschen. Eine 71-jährige pflegende Ehefrau erlebte die soziale Ausgrenzung wie folgt (es handelt sich hier um Aussagen von pflegenden Angehörigen aus einer größeren, mit qualitativen und quantitativen Methoden von der Autorin erhobenen Studie (Versorgungsforschung häuslicher Pflegearrangements bei Demenz):

„... ich bin so alleine mit ihm. Freunde und Bekannte wissen nicht, wie sie mit unserer Situation umgehen sollen. Aus Scheu und Unwissenheit sehen die Bekannten über meinem Mann hinweg und stellen gar keine Beziehung mehr zu ihm her. Das Schlimme ist, dass auch ich dadurch meine Kontakte verloren habe. Ich kann ja nicht von zu Hause weg, um mit anderen gesellig zu sein“

Die Versorgungsaufgaben lassen Angehörige leicht in eine soziale Isolation geraten oder führen zumindest zu einer Reduktion ihrer sozialen Aktivitäten und Sozialkontakte. Gründe dafür sind einerseits der Zeitmangel aufgrund der Pflegebeanspruchung, da der Demenzkranke ab einem

mittleren Schweregrad kaum unbeaufsichtigt zuhause gelassen werden kann, andererseits psychische Faktoren wie gehäufte Stress- und Erschöpfungszustände.

Verlust an Kommunikationsmöglichkeiten

Die psychische Belastung der pflegenden Angehörigen umfasst weit mehr als die direkte Versorgung eines hilfsbedürftigen Familienmitgliedes. Vielfach handelt es sich um ein langes und schmerzvolles Abschiednehmen von einem geliebten und vertrauten Menschen (vgl. Dech 2001; Kurz 2002).

Es ist leicht vorstellbar, insbesondere bei versorgenden Ehepartnern, dass die frühere Qualität der Beziehung Einfluss darauf hat, wie die Versorgungssituation bewältigt wird. Ballard u.a. (1995) fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen prämorbid niedrig ausgeprägter ehelicher Vertrautheit und Depressivität bei den versorgenden Ehepartnern. Ähnlich fanden Schulz und Williamson (1991), dass bei Angehörigen, die vor dem Auftreten einer demenziellen Symptomatik ein emotional gutes Verhältnis zu dem Patienten hatten, weniger Belastungsempfinden zu verzeichnen war.

Ein 79-jähriger Arzt erzählt über seine Frau: „Meine E. ist jetzt weit weg auf einem anderen Planeten. Ich hätte mir früher nie vorstellen können,

wie einseitig das Leben für mich wird. Wir hatten für das Alter gemeinsame Pläne. Obwohl ich als Mediziner um die Krankheit weiß, kann ich mich nur schwer damit abfinden, dass vieles nicht mehr zu realisieren ist. Am meisten fehlt mir unser gemeinsamer Gedankenaustausch.“

Die Bewältigung der Demenzerkrankung in der Familie ist nicht zuletzt abhängig von dem Gelingen der Bewältigung der Trauer um den Verlust des Angehörigen als eines gleichwertigen Kommunikationspartners. Die Auseinandersetzung mit der Demenzerkrankung eines Familienmitgliedes kann man durchaus als einen Prozess ansehen, in welchem eine Folge verschiedener Verarbeitungsformen und Bewältigungsstrategien eines Trauerprozesses im Sinne von Kübler-Ross (1975) sukzessive zu beobachten sind.

Demenzsymptome, die die Versorgung erschweren

Der Verlust der kognitiven Fähigkeiten gilt als das Hauptsymptom der Demenz. Die Abnahme der kognitiven Fähigkeiten wird in der Regel von der Verminderung des Anpassungsvermögens an die Umwelt und der sozialen Kompetenzen begleitet. Lange Zeit hatte man vornehmlich die Gedächtnis- und Orientierungsstörungen bei Demenzerkrankungen im Blick. Dagegen wurde den nicht kognitiven Störungen,

Die Bewältigung der Demenzerkrankung in der Familie ist nicht zuletzt abhängig von dem Gelingen der Bewältigung der Trauer um den Verlust des Angehörigen als eines gleichwertigen Kommunikationspartners.

Kontinuitätserhaltende Versorgungskonzepte sind für demenzkranke Personen umso mehr von Bedeutung, da sie in der vertrauten Umgebung ihre krankheitsbedingten Gedächtnisprobleme deutlich länger kompensieren.

auch demenzbedingte Verhaltensstörungen genannt, nur relativ wenig Beachtung geschenkt (vgl. Kurz 2002). Gemeint sind hiermit Demenzsymptome wie dauerndes Fragen, Aggressivität, Misstrauen, Halluzinationen, Umherwandern, Weglauftendenzen oder psychomotorische Unruhe. Ein gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus kann in der häuslichen Pflegesituation zu einem psychophysischen Erschöpfungszustand des Angehörigen führen. Eine 49-jährige Tochter schildert dies so:

„Meine Mutter findet ihre Sachen nicht wieder. Sie beschuldigt mich, Dinge in den Müll geworfen oder ihr weggenommen zu haben ... Alle im Haus verlegten Gegenstände halten die gesamte Familie am Suchen, was immer mit einem unausgesprochenen Vorwurf begleitet ist, dass irgendjemand diese Gegenstände weggenommen hat. Ich bin oft genervt von ihrer Unruhe und ihrer Aggressivität mir und meiner Familie gegenüber.“

Gerade aber diese Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsveränderungen beeinträchtigen den Betroffenen besonders und bedeuten für die häusliche Pflege durch die Angehörigen eine besondere Belastung.

3. Familiäre Fürsorge: Sicherung biografischer Kontinuität

Kontinuität ist ein grundlegender Begriff zur Beschreibung von Alterungsprozessen, sowohl in psychologischer als auch in sozialer Hinsicht. Erwachsene mittleren oder fortgeschrittenen Alters versuchen im Wesentlichen ihre Lebenssituation beizubehalten und im Sinne der biographischen Kontinuität fortzuführen, indem sie im Laufe des Lebens erworbene Anpassungsstrategien verwenden. Sowohl bei Alltagsplänen als auch bei alltäglichen Entscheidungen greifen Menschen gerne auf Vorerfahrungen, erlernte Verhaltensmuster und Wertvorstellungen zurück. Der Begriff der Erfahrung steht dabei in einem engen Zusammenhang mit dem Begriff der persönlichen Identität und der Biographie der Person. Daher liegt es nahe, ältere und alte Menschen bei den Anpassungsanforderungen und Entwicklungsaufgaben kontinuierterhaltend zu unterstützen, um Brüche in der Biographie zu vermeiden und ihre Bewältigungsstrategien zu stärken.

Kontinuitätserhaltende Versorgungskonzepte sind für demenzkranke Personen umso mehr von Bedeutung, da sie in der vertrauten Umgebung ihre krankheitsbedingten Gedächtnisprobleme deutlich länger kompensieren und jahrelang erprobte Alltagsroutinen und Bewältigungsstrategien einsetzen können. In der

gewohnten Umgebung kann oft noch ein Grad an Selbstständigkeit aufrechterhalten werden. Dies trägt sehr zum Erhalt an Lebensqualität bei, die in einer neuen Umgebung nicht oder kaum mehr zu erreichen ist. Gewachsene nachbarschaftliche Beziehungen und soziale Netzwerke garantieren informelle Hilfen, insbesondere die soziale Einbindung in den Familien- und Freundeskreis sowie dem Wohnumfeld kommt eine zentrale Funktion als Bewältigungsressource zu (Backes/Clemens 2003; Kruse 2002). In diesem Sinne sollten kontinuierlich- und netzwerkerhaltende Beratungs- und Versorgungsansätze – als Stützen des häuslichen Umfelds – zukünftig systematischer entwickelt werden. Ziel einer solchen zukünftigen Entwicklung sollten auf Kontinuität ausgerichtete gemeindenaher, kleinräumige, personenzentrierte Angebote und beratungsorientierte Konzepte sein.

4. Bedürfnisorientierte, flexible Unterstützungsangebote

Angesichts der Belastungen der pflegenden Angehörigen von demenzten Patienten sind Entlastungs- und Unterstützungsangebote geradezu unumgänglich, will man die Aufnahme in ein Pflegeheim vermeiden. Die Fachliteratur weist konsistent darauf hin, dass Heimaufnahmen vermieden oder zumindest hinausgezögert werden können, wenn pflegende

Angehörige eine systematische Unterstützung erfahren (z.B. Kunik u.a. 2003).

Eine spezifische empirische Interventionsforschung ist erforderlich, um den Einsatz von Ressourcen stärker zu bündeln. An folgenden Grundsätzen sollten sich Institutionen und Forschungseinrichtungen für die Verbesserung der Effizienz bekannter und für die Konzeption neuer Unterstützungs- und Hilfsangebote orientieren:

Leitmaxime sollte dabei sein, betroffene Familien zu stabilisieren, also die Lebensqualität des Demenzkranken und seiner Angehörigen nach Maßgabe des Möglichen zu erhalten. Es ist hierbei zu beachten, dass Interventionen dann die stärkste Akzeptanz finden, wenn sie als unterstützend wahrgenommen und der Vielfalt der Lebensformen gerecht werden (vgl. Backes/Clemens 2003). Die jüngere Forschungsliteratur belegt, dass aktivierende, beratende und insbesondere psychoedukative Interventionen die Angehörigen – viel eher als passive Hilfsangebote – in die Lage versetzen, ihre Situation zu bewältigen und zu kontrollieren. Maßnahmen, die das aktive Beteiligtsein von Angehörigen fördern und damit deren Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit stärken, haben sich dabei als effektiv erwiesen (vgl. Dech 2005). Prävention in diesem Setting sollte prinzipiell darauf gerichtet sein, überfordernde Pflegebeziehungen gar nicht erst entstehen zu lassen. Die Un-

Es ist hierbei zu beachten, dass Interventionen dann die stärkste Akzeptanz finden, wenn sie als unterstützend wahrgenommen und der Vielfalt der Lebensformen gerecht werden.

terstützungs- und Hilfsangebote sollten primär darauf abzielen, pflegerische Belastungen zu reduzieren und Spannungen in der Beziehung zwischen den Pflegepersonen und den Pflegebedürftigen abzubauen.

Kompetenz- und ressourcenorientierte Perspektive

Trotz aller Belastungen entscheiden sich die meisten Angehörigen für die häusliche Pflege. Viel ist zwar über die besonderen Belastungen der häuslichen Versorgung von Alzheimerkranken durch ihre Angehörigen geforscht worden. Nun jedoch sollte eine Wende von dieser defizitorientierten Perspektive hin zu einem im wissenschaftlichen Diskurs einsetzen, der sich stärker den Ressourcen, Potenzialen und Kompetenzen der pflegenden Angehörigen widmet und danach fragt, wie diese adäquat zu unterstützen sind.

Die Rolle der Versorgungsforschung sollte darin bestehen, differenziertere Erkenntnisse über die familiäre Pflegesituation zu ermitteln und einen Wissenstransfer zu den in der Praxis tätigen Berufen herzustellen. Allerdings hat die Forschung die familiäre Pflegeleistung sowie die Leistungsfähigkeit der pflegenden Laien noch nicht hinreichend beleuchtet und daher nicht ausreichend individuell passfähige Entlastungs- und Unterstützungskonzepte entwickelt. Um die negativen Auswirkungen der häuslichen Pflege-

arbeit so gering wie möglich zu halten, sollten die Versorgungsangebote sich weiterentwickeln zu Strukturen, die einen flächendeckenden und niedrigschwiligen Zugang zu professioneller Beratung, Schulung und Pflegecoaching anbieten.

Insbesondere Schulungs- bzw. Psychoedukationsprogramme erweisen sich als erfolgreich. Multi-komponenten-Angebote sind in diesem Zusammenhang den isolierten Einzelmaßnahmen vorzuziehen (Sörensen u.a. 2002). In ihnen werden verschiedene Elemente wie Psychoedukation, Stressmanagement, Krankheitskenntnisse, Gesprächsangebote und entlastende Dienste gebündelt. Sie können das Wohlbefinden und wichtige Aspekte der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen erheblich verbessern.

