

Kasseler Gerontologische Schriften

Band 45

Begründet von Reinhard Schmitz-Scherzer, Hartmut Radebold
und Walter Tokarski

Hrsg. von Birgit Jansen und Fred Karl

Regina Becker

**Beratung von pflegenden Angehörigen:
Eine queer – feministische Diskursanalyse**

Die vorliegende Arbeit wurde vom Fachbereich Sozialwesen der Universität Kassel als Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades einer Doktorin der Philosophie (Dr. phil.) angenommen.

Erster Gutachter: Prof. Dr. Fred Karl
Zweite Gutachterin: Prof. Dr. Andrea Maihofer

Tag der mündlichen Prüfung

1. Juni 2007

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar

Zugl.: Kassel, Univ., Diss. 2007
ISBN 978-3-89958-401-1
URN: urn:nbn:de:0002-4010

© 2008, kassel university press GmbH, Kassel
www.upress.uni-kassel.de

Foto S. 290: Petra A. Killick
Umschlaggestaltung: Heike Arend, Unidruckerei der Universität Kassel
Druck und Verarbeitung: Unidruckerei der Universität Kassel
Printed in Germany

Einleitung	1
1. Theoretische und methodische Voraussetzungen.....	7
1.1 Poststrukturalismus	11
1.2 Queer / Feministische Theorie	16
1.3 Gouvernamentalität	28
1.4 Feministische Diskursanalyse	33
2. Diskussionslinien des häuslichen Pflegediskurses.....	39
2.1 Gleichheit versus Differenz	39
2.2 Moral versus Subjektivität	44
2.3 Verantwortung versus Autonomie	49
2.4 Sorge versus Begehren.....	52
2.5 Öffentlich versus Privat	61
2.6 Staat versus Individuum	66
2.7 Resümee	72
3. Diskursanalyse	75
3.1 Belastungsforschung.....	76
3.1.1 Wer pflegt wen? – Situationsbeschreibung –	76
3.1.2 Weshalb pflegen Angehörige? – Erklärungsmodelle –.....	94
3.1.3 Worin bestehen die Belastungen? – Empirische Ergebnisse –..	123
3.1.4 Welche Konsequenzen hat der Generationen– und Geschlechterwandel für häusliche Pflegesituationen?.....	133
3.1.5 Resümee.....	146

3.2	Angehörigenberatungskonzepte.....	152
3.2.1	Ein verhaltenstherapeutisches Konzept.....	152
3.2.2	Ein systemisches Konzept.....	163
3.2.3	Ein integratives Konzept.....	174
3.2.4	Resümee.....	184
3.3	Pflegeversicherungsgesetz.....	186
3.3.1	Veränderungen durch das Pflegeversicherungsgesetz.....	186
3.3.2	Beratung innerhalb des Pflegeversicherungsgesetzes.....	190
3.3.3	Wirkungen der Beratung.....	199
3.3.4	Kritik am Pflegeversicherungsgesetz.....	214
3.4	Diskussion.....	221
4.	Konturen feministischer Angehörigenberatung.....	233
4.1	Feministische Therapie.....	234
4.2	Gender Training.....	238
4.3	Case Management.....	244
4.4	Gender Management – Ein neuer Ansatz für die Beratung.....	245
5.	Ausblick.....	248
	Anmerkungen.....	253
	Literaturverzeichnis.....	263
	Zur Person.....	290

Einleitung

Seit der Veröffentlichung meiner Diplomarbeit 1997 unter dem Titel „Häusliche Pflege von Angehörigen: Beratungskonzeptionen für Frauen“ und auch seit der Arbeit an dieser Dissertation werde ich immer wieder von pflegenden Frauen und Männern¹ auf häusliche Pflegesituationen angesprochen. Die Gespräche enthalten in den meisten Fällen folgende Aussagen:

„Ich bin einfach völlig am Ende“; „Ich weiß nicht mehr, wie lange ich die Pflegesituation noch aushalte“; „Ich habe Angst völlig durchzudrehen“; „Der ambulante Dienst kommt zwar drei Mal am Tag, aber ansonsten bin ich mit der ganzen Situation alleine“.

Professionelle Beratung sollte auf diese Situationen Antworten finden und hilfreiche Lösungswege aufzeigen. In den meisten Gesprächen stelle ich fest, dass eine große Anzahl pflegender Angehöriger über vorhandene Beratungsangebote nicht informiert ist und dass die Hemmschwellen, Beratungsangebote zu nutzen, sehr groß sind. Bei einigen Pflegepersonen konnte ich auch eine Enttäuschung über eine genutzte Beratung feststellen:

„Letztendlich muss ich die Probleme dann doch selber lösen“; „Der hat mir zwar eine Adresse genannt, wo ich Hilfen zur Betreuung meiner Schwiegermutter finde, aber der Pflegedienst war der totale Reinfluss, deshalb gehe ich zu dieser Beratung ganz bestimmt nicht mehr hin“; „Die hat mir immer irgendwelche Vorträge gehalten, das war total ätzend“.

Auch die Annahme, dass sich mit einer scheinbar geregelten Pflegesituation die psychischen Probleme von pflegenden Angehörigen verringern, kann ich aufgrund von Beobachtungen während meiner Berufstätigkeit in einem Altenwohn- und Pflegeheim nicht bestätigen:

„Sie können es mir glauben, ich kann meine Mutter wirklich nicht mehr zuhause betreuen. Sehen Sie hier, ich zeige Ihnen meine Narben von der Krebsoperation. Sie können es mir glauben, ich habe alles versucht, aber ich kann sie einfach nicht mehr heben, deshalb habe ich sie hier in das Altenheim gebracht“.

Die vielfältigen Erfahrungen, die ich in meinem persönlichen und beruflichen Umfeld in den letzten Jahren sammeln konnte, bestärken mich darin, das Thema der Angehörigenberatung nicht auf einer ausschließlich psychologischen Ebene zu betrachten. Die Bewältigung häuslicher Pflege und die Beratung von Pflegepersonen, unterliegen tendenziell einem komplexen Bedingungsgefüge, das mit herkömmlichen Beratungs- und Therapiemodellen nicht beschreibbar ist. Diese Konzepte bieten vorwiegend individuelle bzw. familiäre Problemanalysen und Interventionen für häusliche Pflegesituationen an und können damit ein zusätzliches Stressmoment für pflegende Angehörige darstellen. Außerdem finden in systemischen und individuenzentrierten Beratungs- und Therapiemodellen kulturelle, gesellschaftliche und politische Aspekte nur selten Berücksichtigung. Häusliche Pflege von Angehörigen und die Beratung von Pflegepersonen finden aber in eben diesen kulturellen, gesellschaftlichen und politischen Kontexten statt und können daher nicht als davon isoliert betrachtet werden.

