

Mechthild Rumpf

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

artec-paper Nr. 145

Oktober 2007

ISSN 1613-4907



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

Die hier vorliegende Literaturstudie und Problemskizze von Mechthild Rumpf ist im Zusammenhang des Projekts **"Die Bedeutung neuer Geschlechterverhältnisse für die neue soziokulturelle Konstruktion des Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel – am Beispiel Pflege"** entstanden, das dankenswerterweise **durch die Hanns-Lilje-Stiftung Hannover** gefördert wurde. Der vorliegende Text ist die Kurzfassung des artec-papers 144 von Mechthild Rumpf (siehe homepage von artec). Für weitere Literaturlauswertungen im Projektzusammenhang siehe das artec-paper 146 von Christel Kumbruck, das sich auf Entwicklungen im traditionellen Ethos bezieht sowie das artec paper (in Vorbereitung) von Helen Kohlen, in dem besonders die angelsächsische Literatur zur Care-Debatte durchgesehen wird.

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

Geschlechterverhältnisse und Ethos fürsorglicher (Pflege-) Praxis im Wandel

Literaturstudie und Problemskizzen zu häuslicher Pflege (Kurzfassung)*

Inhalt:

I.	Einführung	1
II.	Geschlechterverhältnis und Geschlechterdifferenz in ihrer Bedeutung für fürsorgliche Praxis	4
II. 1.	Traditionen und Konstruktionen der Geschlechterdifferenz im Kontext fürsorglicher Praxis	4
II. 2.	Die feministische Care-Debatte: Neue Impulse für die Pflegeethik?	9
II. 3.	Exkurs über Autonomie und Fürsorglichkeit – „Mein Bild von Dir bestimmt, wie ich mit Dir umgehe“ (Salomon)	15
II. 4.	Zum Begriff der Pflege	17
II. 5.	Pflege als weibliche Bestimmung oder Kompetenz?	19
II. 6.	Nähe und Distanz in der ambulanten Pflege	23
III.	Pflegende Angehörige und informelle Pflegearrangements	26
IV.	Der Blick auf die Pflegebedürftigen: Die Bedeutung der Kategorie Geschlecht	29
V.	Häusliche Pflegearrangements – Bedingungen der Überforderung und Ansätze geteilter Verantwortung	31
VI.	Zukunft häuslicher Pflege – Trends und spezifische Problembereiche	35
VII.	Abschließende Überlegungen	41
	Literatur	46
	Angaben zur Autorin	51
	Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec)	52

* Mit diesem artec-paper Nr. 145 kann nur eine Kurzfassung des Literaturberichts präsentiert werden. Deswegen enthalten die Kap. III. – VI. nur das jeweilige Fazit. Die Langfassung mit vollständiger Bibliografie ist als artec-paper Nr. 144 (online) einsehbar unter www.artec.uni-bremen.de.

I: Einführung

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

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

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

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

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

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

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

Sozialpolitische Diskurse und staatliches Handeln müssten deshalb im Wissen um „Fürsorgliche Konflikte“ (Eckart 2004a) auch stärker als bisher von der Sorge um die (potentiell) Pflegenden im häuslichen Bereich verantwortlich getragen sein! Ein auf häusliche Pflegearrangements bezogenes *Ethos fürsorglicher Praxis* sollte also beide Seiten im Blick haben. Diese Überzeugung leitet den folgenden Literaturüberblick.¹

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

¹ Wie schon erwähnt, wird mit diesem artec-paper nur eine Kurzfassung des Literaturberichts präsentiert. In dieser Version enthalten die Kap. III. – VI. nur das jeweilige Fazit. Die Langfassung mit vollständiger Bibliografie ist als artec-paper Nr. 144 (online) einsehbar unter www.artec.uni-bremen.de.

gungen von Pflege und Professionalisierung, insbesondere im ambulanten Bereich, einem Ethos fürsorglicher Praxis enge Grenzen setzen.

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

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

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

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

Im abschließenden Kapitel (VII.) wird die Bedeutung personenbezogener Fürsorgearbeit – Pflegeleistungen von Frauen und Männern im privaten Raum –, gewürdigt und im Zusammenhang mit gesellschaftlich notwendiger, stärkerer Unterstützung diskutiert. Resümierend wird festgehalten, dass die mehrheitlich von Frauen ausgeübten Hilfe- und Pfl egetätigkeiten

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

II. Geschlechterverhältnis und Geschlechterdifferenz in ihrer Bedeutung für fürsorgliche Praxis

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

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

„Erst den feministischen Kritikerinnen der politischen Philosophie der Aufklärung fiel auf, dass im klassischen Konstrukt des Gesellschaftsvertrags sich die Bürgerrechte auf Männerrechte reduzierten und unvermeidliche und existenzielle Abhängigkeitssituationen im Leben jedes Menschen ausgeblendet wurden. Die Selbstverständlichkeit, mit der aus dem neuen Diskurs über Unabhängigkeit, Freiheit und Gleichheit in der bürgerlichen Gesellschaft alles

herausfiel, was auf die Entwicklungsphasen von Kindheit und Alter in ihrer Bedürftigkeit und Abhängigkeit von der Zuwendung anderer Menschen hätte hinweisen können, ist von feministischen Theoretikerinnen mit den Konzeptionen des Patriarchalismus und eines impliziten Geschlechtervertrages erklärt worden. Tatsächlich ging die philosophische und rechtstatsächliche Herausbildung des bürgerlichen Individuums mit der Familiarisierung der (verheirateten) Frauen zusammen, eine Entwicklung, die Ute Gerhard besonders in Deutschland rechtshistorisch im Detail untersucht hat.“ (Senghaas-Knobloch 2004:7; vgl. Rumpf/Senghaas-Knobloch 2004; Gerhard 1990)

Die Komplexität der hier angesprochenen und ungelösten Probleme wird heute zunehmend im Kontext einer intensiven Debatte um „care“ erörtert, wobei sichtbar wird, dass ein weites Spektrum von sorgenden Tätigkeiten, die Frauen traditionell und immer noch strukturell zugeordnet werden, mit den Begriffen der Arbeit und geschlechtshierarchischer Arbeitsteilung allein nicht erfasst werden können (Eckart 1996, 1999, 2004; Eckart/Senghaas-Knobloch 2000; Senghaas-Knobloch 2001, Gerhard 2003)². Der weite Horizont der fürsorglichen Praxis ist nicht nur Thema der Geschlechterungleichheit sondern betrifft das gesellschaftliche Selbstverständnis, die Vorstellungen vom Selbst und von Selbständigkeit, Unabhängigkeit und die verhängnisvolle, inhumane ökonomistische Fixierung auf den bindungslosen und flexiblen Erwerbsbürger, wie Christel Eckart mit neueren Überlegungen sichtbar macht.

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

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

Nur selten wurden in der Vergangenheit die zerstörerischen gesellschaftlichen Auswirkungen auf sorgende Praxis im weitesten Sinne – ihrer faktischen Missachtung – so sensibel und mik-

² Die Tradition „weiblichen Dienstes“ in der Diakonie ist ein zentraler thematischer Schwerpunkt des Projektes zum „Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel“, vgl. dazu die Projektberichte Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2006, Kumbruck 2007, Senghaas-Knobloch/Kumbruck 2008.

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

Seit dem Wiederaufleben praktisch-philosophischer Fragen wird auch seit Jahren eine Kontroverse ausgetragen, die um angeblich differente moralische Orientierungen von Frauen und Männern kreist.³ Dieser Streit um geschlechtsspezifisch unterschiedliche Orientierungen am konkreten Anderen, die beziehungsnahe Sorge und Verantwortung einerseits – die Orientierung am verallgemeinerten Anderen, einer beziehungsarmen, mehr oder weniger abstrakten Gerechtigkeitsethik andererseits, ist jedoch nicht nur, wie bereits angesprochen, ein Erbe der Aufklärung, der skizzierten Geschichte der Geschlechterordnung in der bürgerlichen Gesellschaft und der damit verbundenen differenten Identitätskonzepte.

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

³ Einen sehr guten Überblick über diese, an den Forschungen von Lawrence Kohlberg und Carol Gilligan anknüpfende Debatte findet sich bei: Nagl-Docekal, H./Pauer-Studer, H. (Hrsg.), *Jenseits der Geschlechtermoral. Beiträge zur feministischen Ethik*. Frankfurt am Main 1993 und Detlef Horster (Hg.), *Weibliche Moral – Ein Mythos?* Frankfurt am Main 1998. Vgl. auch den Literaturbericht von H. Kohlen (artec-paper i.V.).

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

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

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

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

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

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

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

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

Exemplarisch⁴ soll hier der Ansatz des Pflegepädagogen und Pflegeethikers Reinhard Lay (2004) vorgestellt werden, weil er sich in vieler Hinsicht in der Tradition der Moralphilosophie Kants versteht, Pflegeethik nicht aus der Medizinethik ableitet und auf anregende Weise feministische Debatten aus dem Kontext der Care-Ethik zu integrieren vermag. Lay thematisiert zunächst die moralische Entwicklung von Menschen und dabei bezieht er sich konsequenterweise auf Kohlbergs kontrovers diskutiertes Stufenmodell.

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

Lay referiert feministische Kritik, aus deren Perspektive das Kohlbergsche Modell als „männerzentriert, starr und rational berechnend“ angesehen und auch deshalb abgelehnt würde, „weil es die vorgeblich eher weiblichen Qualitäten der Fürsorge, der Kontextsensitivität, der Anteilnahme und der emotionalen Bindungsfähigkeit systematisch ignoriere“ (Lay 2004:220). Feministische Ansätze propagierten dagegen eine „kontextsensitive Fürsorgeethik (care ethics oder ethics of care)“ statt einer „unparteilichen Normenethik (rule ethics)“.⁵

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

Der Autor hält die feministische Kritik durchaus für berechtigt, da mit einer „rein kognitiven (‚Männer‘-)Ethik“⁶ (...) „psychosoziale Aspekte weder angemessen beurteilt noch vermittelt

⁴ Im Rahmen dieses Literaturberichts kann nur exemplarisch die Frage verfolgt werden, in welcher Weise Ansätze der Care-Ethik im pflegewissenschaftlichen und pflegeethischen Kontext diskutiert werden. Zur vor allem angelsächsischen Debatte um Care vgl. den Literaturbericht von H. Kohlen (artec-paper i.V.), der im Projektzusammenhang "Die Bedeutung neuer Geschlechterverhältnisse für die neue soziokulturelle Konstruktion des Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel – am Beispiel Pflege" entstanden ist.