Konfiguration von unterstützenden professionellen Angeboten

Um eine Teilnahme an unterstützenden Programmen zu erleichtern, sollten die örtlichen Einrichtungen den Pflegenden eine Übersicht über die wichtigsten Hilfsangebote in ihrer Umgebung geben. Hier sind niedrigschwellige, lokale Beratungs- und Koordinationsstellen zu implementieren. Diese sollten insbesondere ihr Beratungsprofil für Prävention und Frühinterventionen schärfen. Die Pflegenden benötigen beim Erwerb von Kenntnissen und

Nun jedoch sollte eine Wende von dieser defizitorientierten Perspektive hin zum wissenschaftlichen Diskurs einsetzen, der sich stärker den Ressourcen, Potenzialen und Kompetenzen der pflegenden Angehörigen widmet.

Kompetenzen Unterstützung, die zur Nutzung von Hilfsangeboten und zur Aktivierung informeller und formeller sozialer Netzwerke unabdingbar sind. Günstig ist zweifelsohne auch eine engere Vernetzung der einzelnen Hilfsangebote mit dem Ziel, bestehende Lücken zu schließen und Angebotsüberschneidungen zu vermeiden. Die verschiedenen Präventions- bzw. Interventionsbereiche sollten in ein funktionales Modell integriert sein. Dies kann in Form einer zentralen kommunalen Anlaufstelle oder in durchdacht konzeptionierten Pflegestützpunkten geschehen, welche die Ratsuchenden über bestehende Angebote und Einrichtungen informiert. Dazu sollte unbedingt eine individuelle Beratung und Hilfeplanung ermöglicht werden (case management) (vgl. Dech/Machleidt 2004).

Beratung, Schulung und Pflegecoaching

Pflegende Angehörige benötigen ein offenes Beratungs- und Schulungsangebot zur Verbesserung ihrer Pflegetätigkeit. Sie brauchen konkrete Anleitungen im Sinne eines Pflegecoachings, wie sie konstruktiv mit dem demenziellen Verhalten ihres Familienmitgliedes umgehen können. Besonders wichtig wären Programme, die neben dem praktischen Know-how auch Hilfen im Umgang mit dem kranken, desorientierten Familienmitglied sowie Angebote zur emotionalen Verarbeitung beinhalten. Pflegende

müssen sich mit ihrer neuen Rolle vertraut machen, eine eigene innere Haltung entwickeln und reflektieren. Sie müssen lernen, die eigene Situation einzuschätzen, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen, sich abzugrenzen und Problemlösestrategien zu entwickeln. Häufig wird folglich auch ein Stressmanagement-Training empfohlen (Sörensen u.a. 2002). Darin werden Strategien entwickelt, die dem Pflegenden Stressbewältigungs- und Konfliktmanagement-Kompetenzen an die Hand geben. Das Stärken von Selbstwirksamkeit und psychosozialen Kompetenzen kann dazu beitragen, Gefühle der Hilflosigkeit zu reduzieren (Gunzelmann u.a. 1996; Domdey 1996). Neben diesen Soft Skills muss aber ebenso ein Wissen sowohl über die Erkrankung selbst, deren Verlauf, typische Symptome als auch über adäquate Behandlungskonzepte vermittelt werden.

Unterstützung in Krisensituationen

In häuslichen Pflegearrangements können rasch unvorhergesehene Krisensituationen entstehen, beispielsweise wenn ein weiteres Familienmitglied akut erkrankt oder verreisen muss. In einer solchen Situation werden unbürokratische Ad-hoc-Hilfen benötigt. Über eine aktuelle Krisenintervention hinaus ist es sinnvoll, dass die Unterstützungsmaßnahmen nachhaltig als Hilfe zur Selbsthilfe im Sinne des Empowerment-Konzepts wirken.

Über eine aktuelle Krisenintervention hinaus ist es sinnvoll, dass die Unterstützungsmaßnahmen nachhaltig als Hilfe zur Selbsthilfe im Sinne des Empowerment-Konzepts wirken.

Dabei sind Ressourcen in der sozialen Umgebung, wie gewachsene nachbarschaftliche Strukturen, Nachbarschaftshilfe ebenso wie ehrenamtliche Hilfen und jegliche Formen der Selbst- und Familienhilfe zu fördern.

Selbsthilfegruppen können den Angehörigen in seinen Kompetenzgefühlen und Handlungsfähigkeiten stärken, aber auch die Familie stabilisieren, indem sie einen Informationsaustausch über die Erkrankung ermöglichen (vgl. Rath 1997). Bestehende Selbsthilfegruppen sollten folglich organisatorisch, finanziell und informationell gestärkt werden.

Für den Bereich der konkreten zeitlichen Entlastung von Angehörigen können einige bereits praktizierte Ideen aufgegriffen werden. Bei vielen älteren Angehörigen finden Hausbesuche von Ehrenamtlichen oder Laienhelfern eine gute Akzeptanz, sofern sie ausgebildet sind und angemessen eingesetzt werden. Flexible Betreuungsdienste (sitting services) in Form von Einzel- oder Gruppenbetreuung können Familien zeitweilig von der Pflegetätigkeit und der Verantwortung für den Patienten entlasten oder in Krisensituationen die Angehörigen stundenweise entlasten. In diesem Zusammenhang wäre es wichtig, die Organisationsentwicklung der Träger sozialer Dienste so voranzutreiben, dass die einzelnen professionellen Träger ihre Angebote enger miteinander vernetzen.

Patient-Angehörigen-Dyade stärker beachten

Die bei den Angehörigen vorhandene Pflegemotivation gilt es, ebenso wie ihr Kohärenzgefühl,

durch das Stärken von protektiven Faktoren, Selbstwirksamkeit und Resilienz zu erhalten. So können familiäre Kommunikationsmuster, Intimität und Vertrautheit durchaus als Ressource aufgegriffen werden. In diesem Sinne sollten Versorgungskonzepte so ausgerichtet werden, dass sie durch strukturelle, soziale und personelle Ressourcenförderung die häusliche Pflegesituation und die Patient-Angehörigen-Dyade einbeziehen und unterstützen, um pflegebedingte Belastungen zu reduzieren, damit die Angehörigen durch die Entlastung die häusliche Versorgungskontinuität und -qualität für den Demenzkranken aufrechterhalten können.

Dabei sind Ressourcen in der sozialen Umgebung, wie gewachsene nachbarschaftliche Strukturen, Nachbarschaftshilfe ebenso wie ehrenamtliche Hilfen und jegliche Formen der Selbst- und Familienhilfe zu fördern (Dörner 2007). Ebenso ist eine gute Verzahnung von informellen und formellen Hilfen sowie eine sinnvolle Koordination der formellen Leistungserbringer untereinander zu fordern.

Vernetzte, multiprofessionelle Angebote

Besonders aus dem Blickwinkel der häuslichen Versorgung von Demenzkranken besteht ein dringender Bedarf an der Entwicklung von multiprofessionellen ambulanten Versorgungskonzepten.

ten, welche gut vernetzt sind und daher die medizinischen, funktionellen und psychosozialen Fragen der Patienten und ihrer Angehörigen systemübergreifend angehen können. Das Grundkonzept hierzu sollte eine an den Bedürfnissen und individuellen Lebensumständen orientierte Demenzversorgung sein. Unbedingt zu fördern sind wohnortnahe, quartiersbezogene Hilfen, die individuell auf den häuslichen Bedarf des Patienten und die Möglichkeiten der pflegenden Angehörigen abgestimmte Hilfen kombinieren (Hilfemix). Aufgrund des schwindenden Pflegepotenzials sind überdies auch mehr quartiersbezogene, kleinräumige Wohnangebote zu entwickeln (Dörner 2007), z.B. in Wohnsiedlungen, um eine bedarfsgerechte Hilfe in jeder Wohnform zu ermöglichen.

Die Methode des *case management* ist als Rahmenkonzept sowie Steuerungsinstrumentarium einer solchen vernetzten formalen und informellen Versorgung geeignet. Insgesamt gesehen sollte der Gesetzgeber pflegende Angehörige systematischer und zugleich flexibler unterstützen und es ist sehr zu hoffen, dass das neue Pflegezeitgesetz einen solchen Weg beschreitet.

Literatur:

- Backes, G.M. und Clemens, W. (2003): Lebensphase Alter – Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternforschung. Weinheim.
- Ballard, C.G.; Saad, K.; Coope, B.; Graham, C.; Gahir, M.; Wilcock, G.K. und Oyebode, F. (1995): The etiology of depression in the carers of dementia sufferers. In: *Journal of Affective Disorders*, 35, S. 59-63.
- Blinkert, B. und Klie, T. (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarftentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Hannover.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission für den Vierten Altenbericht „Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen“. Berlin. S. 17-43.
- Dech, H. (2001): Die versteckten Opfer der Demenz – Zur Situation pflegender Angehöriger. In: Hessisches Sozialministerium (Hrsg.): *Altenhilfe in Europa*. Wiesbaden.
- Dech, H. und Machleidt, W. (2004): The need for assessment and evaluation. Relevance and applicability of the CANE in the German health care system. In: Orrell, M. und Hancock, G.:

- Needs assessment for the older person. The Camberwell Assessment of Need for the Elderly. London.
- Dech, H. (2008): Gerontologie – ein wachsendes Arbeitsfeld in der klinischen Sozialarbeit. In: Gahleitner, S. B. und Hahn, G. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Bonn. S. 207-221.
- Dörner, K. (2007): Leben und sterben, da wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster.
- Domdey, C. (1996): Der demenziell erkrankte Mensch in der Familie. Anregungen zum verstehenden Umgang und Aspekte der Betreuung. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln.
- Ernst, R.L. und Hay, J.W. (1994): The US economic and social costs of Alzheimer's Disease revisited. American Journal of Public Health, 84, S. 1261-1264.
- Gröning, K. und Bauer, A. (Hrsg.) (2007): Die späte Familie – Intergenerationenbeziehungen im hohen Lebensalter. Giessen.
- Gutzmann, H. und Zank, S. (2005): Demenzielle Erkrankungen. Medizinische und psychosoziale Hilfen. Stuttgart.
- Hessischer Landtag (2007): Abschlussbericht der Enquete-kommission „Demografischer Wandel – Herausforderung an die Landespolitik“. Drucksache 16/7500. Wiesbaden.
- Karl, F. (Hrsg.) (2003): Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie – Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema. Weinheim. S. 7-17.
- Kunik, M.E.; Snow, A.L.; Molinari, V.A.; Menke, T.J.; Soucek, J.; Sullivan, G. und Ashton, C.M. (2003): Health Care Utilization in Dementia Patients with Psychiatric Comorbidity. Gerontologist, 43, S. 86-91.
- Kurz, A. (2002): Klinik der Alzheimer-Demenz. In: Beyreuther, K. und Förstl, H. (Hrsg.). Demenzen – Grundlagen und Klinik. Stuttgart.
- Kruse, A. (2002): Gesund altern: Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Baden-Baden.
- Mace, N.L. und Rabins, P.V. (1996): Der 36-Stunden-Tag. Die Pflege des verwirrten älteren Menschen, speziell des Alzheimer-Kranken. Bern.
- Pearlin, L. I.; Aneshensel, C. S.; Mullan, J. T. und Whitlatch, C. J. (1996): Caregiving and social support. In: Binstock, R. und George, L.K. (Hrsg.): Handbook of aging and the social sciences. San Diego. S. 283-302.
- Rath, B. (1997): Betreuung und Pflege von Alzheimer-Kranken. Erfahrungen aus dem Alzheimer Tageszentrum in Wetzlar. In: Roesler, M.; Retz, W. und Thome, J. (Hrsg.): Alzheimer-Krankheit. Weinheim.
- Schulz, R.; Visintainer, P. und Williamson, G.M. (1990): Psychia-

- tric and physical morbidity effects of caregiving. *Journal of Gerontology*, 45, S. 181-191.
- Schwerdt, R. (2007): Nursing development als Modell wertorientierter Qualitätsentwicklung in der Pflege von Menschen mit Demenz. In: Teising, M.; Drach, L.M.; Gutzmann, H.; Haupt, M.; Kortus, R. und Wolter, D.K. (Hrsg.): *Alt und psychisch krank - Diagnostik, Therapie und Versorgungsstrukturen im Spannungsfeld von Ethik und Ressourcen*. Stuttgart.
- Sörensen, S.; Pinquart, M. und Duberstein, P. (2002): How effective are interventions with caregivers? In: *The Gerontologist* 42/2002, S. 356-372.
- Statistisches Bundesamt (2006): *Datenreport 2006. Bundeszentrale für politische Bildung*. Bonn.
- Tesch-Römer, C.; Wurm, S.; Hoff, A.; Engstler, H. und Motel-Klingbiel, A. (2006): *Der Alterssurvey: Beobachtung gesellschaftlichen Wandels und Analyse individueller Veränderungen*. In: Tesch-Römer, C.; Engstler, H. und Wurm, S. (Hrsg.): *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden. S. 11-46.
- Theobald, H. (2005): *Soziale Ausgrenzung im Alter und häusliche Pflege*. In: Klie, T.; Buhl, A.; Entzian, H.; Hedtke-Becker, A. und Wallrafen-Dreisow, H. (Hrsg.): *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen*. Frankfurt/Main.