In den letzten 20 Jahren wurde eine Fülle von quantitativen und qualitativen empirischen Untersuchungen zum Themenfeld der häuslichen Pflege von Angehörigen durchgeführt². Obwohl solche Untersuchungen eine hohe Belastungsqualität bei Pflegepersonen feststellen und das Pflegeversicherungsgesetz anstrebt, die Lage von pflegenden Angehörigen zu erleichtern, ist bislang keine gesellschaftlich wahrnehmbare Situationsverbesserung bei privaten Pflegepersonen erkennbar. Weiterhin zeigen empirische Ergebnisse, dass in der Mehrzahl Frauen häusliche Pflege leisten. Obwohl Geschlecht eine bedeutende Kategorie innerhalb häuslicher Pflege ist, wird Angehörigenberatung in den meisten Fällen aber geschlechtsneutral konzeptionalisiert.

Diese Ausgangslage bildet den Ansatz für meine These, dass Verbindungen, Beziehungen und Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der Belastungsforschung, den Beratungskonzepten und dem Pflegeversicherungsgesetz bestehen. Eine weitere Annahme ist, dass diese Zusammenhänge für die Lebenssituation von pflegenden Angehörigen bedeutsam sind.

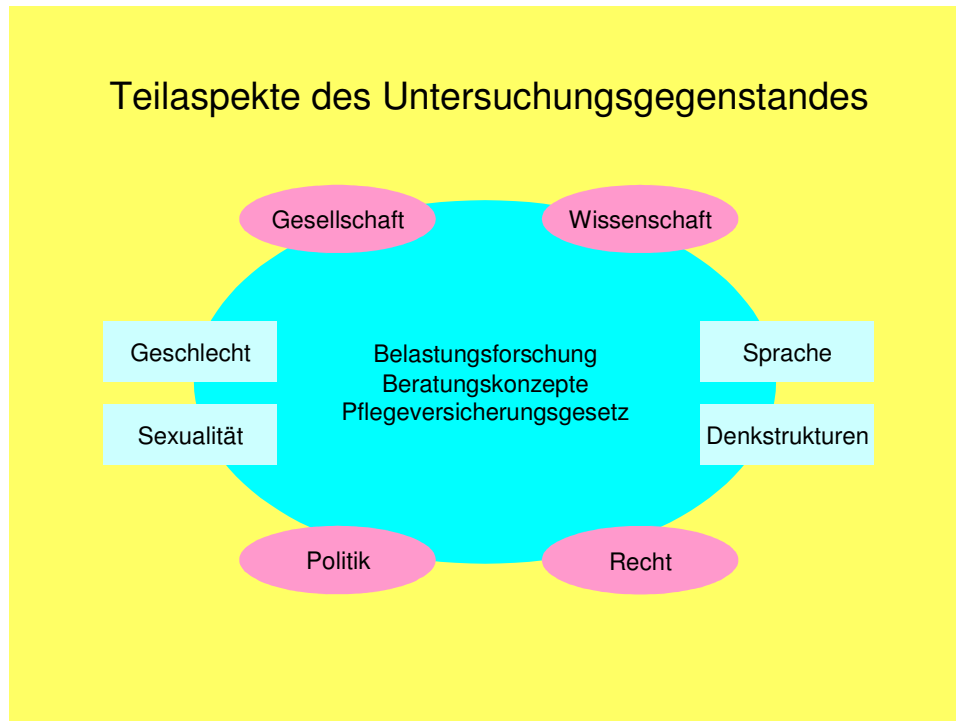
Im Gegensatz zu herkömmlichen empirischen Untersuchungen erfolgt hier nicht eine Untersuchung der Belastungsqualität oder der in Anspruch genommenen Beratun-

gen von pflegenden Angehörigen, sondern eine Analyse von *Texten über Belastung und Beratung*. In dieser Sichtweise interessiert die Frage, ob es bestimmte Sprach- und Denkstrukturen innerhalb des Untersuchungsfeldes gibt, die Rückschlüsse auf die Situation von pflegenden Angehörigen ermöglichen. Eine zentrale Arbeitshypothese besteht in der Annahme, dass eine Grundstruktur von binären, d.h. antithetischen Sprach- und Denkstrukturen im Untersuchungsgegenstand sichtbar wird. Diese reproduzieren vorwiegend traditionelle Vorstellungen von häuslicher Pflege und etablieren damit ein hohes gesundheitliches Gefährdungspotential auf individueller Ebene.

Zur Bearbeitung dieser Zusammenhänge werden insgesamt vier Theoriepositionen herangezogen und miteinander kombiniert. Eine poststrukturalistische Perspektive ermöglicht den Blick auf die Bedeutungsproduktion von Sprache und deren Zusammenhänge mit gesellschaftlichen und historischen Vorstellungen über Geschlechterverhältnisse und Pflegerealitäten. Der Einbezug einer queer / feministischen Sichtweise betrachtet hingegen binäre Sprach- und Denkstrukturen sowohl als Resultat wie auch als Bedingung für die Vorstellungen von den Kategorien Geschlecht und Sexualität. Repräsentationen der Kategorien werden in und durch Gesellschaft, Wissenschaft, Politik und Recht (re)produziert. Im Untersuchungsgegenstand können diese Zusammenhänge, die auf binär-logischem Denken basieren, dechiffriert werden. Die Aufnahme des Konzepts der Gouvernamentalität zeigt darüber hinaus Zusammenhänge zwischen Regierungshandeln und Techniken der Subjektkonstituierung von Pflegepersonen auf. Mit der feministischen Diskursanalyse können inhaltliche und strukturelle Aspekte des Pflegediskurses systematisiert werden, die einen anderen Blick auf die Problemsituation und Beratung von pflegenden Angehörigen ermöglichen.

Die Textanalyse bezieht sich auf die Frage, wie sich regulierende Vorstellungen von Geschlecht und Sexualität im Untersuchungsgegenstand darstellen. Es soll untersucht werden, ob darin subversive Veränderungen erscheinen, die Geschlecht und Sexualität uneindeutig machen, ob eventuell Vervielfältigungen thematisiert sind oder aber traditionelle Normen und Erwartungshaltungen an Frauen und Männer durch die Texte (re)produziert werden. Es wird danach gefragt, wie die Situation von Pflegepersonen beschrieben wird und wie Beratungsangebote konzeptionalisiert und prak-

tisch umgesetzt werden. Das Schaubild verdeutlicht die Teilaspekte der Untersuchung:



Insgesamt ist die vorliegende Arbeit ein transdisziplinäres Projekt, deren Untersuchungsgegenstand sich an den Schnittstellen von mindestens zwei Fachdisziplinen bewegt, die sich ihrerseits als interdisziplinär verstehen: der Sozialen Gerontologie und der Geschlechterforschung. Grundsätzlich wird in den Untersuchungsdesigns der Sozialen Gerontologie die Kategorie Geschlecht zwar als Variable herangezogen, doch werden nur sehr vereinzelt feministisch poststrukturalistische Perspektiven auf den Themenbereich der häuslichen Pflege von Angehörigen bezogen. Innerhalb der Frauen- und Geschlechterforschung liegt das Gegenteil vor. Hier werden hoch differenzierte Theorien über Geschlecht und Sexualität diskutiert, aber die inhaltliche Diskussion und Analyse des Themenbereichs der häuslichen Pflege durch Angehörige wird nur marginal angesprochen.