⁵ Vgl. dazu die ausführlicheren Auseinandersetzungen in Nagl-Docekal/Studer (1993) und Horster (1998).

⁶ In dieser Formulierung und in dem vorhergehendem Zitat wird allerdings deutlich, dass Lay die Annahme von „abstrakten Pflichten und Prinzipien“ unreflektiert referiert. Herta Nagl-Docekal hat in ihrer Argumentation überzeugend gezeigt, weshalb Vorstellungen von Autonomie und Gerechtigkeit gerade nicht abstrakt, sondern

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

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

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

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

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

gen interprofessioneller Arbeitsbeziehungen ideologisch überwölben können“ (Remmers 2000:311, zitiert bei Lay 2004: 222).⁷

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

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

„Gerechtigkeit *und* Fürsorge, Fürsorge *und* kognitive Argumentationsfähigkeit (vgl. Bondolfi 1996:31). Auch Raven (1995:352) hält in der Bildung einer professionellen Handlungskompetenz der Pflege beide Elemente für erforderlich: moralisches Urteilen im Sinne von Gerechtigkeit und moralische Sensibilität im Sinne von Fürsorge. Rehbock drückt die Forderung nach einer Kombination der unterschiedlichen Positionen so aus: ‚Wir brauchen für die ethische Reflexion also beides: abstrakt-formale Prinzipien und ihre kontextuelle Deutung‘.“ (Lay 2004:223)⁸

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

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

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

⁷ Vgl. dazu die ausführlichen, im Projektzusammenhang zum „Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel“ entstandenen Ausführungen und empirischen Befunde in Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2006, Kumbruck 2007 und Senghaas-Knobloch/Kumbruck 2008.

⁸ Fehlende philosophische Trennschärfe und eine gewisse Unentschiedenheit bei der Verwendung der Begriffe „abstrakt“ und „formal“ ist auch in der hier zitierten Formulierung von Rehbock deutlich. Vgl. dazu Kap. II.1.

Bedeutsam ist dabei die grundsätzliche Einsicht, die Lay korrespondierend formuliert: „Ethik in der Pflege erschöpft sich nicht in der Erarbeitung und Kritik von Berufskodizes und Prinzipienkatalogen, sondern reflektiert die spezifischen Gegebenheiten der Pflege auf dem Hintergrund ethischer Theorien und Prinzipien, um in den vier Feldern⁹ der Disziplin zu moralisch verantwortlichen und praktikablen Handeln anzuregen.“ (Ebd.) Eine Überlegung, die ja gerade auch für häusliche Pflegearrangements relevant ist und von Lay auch so gesehen wird.

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

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

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

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

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

⁹ Die vier Felder sind: Pflegepraxis, Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik und Pflegemanagement.

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

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

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

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

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

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

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

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

Lebens- und Versorgungsqualität der betroffenen Menschen. *Mit der Charta sollen daher auch Werte wie Fürsprache, Menschlichkeit und Respekt betont werden, da diese gegenwärtig zu häufig von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen vermisst werden.* Erfahrungsgemäß ist die Veränderung von Haltungen und Werten über Verhaltens- und Bewusstseinsmodifikationen ein äußerst langwieriger Prozess. Insofern bedarf die Umsetzung der Charta kontinuierlicher Impulsgebung, um eine nachhaltige Wirksamkeit zu erzielen. Die Leitstelle unterstützt das BMFSFJ bei der Verbreitung und langfristigen Umsetzung der Charta durch öffentlichkeitswirksame Aktivitäten und überregionale und regionale thematische Veranstaltungen. Die Ergebnisse dieser Workshops werden von der Leitstelle aufgearbeitet und ausgewertet, um weitere Instrumente zur Wirksammachung der Charta zu entwickeln.“¹⁰ (Hervorhebung M.R.)

Die Charta umfasst folgende 8 Artikel:

„Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

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

Artikel 2: Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

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

Artikel 3: Privatheit

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

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

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

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung

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

Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft

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

Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung

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

Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod

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

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

¹⁰ Deutsches Zentrum für Altersfragen, <http://www.dza.de/allgemein/politik-leitstelle.html#charta>, aufgesucht am 25.1.2007.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. 4. Begriff der Pflege

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

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

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

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

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

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

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

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

II. 5. Pflege als weibliche Bestimmung oder Kompetenz?

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

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

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

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

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

Piechotta kritisiert unter anderem die von „Ostner/Beck-Gernsheim postulierte arbeitsinhaltliche Barriere“, weil die beiden „Autorinnen davon ausgehen, dass personengebundene Fähigkeiten hinreichend für die Ausübung einer pflegerischen Erwerbstätigkeit sind. Letztlich reproduzieren sie so die überholte Sichtweise von Pflege als ‚hausfrauenspezifischer Arbeit‘ und treten einem Prozeß beruflicher Qualifizierung entgegen“ (ebd.:96, vgl. S.202).¹¹ Die Autorin bezieht sich deshalb konsequent auf die Perspektive, die „Anforderungen an Pflegerinnen und die Fähigkeit von Pflegerinnen als fachliche Anforderungen bzw. als fachliche Leistung zu fassen“. Entsprechend bezieht sie sich ausführlich auf die Debatte um Schlüsselqualifikationen und Kompetenzen.

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

¹¹ Auf die grundsätzliche Kritik von Axeli Knapp (1988) wird verwiesen.

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

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

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

Diese Thematik wird im empirischen Teil der Untersuchung von Piechotta weiter verfolgt. Als ein Ergebnis wird festgehalten, dass bei fast allen Befragten¹² die Ausbildungsentscheidungen für Pflege nicht auf geschlechtsspezifisch sozialisierte Bedürfnisse zurückzuführen sind (ebd.:203). Lediglich die interviewten Kinderkrankenschwestern empfänden ihren Beruf als „mütterlichen“ Frauenberuf (ebd.:207). Die Krankenschwestern und Altenpflegerinnen betonten eher, dass das „simple Übertragen der ‚mütterlichen‘ Rolle auf den Arbeitsplatz zu Überprotektion und/oder zur Infantilisierung der Patienten/ -innen“ führen würde (ebd.). Fast alle Gesprächspartnerinnen betonten zudem, dass ihre „Arbeit oftmals abgewertet“ werde, dass sie „seltener in Leitungspositionen gelangen“ und „geschlechtsspezifische Arbeitsverteilungen“ nachteilig für sie seien (ebd.).

¹² Es wurden 41 TeilnehmerInnen des Kontaktstudiums „Probädeutikum Pflegewissenschaft“ der Universität Bremen befragt, dabei interessierten insbesondere „Bildungserfahrungen“ sowie „Chancen und Hindernisse im Prozeß um berufliche Kompetenz“. (Ebd.:203)

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

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

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

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

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

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

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

II. 6. Nähe und Distanz in der ambulanten Pflege

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Blüher geht davon aus, dass in der häuslichen Pflege in besonders eindrücklicher Weise unterschiedliche 'Kulturen des Helfens' (im Sinne unterschiedlicher Bedeutungskontexte) aufeinander treffen und entsprechend in Aushandlungsprozesse treten müssen, um die optimale Versorgung der Betroffenen zwischen 'Pflegedienst und Liebesdienst' zu gewährleisten" (ebd.). Sein Resümee zur eigenen empirischen Studie über professionelle Pflegekräfte¹³ in der Altenpflege überrascht vermutlich ein wenig nach den bisher erörterten Problembereichen ambulanter Pflege:

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

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

¹³ Den Ausführungen von Blüher liegt 1.) eine empirische Untersuchung zugrunde, die 2002 in Nürnberg durchgeführt wurde. Kontext: 80 ambulante Pflegedienste, 811 Fachkräfte erhielten einen 15seitigen Fragebogen, 212 kamen zurück. 2.) hat er ebenfalls in Nürnberg 15 leitfadengestützte Interviews mit pflegenden Angehörigen zu häuslichen Pflegearrangements durchgeführt.

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

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

III. Pflegende Angehörige und informelle Pflegearrangements

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

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

Hervorzuheben sind neuere Untersuchungen¹⁴, die eine nach wie vor beeindruckend hohe Pflegebereitschaft von Angehörigen feststellen. Zwei von drei Hilfe- und Pflegebedürftigen aller Schweregrade werden auch heute – wie zu Beginn der 1990er Jahre – in Privathaushalten betreut und gepflegt. Dies ist auch deshalb besonders bemerkenswert, weil die absolute Zahl der hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen aus demografischen Gründen von 3,3

¹⁴ Für die hier in Kap. III. zusammengefassten Befunde sind vor allem die folgenden Studien relevant: Künemund 2005, 2006; Schneekloth/Wahl 2006; Schupp/Künemund 2004.

Mio. auf bereits 4,4 Mio. angestiegen ist. Der Anteil der Pflegebedürftigen im hohen Lebensalter ist dagegen eher geringer geworden.

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

Überraschend und umstritten ist angesichts der hohen Belastungen durch Pflegetätigkeiten der nach wie vor hohe Anteil (55%) häuslicher Pflegearrangements, die auf ausschließlich privater Pflege beruhen und nur die Geldleistung wählen.¹⁵ 28 % stützen sich inzwischen auf einen Mix von privater und professioneller Pflege, 9 % erhalten private Pflege in Verbindung mit selbst finanzierten Hilfen und nur 8% sind ausschließlich auf professionelle Pflegedienste angewiesen.