Ulrike Höhmann

Pflegeberufe als Profession?

Entwicklungschancen und Hürden

Der Beitrag skizziert zentrale widerstreitende Einflüsse, denen die Pflegeberufe auf ihrem seit Beginn der achtziger Jahre euphorisch begonnenen Weg hin zur „Profession“ ausgesetzt sind. Damit ist keine berufssoziologisch systematische Betrachtung intendiert. Es geht vielmehr darum, schlaglichtartig markante Entwicklungslinien herauszuarbeiten. So werden, ausgehend von häufig genannten berufssoziologischen Professionsmerkmalen, vier für die Berufspraxis wichtige Entwicklungsbedingungen nach ihrer Zukunftsbedeutung für die Pflegeberufe befragt. Besonders im Blick stehen:

1. die Heterogenität der Berufsgruppe,
2. zentrale gesetzliche Rahmenbedingungen für die Berufsausübung,
3. aktuelle berufsgruppeninterne Diskussionsstränge zu Professionalisierungsfragen sowie
4. aktuelle Organisationsbedingungen pflegerischer Arbeit.

Ziel ist es, anhand dieser vier Bereiche, Hoffnungen und Schwierigkeiten der aktuellen Professionsentwicklung der Pflegeberufe zu veranschaulichen und damit erste Anhaltspunkte für eine

weiterführende Diskussion über ihre Stellung in verschiedenen sozialstaatlichen Modellen des „Wohlfahrts- oder Hilfemixes“ zu geben.

1. Zentrale Merkmale von Professionen

Bezugspunkte der folgenden Argumentation bilden allgemeine, aktuell diskutierte, berufssoziologische Professionsmerkmale (vgl. z.B. Oevermann 1976; Stichweh 2008; Klatezki/Tacke 2005), die in vielen Zusammenhängen auch immer wieder für die Pflegeberufe - und Ähnliche - diskutiert wurden (z.B. Schröck 1992; Taubert 1994; Haug 1995; Weidner 1995; Bartholomeyczik 1997; Brieskorn-Zinke/Höhmann 2001; Schmidbauer 2002; Steppe 2003; Höhmann u.a. 2008; Bollinger u.a. 2005):

1. Bei Professionen handelt es sich um Berufe, die aufgrund von besonderen Anlagen/Begabungen und inhaltlichen Motiven der Person gewählt werden.
2. Sie werden zur Profession über ihren (akademischen) Wissenskörper, den sie refle-

Sie sind zuständig, wenn es um Probleme einzelner Menschen (oder Organisationen) in einem konkreten Lebenszusammenhang geht, die ohne spezialisiertes Professionswissen nicht zu bewältigen wären.

xiv kultivieren, kodifizieren und vertexten und zudem, in einer darauf bezogenen Ausbildung, die Weitergabe selbst kontrollieren. Darüberhinaus kontrollieren Professionen die fachlichen Inhalte und formalen Standards ihrer Berufsausübung. Sie sind zuständig, wenn es um Probleme einzelner Menschen (oder Organisationen) in einem konkreten Lebenszusammenhang geht, die ohne spezialisiertes Professionswissen nicht zu bewältigen wären: im Rahmen der klassischen Professionen, die Medizin für den Körper, die Theologie für den Sinn, das „Recht“ für die Ordnung des Zusammenlebens.

3. Das spezifisch gelehrte Professionswissen besteht aus abstrakten Kategorien, die vom einzelnen Professionsmitglied im Berufsalltag erst auf den jeweiligen Einzelfall adaptiert werden müssen. Betont wird dabei die „Überkomplexität der Situation des Einzelfalls“ im Hinblick auf das gelernte Wissen. Anders ausgedrückt, der Berufsalltag fordert die Bewältigung des Widerspruchs zwischen erlerntem, sicheren Regelwissen und der Notwendigkeit, dies auf den aktuellen Einzelfall anzupassen. Verbunden ist dies mit struktureller Unsicherheit und der unsicheren Antwort auf die Frage nach der Bedeutung von „Wissen“ und „Nichtwissen“ für die anstehende „Problembearbeitung“. Da-

bei bleibt es situationsbezogen unklar, wie offen diese strukturelle Unsicherheit gezeigt werden darf. An zwei typischen Alltagssituationen, die mit solchen geschilderten Problemen behaftet sind, wird dies anschaulich: Erstens ist unklar, ob es zu Vertrauenszugewinn oder Vertrauensverlust des Klienten dem Professionellen gegenüber führt, wenn dieser seine Unsicherheit zugibt, im Vorhinein nicht genau wissen zu können, welche der zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden sich für den Einzelfall als die „beste“ erweist. Profis müssen zudem zweitens, aufgrund des Leidensdrucks der Klienten und der Regeln der Arbeitsorganisation, ihre Interventionen planen und beginnen, bevor alle möglichen Ursachenforschungen und diagnostischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, mit denen Sicherheit über die „richtige“ Intervention hätte hergestellt werden können.

Professionsangehörige sind typischerweise solchen Außenanforderungen ausgesetzt und können sich im Umgang mit Klienten nicht nur auf spezifische, rollenförmig zu erlernende Interaktionsbestandteile konzentrieren, sondern benötigen zusätzlich in hohem Maße diffuse Interaktionskompetenz. Im Gegenzug genießen Professionen aufgrund ihres oft monopolistischen Wissens hohes Ansehen.

4. Professionen gelten darüber hinaus in ihrer Berufsausübung als „neutral“. Das heißt, als „interessenlos“ im Sinne eines Eigennutzes und im Hinblick auf die sie stabilisierenden Machtverhältnisse. Sie können demonstrieren, dass ihre Wissensausübung allein am Wohle der Gesellschaft ausgerichtet ist. Die Berufsausübung schließt in der Regel den Anspruch auf einen bestimmten (hohen) Status und gesellschaftliche Anerkennung ein.

Soweit einige wichtige Professionsmerkmale, anhand derer die aktuelle Situation der Pflegeberufe zu überprüfen sein wird. Dazu möchte ich weder die Diskussion um „Semiprofessionen“ (Etzioni 1969) neu beleben, noch die aktuelle berufssoziologische Debatte um das „Ende der Professionen“ (z.B. Broadbent u.a. 1997) aufgreifen. Hier geht es vielmehr darum, aktuelle, alltäglich sichtbare Einflusslinien innerhalb der Pflegeberufe aufzuzeigen und diese abschließend im Hinblick auf ihre Professionalisierungsbedeutung für die Pflegeberufe zur Diskussion zu stellen.

2. Die Heterogenität der Berufsgruppe

Als eine erste professionalisierungsrelevante Einflussgröße ist auf die enorme Heterogenität von Qualifikationsniveaus, Tätigkeitsschwerpunkten und Interes-

senlagen der pflegebezogenen Berufsgruppen zu verweisen, die über die großen Berufsvertretungen, die Gewerkschaften und den Deutschen Pflegeerrat kaum mehr zusammengehalten werden können. Zu den Pflegeberufen im engeren Sinne gehören in der Regel 3-jährig ausgebildete Altenpfleger, 3-jährig ausgebildete Kinder-/Kranken-Gesundheitspfleger, zwischen 1-jährig und 28 Tage ausgebildete Helferberufe sowie Absolventinnen und Absolventen pflegebezogener Studiengänge auf Bachelor-, Diplom-, Master- und Promotionsniveau. Gerade im Hinblick auf die meist einjährig ausgebildeten Helferberufe ist ein ungeheurer Spezialisierungsboom zu verzeichnen: von operationstechnischen Angestellten, die ehemalige Operationsschwester ersetzen, über für Klinikbelange spezialisierte ausgebildete Arzthelferinnen oder „Texture Assistents“, die besonders für das postoperative Zusammennähen der Haut eingesetzt werden, bis hin zu Sozialassistenten, die vorwiegend im Behindertenbereich eingesetzt werden. Diese Berufsgruppen erscheinen vor allem interessant, weil sie einen niedrigschwelligen Einstieg in längerfristige Ausbildungsberufe ermöglichen. Sie werden auf der anderen Seite aber auch als „Sackgassenkarrieren“ mit zu hoher Spezialisierung und Marktabhängigkeit kritisiert, die zudem die Arbeitsabläufe weiter taylorisieren und - trotz ihrer kurzfristigen Kostengünstigkeit - erhöhten qualifizierten Koordinationsaufwand

für eine qualitativ gute „professionelle“ Betreuung/Versorgung und Pflege erfordern.

Neben diesen vorwiegend im Angestelltenverhältnis arbeitenden Pflegenden sind jedoch auch diejenigen Pflegefachkräfte zu berücksichtigen, die als selbständige „Kleinunternehmer“ ihren Unterhalt verdienen.

Um es vorwegzuschicken: Die Datenlage zu Anzahl und Beschäftigung der Berufsangehörigen ist desolat, es gibt keine Registrierungspflicht. Die Ausbildungsstätten für die Kinder-/Kranken- und Gesundheitsschwestern/-pfleger sind immer noch an Kliniken angesiedelt und damit trotz bundeseinheitlichen Krankenpflegegesetzes oft wenig vergleichbar, sondern stark von der jeweiligen Organisationskultur der ausbildenden Kliniken geprägt, auch wenn ca. ein Fünftel der Ausbildungszeit in außerklinischen Einrichtungen verbracht werden muss. Die Auszubildenden werden auf den Stellenplan angerechnet und erhalten eine Ausbildungsvergütung. Mit diesen Regularien leistet sich Deutschland einen von unterschiedlichen Interessenverbänden getragenen europäischen Sonderweg.

Lehrernde an Pflegeschulen haben - bis auf die Ärzteschaft - keine regelhaft akademische Ausbildung. Zwar ändert sich dies seit den letzten paar Jahren, sodass in den meisten Bundesländern eine akademische Ausbildung als verbindliche Qualifikationsvoraussetzung zumindest für Schulleitungen festgeschrieben wurde.

Die Altenpflegeausbildung hingegen ist in der Regel in einer Art Berufsschulsystem organisiert. Vorbedingung zur Aufnahme der Ausbildung ist das Vorweisen eines „Ausbildungsplatzes“ in einer konkreten Einrichtung. Während der Ausbildung haben die Schülerinnen und Schüler einen eigenen Status - sie werden in den Einrichtungen nicht auf die erforderliche Fachkraftquote angerechnet, jedoch als Hilfskräfte ausgewiesen.

Vor dem Hintergrund dieser Berufsgesetze (s. Abschnitt 2) kann in den mittlerweile ca. 50 pflegebezogenen Studiengängen keine berufliche Primärqualifikation vermittelt werden. Die Studiengänge sind höchst unterschiedlich ausgerichtet und bewegen sich im Spektrum zwischen: Pflegepädagogik, Pflegemanagement, Pflegewissenschaft (generalistisch und spezialisiert) und eher gesundheitswissenschaftlichen Ausrichtungen.