Im Unterschied zu einigen Positionen der Frauenforschung – die davon ausgehen, dass es qua Natur zwei grundsätzlich zu unterscheidende Geschlechtsidentitäten gibt, die mittels Sozialisationsprozessen stabile Subjektivitäten entwickeln und über Geschlechter- bzw. Gesellschaftsverträge geschlechtsspezifische Arbeitsfelder beset-

zen, kritisieren poststrukturalistische Theoretikerinnen nicht nur die Vorstellung stabiler Identitäten sowie die linear-kausal gedachten Herstellungsprozesse von Geschlecht bzw. den präkulturellen Zusammenhang von „sex“ und „gender“, sondern auch das Postulat von „identischen Subjekten“³. Eine queer / feministische Analyse basiert im Gegensatz zu diesen Positionen der Frauenforschung auf anderen theoretischen Voraussetzungen, benutzt andere Methoden zur Analyse von Problemfeldern und entwickelt demgegenüber andere Formen von Interventionen. Geschlecht und Sexualität wird nicht über biologische Zuordnungen definiert, sondern über kulturelle, symbolische und gesellschaftliche Diskursformationen erklärt. Eine bedeutende Methode zur Analyse dieser Verfahren ist die Dekonstruktion. Im Anschluss daran entwickelt Antke Engel die Methode der >VerUneindeutigung< und >Destabilisierung< von Geschlecht und Sexualität sowie die >Repräsentation als Intervention<. Innerhalb dieser Denkrichtung wird auch eine andere Form von logischem Denken etabliert. Problemfelder sind dabei nicht die Folge von einzelnen Ursachen, sondern werden in einem komplexen Bedingungsgefüge gesehen. Kulturelle, gesellschaftliche, wissenschaftliche und politische Aspekte werden zur Beschreibung von Diskursen herangezogen. Dabei werden insbesondere die Brüche, Widersprüche und die Zusammenhänge zwischen hegemonialer Geschlechterdifferenz und normativer Heterosexualität thematisiert.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, das Themenfeld der häuslichen Pflege von Angehörigen mit einem differenzierten theoretischen Ansatz zu betrachten. Mit diesem neuen Instrumentarium wird es möglich, Belastung und Beratung von Pflegepersonen kritisch zu analysieren und alternative Interventionsvorschläge für diesen Personenkreis auszuarbeiten. Insgesamt versucht die Analyse des Diskurses zur häuslichen Pflege, einen Transfer von Theorieaspekten der Geschlechterforschung auf diesen Themenbereich vorzunehmen. In der systematischen Ausarbeitung von inhaltlichen Aspekten, die das Feld durchdringen, und deren Verknüpfung besteht das innovative Potential dieser Arbeit.

Im ersten Kapitel werden die theoretischen und methodischen Voraussetzungen der Arbeit beschrieben. Nach einer kurzen Einleitung werden grundlegende Annahmen poststrukturalistischer Theorie skizziert. Danach wird die queer / feministische Position von Antke Engel vorgestellt. Im Anschluss wird das Konzept der Gouvernamenta-

lität erläutert, um dann das methodische Vorgehen feministischer Diskursanalyse zu erläutern. Das zweite Kapitel systematisiert inhaltliche Aspekte, mit denen die Analyse der Texte durchgeführt wird. Im dritten Kapitel folgt eine Analyse von Teilaspekten der Belastungsforschung, von Angehörigenberatungskonzepten und Teilbereichen des Pflegeversicherungsgesetzes. Kapitel vier skizziert im Anschluss Konturen feministischer Angehörigenberatung. Die Darstellung Feministischer Therapie, des Gender Trainings und des Case Managements führt zur Beschreibung von Gender Management als einen neuen Ansatz zur Beratung von pflegenden Angehörigen. Ein zusammenfassender Ausblick bildet den Abschluss der Arbeit.

1. Theoretische und methodische Voraussetzungen

*Ich sehe etwas
was Du nicht siehst
und das heißt queer!*

*Es zeigt soziale Ausgrenzung
von subtilster Art.
Es beschreibt Formen von Diskriminierung
die legal funktionieren.
Es ist überall.*

*Es kritisiert Platzanweisungen
in dieser Gesellschaft
in der Politik
in der Wissenschaft
und auch in der Pflege.*

(R.B.)

Wissenschaftliche Arbeiten sind dadurch gekennzeichnet, dass sie auf ausgewählten theoretischen und methodischen Voraussetzungen basieren, um Themen systematisch nach spezifischen Fragen zu bearbeiten. Das Thema der Angehörigenberatung wird in der vorliegenden Dissertation unter der Perspektive des feministischen Poststrukturalismus betrachtet. Zum einen besteht eine Motivation, das Thema aus dieser Perspektive zu bearbeiten, in der großen Anzahl von Frauen, die häusliche Pflege von Angehörigen leisten und dementsprechend die größte potentielle Zielgruppe für Angehörigenberatung darstellen. Zum anderen beschreiben empirische Untersuchungen geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit und der Bewältigung von Pflegesituationen⁴, was bisher nur selten Eingang in Angehörigenberatungskonzepte gefunden hat.

Insgesamt ist der Bereich Pflege – insbesondere die häusliche Pflege von Angehörigen – nicht nur durch die hohe Präsenz von Frauen, sondern auch durch die Art der

Tätigkeiten traditionell als ein >weiblicher Arbeitsbereich< zu bezeichnen⁵. D.h. die Kategorien Geschlecht und Sexualität sind zentrale Kriterien zur Beschreibung dieses Arbeitsfeldes. Paradoxerweise finden diese innerhalb des wissenschaftlichen und politischen Pflegediskurses aber nur marginal Berücksichtigung. Mehr noch: eine feministische Perspektive basiert auf der Annahme, dass nicht nur die Situation von pflegenden Angehörigen, sondern auch der wissenschaftliche und politische Diskurs deutliche Ausgrenzungs- und Abwertungstendenzen sichtbar werden lässt, die entlang der Kategorien Geschlecht und Sexualität verlaufen.