Entgegen der häufigen Wahrnehmung, dass informelle Pflege vor allem von den bereits beruflich und familiär Entpflichteten getragen wird, ist festzuhalten, dass nur etwa ein Drittel aller Pflegenden älter als 65 Jahre alt ist. Dies wird angesichts der Tendenzen zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit zukünftig von noch größerer Relevanz sein und längst überfällige sozialpolitische Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zwingend notwendig werden lassen.¹⁶ Relativ eindeutig wird hingegen mit anderen Akzentsetzungen die Zukunft informeller Pflege thematisiert. Exemplarisch ist die Aussage:

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

Wie bedeutsam ist darüber hinaus der differenzierende Blick auf geschlechtsspezifische Problemlagen der Pflegebedürftigen und welche Überlegungen ergeben sich daraus für ein „Ethos fürsorglicher Praxis“? Im Folgenden werden die vielfältigen Befunde der Literaturstudie zusammengefasst.

¹⁵ Diese Problematik wird in Kap. VI. wieder aufgegriffen.

¹⁶ Dieses Thema wird in Kap. VI. intensiver diskutiert.

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

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

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

Alter(n) ist für Frauen ein doppeltes Risiko: altersspezifische soziale Gefährdungen können mit geschlechtsspezifischen Problemlagen zusammentreffen. Forschungsbefunde weisen darauf hin, dass die Konzentration auf Ehe und Familie nicht nur zu prekärer ökonomischer Alterssicherung führt, sondern auch zu gesundheitlichen und psychischen Beeinträchtigungen beiträgt. Qualifizierte, kontinuierliche Berufsarbeit ist auch für Frauen mit Kindern die „beste Prävention gegenüber sozial problematischem Alter(n)“, resümiert die Soziologin und Gerontologin Gertrud M. Backes (2005:4). Hier zeichnen sich Veränderungen ab im Vergleich zu den Altersjahrgängen der 1990er Jahre: Frauen verfügen inzwischen über ein höheres Ausbildungsniveau, komplexere Berufs- und Familienbiografien, über mehr materielle Ressourcen,

eine gewachsene Alltagskompetenz und Selbstverantwortlichkeit für eine selbständige Lebensführung sowie ein entsprechend besseres gesundheitliches Wohlbefinden. Dies zeigt sich vor allem durch die Entwicklung der Pflegestatistik: der Anteil hochaltriger Frauen, die weitgehend selbständig und ohne nennenswerte Hilfe allein leben, ist von 23% auf 32% gestiegen. Stark rückläufig ist zugleich der Frauenanteil mit allgemeinem Hilfebedarf. Die Quote der Pflegebedürftigen ist jedoch mit 33% in etwa gleich geblieben.

Forschungen verweisen auch generell auf Vorteile des Alterns bei Frauen. Durch die besonderen Anforderungen und Erfahrungen im weiblichen Lebenslauf entwickeln Frauen eine höhere Daseins- und Alltagskompetenz, um Veränderungen, Umstellungen und Verluste zu verarbeiten und die private Lebensführung zu organisieren. Männer sind seltener auf das Alleinleben, auf selbständige Haushaltsführung und mögliche Pflegebedürftigkeit, weder im instrumentellen noch psychosozialen Sinn vorbereitet. Eine einseitige Orientierung an maskulinen Rollenbildern im Übergang zum höheren Lebensalter kann bei Männern zu Anpassungsschwierigkeiten und zu körperlichen und psychischen Beschwerden führen. Gelingendes Altern setzt also voraus, dass sich Männer mit ihrer Maskulinität auseinandersetzen. Untersuchungen zeigen, dass „eine Erweiterung des subjektiven Lebensraumes“ und ein „Zuwachs an psychosozialer Kompetenz“ auch zu einer höheren Lebenserwartung führen.

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

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

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

„Letztendlich zeigt der Widerspruch zwischen Gesundheitserleben und Lebenserwartung bei Männern und Frauen, dass an den krankheitsbezogenen Mortalitätsdifferenzen in hohem Ma-

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

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

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

Zukünftige Pflegekonzepte müssten deshalb mit Blick auf hilfe- und pflegebedürftige Menschen in Privathaushalten stärker den Bedarf an Unterstützung zur sozialen Teilhabe antizipieren und umsetzen.¹⁷ Auch in stationären Einrichtungen ersetzt das „Gemeinschaftserlebnis“ nicht die Bedürfnisse nach Partizipation an einem Leben jenseits der Heimmauern. Pflegekonstellationen, die sich ausschließlich auf den Privatbereich konzentrieren, wenn es nicht aus gesundheitlichen Gründen zwingend ist, bedeuten nicht nur soziale Isolation, sondern können zudem „hochriskant“ sein. Dass häusliche Pflege wegen vieler Problemzonen nicht in jedem Fall als ideales Arrangement anzusehen ist, zeigen die Befunde der Literaturrecherche, die im folgenden Kapitel zusammengefasst werden.

¹⁷ So ist es erfreulich, dass dieses Recht auf soziale Teilhabe in der *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* (2006) deutlich ausgedrückt wird. Vgl. Kap. II.2.

V. Häusliche Pflegearrangements – Bedingungen der Überforderung und Ansätze geteilter Verantwortung

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

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

Die Literaturübersicht zeigt allerdings, dass die Pflegekonstellation Mutter-Tochter nicht per se als positives Beispiel für ein „Ethos fürsorglicher Praxis“ angesehen werden kann, da sie oftmals von vielfältigen, alten und neuen, vielfach unbewussten Konfliktzonen bestimmt ist, die die Pflegesituation belasten. Bevormundung als auch Überfürsorglichkeit können so Ausdrucksformen unreflektierter Pflegebeziehungen sein. Nichtthematisierte und unbewusste wechselseitige Abhängigkeiten verstellen die Chance freier und auszuhandelnder Entscheidungen bei entstehender Pflegesituation. Hinzu können unklare oder ambivalente Motivlagen pflegender Töchter zwischen Pflichtgefühl und Zuneigung kommen. Die Bedeutung normativer Motive, so vor allem die noch weit verbreitete Ansicht, Pflege sei „Frauensache“ und natürliche Pflicht der Tochter – gesellschaftlich-kulturell und familiär vermittelt – wird in vielen

Untersuchungen angesprochen und sie scheint insbesondere für die Töchter eine schwer zu relativierende oder undurchschaute, fremdbestimmte „Bürde“ zu sein. Dass sie die Pflege der Mutter freiwillig und gern übernommen hätten, wird noch nicht einmal von jeder zweiten pflegenden Tochter zum Ausdruck gebracht. Die meisten Töchter empfinden die Pflegeübernahme als „selbstverständlich“ im Sinne eines komplexen, durchaus auch diffusen Motivbündels, das normative, rollenspezifische, altruistische, emotionale u.a. Aspekte umfassen kann.

Wissenschaftliche Befunde weisen darauf hin, dass nur überwiegend positive Beweggründe die Pflegenden in die Lage versetzen, die Pflege länger und besser durchzuführen. Als positive Motive werden eingeschätzt: Liebe oder Zuneigung, etwas zurückgeben wollen; Vermeidung von Schuldgefühlen; gerne jemandem helfen; Verantwortungs- oder Pflichtgefühl; Selbstvertrauen; Sinngebung und Lebensziel; Kontaktbedürfnis; Glaubensüberzeugung. Als negative Bedingungen und Motive gelten dagegen: Eine schlechte Beziehung zum Angehörigen, eigener schlechter Gesundheitszustand, anderweitige Verpflichtungen, der Wunsch, einem Beruf zu entfliehen, die Verfügbarkeit besserer Alternativen, die Hoffnung auf Erbe, Geld oder einen finanziellen Vorteil, eine mangelnde Zustimmung, ein früheres Versprechen, die Vermeidung einer Verurteilung durch andere. Dabei wird festgehalten, dass manche Motive nicht von vornherein als positiv oder negativ bewertet werden könnten, dass sie sich auch im Verlauf der Pflege in ihrer Intensität verändern könnten.

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

Aber auch Pflegekonstellationen, die von überwiegend positiven Gefühlen der pflegenden Tochter bestimmt sind, können zu einer Überforderung führen, da die eigenen Grenzen unter Umständen nicht gesehen und überschritten werden. Häufig wird in der Literatur das Thema der fehlenden „Selbstopflege“ angesprochen, da es auf das Risiko verweist, dass die Pflegebelastungen in ihrem tatsächlichen und oft selbstzerstörerischen Ausmaß nicht wahrgenommen werden. Nach den häufigen Befunden, dass viele Pflegende kaum einmal etwas tun, „was ihnen guttut“ und zur „Selbstaufgabe“ neigen, lässt sich nur hoffen, dass das Thema Selbstpflege (auch als Voraussetzung qualitativ guter Pflege) eine stärkere Bedeutung im Selbstverständnis (potentiell) pflegender Töchter bekommt. Gerade auf die subjektiven Probleme des Nicht-Loslassen-Könnens, der Überfürsorglichkeit, der fehlenden Distanz und der Verschmel-

zung, wird in der Forschungsliteratur immer wieder hingewiesen. Die mit der Pflege verbundenen Aufgaben führen manchmal zur „Lebens-Aufgabe“. Dem korrespondiert, dass fast durchgängig die geringe Unterstützung pflegender Töchter durch Ehemänner/ Partner, aber auch Brüder festgestellt wird. Es ist aufgrund der Literaturlage schwer zu sagen, ob dies nur auf die traditionelle Verantwortungslücke im männlichen Selbstverständnis verweist oder ob pflegende Töchter nicht auch mitunter dazu neigen, den pflegerischen Verantwortungsbereich umfassend zu „besetzen“. Für letztere These spricht auch der Befund, dass die Transition zur pflegenden Tochter oftmals schon Jahre vor dem aktuellen Pflegefall einsetzt. Die Tochter hat in diesem Fall innerlich und meist unbewusst schon allmählich die Rolle der zuständig Sorgenden und Pflegenden eingenommen, bevor eine bewusste Entscheidung verlangt wird. Die Tatsache, dass im Rahmen der Pflegeversicherung sehr häufig die Geldleistung und nicht die Sachleistung gewählt wird, könnte in diesem Zusammenhang interpretiert werden.