Einen ungefähren zahlenmäßigen Überblick über die in diesen Berufen Beschäftigten geben die Beschäftigtendaten der Jahre 2005/2006 im Statistischen Jahrbuch 2007:

Demnach werden geführt: ca.:

609.000 3-jährig ausgebildete Kranken-/Gesundheitsschwestern bzw. Kindergesundheits- und Krankenschwestern und Pfleger,

darunter sind:

57.000 noch ohne Ausbildung

6.000 mit zusätzlichem Hochschulabschluss, wobei die in-

**Um es vorwegzuschicken:
Die Datenlage zu Anzahl
und Beschäftigung der
Berufsangehörigen ist
desolat, es gibt keine
Registrierungspflicht.**

haltliche Ausrichtung nicht erfasst ist. Von diesen 6.000 Studienabsolventinnen und -absolventen wurden 1.633 in Heimen, davon 5 Prozent in der Verwaltung beschäftigt und 658 in ambulanten Pflegeeinrichtungen, davon ca. 50 Prozent in der Leitung beschäftigt, gezählt.

Weiterhin ca.:

310.000 Altenpflegerinnen und -pfleger (inkl. Helferinnen und Helfer)

220.000 Krankenpflegehelferinnen und -helfer

Gesamtzahlen der benachbarten Berufe wie Heilerziehungspfleger und -helfer, Dorf-/Familienpfleger und hauswirtschaftliche Kräfte, die zum Teil ebenfalls pflegenah oder gar pflegerische Aufgaben übernehmen, sind für Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen schwerlich zu ermitteln.

Die Heterogenität der Berufsgruppen, die gemeinhin als „Pflege“ bezeichnet werden, zeigt sich nicht nur in den verschiedenen Ausbildungen, sondern ebenfalls in der Unterschiedlichkeit der Beschäftigungssektoren, die jeweils anderen Regelungslogiken folgen:¹

So arbeiten etwa (Statistisches Bundesamt 2007, ad hoc Tabellen, vom 14.4.2008) folgende als „Pflegepersonal“ klassifizierte Personengruppen in den entsprechenden Sektoren:

Kliniken:

393.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter + 72.000 Schülerinnen und Schüler

Reha-/Vorsorgekliniken:

25.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter + 2.000 Schülerinnen und Schüler

In diesen Einrichtungen, für die die Bestimmungen des SGB V gelten, kann man von einer besonders hohen Fachkraftquote von mindestens ca. 80 Prozent (= 3-jährig ausgebildete Fachkräfte) ausgehen, mit einer erheblichen Überzahl von Vollzeitkräften.

Anders sieht es in Regelungsbereichen des SGB XI, der Pflegeversicherung, aus:

- In der teil-/stationären Pflege sind ca. 546.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt, incl. der hauswirtschaftlichen Angestellten. Die Fachkraftquote für den Pflegebereich entspricht in etwa den gesetzlich vorgeschriebenen 50 Prozent, allerdings arbeiten hier ca. 60 Prozent aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den unterschiedlichsten Teilzeitarbeitsverhältnissen.
- In der ambulanten Pflege, für die SGB V und SGB XI Regelungen gelten, gibt es zurzeit ca. 214.000 Beschäftigte, zwei Drittel davon in Teilzeit, eine Fachkraftquote ist aufgrund der gesetzlichen Lage kaum zu ermitteln.

Die Beschäftigungsorte mit ihren je unterschiedlichen Handlungslogiken (z.B. Höhmann u.a. 1998) prägen den Berufsalltag, die Wissensbestände, die Sicht- und Handlungsweisen der Beschäftigten, so auch der Pflegenden, in besonderer Weise.

Die Heterogenität der Berufsgruppen, die gemeinhin als „Pflege“ bezeichnet werden, zeigt sich nicht nur in den verschiedenartigen Ausbildungen, sondern ebenfalls in der Unterschiedlichkeit der Beschäftigungssektoren, die jeweils anderen Regelungslogiken folgen.

**„Helfen Wollen“ als
dominantes
Einstiegsmotiv,
„Helfen“ formulieren
alle drei Jahrgänge zu
Beginn ihres Studiums.**

Diese differenzierte Gesamtlage macht es jetzt schon fast unmöglich, von einem einheitlichen Berufsstatus zu sprechen.

Es liegt ebenfalls auf der Hand, dass der Wissenskörper „der Pflegeberufe“ je nach fachlicher Spezialisierung des Ausbildungsberufs und der Statusgruppe höchst unterschiedlich ist. In den seit ca. 15 Jahren in Deutschland etablierten Pflegewissenschaften ist der Diskurs bislang unentschieden, inwieweit der akademische Wissenskörper der „Pflege“ sich eher „naturwissenschaftlich-medizinischen“ oder „sozialwissenschaftlichen“ Wissenschaftstraditionen und Paradigmen verpflichtet fühlt. So ist bisher unklar, welche Konsequenzen dies für den wissenschaftlichen „Mainstream“ haben kann, besonders für die Lehrinhalte des Faches und für förderungswürdige Forschungsfragen. Nicht zuletzt bleibt disziplintern zu klären, ob und wie eine Verbindung oder Integration der beiden grundsätzlichen Denktraditionen für das Gegenstandsgebiet der Pflege konkret aussehen kann.

Hinsichtlich der konkreten Berufsmotive ergibt sich allerdings aus Umfragen deutlich, dass für die 3-jährigen Pflegeberufe das Einstiegsmotiv „Helfen“ die Hauptrolle spielt.

Eine eigene, Anfang 2009 abzuschließende Längsschnitt- und Paneluntersuchung (bei drei Jahrgängen von Studierenden der Pflegewissenschaft an der Evangelischen Fachhochschule in Darmstadt, zu jeweils drei Er-

hebungszeitpunkten) verweist ebenfalls auf interessante Konstellationen: „Helfen Wollen“ als dominantes Einstiegsmotiv, „Helfen“ formulieren alle drei Jahrgängen zu Beginn ihres Studiums. Dabei geben sie eine individuelle und eine gesellschaftsbezogene Komponente an, mit dem expliziten Wunsch nach engem Patientenkontakt und unter expliziter Akzeptanz von Schichtarbeit. Diese Sicht verändert sich gegen Ende des Studiums. Nach studienbegleitenden Praktika und neuen Erfahrungen mit Rollenzuschreibungen als zukünftigen „Akademikern“ in einem weitgehend nichtakademisierten Feld entwickelt sich ein „professioneller Selbstbezug“, der sich in neuen Hauptmotiven für das Studium, wie „Aufstiegswunsch“, Wunsch nach eher anordnenden, verfügbaren Tätigkeiten und Verantwortungsübernahme äußert.

Die Bedeutung dieses Befundes erscheint noch wenig eindeutig: ob sich darin eher studienbezogene Orientierungen als Sozialisierungsergebnisse in Abgrenzung zum Ausbildungsberuf widerspiegeln – als Aufbruchsstimmung – oder ob dahinter ein neuer Realitätsbezug mit Desillusionierung steht. Eine Desillusionierung darüber, dass sich das ursprüngliche Studienaufnahmemotiv, nämlich verbesserte Voraussetzungen für die Umsetzung des direkten Hilfewunsches zu erwerben, nun unter analytischer Betrachtung der Rahmenbedingungen der eigenen beruflichen Handlungsmög-

lichkeiten, als strukturell kaum erreichbar erweist.

3. Zentrale gesetzliche Rahmenregeln als Grundlage der Berufswelt

Die gesetzlichen Regelungen der Berufsausübung geben Auskunft über die Autonomie einer Profession.

In der Bundesrepublik Deutschland unterliegen die Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege der Regelung durch eigenständige Berufsgesetze und entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Im Krankenpflegegesetz (KrPflG) und Altenpflegegesetz (AltPflG) werden Berufszugang, Dauer und Inhalt der Ausbildungen, das Theorie-Praxis-Verhältnis, Kriterien für die staatliche Anerkennung der Schulen und die staatlichen Prüfungen, die Vergütung der Auszubildenden und die Anrechenbarkeit anderer Ausbildungen auf die jeweilige Berufsausbildung festgelegt. Die dort festgelegten Ausbildungsinhalte entsprechen der europäischen Richtlinie 2005/36/EG über die wechselseitige Anerkennung der Ausbildungen und der jeweils damit verknüpften Berufsbezeichnungen. Im europäischen Ausland findet die so definierte primärqualifizierende Ausbildung im Allgemeinen an Hochschulen statt, sodass mit der beruflichen

Primärqualifikation gleichzeitig der erste akademische Grad, der Bachelor, verliehen wird.

Diese Tatsachen erzeugen in Deutschland Probleme für die Professionalisierungsmöglichkeiten von akademisch, in der Regel an Fachhochschulen ausgebildeten „change agents“ in der Pflege, denn die Hochschulen können unter geltendem Recht keine Primärqualifikation für die dreijährigen Ausbildungen vergeben. Selbst wenn sie die Inhalte dieser EU-Richtlinie umsetzen, können sie nicht die im deutschen Berufsrecht verankerte formale „Berufsbefähigung“ vergeben, um damit ihren Absolventinnen und Absolventen Europa als potenziellen Arbeitsmarkt im Sinne des freien Dienstleistungsverkehrs zu erschließen. Den Hochschulen fehlen in Deutschland dazu Formalia wie z.B. die Anbindung an die vorgeschriebenen Ausbildungsstätten, das Zahlen einer Ausbildungsvergütung etc. Zudem schränken die genannten Berufsgesetze ebenfalls die Anrechenbarkeit „anderer gleichwertiger Ausbildungen“, also auch die eines Studiums, auf die jeweilige Berufsausbildung ein. Diese Anrechenbarkeit beträgt maximal zwei Jahre (vgl. § 6 KrPflG, § 7 AltPflG). Da die Berufsgesetze so berufsbefähigende primärqualifizierende Pflegestudiengänge, selbst wenn sie den Kriterien der Richtlinie 2005/36/EG entsprechen, nicht einer entsprechenden fachschulischen Ausbildung gleichsetzen, resultiert für Absolventinnen und Absolventen

Im europäischen Ausland findet die so definierte primärqualifizierende Ausbildung im Allgemeinen an Hochschulen statt

Als eine weitere Schwierigkeit, Professionalisierungsansprüche sichtbar zu machen, werden die rechtlich nicht festgelegten Vorbehaltsaufgaben für die Pflegeberufe diskutiert.

deutscher Ausbildungsgänge respektive potenziell berufsbefähigender Studiengänge in der Pflege im europäischen Vergleich folgende Konstellation:

- Absolventinnen und Absolventen einer 3-jährigen Ausbildung erlangen die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und (Kinder) Krankenpfleger/in“, die ihnen zwar die Berufsausübung in allen Mitgliedstaaten der EU ermöglicht, jedoch bildungsrechtlich keinem akademischen Abschluss entspricht. Erst mit einem Studium, welches wiederum zusätzlich zur Ausbildung minimal drei Jahre dauert, erreichen sie den Anschluss an den europäischen Standard der Erstausbildung in der Pflege.
- Absolventinnen und Absolventen berufsbefähigender Pflegestudiengänge erlangen damit zwar einen ersten akademischen Abschluss und entsprechen somit dem europäischen Qualifikationsniveau der Erstausbildung in der Pflege. Sie erhalten in Deutschland – aufgrund der geltenden nationalen Berufsgesetze – jedoch nicht die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung, die wiederum jedoch Gegenstand der wechselseitigen berufsrechtlichen Anerkennung über die Richtlinie 2005/36/EG ist. Die europaweite Berufsausübung ist ihnen daher verwehrt, selbst innerhalb der BRD bestehen massive Einschränkun-

gen einer beruflichen „Voll“-Tätigkeit in der Pflege.