Aus den Bereichen der Sozialen Gerontologie und der Frauenforschung gibt es nur wenige Beiträge, die eine differenzierte Analyse zur Problemsituation von Frauen in der häuslichen Pflege vornehmen. Exemplarisch sind dazu für den Bereich der Sozialen Gerontologie ein Beitrag von Gertrud M. Backes und für den Bereich der Frauenforschung ein Beitrag von Ute Behning zu nennen.

Gertrud M. Backes legte mit ihrem Artikel „Balancen pflegender Frauen – zwischen traditioneller Solidaritätsnorm und modernen Lebensformen“ (1994) eine differenzierte Analyse von Paradoxien und Widersprüchen professionell und familial pflegender Frauen vor. Sie beschreibt Widersprüche zwischen Solidarität und Professionalität sowie Widersprüche zwischen Solidarität und eigenständiger Existenzsicherung, die pflegende Frauen in Konflikte bringen. Grundsätzlich verweist Backes auf Leitbilder, Erwartungshaltungen und ideologische Momente der gesellschaftlichen Realität, die Frauen in einem bipolaren, dichotomen Spektrum von Aufopferung oder Verweigerung von Pflege verhaftet sein lassen. Diesen Widersprüchen und Paradoxien liegt eine „Entweder – Oder“ - Logik zugrunde, die in der Beschreibung von häuslich pflegenden Frauen als „Täterinnen“ oder als „Opfer“ symbolisiert wird. Backes focussiert auf weibliche Balancen zur Bewältigung dieser Situation anstatt Belastungen der Pflege in den Mittelpunkt ihrer Analyse zu stellen:

„Frauen balancieren auf dem Hintergrund der paradoxen Anforderungen zwischen den Idealtypen >absolute Konzentration auf Pflege (Mütterlichkeit / Solidarität)< und >absolute Berufsorientierung (Individualität)<“⁶ (Backes 1994, S. 121).

Voraussetzung für gelingende Balancen sind demnach ausreichende materielle und immaterielle Ressourcen⁷ für den Pflegebereich sowie die Veränderung der ge-

schlechtsspezifischen Arbeitsteilung und der Arbeitsteilung zwischen privat, freiwillig und beruflich Tätigen (vgl. ebd., S. 122).

Die Untersuchung von Backes zeigt zentrale Merkmale und Problemfelder zur Situationsbeschreibung von pflegenden Frauen auf. Es werden nicht nur äußere Rahmenbedingungen als Merkmale zur Gestaltung von Pflege genannt, sondern parallel dazu werden auch Bewältigungsstrategien von weiblichen Pflegepersonen näher betrachtet. Auch wenn Backes vorwiegend Balancen problematisiert, so ist es doch möglich, die genannten Widersprüche zur Charakterisierung der Belastungssituation von Pflegenden heran zu ziehen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden deshalb in der weiteren Analyse aufgenommen. Allerdings werden sie in einem theoretischen Zusammenhang mit Ergebnissen der Geschlechterforschung betrachtet, um die Hintergründe und Motivationen von Pflegepersonen differenziert erklären und verstehen zu können.

Ute Behning nimmt mit ihrer Dissertation „Zum Wandel der Geschlechterrepräsentation in der Sozialpolitik“ (1999)⁸ einen policy-analytischen Vergleich der Politikprozesse zum österreichischen Bundespflegegesetz und zum bundesdeutschen Pflegeversicherungsgesetz vor. Behning kommt in ihrer policy-Analyse zu dem folgenden Schluss:

„Die dominante Struktur der Wohlfahrtsstaaten Österreich und Bundesrepublik Deutschland ist bis Mitte der 1970er Jahre eine explizit zweigeschlechtliche, die durch die hegemoniale Stellung eines Geschlechtes bestimmt wird. Sie kann als binärer Kode männlich/öffentlich/Markt versus weiblich/privat/Familie erfaßt werden, der durch vielfältige diskursive Prozesse historisch erzeugt und fortgeschrieben worden ist“ (Behning 1999, S. 39).

Behnings abschließende Bewertung stellt fest, dass die

„sozio-kulturellen Adaptionenchancen der neuen kulturell-hegemonialen Wirklichkeitskonstruktionen Mann und Frau durch den Demos nur für die einkommensstärkeren Schichten ihre Gültigkeit besitzen“ (ebd., S. 252).

Die große Anzahl von Frauen in der häuslichen Pflege wird durch kulturell-hegemoniale und intrasubjektive Wirklichkeitskonstruktionen erklärt, in denen die Verteilung von Arbeit über das Geschlecht entweder dem öffentlichen Bereich für Männer (Erwerbstätigkeit) oder aber dem privaten Bereich für Frauen (Pflegetätigkeiten) zugeteilt wird. Und diese binäre Zuteilung ist lediglich für einkommensstärkere Schichten im Auflösen begriffen:

„In beiden Vergleichsländern ist eine Sozialstaatspolitik etabliert worden, die aus verteilungspolitischer Perspektive außerordentlich problematisch erscheint und für Frauen und Männer der einkommensstärkeren Schichten mehr Emanzipationschancen bietet als für Frauen und Männer der einkommensschwächeren Schichten“ (ebd.).

Neue kulturell-hegemoniale Wirklichkeitskonstruktionen können in dieser Sichtweise u.a. von Bürger/innen herbeigeführt werden, die Krisen bestehender Deutungsgewohnheiten von Frau und Mann thematisieren (vgl. ebd.).

Die Forschungsergebnisse von Behning sind in mehrfacher Hinsicht für die Analyse häuslicher Pflege interessant. Zum einen werden geschlechtliche Codierungen für verschiedene Lebensbereiche systematisiert. Zum zweiten werden Zusammenhänge zwischen hegemonialen und intrasubjektiven Wirklichkeitskonstruktionen mit ökonomischen Lebenssituationen hergestellt. Der dritte wichtige Aspekt ist die Verbindung zwischen einer länderspezifischen Sozialstaatspolitik und den Emanzipationschancen von Frauen und Männer unterschiedlicher ökonomischer Verhältnisse. Auch diese Aspekte werden bei der Ausarbeitung des Analyseinstrumentariums herangezogen. Allerdings werden diese Ergebnisse mit anderen theoretischen Aussagen der Geschlechterforschung verbunden, um damit eine stringente und differenzierte Erklärung des häuslichen Pflegediskurses aufzuzeigen.