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

Mehrere Befunde weisen inzwischen darauf hin, dass sich Pflegearrangements verändern. Neben dem Modell sich umfassend und alleinverantwortlich fühlender pflegender Tochter wird ein Modell geteilter Verantwortung sichtbar. Schon 1985 konstatierten Hedke-Becker & Schmidtke, dass diejenigen Frauen die Pflege am besten bewältigen, die viele rationale und emotionale Entlastungsstrategien entwickeln, eine gewisse Anerkennung ihrer Leistung erfahren, über finanzielle Ressourcen verfügen, keine Sorgen haben und sich viele Hilfsmittel leis-

ten können. Zu den rationalen Bewältigungsstrategien zählt, Entlastung zu organisieren, z.B. durch Pflegedienste, durch Mithilfe des Ehemannes, durch Freunde, Bekannte, Verwandte u.a. Neuere empirische Befunde, die traditionelle „Verpflichtungsarrangements“ (Pflege als Schicksal) von „Autonomiearrangements“ (Pflege als Aufgabe) unterscheiden, stützen diese These (Blüher 2004). Entscheidend ist hierbei, dass sich die „Deutung“ der Verpflichtung ändert: beim „Autonomiearrangement“ präjudiziert die Verpflichtung zur Hilfe kein häusliches Pflegearrangement, das an traditioneller „Alleinverantwortung“ anknüpft. Bedeutsam wird die offenere „Deutung“ der Verpflichtung, die damit verbundene Wahrnehmung von Alternativen und Freiräumen und das abgegrenztere und reflektiertere Verhältnis zum Thema Pflege. Der Unterschied zwischen beiden Formen der Verpflichtung liegt allerdings nicht – das soll hier betont werden – in einer emotional und moralisch distanzierteren Beziehung zwischen Mutter und Tochter.

Fürsorgliche Praxis von Männern – hier geht es vor allem um die Söhne – wird in der Literatur zunehmend thematisiert, empirisch erfasst und auch durch Erfahrungsberichte dokumentiert. Sie gerät teilweise erst dann in den Blick, wenn von keinem zu engen Pflegeverständnis ausgegangen wird. Auffällig ist der übereinstimmende Befund, dass es Männern in der Pflege offensichtlich eher als Frauen gelinge, Entlastung zu antizipieren und zu organisieren. Problematisch ist jedoch jede stark generalisierende Tendenz, Geschlechterdifferenzen zu verabsolutieren, wenn beispielsweise davon ausgegangen wird, dass Männer in der Pflege eher über einen instrumentellen Umgang und rationale Verhaltensweisen verfügten. Dennoch ist nicht zu übersehen, dass gegenwärtig häufiger die Distanzmöglichkeiten von Männern in Pflegesituationen betont werden, als die von Frauen. Diese Ebene bekommt auf dem Hintergrund der häufig als problematisch skizzierten Mutter-Tochter-Pflegekonstellationen allerdings ein anderes Gewicht, als die Ansätze, geschlechtsdifferente Handlungsoptionen einseitig zu generalisieren. Fehlende Distanzmöglichkeiten bei pflegenden Töchtern sind oftmals – wie deutlich werden sollte – mit dem normativen Gewicht jahrhundertealter Weiblichkeitsbilder beschwert und zudem durch besondere Ablösungsproblematiken innerhalb der Mutter-Tochter-Beziehung belastet. Fehlende Distanz kann aber auch reflektierter Ausdruck einer neu gesuchten Nähe sein. Alle vorschnellen Verallgemeinerungen sollten deshalb sehr kritisch hinterfragt werden. Denn auch die betonten Distanzmöglichkeiten der Söhne sind nicht a priori der Pflegesituation förderlich, wenn nicht gleichzeitig die Dimensionen der Nähe angesprochen und sichtbar werden. Noch nicht umfassend beantwortet und durch qualitative Vergleichsstudien belegt ist die Frage: Distanz in welcher Hinsicht? Welche Form der Distanz ist für alle an der häuslichen Pflegesituation Beteiligten förderlich? Es liegt auf der Hand, dass das Verhältnis

von Nähe und Distanz in der Angehörigenpflege nicht in der Weise programmatisch und handlungsorientierend antizipiert werden kann, wie im Kontext professioneller Pflege.¹⁸ Ein Ethos fürsorglicher Praxis im häuslichen Pflegekontext ist mit sehr zufälligen, individuellen, spontanen, unberechenbaren und undurchsichtigen emotionalen Bedingungen konfrontiert, die förderlich oder eben auch blockierend wirken können. Diese Unzulänglichkeit und Unberechenbarkeit des „Privaten“ führt zu der grundsätzlichen Überlegung, dass Pflegearrangements im Interesse aller Beteiligten auf einem Konzept geteilter Verantwortung beruhen sollten: aus einem Mix von familialer Hilfe und Pflege, ambulanten Diensten, teilstationären Angeboten und einem verlässlichen sozialen Netz, das zunehmend bedeutsamer wird. Aktuelle Daten weisen – wie deutlich wurde¹⁹ – in diese Richtung.

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

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

VI. Zukunft häuslicher Pflege – Trends und spezifische Problembereiche

Übereinstimmend wird in der Literatur betont, dass pflegende Angehörige nicht nur als „Resource“ sondern auch als selbst „Hilfebedürftige“ angesehen und mehr unterstützt werden müssen, um nicht langfristig eine tragfähige familiäre Sorge zu gefährden. Andererseits sind

¹⁸ Vgl. dazu Kap. II.6.

¹⁹ Vgl. Kap. III., insbesondere in der Langfassung (Rumpf 2007).

pflegebezogene „Risiken der Häuslichkeit, wie soziale Isolation, psychische Belastungsaufbau, verdeckte Gewalt, Mangelerscheinungen an öffentlichem, halböffentlichem, privat-familiärem und persönlichem Leben (...) schärfer als bisher zu thematisieren.“ (Jansen/Klie 1999:527)

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

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

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

Konstatiert wird generell, dass die öffentlichen Hilfsangebote „noch immer nicht umfassend, flexibel, passförmig und reaktionsschnell genug ausgebaut sind“ (Schneekloth/Wahl 2006) und dass die scharfe Trennung zwischen häuslicher und stationärer Pflege besonders problematisch ist. Gefordert werden Beratungs- und Organisationszentren für akute Pflegefälle, um Hilfsbedürftigen bürokratische Umwege und Einbahnstraßen (zu frühe und endgültige Heim-

einweisung) zu ersparen.²⁰ Kritisiert werden auch immer wieder die universellen Regelungsansprüche des Pflegeversicherungssystems, da sie dem jeweiligen Einzelfall abträglich wären. Neue Herausforderungen kommen auf den familialen Kontext seit Einführung des Fallpauschalen-Systems (DRG) in Krankenhäusern zu. Diese Ökonomisierung von medizinischer und pflegerischer Betreuung im Krankenhaus hat kurze Liegezeiten zur Folge, mit der Konsequenz, dass eine intensivere pflegerische Nachbetreuung von Angehörigen als früher, zu Hause geleistet werden muss. Dies betrifft nicht nur pflegebedürftige ältere Menschen, sondern Patienten aller Alterstufen und wird somit die Angehörigen und ihre potentielle Pflegebereitschaft oftmals vor schwer lösbare Problemlagen stellen. Es lässt sich grundsätzlich sagen, dass mit dem Strukturwandel des Gesundheitssystems zunehmend mehr Funktionen aus dem klinischen in den ambulanten Bereich verlagert werden und damit die pflegerischen und betreuenden Aufgaben von Familienangehörigen anwachsen. Es bedarf neuer Forschungen, um herauszufinden, wie diese neuen Bereiche fürsorglicher Praxis innerfamiliär – zwischen Männern und Frauen – verteilt sein werden.

Für zwei von drei Pflegebedürftigen ist der Privathaushalt seit den 1990er Jahren der Ort, an dem sie gepflegt und betreut werden. Diese Stabilität wird durch neueste Untersuchungen bestätigt. Dennoch weisen viele Prognosen skeptisch in die Zukunft, nicht nur, um darauf hinzuweisen, dass der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung aus demografischen Gründen erheblich steigen wird, sondern auch, weil eine sinkende Pflegebereitschaft von Frauen und ein weiterer Rückgang traditioneller Familienformen befürchtet wird. Vor allem die 2005 von dem Soziologen Baldo Blinkert und dem Sozialgerontologen und Rechtswissenschaftler Thomas Klie in ihrer empirischen „Kasseler Studie“ vorgelegten Modellrechnungen zur Entwicklung des informellen Pflegepotenzials bis 2050 weisen eine eindeutig stark sinkende Tendenz aus. Berücksichtigt wird dabei der steigende Anteil allein lebender Älterer, die sinkende Zahl der 30-60jährigen Menschen, „moderat steigende Erwerbsquoten“ bei Männern und Frauen und mit besonderer Bedeutung milieuspezifische Handlungsorientierungen. Einer Zunahme der Pflegebedürftigen um rund 100 Prozent würde im Jahr 2050 eine Abnahme des informellen Pflegepotentials um rund 40 Prozent gegenüberstehen. Das würde bedeuten, dass Angehörigenpflege nicht mehr im gleichen Umfang wie bisher geleistet werden kann. Es gibt keine Anhaltspunkte, diese vorgestellte Modellrechnung grundsätzlich in Frage zu stellen; sie scheint ein realistisches Szenario zu präsentieren. Im Zusammenhang mit

²⁰ Es sieht gegenwärtig so aus, dass solche Beratungszentren (Case Management), die auch vom „Runden Tisch Pflege“ (vgl. Kap. VII.) gefordert werden, bei der Reform der Pflegeversicherung tatsächlich eine Rolle spielen werden.

den von Blinkert und Klie vorgestellten Befunden zum Einfluss der Milieuzugehörigkeit auf die Pflegebereitschaft ist also zukünftig davon auszugehen, dass Frauen seltener als bisher die Pflege von Angehörigen als selbstverständliche Verpflichtung ansehen werden. Dies sollte jedoch nicht vorschnell zu der These verdichtet werden, dass damit Vorstellungen von fürsorglicher Praxis an den Rand gedrängt würden. Ihre Formen werden sich verändern und ausdifferenzieren. Das Sich-Sorgen um den pflegebedürftigen Angehörigen hat sehr viele Facetten und die unmittelbare Pflege im engeren Sinne ist nur eine davon.