So führt die aktuelle Gesetzeslage zu einem Paradox in der Professionalisierungsentwicklung:

Akademisch primärqualifizierte „change agents“ und innovative Professionalisierungsmotoren, die durch neue akademische Wissensbestände in besonderer Weise den Anspruch auf Eigenständigkeit des Berufes einlösen könnten, werden aus zentralen Kerntätigkeiten des Berufs ausgeschlossen, die traditional 3-jährig ausgebildeten Berufsangehörigen erfüllen zwar international anerkannte akademische Standards, ohne in Deutschland damit jedoch das Anrecht auf einen akademischen Status zu erwerben. Der erfordert hierzulande längere Ausbildungskarrieren, nämlich eine 3-jährige Ausbildung und ein Studium oder ein Studium und eine mindestens einjährige berufsbezogene „Nachqualifikation“ in einer Alten- oder Krankenpflegeschule, was für diese frauendominierten Berufsfelder, abgesehen von langen widersprüchlichen Qualifizierungswegen, in fataler Weise geschlechtsspezifische Ungleichheiten perpetuiert (vgl. z.B. Krampe u.a. 2004; Kohan u.a. 2005) und Professionalisierungspotentiale hemmt (vgl. zu grundsätzlichen Erwägungen auch: Bundesinstitut für Berufsbildung).

Als eine weitere Schwierigkeit Professionalisierungsansprüche sichtbar zu machen, werden die rechtlich nicht festgelegten Vorbehaltsaufgaben für die Pflegeberufe diskutiert.

Auch wenn viele juristische Auslegungen eine gemeinsame Verantwortung von Pflege und Medizin in Kliniken postulieren, bleibt im Konfliktfall der Pflege zwar die Durchführungsverantwortung für alle pflegerischen Tätigkeiten, die Letztverantwortung und die umfassende Anordnungsverantwortung unterliegt jedoch dem Arzt. Daran wird seitens der medizinischen Interessenvertretung auch gegen die Empfehlungen des Sachverständigenrats der „Gesundheitsweisen“ von 2007 festgehalten (Beschlussprotokoll des 111. Dt. Ärztetages vom 20. bis 23.5.2008 in Ulm). Gleichwohl werden in der ambulanten und stationären Langzeitpflege im Augenblick die eigenständige Möglichkeit von Pflegefachkräften zur Hilfsmittelverordnung, Teilen der „Behandlungspflege“ sowie die Übernahme hausärztlicher Routinetätigkeiten in ländlichen strukturschwachen Gebieten erprobt und diskutiert. Ausgangspunkt für solche Modelle sind veränderte Gesundheitserfordernisse der Bevölkerung mit zunehmendem chronisch-langfristigen Pflege- und Versorgungsbedarf. Diese zunehmenden Erfordernisse sprengen das akutmedizinische Paradigma des medizinischen Systems, sie finden eher im pflegebezogenen Wissen und Aufgabenverständnis ihre Entsprechung. Umfang, Erfolg und Professionalisierungsbedeutung dieser, seitens der berufspolitischen Vertretungen heftig eingeforderten, Autonomiebestrebungen (jüngst: Klein 2008; Müller 2008) bleiben abzuwarten.

4. Aktuelle berufsgruppeninterne Diskussionsstränge zu Professionalisierungsfragen

Als zusammenfassende These lässt sich voranschicken: Die Diskussionsführer fordern zwar unisono eine größere Anerkennung und höhere Autonomie der pflegerischen Berufsgruppen ein, die davon ausgehende Professionalisierungswirkung ist jedoch weniger eindeutig zu bestimmen.

Der berufspolitische Organisationsgrad der Berufsgruppe ist im Vergleich zum europäischen Ausland, bei dem oft Zwangsmitgliedschaften in Berufsverbänden, Gewerkschaften oder Kammern zu verzeichnen sind, verhältnismäßig niedrig (Schätzwerte liegen bei ca. 15 Prozent). Die so organisierten verteilen sich jedoch auf eine Vielzahl von konfessionellen, fach- und statusgruppenbezogenen Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften sowie zusätzlich einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, mit ca. 900 Mitgliedern. Im Gesundheitsbereich übernimmt zurzeit der „Deutsche Pflegerat (DPR)“ als Zusammenschluss verschiedener Fachverbände wohl die prononcierteste pflegespezifische Interessenvertretung im politischen System wahr. Gleichwohl gehört keine der großen pflegebezogenen Interessenvertretungen bei Gesetzgebungsverfahren zu den verpflichtend zu beteiligenden Vertragspartnern. Dass diese

Die Diskussionsführer fordern zwar unisono eine größere Anerkennung und höhere Autonomie der pflegerischen Berufsgruppen ein. Die davon ausgehende Professionalisierungswirkung ist jedoch weniger eindeutig zu bestimmen.

Pflegevertretungen dennoch oft zumindest gehört werden – meist unter dem Dach des DPR –, bleibt ein nicht einklagbarer Usus.

Vor diesem Hintergrund erheben Teile der politisch aktiven Berufsangehörigen folgende professionsbedeutsame Zentralforderungen zur Stärkung der Autonomie der Berufsgruppe:

- **Die Einrichtung von Pflegekammern:** Damit soll eine formal legitimierte Selbstverwaltungsinstanz mit den folgenden Aufgaben etabliert werden: Registrierung der Berufsangehörigen, eigenständige Kontrolle der Aus-/Fort- und Weiterbildungsstandards, offizielle Politikvertretung und formale Beteiligung (Anhörungsrecht) bei entsprechenden Gesetzgebungsverfahren.

Diesem Vorschlag wird allerdings in der Berufsgruppe nicht uneingeschränkt zugestimmt: Zum einen wegen des erwartbar hohen Bürokratieaufwandes, unnötiger finanzieller Belastungen der Mitglieder aufgrund einer Zwangsmitgliedschaft und einem „veralteten“, weil ständisch organisiertem Partizipationsmodell. Zum anderen fürchten bereits etablierte Vertretungen der Berufsgruppe um ihre Einflussphären oder setzen auf andere Formen der Beteiligung.

- **Die vollständige Akademisierung der Grundausbildung:** Ziel ist hierbei, die Dominanz eines akademischen abstrakten Wissenskörpers für den

Beruf klarzustellen und zu sichern. Damit erst können eine Statusangleichung an andere akademischen Disziplinen, die Einlösung von Statusansprüchen, selbständige Fallverantwortung sowie die Möglichkeit, dispositive und Lehrfunktionen eigenverantwortlich übernehmen zu können, erreicht werden.

Diese Forderung steht im Einklang mit dem SVR-Gutachten von 2007 und beruft sich vorrangig – unter Rekurs auf die Erfordernisse des Allgemeinwohls – auf den gestiegenen Bedarf an pflegerischer Versorgung seitens der Bevölkerung und damit verbundener neuer Statuszuweisung im Berufegeflecht. Ganz im Sinne klassischer Professionalisierungsbegründungen geht diese Forderung einher mit dem oben angemahnten Erfordernis nach juristisch abgesicherter Übertragung und Finanzierung weiterer eigenständiger Tätigkeitsbereiche.

- **Besetzung neuer Tätigkeitsfelder:** Neben genannten Modellbestrebungen zur Übertragung hausarznaher Routinetätigkeiten werden Versuche unternommen, konkrete Organisations-, Entscheidungs- und Eigenverantwortung für neue Tätigkeiten zu erwerben, die eine eigenständige dispositive Definitionsmacht der Berufsangehörigen zum Ausdruck bringen. Im Vordergrund stehen dabei besonders interaktions-

Ganz im Sinne klassischer Professionalisierungsbegründungen geht diese Forderung einher mit dem oben angemahnten Erfordernis nach juristisch abgesicherter Übertragung und Finanzierung weiterer eigenständiger Tätigkeitsbereiche.

intensive Abstimmungs- und Koordinationsleistungen, wie z.B. die Übernahme von Case/Care-Management-Tätigkeiten, z.B. im Entlassungs-, Fall-, oder Pfadmanagement und eigenständige Patientenberatung. Aber auch die eigene Hilfsmittelverordnung, die umständliche Absprachen mit dem Arzt vermeiden soll.

- **Gesetzliche Definition der Standards der Berufsausübung:** Neben den Bestrebungen zur Festlegung akademischer Ausbildungsstandards treten hier vor allem die Aktivitäten zur Festlegung eigener Qualitätsmaßstäbe der Berufspraxis in den Vordergrund. Erstmals mit dem 2008 verabschiedeten Pflegeweiterentwicklungsgesetz haben sogenannte pflegerische „Expertenstandards“ Eingang in gesetzliche Qualitätsanforderungen für Einrichtungen gefunden. Expertenstandards sind auf wissenschaftlichem Niveau, in Abstimmung von Pflegewissenschaftlern und Praktikern entwickelte und in der Berufsgruppe öffentlich konsenterte Sollvorgaben und Handlungskorridore, die eine gute Pflege kennzeichnen. Sieben solcher Expertenstandards wurden bislang unter dem Dach des „Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)“ erstellt. Damit wird der fachspezifische Wissenskörper für die Praxis transparent, bekannt und angewend-

bar gemacht. Paradoxe Weise stellt das gleiche Gesetz jedoch nicht sicher, dass diese Entwicklung fortgeführt werden kann.

Neben diesen genannten Professionalisierungsbemühungen sind jedoch parallele Entwicklungen mit erfolgsgefährdenden Tendenzen zu verzeichnen:

- Die Akademisierung der Pflege erfolgt bislang - stark beeinflusst von Kostenargumenten der Vertreter der freien Wohlfahrtspflege - halbherzig, hauptsächlich über pflegebezogene Studiengänge an ca. 45 Fachhochschulen und nur über wenige Universitäten. Neben strategisch bedeutsamen Statusproblemen für die gesamte Berufsgruppe hat dies auch unter Bedingungen der neuen Bachelor- und Masterabschlüsse weitere Konsequenzen: Die Produktion neuen Fachwissens durch Forschung und die systematische Förderung wissenschaftlichen Nachwuchses ist an Fachhochschulen aufgrund der dortigen Arbeitsbedingungen, fehlender Promotionsrechte und Mittelbaustellen sowie statusbezogener Konkurrenz Nachteile bei der Mittelvergabe von Forschungsgeldern gegenüber Universitäten erheblich erschwert. Aber auch wenn die wenigen universitären Studiengänge bessere strukturelle Voraussetzungen für eine fachspezifische Wissensexpansion ha-

Die Akademisierung der Pflege erfolgt bislang - stark beeinflusst von Kostenargumenten der Vertreter der freien Wohlfahrtspflege - halbherzig.

Die oftmals schwierige Abgrenzung zu pflegerischen Laientätigkeiten erweist sich als zusätzliche Professionalisierungsbedrohung.

ben, so unterliegen sie doch im Alltag der Kolonialisierung durch die Leitdisziplinen und Fachbereiche: Medizin, Sozialwissenschaften oder Ökonomie. Gutachter- und Berufungskommissionen sind häufig fachfremd besetzt und erschweren so Möglichkeiten auch dort systematisch die relevanten Grundparadigmen des naturwissenschaftlichen Anteils der Medizin und den Sozialwissenschaften für den Wissenskörper der Pflegewissenschaft zu synthetisieren. Vor diesem Hintergrund birgt der jüngst auf dem Hauptstadtkongress (Berlin, Juni 2008) vorgetragene Vorschlag von Pflegedirektoren, zukünftige Pflegestudiengänge an den Medizinischen Fakultäten der Universitätskliniken anzusiedeln, erhebliche Probleme und perpetuiert aller Wahrscheinlichkeit die aktuellen Status- und Identitätsdarstellungsschwierigkeiten.