Insgesamt interessieren im Anschluss an Backes und Behning in der vorliegenden Arbeit folgende Fragen: Wie sind Paradoxien und Widersprüche, die pflegende Angehörige erleben, theoretisch zu verorten? Wie kann die „Entweder-Oder“ - Logik von „Aufopferung versus Verweigerung“ oder von „Täterinnen versus Opfer“ theoretisch erklärt werden? Sind im Untersuchungsfeld Aspekte wirksam, die zur Etablierung und Restrukturierung dieser Paradoxien, Widersprüche und Gegensätze beitragen? Es ist auch zu fragen, ob der Begriff der Repräsentation von Behning zu erweitern ist. Ent-

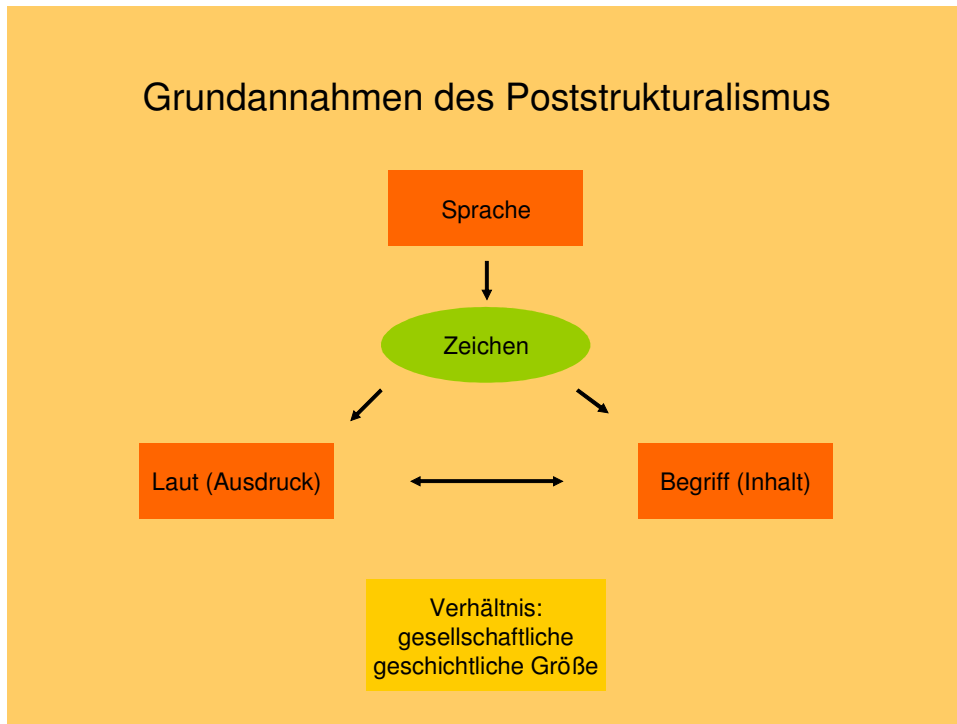
halten Repräsentationen im Bereich „Pflege“ spezifische Aspekte und Problemfelder? Zudem interessiert, welche Aspekte dazu beitragen, dass sich Geschlechterrepräsentationen lediglich für einkommensstarke Schichten verändern. Insgesamt zielt diese Perspektive auf die Frage, wie das hohe Belastungserleben von pflegenden Angehörigen aus einer geschlechtertheoretischen Perspektive zu erklären ist. Mit dem Ansatz des Poststrukturalismus, der queer / feministischen Theorie, dem Konzept der Gouvernementalität und der feministischen Diskursanalyse können diese Fragen systematisch betrachtet und in einem theoretisch fundierten Gesamtzusammenhang diskutiert werden. Deshalb nun zunächst einige Erläuterungen zu den genannten Aspekten.

1.1 Poststrukturalismus

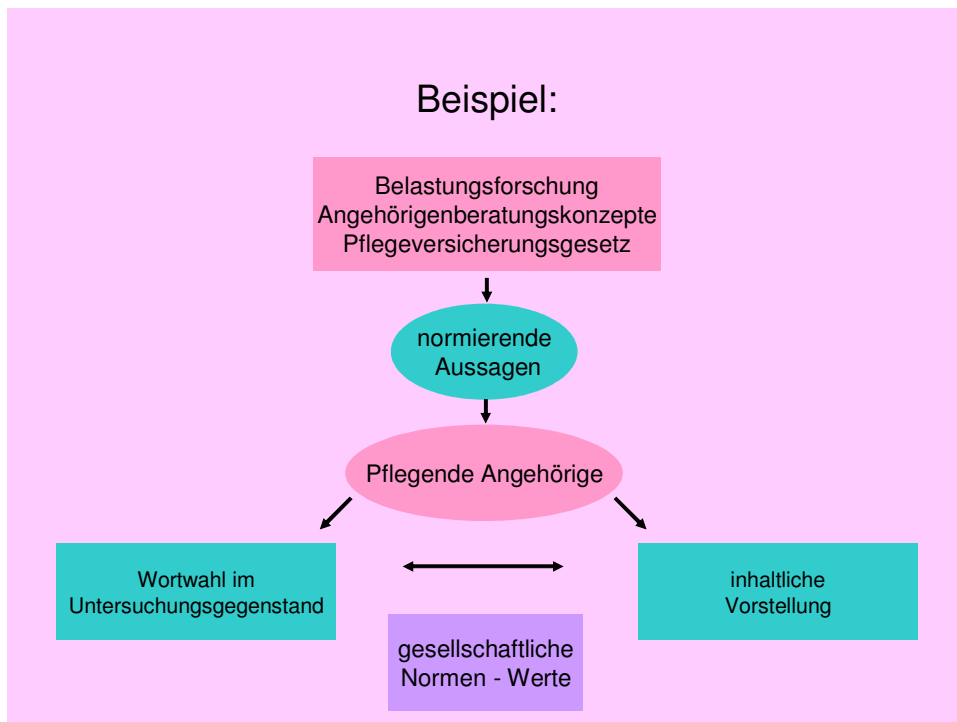
Als Poststrukturalismus⁹ wird eine Theorierichtung bezeichnet, die unter dem Eindruck der Studentenbewegung von 1968 insbesondere in Frankreich entstanden ist. Diese theoretische Strömung basiert auf den Ausführungen des Schweizer Linguisten Ferdinand de Saussure. Er versteht Sprache als Zeichensystem (Semiologie). Danach verbindet ein Sprachzeichen nicht ein Ding und einen Namen, sondern eine Vorstellung und ein Lautbild. Es wird ein Bedingungsverhältnis zwischen den Lauten und dem Begriff beschrieben, das für alle Sprachzeichen charakteristisch ist.