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

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

Mehrere Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten deuten darauf hin, dass nicht allein das familiäre Pflegepotential und soziale Netzwerke alltägliche Hilfe- und Pflegeleistungen garantieren. Hinweise dazu ergeben sich aus der großen Anzahl Hilfebedürftiger neben den unmittelbar Pflegebedürftigen und aus dem Vorrang der gewählten

Geldleistungen und deren hohen und relativ stabilen Quote. Dies könnte auf eine nicht unbeachtliche, aber kaum zu ermittelnde Zahl vor allem illegaler Beschäftigungsverhältnisse hindeuten, die insbesondere dann bedeutsam sein werden, wenn der Wohnort der familialen Hauptpflegekraft vom Wohnort des hilfe- und/oder pflegebedürftigen Angehörigen weiter entfernt liegt und die beruflichen Verpflichtungen den Pflegeverantwortlichen wenig zeitliche Spielräume für umfassende Hilfs- und Pflegetätigkeiten lassen. Durch die vor allem steigende Erwerbstätigkeit von hochqualifizierten, akademisch ausgebildeten Frauen entsteht ein breites Spektrum an Entlastungsstrategien von unbezahlter durch bezahlte Haus- und Sorgearbeit (BMFSFJ 2006b:93). Bedingt durch verstärkte Anforderungen an berufliche Mobilität, steigt zudem der Anteil multilokaler Mehrgenerationenfamilien. Alle Erfahrungen zeigen, dass bei großer räumlicher Distanz die Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen allein durch das Angebot der Pflegeversicherung nicht zu garantieren ist. Die immer wieder zitierte Formulierung, die Familie sei der größte Pflegedienst der Nation, muss nicht nur aus der Genderperspektive zurechtgerückt werden, sondern auch, weil das „weibliche Pflegepotential“ inzwischen anteilig die „Sorge“ an ein nicht-sichtbares Heer illegaler und ungeschützter, nicht-familialer Hilfskräfte, vor allem an Migrantinnen delegiert. Wie auch im *Siebten Familienbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* erwähnt wird, erfolgt vermutlich die quantitativ bedeutsamste Umschichtung von Familienarbeit nicht zwischen Männern und Frauen, sondern zwischen sozial und national unterschiedlichen Gruppen von Frauen (BMFSFJ 2006b:92f.). Dies betrifft auch – wie deutlich werden sollte – Tätigkeiten im Kontext von Pflege.

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

Neue Untersuchungen zeigen, dass der zeitliche Aufwand der erbrachten Hilfeleistungen im Unterschied zur Situation zu Beginn der 1990er Jahre bei privaten Hauptpflegepersonen geringer geworden ist. Erleichtert wurde dadurch tendenziell auch die Vereinbarkeit von privater Pflege und eigener Erwerbstätigkeit: 23% der privaten Hauptpflegepersonen gehen im Vergleich zu 18% zu Beginn der 1990er Jahre einer eigenen Voll- oder Teilzeitbeschäftigung

nach. Ähnlich hat sich der Anteil der Männer an allen Hauptpflegepersonen von 17% auf 27% erhöht. Nach wie vor wird jedoch konstatiert, dass die Mehrheit der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter entweder zu Beginn der Pflege nicht erwerbstätig war, oder aber die eigene Erwerbstätigkeit angesichts der Pflegebelastungen reduziert oder aufgegeben hat. Letzteres wird insbesondere für Frauen festgestellt. Dies korrespondiert mit dem Faktum, dass gegenwärtig 76,2% der 55-64jährigen westdeutschen Frauen nicht Vollzeit erwerbstätig sind. Stellt sich deshalb für sie in Zukunft das Problem der Vereinbarkeit von Pfllegetätigkeit und Beruf als weniger gravierend dar? Ob die Vereinbarkeitsproblematik zukünftig für Männer und Frauen von vergleichbarer Brisanz sein wird, hängt sehr von der weiteren Entwicklung der jeweiligen Erwerbsbeteiligung ab. Einige Prognosen gehen davon aus, dass Teilzeitarbeit auch zukünftig für Frauen von größerem quantitativen Gewicht sein wird als für männliche Erwerbstätige.

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

rung nach besseren Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf nicht obsolet. So fordert der *Runde Tisch Pflege*²¹ (Deutsches Zentrum für Altersfragen):

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

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

VII. Abschließende Überlegungen

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

„Auch in Zukunft bleibt die bundesdeutsche Gesellschaft auf Familienarbeit angewiesen, also auf die Bereitschaft von Familienmitgliedern, sachbezogene Hausarbeit zur Alltagsbewältigung und personenbezogene Fürsorgearbeit für bedürftige Angehörige (Kinder, Alte und Kranke) zu übernehmen. Da das klassische Einverdienerernährermodell mit der verlässlichen Übernahme dieser Tätigkeiten durch die Frauen jedoch fragiler geworden ist, stellt sich die

²¹ Der *Runde Tisch Pflege* wurde 2003 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung initiiert. Er ist angesiedelt beim Deutschen Zentrum für Altersfragen (Berlin). Vgl. dazu auch Kap. II.2

Problematik einer gesellschaftlichen Neuorganisation dieser Arbeitsformen mit einiger Dringlichkeit. Hier sind verschiedene Wege einzuschlagen und zu unterstützen: es braucht im Lebenslauf beider Geschlechter Zeitsequenzen, in denen sie sich selbst diesen Aufgaben verstärkt zuwenden können (Geburt und Betreuung kleiner Kinder, Pflege von Familienangehörigen im Falle von Krankheit oder Pflegebedarf), ohne deshalb ihre berufliche Integration bzw. berufliche Perspektive zu gefährden; es besteht ein erhöhter Bedarf an Erziehung zu und Durchsetzung von partnerschaftlichen innerfamiliären Arbeitsteilungsmustern zwischen Frauen und Männern, Müttern und Vätern, nicht zuletzt aufgrund der wachsenden Bildungs- und Erwerbsbeteiligung von Frauen und zwecks Verwirklichung ihrer sozialen Gleichstellung in allen Lebensbereichen, und es bedarf schließlich des großzügigen und qualitativ hochwertigen Ausbaus an familienergänzenden sach- und personenbezogenen Dienstleistungen, also der Professionalisierung eines Teils der vormals privat geleisteten Familienarbeit.“ (BMFSFJ 2006b:93)

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

Relativ einmütig scheinen Expertenrunden die Zukunft häuslicher Pflege und den notwendigen Veränderungsbedarf zu thematisieren. Dies zeigt sich auch bei den 2005 vorgelegten Ergebnissen des *Runden Tisch Pflege (Deutsches Zentrum für Altersfragen)*²²: Zur „Verbesserung der Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (DZA 2005a) werden Leitsätze formuliert, die ausdifferenziert, begründet und teilweise durch Praxisbeispiele (DZA 2005b) anschaulich werden. Die knappen Leitsätze – Empfehlungen und Forderungen – lauten im Einzelnen:

²² Vgl. Fn 21.

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

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

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

4. Die Koordination und Steuerung von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche ist durch strukturelle Vernetzung auf kommunaler Ebene (Care Management) und auf Einzelfallebene (Case Management) zu verbessern.

5. Die Arbeitsbedingungen und Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der häuslichen Pflege sind zu verbessern.“

Bei genauer Betrachtung erweisen sich alle vorgelegten Vorschläge keinesfalls als kostenneutral. So gibt es berechtigte Befürchtungen, dass weitreichende Reformen im Kontext häuslicher Pflege weiterhin auf dem Papier existieren werden. Denn in der gegenwärtigen, marginalen öffentlichen Debatte um die angestrebte Reform der Pflegeversicherung wird weder deutlich, dass die bereits zitierte *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* (2006)²³ eine entscheidende Grundlage weit reichender politischer Entscheidungen werden soll noch dass die umfassenden Änderungsvorschläge aus Wissenschaft und Expertenrunden berücksichtigt wurden. Vielmehr stehen die gegenwärtigen und umstrittenen zukünftigen finanziellen Rahmenbedingungen, die „Kosten der alternden Gesellschaft“ im Zentrum²⁴ und es werden eher bescheidene Verbesserungen vorgesehen, auch wenn diese im Detail zumindest in die von Expertenrunden ausformulierte Richtung weisen²⁵. Die anvisierte (unbezahlte) Pflegezeit ist beispielsweise mit dem grundsätzlichen Problem verbunden, dass sie nur von Pflegenden mit ausreichenden finanziellen Ressourcen (weitere Einkommen, Vermögen) in Anspruch genommen werden könnte. Der „Teilkaskocharakter“ der Pflegeversicherung wird sich also nicht grundsätzlich ändern – zur Debatte stehen allenfalls die neuen und alten materiellen und psycho-sozialen „Kosten“ der „Selbstbeteiligung“. So ist zu befürchten, dass viele

²³ Vgl. Kap. II.2.

²⁴ Vgl. beispielsweise Süddeutsche Zeitung Nr. 23, 29. Januar 2007, Thema des Tages: Reform der Pflegeversicherung, S.2.