- Die mit der Forderung nach grundsätzlicher Akademisierung der pflegebezogenen Grundausbildung einhergehende Exklusion der bislang dominanten Trägergruppe dieses Berufs (Realschulabgänger!) wird bei den offiziellen Professionalisierungsforderungen bislang unzureichend konzeptionell thematisiert, auch wenn es deutliche Warnpositionen, z.B. seitens gewerkschaftsnaher Gruppierungen gibt. Dies mag vor allem darin begründet sein,

dass es aus historischen Gründen immer noch schwerfällt, abzugrenzen, was denn nun eine konkrete eigenverantwortliche „pflegerische Tätigkeit“ ist und auf welchem Qualifikationsniveau welche der unterschiedlichen Leistungen erbracht werden können und sollen. Die oftmals schwierige Abgrenzung zu pflegerischen Laientätigkeiten erweist sich als zusätzliche Professionalisierungsbedrohung.

Zusammenfassend verweisen diese Sachverhalte auf erhebliche Integrationsprobleme innerhalb der Berufsgruppe, die im Alltag der Zusammenarbeit auch deutlich werden (vgl. Höhmann u.a. 2008). Diese Probleme drücken sich neben latent beobachtbaren wechselseitigen Ausgrenzungstendenzen auch in unterschiedlichen Praxisauffassungen aus: Sind die akademisch ausgebildeten Pflegenden stolz und fähig ihr abstraktes Wissen im Umgang mit dem konkreten Einzelfall bewusst als professionelle Kompetenz zur Unsicherheitsbewältigung einzusetzen, so stößt dies in weniger gut ausgebildeten Berufskreisen auf erheblichen Widerstand. Hier wird eher sicheres Rezeptwissen gefordert, das in einem oftmals verrichtungsorientierten, technischen Hilfeverständnis zur Unsicherheitsbewältigung ohne weitere Eigenleistung nutzbar gemacht werden kann (z.B. Kreeß 2000).

- Die Eroberung neuer Tätigkeitsfelder droht den Charakter eines reinen „job enlargements“ ohne gleichzeitig genügend Elemente eines „job enrichments“ anzunehmen, also eine Arbeitsfelderweiterung ohne gleichzeitige Statusanhebung. Denn neue Arbeitsfelder erstrecken sich vor allem auf interaktionsintensive Arbeiten, die Arbeitskoordination oder den zeitintensiven und gefühlsintensiven Umgang mit Patienten, die besonders von der ärztlichen Berufsgruppe als aufwendiges, aber wenig erfolgshonoriertes „dirty work“ nicht ungern abgegeben werden. Die traditionale Medizinorientierung der Pflege als ärztlichem Hilfsberuf bringt es jedoch mit sich, dass bislang für diese Tätigkeiten und komplexe Interventionen erst wenige, konzeptionelle „Erfolgsmaßstäbe“ im Berufsalltag verankert sind. Erschwerend kommt die bisherige Ignoranz der zentralen Kostenerstattungssysteme für diese Leistungen hinzu.

Vor dem Hintergrund dieser gesundheitspolitischen Wertigkeiten wird das berufsinterne Statussystem, das sich immer noch stark an (spektakulären) (notfall)medizinischen Tätigkeiten orientiert (z.B. Reed/Watson 1997; Höhmann 2003), nicht systematisch an Bindungskraft verlieren. Diese sind meist am akutmedizinischen Paradigma, dem „Hei-

len“ orientiert, denn Kriterien für „Leiden lindern“, „Caring“ oder „Lebensqualität“ auch in infausten Situationen zu fördern, ist schwieriger zu verobjektivieren und im immer wieder geforderten Kennzahlensystem zu fassen. Als Ausweg aus diesem Dilemma wird dann oft die Flucht in überbordende Empathie und personale Kompensationsbereitschaft angetreten, die natürlich sehr schnell zu Enttäuschungen, Burn-out und Stress führt, vor allem wenn sie mit wenig strukturellen Einflussnahmemöglichkeiten auf die oftmals vorherrschende „Mangelverwaltung“ in Einrichtungen gepaart ist. Berufsidentitätsstiftende Gegenkonzepte sind meist akademischen Wissensbeständen der Sozialwissenschaften entnommen und werden in einem eher am akutmedizinischen Paradigma oder an personal-normativen Pflegemodellen orientierten Ausbildungscurricula an Kliniken kaum gelehrt. So erweist sich auch unter dieser inhaltlichen Perspektive die Sozialisation an den Kliniken als fatal für die Entwicklung einer eigenen Fachmentalität.

- In (berufspolitischen) öffentlichen Äußerungen von Sprechern/Meinungsführern der Berufsgruppe wird die vermeintliche „Kostengünstigkeit“ pflegerischer Leistungen gegenüber medizinischer oftmals als zentrales Argument für die notwendige Erwei-

Neue Arbeitsfelder erstrecken sich vor allem auf interaktionsintensive Arbeiten, die Arbeitskoordination oder den zeitintensiven und gefühlsintensiven Umgang mit Patienten, die besonders von der ärztlichen Berufsgruppe als aufwendiges, aber wenig erfolgshonoriertes „dirty work“ nicht ungern abgegeben werden.

In dieser Arbeitskultur optimieren Pflegende ihre anweisungsbezogene Zuarbeitsfunktion verfahrenstechnisch, indem sie ihr Wissen durch Nachahmung erwerben, abstraktes Fachwissen als Ballast gering schätzen und Innovatoren in der Alltagsroutine ins Leere laufen.

terung pflegerischen Handlungsspielraumes angeführt. Ebenso werden Mittel für pflegewissenschaftliche Forschung häufig mit der Option gefordert, darüber kosteneffizientere Handlungsstrategien für aktuelle Probleme entwickeln zu können. Eine solche Identifikation mit der Logik externer ökonomischer Drucksituationen bewirkt jedoch die Entkernung jedweden professionellen Eigenanspruchs auf ein originäres akademisches Grundlagenwissen und stellt jede Wissensproduktion unter tagespolitisch aktuellen Verwertungszwang, mit all den Nebenfolgen einer erwartbar geringen Systematisierung des resultierenden Wissenskörpers und einer temporär problemorientierten Ausschnitthaftigkeit.

5. Aktuelle Einflüsse der Organisationsbedingungen pflegerischer Arbeit

Ambivalente Einflüsse auf die Professionsbildung der Pflegeberufe spiegeln sich ebenfalls in konkreten Organisationsbedingungen pflegerischer Arbeit. Neben Deprofessionalisierungseffekten zeigen sich auch Aspekte, die auf eine Aufwertung spezifischer Elemente der Beruflichkeit verweisen:

a. Arbeitsbedingungen

In **Kliniken** ist die Situation der Pflege durch einen kontinuierlichen Stellenabbau bei gleichzeitiger Arbeitsintensivierung gekennzeichnet (IGWiQ 2006). Der akutmedizinische Arbeitsauftrag der Organisation Krankenhaus wird unter bestehendem ökonomischen Druck immer mehr verengt, und erlaubt in diesem konsequenterweise arztdominierten Feld mit festen Anordnungshierarchien kaum die selbstverantwortliche Anwendung eigenständigen akademischen Pflegewissens. Paradoxerweise arbeiten jedoch in Kliniken die meisten qualifizierten Pflegefachkräfte (Fachkraftquote ca. 80 Prozent). Ihr akkumuliertes Fachwissen kommt unter den Bedingungen vorrangig ökonomisch motivierter Ablaufoptimierungen nur selten zum Tragen. Statt dessen wird eine der Arbeitsorganisation angepasste, unter Professionalisierungsgeichtspunkten jedoch dysfunktionale „Meisterorientierung“ (Haug 1995) gefördert. In dieser Arbeitskultur optimieren Pflegende ihre anweisungsbezogene Zuarbeitsfunktion verfahrenstechnisch, indem sie ihr Wissen durch Nachahmung erwerben, abstraktes Fachwissen als Ballast gering schätzen und Innovatoren in der Alltagsroutine ins Leere laufen. Die Klinikleitungen beklagen unter solchen Bedingungen beim Personal überdurchschnittliche Rückzugstendenzen, Lethargie und Scheu vor Verantwortungsübernahme – ohne die strukturellen Ursachen

zu bekämpfen. Statt dessen erhöhen sie ihre Anordnungs- und Kontrolldichte, schränken damit den ohnehin geringen Handlungs- und Identifikationsspielraum noch stärker ein und drohen so unbeabsichtigt, eine motivationale Abwärtsspirale in Gang zu setzen (Höhmann 2008) – dies obwohl national und international vergleichende Studien deutliche Hinweise auf die Paradoxien dieser Situation geben (z. B. DAK 2000, 2005; Hasselhorn 2005).

Hinzu kommt, dass mit neuen **Geschäftsmodellen** vieler Kliniken, die Pflegedienstleitungen, resp. Pflegedirektoren ihren Platz in der Geschäftsführung/Klinikleitung verloren haben. Sie sind jedoch weiterhin für die größte Anzahl der Mitarbeiterinnen des Betriebes verantwortlich, müssen Stellenstreichungen exekutieren, oft ohne eigenes Budget. So stehen viele dieser Pflegeleitungen in schwierigen Dilemmata. Als Reaktion schwanken sie in ihrer Orientierung zwischen Ohnmachtsgefühlen, Resignation und (Über-)Identifikation mit den ökonomischen Zielen, was sich in den jeweiligen Kooperations-, Führungs- und Delegationsstil niederschlägt.

Die (teil-)stationäre **Langzeitpflege** ist unter inhaltlichen Gesichtspunkten ein verhältnismäßig autonomer Arbeitsbereich, in dem eigenständiges Pflegewissen am ehesten zum Tragen kommen könnte. Doch Strukturgegebenheiten dieses ebenfalls unter erheblichem ökonomischen Druck leidenden Sek-

tors erschweren diese Option: Die Fachkraftquote liegt nur bei ca. 50 Prozent, mit ca. 60 Prozent Teilzeitarbeitsverhältnissen und einer hohen Anzahl lediglich angelernter Helfer sowie einer permanenten Kompetenzbedrohung durch kompetente Angehörige als Laienpflegende. Neben hochengagierten, aber häufig nach kurzer Berufsdauer desillusionierten (Alten-)Pflegefachkräften, die schnell die Grenzen der Arbeitsorganisation erkennen, erzeugen diese Strukturgegebenheiten auch eine aus Hilflosigkeit, Überforderung oder ausgebrannter Empathie heraus entwickelte „verrichtungs- und weisungsorientierte“ Arbeitsmentalität, in der eine erweiterte Fachlichkeit als zusätzlicher Druck häufig abgelehnt und als zu theoretisch zurückgewiesen wird. In solchem, häufig von eigenem Unzulänglichkeitserleben geprägten wenig artikulationsmächtigen Feld entlastet dann ein eher paternalistisches/maternalistisches Berufsverständnis, in dem die eigene Pflege- und Betreuungskompetenz darin gesehen wird, das „Richtige“ für die Klienten zu wissen und dies „am Patienten“ durchzuführen – so die Sprachregelung in vielen Büchern. Zur aktiven Suche, Anwendung und Rechtfertigung einer falladäquaten Adaption fehlen häufig das fachliche Selbstbewusstsein und die Kenntnis systematischer Konzepte, die eigenen abgestimmten Interventionen gegen die Alltagskompetenzen von Laienpflegenden abzugrenzen.

Zur aktiven Suche, Anwendung und Rechtfertigung einer falladäquaten Adaption fehlen häufig das fachliche Selbstbewusstsein und die Kenntnis systematischer Konzepte, die eigenen abgestimmten Interventionen gegen die Alltagskompetenzen von Laienpflegenden abzugrenzen.

Die Politik vieler Einrichtungsträger verschärft die Wirkung dieser Situation, indem z.B.