„Das Sprachzeichen ist eine Einheit mit zwei Seiten. Um die innere Verbindung hervorzuheben, nennt Saussure den Laut *le signifiant* (das Bezeichnende, oder Ausdruck) und den Begriff *le signifié* (das Bezeichnete, oder Inhalt). Die Verbindung zwischen den zwei ungleichartigen Elementen Laut (Ausdruck) und Begriff (Inhalt) ist willkürlich. Es gibt kein natürliches oder vorgegebenes Verhältnis zwischen dem Ausdruck und dem Begriff. Dass die Beziehung zwischen Ausdruck und Inhalt willkürlich ist, bedeutet, dass das Zeichen selbst eine gesellschaftliche und geschichtliche Größe ist. Sie ist eine Frage der gesellschaftlichen Konvention. Dies darf aber nicht als bewusste Übereinkunft oder Wahl verstanden werden, sondern als unbewusste, kollektive Bildung und Annahme. Die Willkürlichkeit des Zeichens beinhaltet, dass es als Zeichen in der Sprache nicht „von außen her“ bestimmt ist, denn Bedeutung ist nichts den Dingen eigenes, immanentes. D. h. Sprache bildet nicht die Realität ab, sondern umgekehrt Realität konstituiert sich durch Sprache“ (Raab 1998, S. 11).¹⁰

Diese theoretischen Annahmen werden in den folgenden Schaubildern verdeutlicht:



Sprache hat in dieser Vorstellung eine bedeutende Funktion. Durch Textanalysen können aktuelle gesellschaftliche und historische Vorstellungen von Geschlechterverhältnissen und Pflegerealtäten aufgezeigt werden.



Das Beispiel verdeutlicht eine Hypothese und Problemstellung der Untersuchung. Die Verwendung des Begriffs >pflegende Angehörige< suggeriert, dass eine geschlechtsneutrale Situation und Position von Angehörigen in der Pflege vorliegt. Wie zu zeigen sein wird, ist Geschlecht aber eine bedeutsame Größe zum Verständnis häuslicher Pflegesituationen und der Konzeption von Beratung. Insgesamt kann mit dieser Sicht gezeigt werden, welche Verbindungen zwischen der Verwendung von Sprache und gesellschaftlichen Normen bestehen. D.h. dass bestimmte sprachliche Ausdrücke gesellschaftliche Realität nicht nur reproduziert, sondern damit zugleich auch konstituiert und damit als >Normalität< festschreibt. Problematisch ist an diesem Prozess der Festschreibung von >Normalität< nicht nur, dass damit rigide Subjektivierungsvorstellungen über Pflegepersonen, sondern zugleich eine gesellschaftliche Abwertung, Ausgrenzung und Marginalisierung mit der Übernahme von Pflegearbeit verbunden sind. In diesem Sinne hat Sprache eine besondere Bedeutung. Sie konstituiert nicht nur Realität, sondern mit der Sprache ist ein Wertetransport und Strukturaufbau bzw. –verfestigung von individuellen, gesellschaftlichen, politischen und wissenschaftlichen Denk-, Gefühls- und Handlungsweisen verbunden. Innerhalb dieser Konstituierungsprozesse entstehen Widersprüche zwischen Empfindung bzw. Interessen und sprachlich vermittelten Werten und Normen.

Poststrukturalismus wendet sich in diesem Zusammenhang gegen die Vorstellung, dass ein Selbst oder Subjekt eine einheitliche, stabile Struktur besitzt. Es wird die These vertreten, dass Einzelne komplexe, sich verändernde Wesenheiten sind, bei denen oftmals widersprüchliche Subjektpositionen vorliegen.

Vor diesem Hintergrund kann eine völlig neue Perspektive auf das Themenfeld der häuslichen Pflege von Angehörigen entwickelt werden. Hier können insbesondere widersprüchliche Gefühle, Beziehungen und soziale Situationen von pflegenden Angehörigen in ihrer Komplexität betrachtet werden. Pflegende Frauen und Männer sind in dieser Sichtweise nicht nur „Opfer“ oder „TäterInnen“ innerhalb einer Pflegesituation, sie sind nicht nur Tochter / Sohn, Schwiegertochter / Schwiegersohn oder Ehefrau / Ehemann in Bezug zur/m Pflegebedürftigen, sondern sie stehen in einer Vielzahl sozialer Beziehungen, die einerseits auf sie wirken und andererseits von ihnen beeinflusst werden. Pflegesituationen aus dieser Perspektive zu betrachten, bedeutet einerseits die Position von Pflegebedürftigen als gleichberechtigt und eben-

so wirkungsmächtig zu betrachten wie die der Pflegepersonen. Andererseits sind für die Analyse und Entwicklung von Beratungskonzepten nicht nur die wechselnden Subjektpositionen von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen von besonderem Interesse, sondern auch die diskursiven Praxen der beteiligten Personen und des Umfeldes.

Die poststrukturalistische Perspektive focussiert gesellschaftliche Normierungen zwischen pflegenden Angehörigen und dem Untersuchungsgegenstand. Dabei interessiert die Frage, welche gesellschaftlichen Konventionen und deren sprachliche Vermittlung aktuell häusliche Pflegerealtäten beeinflussen und welche Konsequenzen diese für die Situation und Beratung von Pflegepersonen haben.

Eine Beratungskonzeption, die diese Aspekte berücksichtigt, bietet eine komplexe Sichtweise auf häusliche Pflegesituationen und damit die Möglichkeit, differenzierte Interventionen zu entwickeln. Praktischer Beratung, die darauf aufbaut, steht damit ein umfangreiches Instrumentarium zur Verfügung, um auf aktuelle Subjektpositionen und diskursive Praxen von Angehörigen klienten/innenzentriert reagieren zu können und damit gezielte, entlastende Interventionen vorzunehmen.

Es ist anzunehmen, dass Unzufriedenheiten und Überforderungssituationen von pflegenden Frauen und Männern durch spezifische gesellschaftliche Konventionen über häusliche Pflege entstehen. Dabei ist zu fragen, ob innerhalb der Belastungsforschung, der Angehörigenkonzepte und des Pflegeversicherungsgesetzes widersprüchliche und wechselnde Subjektpositionen sowohl in der individuellen Selbsteinschätzung von Pflegepersonen wie auch in deren Umfeld berücksichtigt werden. Deshalb werden innerhalb der Textanalyse insbesondere hegemoniale Vorstellungen über Frauen, Männer und Pflege focussiert. Es wird untersucht, ob diese Vorstellungen statische und kohärente Bilder enthalten und welche Bedeutung diese für das hohe Belastungserleben von Pflegepersonen haben.

Feministisch poststrukturalistische Analysen thematisieren die Vielfalt der Konstitution und Positionierung von Geschlechtern. Diese theoretische Position lehnt Analysen, Diskussionen und Interventionen für eine Genusgruppe kategorisch ab.

„Für feministische Poststrukturalistinnen ignoriert die These eines universal, einheitlichen feministischen Subjekts die Differenz unter Frauen. [] Die vom feministischen Poststrukturalismus vorgenommene Dezentralisierung der feministischen Kategorie „Frau“ intendiert damit zum einen die Differenz unter Frauen adäquater erfassen zu können, beabsichtigt aber gleichzeitig eine Absage an universalistisch argumentierende feministische Politikformen“ (Raab 1998, S.64-65).