²⁵ Die Schwerpunkte der Pflegereform sind: Stärkung der ambulanten Versorgung nach persönlichem Bedarf, Ausgestaltung der finanziellen Leistungen; Einführung einer Pflegezeit für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Bessere Ausgestaltung der Prävention und Reha in der Pflege, Ausbau der Qualitätssicherung, Unterstützung des generationenübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements, Abbau von Schnittstellenproblemen, Förderung der Wirtschaftlichkeit und Entbürokratisierung, Stärkung der Eigenvorsorge und Anpassungsbedarf in der privaten Pflege-Pflichtversicherung, Finanzierung. Vgl.: Bundesministerium für Gesundheit, „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“, 19. Juni 2007, (http://www.bmg.bund.de/cln_041/nm_600116/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/pflegeversicherung-node,param=.html__nnn=true).

der schon „alt“ wirkenden wissenschaftlichen Befunde, Einschätzungen und Veränderungsperspektiven aus den 1990er Jahren auch im 21. Jahrhundert aktuell bleiben – allerdings mit unabsehbaren Folgen für zukünftige Hilfe- und Pflegebedürftige sowie für die Situation pflegender Angehöriger.

„Sieht man es als zentrale Voraussetzung für künftige Pflegesicherung an, dass sich eine Pluralisierung der Pflegestile, eine Emanzipation von bisherigen starren (überwiegend geschlechtshierarchischen) Rollenmustern und eine Normalisierung neuer Mixturen der Hilfe, des Helfens und des Hilfeannehmens gesellschaftlich etablieren können, so dürfen wohl weder Pflegebedürftige noch pflegende Privatpersonen sich selbst überlassen und damit verlassen bleiben. Auch jene autarke Variante der Pflegebereitschaft, die meint, Pflegebedürftigkeit eines nahe stehenden Menschen ganz ‚alleine‘ meistern oder ‚bewältigen‘ zu müssen, basiert auf einer Beziehung. Diese Variante überfordert aber meist nicht nur eben jene Beziehung, aus der sie hervorging, sondern ist in den meisten Fällen extrem selbst- und manchmal auch fremdschädigend. Pflegebereitschaft wird zukünftig wohl so beeindruckend hoch bleiben wie heute, doch Pflegefähigkeit wird ihre Formen wandeln (müssen) (Jansen/v. Kardorff 1995, 1996; Backes 1996; Rückert 1997).“ (Jansen/Klie 1999:538)

Weil die mehrheitlich von Frauen ausgeübten Hilfe- und Pflegetätigkeiten nicht ausschließlich auf Strukturen geschlechtshierarchischer Arbeitsteilung zurückgeführt werden können und sich das komplexe Ursachengeflecht somit auch nur partiell mit dem Anspruch der Geschlechtergerechtigkeit kritisieren und verändern lässt, sollte die Aufmerksamkeit verstärkt auf die teilweise unzumutbaren Rahmenbedingungen solcher fürsorglichen Praxis gerichtet sein. Frauen werden auch zukünftig – bedingt durch die anhaltende „Feminisierung“ des Alters – häufiger als Pflegende und Zupflegende präsent sein. Und viele von ihnen werden vermutlich weiterhin – und Männer zunehmend – aus Zuneigung und aus einem moralischen Verpflichtungsgefühl heraus ihre (Ehe)Partner und hochaltrigen, allein lebenden Mütter (Eltern) betreuen und pflegen wollen. Bezogen auf die (Ehe)Partner-Pflege²⁶ wäre die Frage nach Geschlechtergerechtigkeit auch schlichtweg inadäquat.

Nicht diese – voraussichtlich ungleichgewichtigen – Pflege- und Hilfeleistungen von Frauen und Männern werden das große Problem sein, sondern eher die Frage, ob die angebotene Unterstützung der Gesellschaft gerecht und angemessen ist. Die im Pflegeversicherungsgesetz verankerte finanzielle Ungleichbehandlung von häuslicher und stationärer Pflege verstärkt die soziale Ungleichheit zwischen den Geschlechtern in eklatanter Weise. Da in der Regel durch die Sach- und Geldleistungen im ambulanten Bereich nur dann die Pflege und Betreuung des Pflege- und Hilfebedürftigen garantiert werden kann, wenn eine weitere Person sich bis zu mehreren Stunden täglich „kümmert“, sind pflegende Angehörige – meist Frauen – in vielen

²⁶ Wie schon erwähnt ist – quantitativ gesehen – diese Pflegekonstellation ebenso bedeutsam wie die Eltern-Pflege. Vgl. Kap. III. in der Langfassung (Rumpf 2007)

Fällen von nur eingeschränkten Möglichkeiten, einer Berufstätigkeit nachzugehen und – in der Folge – von geringerer Alterssicherung betroffen.²⁷ Dies kann kein Zukunftsmodell mehr sein. Dennoch setzt die jetzt anvisierte „unbezahlte“ Pflegezeit (Beurlaubung) zur besseren Vereinbarkeit von Pflegeverpflichtung und Beruf noch immer ein Geschlechterarrangement voraus, durch das Frauen – zumindest zeitweise, partiell und im Alter – durch das Einkommen ihrer Ehemänner abgesichert sind. Unter dieser Voraussetzung wurde in den 1990er Jahren das Pflegegeld als „Taschengeld“ mit geringem Renteneffekt konzipiert und eingeführt. Die aktuelle Debatte um die Reform der Pflegeversicherung klammert aus, was schon im *Siebten Familienbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* nachzulesen ist: Da das „klassische Einverdienerernährermodell mit der verlässlichen Übernahme“ fürsorglicher „Tätigkeiten durch die Frauen jedoch fragiler geworden ist, stellt sich die Problematik einer gesellschaftlichen Neuorganisation dieser Arbeitsformen mit einiger Dringlichkeit“ (BMFSFJ 2006b:93).

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

Die sozio-moralischen Orientierungen innerhalb einer Gesellschaft sind keine unerschöpfliche und sich unendlich reproduzierende Ressource. Eine von Tauschrationalität, instrumentellen Orientierungen und individualistischen Erfolgsstrategien durchdrungene Gesellschaft muss paradoxerweise selber gegenläufige Bedingungen für den Schutz und die Entwicklung „fürsorglicher Praxis“ herstellen und im öffentlichen Bewusstsein als Selbstverständnis präsent halten. Die sogenannte Privatsphäre ist keine voraussetzungslose Enklave gesellschaftlich „mißachteter“ aber zugleich vorausgesetzter sozio-moralischer Orientierungen²⁸ – Tauschrationalität, Ellbogenmentalität, Zweckorientierung und formales Reziprozitätsdenken könnten auch den privaten Schauplatz besetzen und damit die Pflege entsprechend den Marktgesetzen an professionelle, gesellschaftliche Institutionen verweisen. Die Frage ist grundsätzlich: in welcher Gesellschaft ist die Zukunft der häuslichen Pflege – menschenwürdig für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige – aufgehoben?

²⁷ Vgl. Kap. III, V. VI.

²⁸ Im *Siebten Familienbericht* wird die Bedeutung fürsorglicher Tätigkeiten für das gesellschaftliche Humanvermögen herausgestellt und die Diskrepanz zwischen seinem Nutzen für „jedermann“ und der Tendenz, sich „individuell“ bei der Entwicklung zu entziehen, betont, BMFSFJ 2006b: 245.

Literatur:²⁹

- Adorno, T. W. [1951], *Minima Moralia – Reflexionen aus dem beschädigten Leben*, Frankfurt a.M., Suhrkamp 1969.
- Arndt, M. (1996), Ein wissenschaftlicher Diskurs über Theorien der Moral und Ethik: Kohlbergs theoretische Glätte und der Mut zu unerklärten moralischen Resten. In: *Pflege*, Heft1/1996, S.26-29.
- Arndt, M. (2003a), Theoretische Argumentationslinien in der Ethik. Eine Einführung. In: Dibelius, O./ Arndt, M. (Sr. M. Benedicta) (Hrsg.), *Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie. Eine europäische Perspektive*. Hannover: Schlütersche, S. 13-22.
- Backes, G. M. (1996), Familienbeziehungen und informelle soziale Netzwerke im soziostrukturellen und demographischen Wandel. In: *Z Gerontol Geriat*, 29, 1, S.29-33.
- Backes, G. M. (2005), Alter(n) und Geschlecht: ein Thema mit Zukunft. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 49-50/2005. Bundeszentrale für politische Bildung. <http://www.bpb.de/publikationen/EZ1HQ8.html>. S. 1-10, Datum des Zugriffs 01.08.2006.
- Benhabib, S. (1995), *Selbst im Kontext*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Benhabib, S. (1999), *Kulturelle Vielfalt und demokratische Gleichheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bischoff, C. (1984), *Frauen in der Krankenpflege – Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert*. Frankfurt/M.: Campus.
- Blinkert, B./Klie T. (1999), *Pflege im sozialen Wandel: Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung*. Hannover: Vincentz.
- Blinkert, B./Klie, T. (2004a). Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. *Sozialer Fortschritt*, 43(11-12), 319-325.
- Blinkert, B./Klie, T. (2004b). *Solidarität in Gefahr?* Hannover: Vincentz Verlag.
- Blinkert, B./Klie, T. (2005), *Solidarität in Gefahr? Veränderung der Pflegebereitschaft und Konsequenzen für die Altenhilfe und Pflege*. In: Klie, Thomas/Buhl, Anke/ Entzian, Hildegard/ Hedtke-Becker, Astrid/ Wallrafen-Dreisow (Hrsg.), *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen*. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 293-315.
- Blüher, S. (2004), "Liebesdienst und Pflegedienst" – theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur Vergesellschaftung in häuslichen Pflegearrangements. In: Stefan Blüher/Manfred Stosberg (Hrsg.), *Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage, S. 11-51.
- Bondolfi, A. (1996), Ein wissenschaftlicher Diskurs über Theorien der Moral und Ethik: Kohlberg und die Folgen. In: *Pflege*, Heft 1/1996, S. 29-31.
- Boszormenyi-Nagy, I./Spark, G. (1981), *Unsichtbare Bindungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2006a), *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen*. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2006b), *Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik*. Siebter Familienbericht. Bonn: Bundestagsdrucksache 16/1360.
- Chamberlayne, P. (1996), Fürsorge und Pflege in der britischen feministischen Diskussion. In: *Feministische Studien*, 14. Jg., Nr.2, S.47-58.
- Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (2006). *Runder Tisch Pflege. Arbeitsgruppe IV*. Hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit in Zusammenarbeit mit: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.
- Corbin, J./Strauss, A. (1988), *Unending Work and Care. Managing Chronical Illness at Home*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

²⁹ Vgl. die vollständige Bibliografie in Rumpf (2007), *Geschlechterverhältnis und Ethos fürsorglicher (Pflege-) Praxis im Wandel. Literaturbericht und Problemskizzen zu häuslicher Pflege (Langfassung)*, artec-paper Nr. 144 (online), zugänglich unter www.artec.uni-bremen.de.

- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.) (2006b), Ergebnisse des Fünften Altenberichts und des Siebten Familienberichts. Herausforderungen des sozialen und demografischen Wandels: Generationen und Innovation. Kurzdokumentation der Tagung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Sachverständigenkommissionen des Fünften Altenberichts und des Siebten Familienberichts. 25. Oktober 2006, Berlin. (<http://www.dza.de/download/Tagungsdok-251006end.pdf>, aufgesucht am 10.1.2007).
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA). Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege (2005a), Verbesserung der Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Ergebnisse der Arbeitsgruppen I bis IV, vorgestellt anlässlich der Fachtagung am 12. September 2005 in Berlin. (www.dza.de, aufgesucht am 15.1.2007).
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA). Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege (2005b), Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege – Anhang Praxisbeispiele – . September 2005. (www.dza.de, aufgesucht am 15.1.2007).
- Duppel, S. (2005), Nähe und Distanz als gesellschaftliche Grundlegung in der ambulanten Pflege. Bremer Schriften. Hannover: schlütersche.
- Eckart, C. (1996), Die Entwertung von Fürsorglichkeit und die Rhetorik von Unabhängigkeit. Hindernisse bei der gesellschaftlichen Neugestaltung von Arbeit. In: Herlt, K./Sachs, A. (Hrsg.), ReVision. Perspektiven feministischer Theorie und Politik der 90er Jahre. Kassel: Gesamthochschulbibliothek, S. 151-164.
- Eckart, C. (1999), Fürsorglichkeit. Soziale Praxis und moralische Orientierung. In: Jansen, Birgit/Karl, Fred/Radebold, Hartmut/Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz. S. 414-425.
- Eckart, C. (2004a), Zeit für Privatheit. Bedingungen einer demokratischen Zeitpolitik. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, B 31-32/2004, S.13-18.
- Eckart, C. (2004b), Fürsorgliche Konflikte. Erfahrungen des Sorgens und die Zumutungen der Selbständigkeit. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 29. Jg., H.2/2004, S.24-40
- Eckart, C./Senghaas-Knobloch, E. (Hrsg.) (2000), Feministische Studien, Themenschwerpunkt: Fürsorge – Anerkennung – Arbeit, 18. Jg., 2000 extra.
- Engstler, H. (2006), Erwerbsbeteiligung in der zweiten Lebenshälfte und der Übergang in den Ruhestand. In: Tesch-Römer, Clemens/Engstler, Heribert/Wurm, Susanne (Hrsg.), Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 84-154.
- Gerhard, U. (1990), Gleichheit ohne Angleichung. Frauen im Recht. München: Beck.
- Gerhard, U. (2003), Mütter zwischen Individualisierung und Institution: Kulturelle Leitbilder in der Wohlfahrts politik. In: Gerhard, U./Knijn, T./Weckwert, A., Erwerbstätige Mütter. Ein europäischer Vergleich. München: Beck, S. 53-84.
- Gröning, K./Kunstmann, A. C./Rensing, E. (2004b), In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Gröning, K./Kunstmann, A.C./Rensing, E., Röwekamp, B. (Hrsg.) (2004a), Pflegegeschichten. Pflegende Angehörige schildern ihre Erfahrungen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Häußermann, H./Siebel, W. (1996), Soziologie des Wohnens. Eine Einführung in Wandel und Ausdifferenzierung des Wohnens. Weinheim, München: Juventa.
- Hedke-Becker, A./C. Schmidtke (1985), Frauen pflegen ihre Mütter: Eine Studie zu Bedingungen häuslicher Pflege. Frankfurt a. M.: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Heinzmann, R. (2001), Die „Münchener Erklärung“ und ihre Konsequenzen. Auf dem Weg zur eigenen Verantwortlichkeit. In: Caritas und Pflege, Heft 1/2001, S. 4-6.
- Horster, D. (Hrsg.) (1998), Weibliche Moral – Ein Mythos? Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Höhn, M. (1995), Häusliche Pflege ... und sich selbst nicht vergessen. Was pflegende Angehörige wissen sollten. Köln: PapyRossa.
- Jansen, B. (1999), Informelle Pflege durch Angehörige. In: Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz. S. 604-628.

- Jansen, B./Kardoff, E. v.(1995), Plädoyer für ein vernetztes Angebot. Das Rother Modell Pflege für die Pflegenden erteilt isolierten Pflegekursen eine klare Absage. In: Forum Sozialstation, 19, 2, S. 14-20.
- Jansen, B./Kardoff, E. v.(1996), Auf dem Weg zur Fachlichkeit in der Angehörigenarbeit. Perspektiven und Versuch der Systematisierung. In: Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.), Ein Jahr Pflegeversicherung. Bilanz und Perspektiven. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe, S. 89-104.
- Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.) (1999), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz.
- Jansen, B./Klie, T. (1999), Häuslichkeit. In Jansen, B./Karl, F./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz, S.521-539.
- Klie, T. (1998), Menschenwürde als ethischer Leitbegriff für die Altenhilfe. In: Blonski, H. (Hrsg.), Ethik in Gerontologie und Altenpflege. Leitfaden für die Praxis. Hagen: Brigitte Kunz, S. 123-139.
- Klie, T. (2002), Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Unter Mitarbeit von V. Guerra. Hannover: Vincenz.
- Klie, T./Blinkert, B. (2002) „Pflegekulturelle Orientierungen“. In: Tesch-Römer, C. (Hrsg.), Gerontologie und Sozialpolitik. 197-217.
- Klie, T./Buhl, A./Entzian, H./Hedtke-Becker, A./Wallrafen-Dreisow (Hrsg.) (2005), Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Knapp, G. A. (1988), Die vergessene Differenz. In: Feministische Studien, 6. Jg., Nov., 1/1988, S. 12-31.
- Kumbruck, C. (2007), Geschlechterverhältnisse und Ethos fürsorglicher (Pflege-) Praxis im Wandel. Literaturbericht und Problemskizzen zur Tradition weiblichen Dienstes in der Diakonie. artec-paper Nr. 146. Universität Bremen.
- Kumbruck, C./Senghaas-Knobloch, E. (2006), Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel – Befunde einer empirischen Studie. artec-paper Nr. 137. Universität Bremen.
- Künemund, H. (2005), „Produktive“ Tätigkeiten. In: Kohli, M./Künemund, H. (Hrsg.), Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. 2. erweiterte Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH. S.277-317.
- Künemund, H. (2006), Tätigkeiten und Engagement im Ruhestand. In: Tesch-Römer, C./Engstler, H. /Wurm, S. (Hrsg.), Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 289-327.
- Lay, R. (2004), Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hannover: schlütersche.
- Loewy, E. H. (1995), Ethische Fragen in der Medizin. Wien, New York: Springer.
- Lüders, I. (1994), Angehörige in der Pflege – Störfaktor oder Ressource im professionellen Pflegesystem. In: Braun, H. /Klie, T. /Kohnert, M./ Lüders, I. (Hrsg.), Zukunft der Pflege. Beiträge zur Pflegediskussion in Altenarbeit und Gerontologie. Schriftenreihe der HaFa, Bd. 8. Melsungen: Bibliomed, S. 165-183.
- Nagl-Docekal, H. (1998a): Ein Postscriptum zum Begriff „Gerechtigkeithetik“. In: Horster, D. (Hrsg.), Weibliche Moral – Ein Mythos?, Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 142-153.
- Nagl-Docekal, H. (1998b): Feministische Ethik oder eine Theorie weiblicher Moral? In: Horster, D. (Hrsg.), Weibliche Moral – Ein Mythos?, Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 42-72.
- Nagl-Docekal, H. (2000), Feministische Philosophie. Ergebnisse, Probleme, Perspektiven. Frankfurt am Main: Fischer.
- Nagl-Docekal, H./Pauer-Studer, H. (Hrsg.) (1993), Jenseits der Geschlechtermoral. Beiträge zur feministischen Ethik. Frankfurt am Main: Fischer.
- Ostner, I./Beck-Gernsheim, E. (1979), Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Campus.
- Panke-Kochinke, B. (1999), Pflege im Spannungsfeld gesellschaftlicher Widersprüche – Folgerungen für die Ausbildung. In: Pflegepädagogik, Heft 3, S. 4-10.
- Pauer-Studer, H. (1996), Ethik und Geschlechterdifferenz. In: Nida-Rümelin, J. (Hrsg.), Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Stuttgart: Kröner, S.86-136.