- Dienstzeitmodelle zunehmend präferiert werden, die Übergabe oder Überlappungszeiten zur Koordination und Informationsweitergabe verhindern, z.B. weil in Ketten sich nicht überschneidender geteilter Dienste gearbeitet wird und so eine fallbezogene Verantwortungsübernahme der Arbeitenden kaum möglich ist,
- 3-jährig ausgebildete Altenpflegerinnen aufgrund des Personalmixes ihrem berufsethischen Proprium, nämlich „sich um alte Menschen zu kümmern“ nicht mehr nachkommen können, sondern sich mit technischen behandlungspflegerischen Aufgaben, Dokumentationspflichten und der Koordination von Hilfskräften beschäftigen müssen - ohne für diese Personalführungsaufgaben ausgebildet zu sein,
- hochqualifizierte Absolventinnen pflegebezogener Studiengänge nur selten auf der mittleren Leitungsebene statusangemessen beschäftigt und entlohnt werden,
- geforderte Qualitätsnachweise von Trägern und Einrichtungen oft nochmals zusätzlich bürokratisch aufgebläht werden,
- hohe moralische Forderungen und berufsethische Apelle an das Personal gerichtet werden, ohne entsprechende Struktur-

unterstützung zu geben - z.B. in Form von realistischen Fortbildungen, einer bedachten Personalführung und einer gezielten Umsetzung bewohner- und mitarbeiterbezogener Qualitätsinhalte in die Arbeitsstrukturen, das Handlungswissen und die Führungsstrategien von Heimleitungen und Wohnbereichsleitungen.

Die Felder der (teil-)stationären Langzeit- und ambulanten Pflege eröffnen zwar eigenständige Professionalisierungspotentiale, weil hier auf Dauer am ehesten perspektivergänzende Kooperationen mit der Medizin - im Sinne der pflege- und versorgungsbedürftigen Menschen - zum Tragen kommen müssen. Zu realisieren wird dies jedoch nur sein, wenn die eigenständige Perspektive der Pflege - im Sinne einer konzeptionell integrierten Antwort auf körperliche und psychosoziale Schwierigkeiten in den Lebensalltag von Menschen - als eigene, erforderliche inhaltliche Größe im Versorgungsparadigma des Gesundheitssystems Niederschlag findet.

b. Arbeitsinhalte

Ihren aktuellen gesellschaftlichen Bedeutungszuwachs gewinnt die Spezifik pflegerischer Arbeitsinhalte besonders über die demografische Entwicklung.

Parallel dazu zeigen sich aber auch negative Folgewirkungen von häufig diffus bleibenden Rollenzuschreibungen an die Pflege,

Die Felder der (teil-)stationären Langzeit- und ambulanten Pflege eröffnen eigenständige Professionalisierungspotentiale, weil hier auf Dauer am ehesten perspektivergänzende Kooperationen mit der Medizin - im Sinne der pflege- und versorgungsbedürftigen Menschen - zum Tragen kommen müssen.

vor allem im Kliniksektor: Auf ansonsten sehr ausgefeilten Webseiten vieler Kliniken sind oft keine eigenen Pflegeinhalte präsentiert, Gütesiegel (z.B. das für geriatrische Kliniken, Höhmann 2007) präzisieren keine spezifischen pflegebezogenen Qualitätsanforderungen oder Gütekriterien, sondern beschreiben pflegerische Aufgaben vorrangig als diffuse Koordinationstätigkeiten. Vor diesem Hintergrund beschreibt Findeiß (2008) die erwartete Rolle der Pflege im medizindominierten Feld als „kommunikativen Kitt“ - weitgehend ohne spezifische Fachinhalte.

Auch vielgepriesene, neu eroberte Tätigkeitsfelder von Pflegenden als Case oder Care Manager, die Patienten durch klinische Pfade schleusen und deren Einhaltung sicherstellen oder „study-nurses“, die medizinische Forschungsprotokolle führen und überwachen, lösen dieses Dilemma nicht. Da die Klinikarbeit nun stark entlang einer an Fallpauschalen orientierten ökonomischen Ablaufoptimierung strukturiert ist, ergeben sich auch aus diesen Tätigkeiten nur sehr selten neue pflegefachliche Dispositionsspielräume. Verlangt werden vielmehr in der Regel ausführende Tätigkeiten, die einer vorgegebenen Verfahrenslogik folgen. Auch wenn eigene fachliche Entscheidungen nur in Ausnahmen möglich sind, bekommen diese Tätigkeiten jedoch eine wichtige Bedeutung für den ökonomischen Erfolg des Hauses. Allerdings führt dieses Vordringen in die direkte Sphäre öko-

nomischer Bedeutsamkeit längst nicht dazu, dass eine besondere Anerkennung oder „Bewunderung“ als Statuslohn erwartet werden darf, sondern lediglich traditionale „Würdigungen“ - also die Form der Achtung, die im modernen Arbeitsleben für Bemühungen, Anstrengungen und Opfer bei ausführenden Tätigkeiten vergeben werden (Voswinkel 2002). Eine Profession hingegen erhebt Anspruch auf „Bewunderung“ für außerordentliche Leistungen, z. B. riskante, aber gelungene Operationen. Der Beruflichkeit der Pflege wird damit - auch in den neuen Tätigkeitsfeldern - jedoch dieser Statusgewinn vorenthalten, allerdings erreicht sie unter Umständen eine neue Wertschätzung, nämlich ein wichtiges Rädchen im Voraussetzungsgefüge für bewundernswerte professionelle Leistungen anderer zu sein.

Zusammenfassend: Die erwähnten Arbeitsbedingungen und Arbeitsinhalte blockieren in ihrer Summe wohl eher Professionalisierungspotentiale, geben aber aufgrund der geänderten demografischen Situation gleichzeitig Anhaltspunkte für eine zunehmende Bedeutung der beruflich erbrachten pflegerischen Tätigkeiten in solchen gesellschaftlichen Bereichen, in denen die Medizin zu kurz greift.

6. Fazit

Was bedeuten die geschilderten Situationsbestandteile für die

Allerdings führt dieses Vordringen in die direkte Sphäre ökonomischer Bedeutsamkeit längst nicht dazu, dass eine besondere Anerkennung oder „Bewunderung“ als Statuslohn erwartet werden darf, sondern lediglich traditionale „Würdigungen“.

Der Wissenskörper der Pflege gewinnt vor allem unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen als Beitrag zur Wohlfahrt der Bevölkerung an Attraktion.

Professionalisierungschancen der Pflegeberufe?

Die Heterogenität der im Feld beschäftigten Pflegeberufe macht es schwer, Aussagen über das gesamte Berufsfeld zu treffen.

Die **Berufswahlmotive** erscheinen für Kernausbildungsberufe und Studierende spezifisch am primären Ziel des „Helfen Wollens“ orientiert, wobei im Laufe der Studiensozialisation eher anordnende Tätigkeiten und eigenständige Verantwortungsübernahme in den Vordergrund rücken. Gleichwohl arbeiten Pflegende in Deutschland mit einem überdurchschnittlich hohen Burnout Risiko, dem oftmals Strukturprobleme des Versorgungssystems zugrunde liegen.

Die Entwicklung eines spezifischen **akademischen Wissenskörpers** hat mittlerweile beachtliche Ausmaße erreicht, wobei die erforderliche Integration eines eher naturwissenschaftlichen und eines eher sozialwissenschaftlichen Orientierungsparadigmas erst am Anfang steht. Zudem besteht die Schwierigkeit für den abstrakten Wissenskern, eben weil er „zwischen den Stühlen“ der etablierten Wissenschaften liegt und die „Anwender“ so heterogen sind, die systematische statusmäßige Anerkennung einer „normal science“ in der interprofessionellen scientific community und der Gesundheitspolitik zu erwerben. Unerreichtes Ziel ist es ebenfalls – vielleicht sogar als kurzfristig wichtigstes – vor allem bei den „Praktikern“ der Berufsgruppe, den „Umsetzern vor

Ort“ breite Akzeptanz und Nachfrage zu erreichen. Die bisherige Erwartung vieler „Umsetzer“, in erster Linie direkt anwendbares Rezeptwissen zur Verfügung gestellt zu bekommen, muss unter stärker akademisierten Bedingungen enttäuscht werden. In der Folge ist eine stärkere formale Differenzierung der Tätigkeitsfelder und Aufgabenschwerpunkte der auf unterschiedlichem Niveau ausgebildeten Berufsangehörigen erwartbar. Die alte „Meisterorientierung“ wird der „Fallkompetenz“ weichen müssen. Der Beruf wird sich erheblich differenzieren.

Der Wissenskörper der Pflege gewinnt vor allem unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen als Beitrag zur **Wohlfahrt der Bevölkerung** an Attraktion. Damit verbindet die Berufsgruppe **Autonomie- und Statuswünsche**, die im Augenblick direkt durch die ihr zudiktierte Abhängigkeit von der Leitprofession Medizin frustriert werden. Deren Verwirklichung wird darüberhinaus durch die im formalen Regelungsdschungel sichtbare äußere Kolonialisierung durch Juristen und Ökonomen gebrochen. Hinzu kommt – als Anpassungsreaktion – eine oft wenig bewusste, verinnerlichte Kolonialisierung durch die „vermeintliche Unvermeidlichkeit“ der eingeforderten Handlungsrationalität. Das Selbstbewusstsein zu aktiven gegen tendenziellen Handlungskonzepten fehlt noch häufig. Inwieweit es nun zukünftig „vollakademisch“ ausgebildeten Pflege-

wissenschaftlern gelingt, angemessene Autonomie für sich zu reklamieren, ist zum augenblicklichen Zeitpunkt des erbitterten Konkurrenzkampfes um knappe Ressourcen im Gesundheits- und Sozialsystem unsicher. Sollte dies jedoch gelingen, setzt dies die Weiterführung der begonnenen Ausdifferenzierung der Pflegeberufe voraus, mit einer wiederum differenziert veränderten Stellung im Geflecht der übrigen – sich gleichfalls wandelnden – Gesundheits- und Sozialberufe. Dann wird jedoch sowohl die Frage nach dem vielzitierten „Heimatverlust“ (Axmacher) der so qualifizierten Pflegenden ebenso wie die Frage nach der jeweiligen wohlfahrtsstaatlichen Bedeutung verschiedener pflegerischer Qualifikationsgruppen neu zu stellen sein. Eine in diesem Sinne gelingende Differenzierung der Pflegeberufe setzt jedoch voraus, dass die sich ändernden Gesundheitsbedarfe der Bevölkerung im Versorgungssystem weniger fragmentiert und akutmedizinisch dominiert wahrgenommen werden und darüber ergänzenden Bedarfsausgleichssystemen, wie der beruflichen Pflege, ein höherer gesellschaftlicher Stellenwert zubilligt wird.

Professionalisierungsstützenden stehen also professionalisierungsschwächende Einflüsse gegenüber: Welche Entwicklungsfaktoren dabei unter welchen Bedingungen wie Prägekraft gewinnen, ist kaum zu prognostizieren, es lohnt sich aber, dies genau zu beobachten.

Anmerkung

- 1 Pflegende arbeiten gleichermaßen im Gesundheitssektor, das sind Kliniken aller Variationen, wie auch im Sozialsektor, z.B. in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen.