Für die Analyse interessiert an der feministisch poststrukturalistischen Debatte¹¹ insbesondere der Transfer von Grundthesen. Eine Hypothese ist, dass spezifische binär-hierarchische Bilder über Frauen, Männer und Pflege im Untersuchungsfeld deutlich werden. Eine weitere Hypothese ist, dass mit der Verwendung von Sprache diskursive Praxen von Pflege erzeugt werden, die hierarchische Subjektpositionen in der häuslichen Pflege (re)produzieren und damit zu gesellschaftlichen Abwertungs-, Ausgrenzungs- und Marginalisierungsprozessen führen.

Innerhalb dieser Sichtweise ist insbesondere die Analyse von Machtprozessen bedeutsam. Vor diesem Hintergrund wird >Macht< nicht linear gedacht, sondern als komplexes Bedingungsgefüge verstanden:

„Unter Macht, scheint mir, ist zunächst zu verstehen: die Vielfältigkeit von Kräfteverhältnissen, die ein Gebiet bevölkern und organisieren; das Spiel, das in unaufhörlichen Kämpfen und Auseinandersetzungen diese Kräfteverhältnisse verwandelt, verstärkt, verkehrt; die Stützen, die diese Kräfteverhältnisse aneinander finden, indem sie sich zu Systemen verketteten – oder die Verschiebungen und Widersprüche, die sie gegeneinander isolieren; und schließlich die Strategien, in denen sie zur Wirkung gelangen und deren große Linien und institutionelle Kristallisierungen sich in den Staatsapparaten, in der Gesetzgebung und in den gesellschaftlichen Hegemonien verkörpern“ (Foucault 1988, S. 113-114).

Häusliche Pflegesituationen bestehen demzufolge nicht nur aus individuellen Kräfteverhältnissen zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen, sondern werden nur durch eine Erweiterung der Vorstellung von Kräfteverhältnissen angemessen beschreibbar. Der feministische Focus interessiert sich dabei insbesondere für die Analyse von Machtverhältnissen entlang Geschlecht und Sexualität. Während durch die hohe Präsenz von Frauen und ihren Tätigkeiten in der häuslichen Pflege die Analyse von Geschlechterverhältnissen nahe liegt, so könnte sich bei dem Vorhaben zur Ana-

lyse von Sexualität die Frage stellen: Was hat denn häusliche Pflege von Angehörigen mit Sex zu tun? Hier ist nicht direkt praktizierte Sexualität im traditionellen Sinne gemeint. Aufgrund der Ergebnisse der Belastungsforschung, die darauf hinweisen, dass pflegende Angehörige über ihre eigenen Grenzen hinaus Pflegearbeit leisten, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse, ihre eigenen Wünsche und Phantasien zugunsten der Pfl egetätigkeit in den Hintergrund stellen, kurz: dass sie eigenes Begehren nicht entfalten, wird die Analyse im Hinblick auf Sexualität bedeutsam. Sexualität wird demnach als Form betrachtet, Beziehungen zur eigenen Körper-Subjektivität, zur Pflegeperson und zu anderen Personen herzustellen. Sexualität wird nicht nur im Blick auf Begehrensformen analysiert, sondern auch im Blick auf die Gestaltung von Beziehungsstrukturen. Hier interessiert die Frage, ob häusliche Pflege durch eheliche und andere familiäre Verbindungen spezifischen normativen, institutionellen und staatlichen Regulationsmechanismen ausgesetzt ist. Diese Fragen werden im folgenden mit der queer / feministischen Position näher konturiert.

1.2 Queer / Feministische Theorie

Dieser Ansatz basiert auf einer differenzierten Analyse von Diskussionen, Konstruktionen und Dekonstruktionen zur Kategorie Geschlecht und Sexualität. Darin werden unterschiedlichste Debatten aus dem feministischen Kontext aufgeführt, deren Grenzen beschrieben und in einen neuen Ansatz weiter entwickelt. Sicher ist die Zusammenfassung der gesamten Debatte und Diskussionslinien hier nicht sinnvoll und hilfreich. Insgesamt können aber darin enthaltene Prämissen, Thesen und Positionen im Transfer auf die Analyse des Untersuchungsfeldes neue Perspektiven und Lösungsmöglichkeiten für die Beratung von pflegenden Frauen und Männern eröffnen. Im folgenden werden zuerst grundlegende Aspekte der Queer Theory vorgestellt, um dann die Position von Antke Engel mit Hypothesen für die Untersuchung des Pflegebereichs zu verbinden.

Queer Theory¹² bezeichnet keine Theorie im traditionellen Sinne. Es ist eine politische und theoretische Idee für eine Erneuerung der Kategorien Geschlecht und Sexualität. Mit dieser alternativen Denkbewegung sollen traditionelle Identitätspolitiken überwunden werden. Dabei sind zwei Aspekte von besonderer Bedeutung. Zum Einen betont die Queer Theory eine konzeptionelle und spekulative Arbeit neuer Dis-

kursproduktion, zum Zweiten eine kritische Arbeit der Dekonstruktion eigener Diskurse. Queer Theory will im besonderen Maße die Forderung nach Selbstreflexivität in die Wissensbereiche der Lesbian and Gay bzw. Feminist Studies hereinholen. Mit dieser theoretischen Strömung soll in politischen und theoretischen Bereichen Widerstand gegen diskursive Regime hetero- wie androzentrischer Normierung geleistet werden (vgl. Hark 1993, S. 104).

„Trotz der z. T. erheblichen Divergenzen hinsichtlich der theoretischen Verortung, der empirischen Gegenstände wie auch der politischen Orientierung können zwei der Annahmen des theoretischen und politischen Selbstverständnisses von queer wie folgt zusammengefasst werden: 1. *queer* markiert eine Verschiebung in der Analyse der modernen Konstruktion von Geschlecht und Sexualität. Diese werden als Effekte bestimmter moderner Bezeichnungs-, Regulierungs- und Normalisierungsverfahren begriffen, d.h., sie gehen Kultur nicht voraus (was implizierte, dass sie in dieser lediglich geformt würden), sondern sind gleichursprünglich mit ihr. Gegenstand und Ausgangspunkt kulturtheoretischer wie –politischer Überlegungen und Eingriffe sind dann genau diese Verfahren. 2. Politisch stellt *queer* Aktionsformen und soziale Bewegungen in Frage, in denen eine homogene Identität einer Gruppe als notwendige Bedingung des gemeinsamen Handelns vorausgesetzt wird. Identitätspolitisch organisierte Bewegungen würden gerade diejenigen komplexen sozialen und politischen Prozesse ignorieren, in denen (sexuelle) Identitäten allererst hervorgebracht und >vergeben< werden, insofern sie diese Identitäten zum Fluchtpunkt ihrer Politik gemacht haben“ (ebd., S. 104-105).