- Perrig-Chiello, P. (2000/2004), Lust und Last des Älterwerdens – psychologische Betrachtungen. In: Perrig-Chiello, P./Höpflinger, F. (Hrsg.), *Jenseits des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag. S. 15-35.
- Piechotta, G. (2000), *Weiblich oder kompetent? Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Raabe, M. (2000), *Dienst am Nächsten oder professionelle Fürsorge – Werte für die Krankenpflege*. Berliner Medizinethische Schriften. Beiträge zu ethischen und rechtlichen Fragen der Medizin, Heft 37, Dortmund: Humanitas.
- Raven, U. (1995), *Handlungskompetenz in der Pflege und ihre Bedeutung für die Professionalisierung des Berufsfeldes*. In: *Pflege*, Heft 4/1995, S. 347-355.
- Rehbock, T. (2000), *Braucht die Pflege eine eigene Ethik?* In: *Pflege*, Heft 5/2000, S.280-289.
- Rehbock, T. (2002), *Autonomie, Fürsorge, Paternalismus. Zur Kritik (medizin-)ethischer Grundbegriffe*. In: *Ethik in der Medizin*, Jg. 14, 2002, S. 131-150.
- Reißmann, A. (2005), *Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierung. Chancen und Grenzen häuslicher Pflege. Dialog und Diskurs - Zur Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, Bd. 5. Herausgegeben vom Fachbereich Sozialwesen der FH Erfurt, Oldenburg: Paulo Freire Verlag.
- Remmers, H. (2000), *Ethische Aspekte in der Pflege*. In: *Rennen-Allhoff, B./Schaeffer D. (Hrsg.), Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, S. 307-335.
- Rückert, W. (1997), *Von Mensch zu Mensch. Hilfe und Pflege im Alter*. In: *Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen (Hrsg.), Studieneinheit 18 des Funkkollegs Altern. Studienbrief 7*. Tübingen: Eigenverlag, S. 2-36.
- Rumpf, M. (2006), „Keine Emanzipation ohne die der Gesellschaft“ – Adornos Blicke auf Verhältnisse und Verhängnisse zwischen den Geschlechtern. In: *Perels, J. (Hrsg.), „Leiden beredt werden lassen...“*. Beiträge über das Denken Adornos. Hannover: Offizin, S. 97-132.
- Rumpf, M. (2007), *Geschlechterverhältnis und Ethos fürsorglicher (Pflege-) Praxis im Wandel. Literaturbericht und Problemskizzen zu häuslicher Pflege (Langfassung)*, artec-paper Nr. 144 (online), 155 S., Universität Bremen, zugänglich unter www.artec.uni-bremen.de.
- Rumpf, M./ Senghaas-Knobloch, E. (2004), „Dem Reich der Freiheit werb’ ich Bürgerinnen“ (Louise Otto). Ute Gerhard zum 65. Geburtstag. In: *Feministische Studien*, 22. Jg., Nr. 1, Mai 2004, S. 83-93.
- Salomon, J. (2006), „Mein Bild von Dir bestimmt, wie ich mit Dir umgehe“. Demenz als Herausforderung für professionelles Handeln. Vortrag auf der Tagung: „Der demente Mensch. Pflege zwischen Autonomie und Fürsorge“, Ev. Akademie Loccum 19.-20.05.2006, homepage des ZfG Hannover /Archiv/<http://www.evka.de/zfg/images/DementeSALOMON%20Loccum%2019-20-05-06pdf> (aufgesucht am 12.10.2006).
- Schneekloth, U./Wahl, H. W. (Hrsg.) (2006), *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, U./Wahl, H. W. (2006a), *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten im Lichte der Ergebnisse von MuG III*. In: *Schneekloth, U./Wahl, H. W. (Hrsg.) (2006), Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 227-242.
- Schneekloth, U./Wahl, H. W. (2006b), *Schlussfolgerungen, sozialpolitische Implikationen und Ausblick*. In: *Schneekloth, U./Wahl, H. W. (Hrsg.) (2006), Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 243-249.
- Schwerdt, R. (2005), *Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit*. In: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 51 (2005), S. 59-76.
- Senghaas-Knobloch, E. (2001), *Postfordistische Grenzverwischung der Arbeitswelt und das feministische Projekt*. In: *Kahlert, H./Lenz, C. (Hrsg.), Die Neubestimmung des Politischen. Denkbewegungen im Dialog mit Hannah Arendt*. Königstein/Taunus, S. 264-298.
- Senghaas-Knobloch, E. (2004), *"Vom Glück gegenseitiger Anerkennung. Das Jahrhundert des Feminismus: Menschenrechte und fürsorgliche Praxis"*. In: *Frankfurter Rundschau*, 24.2.2004, Nr. 46, S. 7, Dokumentation.

- Senghaas-Knobloch, E./ Eckart, C. (Hrsg.) (2000), *Feministische Studien, Themenschwerpunkt: Fürsorge – Anerkennung – Arbeit*, 18. Jg., 2000 extra.
- Senghaas-Knobloch, E./Kumbruck, C. (2006), *Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel – Befunde einer empirischen Studie*. artec-paper Nr. 137. Universität Bremen.
- Senghaas-Knobloch, E./Kumbruck, C. (2008), *Zum Ethos fürsorglicher (Pflege-)Praxis – Dilemmata in der modernen Dienstleistungsgesellschaft*. Erscheint in: *L'Homme. Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft*. Wien, Köln: Böhlau (i.E.).
- Senghaas-Knobloch, E./Rumpf, M. (2004), „Dem Reich der Freiheit werb' ich Bürgerinnen“ (Louise Otto). Ute Gerhard zum 65. Geburtstag. In: *Feministische Studien* 22. Jg., Nr. 1, Mai 2004, S. 83-93.
- Steiner-Hummel, I. (1997), *Bürgerschaftliches Engagement und die Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur*. In: Braun, U./Schmidt, R. (Hrsg.), *Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur*. Regensburg: Transfer-Verlag, S. 113-132.
- Tadd, W. (1998), *Nurses' Ethics*. In: *Encyclopedia of Applied Ethics*, Vol. 3 (J-R), San Diego u.a.: Academic Press.
- Tesch-Römer, C./Engstler, H./Wurm, S. (Hrsg.)(2006a), *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Thiele, A. (2000/2004), *Männer, Maskulinität und psychische Adaption im Kontext körperlicher Altersveränderungen*. In: Perrig-Chiello, P./Höpflinger, F. (Hrsg.), *Jenseits des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag. S.119-144.
- Tjadens, F./Pijl, M. (Hrsg.)(2000), *The support of family carers and their organisations in seven Western-European countries*. Amsterdam: NIZW.
- Zeman, P. (1994), *Informelle und formelle Helfer in der häuslichen Versorgung alter Menschen. Sozialpolitische Verknüpfungskonzepte und Alltagsinteraktionen*. In: Kondratowitz, H.-J. v. (Hrsg.), *Die gesellschaftliche Gestaltbarkeit von Altersverläufen. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit* Bd. 92. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Zeman, P. (1996), *Häusliche Pflegearrangements. Zum Aushandlungsgeschehen zwischen lebensweltlichen und professionellen Helfersystemen*. Diskussionspapier des DZA, Nr. 4. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Zeman, P. (2000), *Alter(n) im Sozialstaat und die Mikropolitik der Pflege. Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung*, Bd. 9. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (DZA) (Hrsg.). Regensburg: Transfer-Verlag.

Angaben zur Autorin:

Dr. phil. Mechthild Rumpf

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

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

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

Letzte Veröffentlichungen:

- A Legacy of the Enlightenment: Imagination and the Reality of the 'Maternal' in Max Horkheimers Writings. In: Herta Nagl-Docekal/Cornelia Klinger (eds.), *Continental Philosophy in Feminist Perspective. Re-Reading the Canon in German*. The Pennsylvania State University Press, University Park, PA 2000. Außerdem in: Ute Gerhard (Hrsg.), *Gender in Sociological Theory. Dokumentation des Workshops* (21./22. Januar 1999), Mitteilungen des Cornelia Goethe Centrums für Frauenstudien, Nr. 5, Frankfurt a. M. 2002, S. 91-104.
- zusammen mit Ute Gerhard: Streitpunkte in islamischen Kontexten. Einleitung. In: *Feministische Studien*, 21. Jg., Nr. 2, Hrsg. von Ute Gerhard/Mechthild Rumpf, 2003, S. 187-196.
- „Islam ist eine Religion“. Einsprüche gegen Kulturalisierung, Politisierung und männliche Deutungsmacht. In: Mechthild Rumpf/Ute Gerhard/Mechthild M. Jansen (Hrsg.), *Facetten islamischer Welten. Geschlechterordnungen, Frauen- und Menschenrechte in der Diskussion*. Bielefeld 2003, S. 13-31.
- Positionierungen im islamischen Diskursfeld. Religiöses Selbstverständnis junger Musliminnen im Spannungsfeld von Identitätspolitik und multiplen Identitätskonstruktionen. In: Mechthild Rumpf/Ute Gerhard/Mechthild M. Jansen (Hrsg.), *Facetten islamischer Welten. Geschlechterordnungen, Frauen- und Menschenrechte in der Diskussion*. Bielefeld 2003, S. 195-218.
- zusammen mit Eva Senghaas-Knobloch: "Dem Reich der Freiheit werb' ich Bürgerinnen" (Louise Otto). Ute Gerhard zum 65. Geburtstag. In: *Feministische Studien*, 22. Jg., Nr. 1, Mai 2004, S. 83-93.
- „Keine Emanzipation ohne die der Gesellschaft" – Adornos Blicke auf Verhältnisse und Verhängnisse zwischen den Geschlechtern. In: Perels, Joachim (Hrsg.), *„Leiden beredt werden lassen...“*. Beiträge über das Denken Adornos. Hannover: Offizin 2006, S. 97-132.
- Geschlechterverhältnis und Ethos fürsorglicher (Pfleger-) Praxis im Wandel. Literaturbericht und Problemskizzen zu häuslicher Pflege (Langfassung), *artec-paper* Nr. 144 (online), 155 S., Universität Bremen 2007, zugänglich unter www.artec.uni-bremen.de.

Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec)

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

Telefon: +49-421-218-61801
Telefax: +49-421-218-4449
e-Mail: sek@artec.uni-bremen.de
www.artec.uni-bremen.de
Ansprechpartnerin: Andrea Meier Tel: +49-421-218-61800
e-Mail: andrea.meier@artec.uni-bremen.de

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

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