Literatur

- Auer, C. (2007): Geschichte der Pflegeberufe als Fach: Die Curricular-Entwicklung in der pflegerischen Aus- und Weiterbildung. Dissertation, Medizinische Fakultät Heidelberg.
- Bartholomeyczik, S. (1997): Nachdenken über „Sprache-Professionalisierung der Pflege“. In: Zegelin-Abt, A. (Hrsg.): Sprache und Pflege, Wiesbaden, S. 11-23.
- Brieskorn-Zinke, M.; Höhmann, U.; Reckmann, C. und Stocker, E. (2001): Zur Professionalisierung und Berufssituation von Pflegewirtinnen mit generalistischer Ausbildung. In: Pflege & Gesellschaft (6) Heft 3, S. 100-108.
- Broadbent, J.; Dietrich, M. und Roberts, J. (Hrsg.) (1997): The End of the Professions? London, New York.
- Bollinger, H.; Gerlach, A. und Pfadenhauer, M. (Hrsg.) (2005): Gesundheitsberufe im Wandel. Frankfurt/Main.
- DAK (2000): DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege/Arbeitsbedingungen und

- Gesundheit von Pflegekräften in Deutschland. Hamburg.
- DAK (2005): DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 Stationäre Krankenpflege/Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems. Hamburg.
- Etzioni, A. (Hrsg.) (1969): *The semi-professions and their organisations - teachers, nurses, social workers*, New York.
- Findeiß, A. (2008): Die Ganzheitlichkeit der Pflege. Ein notwendiger Mythos klinischer Organisation. In: Saake, I. und Vogd, W. (Hrsg.): *Moderne Mythen der Medizin*. Wiesbaden, S. 307-328.
- Haug, K. (1995): *Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften in deutschen und englischen Krankenhäusern*. Dissertation, Konstanz.
- Hasselhorn, H. (2005): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal/ Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Ü15, Dortmund.
- Höhmann, U.; Müller-Mundt, G. und Schulz, B. (1998): *Qualität durch Kooperation*. Frankfurt.
- Höhmann, U. (2003): *Gerontologie und Pflege: Die Verschränkung gerontologischer und pflegerischer Orientierungen als notwendige Reaktion auf veränderte Gesundheitsbedarfe der Bevölkerung*. In: Klie, T. und Brandenburg, H. (Hrsg.): *Gerontologie und Pflege - Beiträge zur Professionalisierungsdiskussion in der Pflege alter Menschen*. Hannover, S. 10-26.
- Höhmann, U. (2007): Das Gütesiegel "Geriatric": Kommentar aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. In: *Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie*, Band 4, Heft 3, S. 141-146.
- Höhmann, U.; Panfil, E.-M.; Stegmüller, K. und Krampe, E. (2008 a): *Berufliche Chancen für Absolventen von Pflegestudiengängen in Hessen*. In: *Die Schwester/ Der Pfleger* 47 (1), S. 78-80.
- Höhmann, U.; Panfil, E.-M.; Stegmüller, K. und Krampe, E. (2008b): *Studium abgeschlossen und nun? Berufliche Perspektiven für AbsolventInnen hessischer Studiengänge*. In: *Dr. med. Mabuse* 172, März/ April 2008, S. 57-59.
- Höhmann, U. (2008): *Expertenstandards in der Praxis: Überlegungen zu zentralen Umsetzungsbedingungen, am Beispiel des Expertenstandards: „Förderung der Harnkontinenz“*. In: *Pflege & Gesellschaft* (13), Heft 2, S. 131-141.
- IQWiQ (2006) *Arbeitspapier: Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung, eine systematische Übersicht vom 7.8.2006*.

- Klatetzki, T. und Tacke, V. (2005): Organisation und Profession. Wiesbaden.
- Klein, R. (2008): „Nun ist die Politik gefordert“. Kommentar zum Beschlusspapier des 111. Deutschen Ärztetages in Ulm. In: Die Schwester/Der Pfleger (47), Heft 7/8, S. 651.
- Krampe, E. und Höhmann, U. (2004): Wissenschaft zur Entfeminisierung des Frauenberufs Pflege. In: Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien, Heft 2+3, (22) 2004, S. 94-111.
- Kohan, D.; Krampe, E. und Höhmann, U. (2005): „Bin dann nicht so'n ganz geraden Weg gegangen“. Eine Analyse der Werdegänge von 10 Pflegewissenschaftlerinnen. In: Pflege, Heft 4 (18), S. 253-263.
- Kreß, A. (2000): Routinehandlungen in der Pflege aus pflegewissenschaftlicher Sicht am Beispiel des Bettenmachens. Diplomarbeit im FB Pflege und Gesundheitswissenschaften der Ev. Fachhochschule Darmstadt.
- Müller, M. (2008): „Monopol der Ärzte ist Modell der Vergangenheit“. Kommentar zum Beschlusspapier des 111. Deutschen Ärztetages in Ulm. In: Die Schwester/Der Pfleger (47), Heft 7/8, S. 651, 652.
- Oevermann, U. (1978): Probleme der Professionalisierung in der berufsmäßigen Anwendung sozialwissenschaftlicher Kompetenz: einige Überlegungen zu Folgeproblemen der Einrichtung berufsorientierter Studiengänge für Soziologen und Politologen, Manuskript, Frankfurt/Main.
- Reed, D. und Watson, D. (1997): Der Einfluss des medizinischen Modells auf die Pflegepraxis. In: Schröck, R. und Dreyrup, E. (Hrsg.) (1997): Pflegetheorien in Praxis, Forschung und Lehre. Freiburg, S. 21-36.
- Schmidbauer, M. (2002): Vom „Lazaruskreuz“ zur „Pflege aktuell“ Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903-2000. Dissertation, Universität Frankfurt/Main.
- Schröck, R. (1992): Zur Akademisierung der Pflege. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift (22), Heft 5, S. 320-322.
- Steppe, H. (2003): Perspektiven der professionellen Pflege. In: Ulmer, E.; Krampe, E.; Haas, W. und Wackerhagen, H. (Hrsg.): „Die Vielfalt sehen, statt das Chaos zu befürchten“, Bern, Göttingen, Toronto
- Stichweh, R. (2008): Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. In: Saake, I. und Vogd, W. (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin. Wiesbaden, S. 329-344.
- Taubert, J. (1994): Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. Berufliche Entwicklungen zwischen Diakonie und Patientenorientierung. Frankfurt/Main.
- Voswinkel, S. (2002): Bewunderung ohne Würdigung? In: Honneth, A. (Hrsg.): Befreiung

aus der Mündigkeit. Frankfurt/Main, S. 65-92.

Weidner, F. (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Frankfurt/Main.

Autorinnen und Autor

MARGIT BRÜCKNER, Prof. Dr. habil., Soziologin und Gruppenanalytikerin / Supervisorin (DGSv), seit 1979 an der Fachhochschule Frankfurt/Main. Lehr- und Forschungsschwerpunkte in Auszügen: Frauen- und Geschlechterforschung (insbes. häusliche Gewalt); Wohlfahrtsregime und Sorgetätigkeiten („Care-Debatte“). Zus. mit Lothar Böhnisch (Hrsg.): Geschlechterverhältnisse, gesellschaftliche Konstruktionen und Perspektiven ihrer Veränderung, Weinheim/ München 2001.

HEIKE DECH, Dr. med. Dipl. Psych. ger., Professorin für Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie, seit 2007 an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin, Gerontologin und Geriaterin. Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung, Gerontologie, Sozialpsychiatrie, Versorgungsforschung bei Demenz, Gerontopsychiatrisches Assessment, Sozialpsychiatrie, Women's Mental Health.

KATHARINA GRÖNING, Professorin an der Fakultät für Pädagogik in Bielefeld, Studium der Erziehungswissenschaft in Marburg; Promotion in Heidelberg. Lehr- und Forschungsschwerpunkte: Beratung unter besonderer Berücksichtigung der gesellschaftlichen Geschlechterverhältnisse, Psychoanalyse sozialer Insti-

tutionen, Generationsbeziehungen, häusliche Pflege. Gröning, K. / Kunstmann, A.-C. / Rensing, E.: In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege. Frankfurt/Main, 2004.

ULRIKE HÖHMANN, Prof. Dr., zurzeit an der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt, Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften. Letzte Veröffentlichung zum Themenkomplex: Höhmann, U.; Panfil, E.-M.; Stegmüller, K. und Krampe, E.-M.: BuBl: Berufseinmündungs- und Berufsverbleibstudie Hessischer PflegewirtInnen. In: Pflege & Gesellschaft (13) Heft 3, 2008.

MECHTILD M. JANSEN, Erziehungswissenschaftlerin, Referatsleiterin für Frauen, Gender Mainstreaming, geschlechtsbezogene Jugendarbeit und Migration bei der Hessischen Landeszentrale für politische Bildung. Lehraufträge an verschiedenen Universitäten und Fachhochschulen. Zahlreiche Veröffentlichungen und Herausgaben zu den oben genannten Bereichen, unter anderem „Religion und Migration“ (Hrsg.: H. Nagel, Mechtild M. Jansen, Frankfurt 2007) und „Die halbierte Emanzipation? - Fundamentalismus und Geschlecht“ (Hrsg.: Elisabeth Rohr, Ulrike Wagner-Rau, Mechtild M. Jansen, Königsstein 2007).

MANFRED LANGEHENNIG, Prof. Dr., lehrt und forscht am Fachbereich „Soziale Arbeit & Gesundheit“. Arbeitsschwerpunkte: Interpretative Gerontologie, Qualitätsentwicklung / Evaluationsprogramme, Qualitative Forschungsmethoden / Lebensweltliche Ethnographien. Aktuelle Forschungsprojekte: Das Frühstadium der Alzheimererkrankung als Krise der Alltagswelt: Eine Studie zur sozialen Organisation erster Krankheitssymptome in der Familie (Forschungsprojekt), Studie zur Lebenswelt häuslich pflegender Männer, Gruppenangebote für Menschen mit Gedächtnisprobleme (Evaluationsstudie)

HELMA LUTZ, Studium der Sozialpädagogik, der Soziologie, Politikwissenschaft und Erziehungswissenschaft; Promotion in Soziologie, Habilitation in Erziehungswissenschaft und Soziologie. Seit 2007 Professorin an der Universität Frankfurt/Main. Lehr- und Forschungsschwerpunkte: Frauen- und Geschlechterforschung, Migrationsforschung, Intersektionalitätsforschung, Rassismus- und Ethnizitätsforschung, Qualitative Forschungsmethoden / Biographieforschung. Lutz, H.: Vom Weltmarkt in den Privathaushalt. Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung. Op-laden 2007.

**POLIS ist eine Publikationsreihe der Hessischen Landeszentrale
für politische Bildung (HLZ).**

Herausgeberin: Mechtild M. Jansen,
Hessische Landeszentrale für politische Bildung, Wiesbaden.
Redaktion: Tilmann Gempp-Friedrich, Mechtild M. Jansen
Gestaltung/Satz: G-S Grafik & Satz, Wiesbaden
Druck: Dinges & Frick, Wiesbaden
Auflage: 2000
© Wiesbaden 2009

ISBN 978-3-927127-83-8

**Schriftliche Bestellungen an die HLZ: Taunusstraße 4-6, 65183 Wiesbaden,
Telefon (0611) 32-4051, Fax (0611) 32-4055, E-Mail: hlz@hlz.hessen.de**

Von der Reihe POLIS sind erhältlich:

Nr. 27 Mechtild M. Jansen (Hrsg.)
Hessen engagiert. Freiwilliges soziales Engagement in Hessen

Nr. 31 Wolfgang Benz
Gedenkstätten und Erinnerungsarbeit. Ein wichtiger Teil unserer politischen Kultur

Nr. 36 Angelika Ehrhardt, Mechtild M. Jansen
Gender Mainstreaming. Grundlagen - Prinzipien - Instrumente

Nr. 39 Bernd Heidenreich, Sönke Neitzel (Hrsg.)
Der Bombenkrieg und seine Opfer

Nr. 41 Mechtild M. Jansen, Mechthild Veil (Hrsg.)
Familienpolitiken und Alltagspraxis

Nr. 42 Bernd Heidenreich, Sönke Neitzel (Hrsg.)
Der militärische Widerstand gegen Hitler - der Beitrag Hessens zum 20. Juli 1944

Nr. 43 Walter Mühlhausen
Demokratischer Neubeginn in Hessen 1945-1949
Lehren aus der Vergangenheit für die Gestaltung der Zukunft

Nr. 44 Mechtild M. Jansen, Angelika Röming (Hrsg.)
K(l)eine Helden? Förderung von Jungen in Schule und außerschulischer Pädagogik

Nr. 45 Evelyn Brockhoff, Bernd Heidenreich, Sönke Neitzel (Hrsg.)
1945: Kriegsende und Neuanfang

Nr. 46 Renate Knigge-Tesche (Hrsg.)
Politischer Widerstand gegen die NS-Diktatur in Hessen. Eine Auswahl

Nr. 47 Mechtild M. Jansen u.a. (Hrsg.)
Denken ohne Geländer - Hannah Arendt zum 100. Geburtstag

Nr. 48 Mechtild M. Jansen (Hrsg.)
frauen & literatur. Zum 200. Todestag der Sophie von La Roche (1807)

Vergriffene Ausgaben (Nr. 1-15, 17-20, 22-26, 28-30, 32-35, 37, 38, 40) können Sie über das Internet (www.hlz.hessen.de) herunterladen.