Mit der Verwendung des Begriffs queer¹³/ feministisch verweist Antke Engel auf die unterschiedlichen politischen und wissenschaftlichen Debatten, die ihrem Ansatz zugrunde liegen. Damit werden Ergebnisse politischer Praxis und theoretischer Diskussionen der Lesben- und Schwulenbewegung sowie theoretische Ergebnisse der Frauen- und Geschlechterforschung miteinander verknüpft. Während sich Queer Theory vorwiegend mit der Analyse der Kategorie Sexualität beschäftigt hat, ist diese maßgeblich von feministischen Positionen beeinflusst worden, die den Zusammenhang von Geschlecht und Sexualität diskutieren. Beide Analyseebenen werden nun innerhalb der queer / feministischen Position miteinander verbunden.

Engel geht von der Prämisse aus, dass zwischen hierarchischer Geschlechterdifferenz und normativer Heterosexualität ein gegenseitiges Konstituierungsverhältnis

besteht. Sowohl um die Kategorie Geschlecht und die Kategorie Sexualität entfalten sich demnach Normalitätsregime und soziale Hierarchisierungen:

„[D]ie Kategorie Geschlecht dient unter anderem dazu, Entwertungen, Ausschlüsse oder Vereinnahmungen entlang normativer Kriterien „angemessener“ Vergeschlechtlichungen oder Körper(ungen) auszusprechen; mittels der Kategorie Sexualität wird unter anderem die Klassifizierung und Hierarchisierung von Körperpraktiken, Begehrensrelationen und Beziehungsformen um das Zentrum einer naturalisierten Heterosexualität herum organisiert. Dementsprechend geht es aus der Perspektive queer/feministischer Theorie darum, zwei unterschiedliche Machtmechanismen: Normalisierung und Hierarchisierung, in ihrem Zusammenspiel zu verstehen, das sich sowohl auf Geschlecht als auch auf Sexualität bezieht“ (Engel 2002, S. 11).

Sexualität ist demzufolge nichts privates, Intimes sondern ein gesellschaftliches Verhältnis. Sexualität wird unter der queer/feministischen Perspektive als Heterosexualitätskritik verstanden. Dafür wurde der Begriff der Heteronormativität geprägt. Während die herkömmliche Heterosexualitätskritik überwiegend aus einer lesbisch feministischen Patriarchatskritik formuliert wird, umfasst die queer/feministische Heteronormativitätskritik das gesamte Spektrum gesellschaftlicher Normalisierungssysteme und –regeln. So z. B. Kategorienbildungen in Wissenschaft, Politik, Kultur und auch in der Pflege. Ein Unterschied zwischen Geschlecht und Sexualität besteht darin, dass Geschlecht tendenziell Hierarchisierungseffekte zwischen Subjekten hervorruft während Sexualität eher gesellschaftliche Normierungen für Einzelne berührt.

Den Mechanismen der Normalisierung und Hierarchisierung liegt ein Denken in binären Strukturen zugrunde. Die theorie-politische Strategie der VerUneindeutigung und Destabilisierung von Geschlecht und Sexualität wird nun dazu genutzt, binär-hierarchisches Denken zu überschreiten. Das Problem, eine symbolisch-diskursive Form für Lebenspraxen zu finden, die bisher theoretisch nicht angemessen beschreibbar waren, bzw. die Möglichkeit, mit Ausdrucksformen veränderte Vorstellungen von Lebenspraxen zu erreichen, wird in einem spezifischen Begriff von Repräsentation ausgearbeitet. Repräsentation ist hierbei nicht ein Abbild einer vorgängigen Wirklichkeit, sondern sie produziert in dem Sinne Bedeutung, als sie auf Wirklichkeit bezogen ist und diese dabei gleichzeitig konstruiert (vgl. Engel 2002, S. 16). Repräsentationen sind dabei Vermittlungen zwischen Symbolischem / Imaginärem, Körper-

Subjektivität und Gesellschaftlichem. Diese wirken einerseits in diese Kräftefelder hinein und werden gleichzeitig von diesen hervorgerufen. Ein wesentliches Ziel dieses Ansatzes besteht darin,

„Repräsentationen für Subjekte und Existenzweisen zu entwerfen, denen hegemoniale Anerkennung verweigert ist, oder Mechanismen der Subjektkonstituierung zu `erfinden´, die nicht auf Verwerfung beruhen“ (Engel 2002, S. 29).

Heteronormativitätskritik und queer / feministische Politiken zielen darauf ab, in gesellschaftliche Machtregime und Herrschaftsverhältnisse zu intervenieren, auch subjektive Lebensbedingungen zu verbessern, aber nicht indem Interessen von bestimmten Gruppen im Mittelpunkt stehen, sondern indem soziale Hierarchisierungen und Normalisierungen bekämpft werden. Grundsätzlich wird die These vertreten, dass eine rigide Zweigeschlechtlichkeit Subjektivität, soziale Beziehungen sowie gesellschaftliche Verhältnisse organisiert und damit insgesamt gesellschaftliche Ausschließungsprozesse (re)produziert.

„Der >von hegemonialer Seite sorgfältig kontrollierte Abstand zwischen öffentlicher Artikulation und struktureller Geltungsmacht< [] soll durch die >queeren und feministischen Problematisierungen der Geschlechterbinarität< überbrückt werden, die >Spuren im Körpererleben, in Phantasien und Gefühlen< hinterlassen und >Identifizierungen, Begehrensformen und sexuelle Praktiken< beeinflussen“ (Wagenknecht 2004, S. 202-203).

Das Konzept der „Repräsentation als Intervention“ von Antke Engel versteht Repräsentationen als semiotisch-materielle soziale Produkte und Praxen, die als Scharnier oder Vermittlungsprozess in einem Konzept kultureller Politiken fungieren (vgl. Engel 2002, S. 198). Häusliche Pflege von Angehörigen ist insofern durch sich überlappende, gegenseitig beeinflussende und widersprüchliche Diskurse und diskursive Praxen zu verstehen. Hier treffen sich nicht nur Selbstrepräsentationen von pflegenden Frauen und Männern, sondern auch von Pflegebedürftigen und allen am Pflegeprozess Beteiligten wie professionelle Pflegepersonen, Ärzte/innen, Krankengymnasten/innen etc. D.h. jede beteiligte Person verfügt über spezifische Vorstellungen von ihrer eigenen Position in und über Bilder von Beziehungen, Problemlagen und Gestaltungsmöglichkeiten einer Pflegesituation. Diese Bilder von Pflege und deren Be-

deutungen sind in einem unmittelbaren Zusammenhang mit Vorstellungen über Geschlechter und Sexualitäten verknüpft.

Wichtig erscheint hierbei die Frage, ob symbolische Repräsentationen von Pflege anhand spezifischer Phallusobjekte oder Fetische¹⁴ organisiert sind. Welche Repräsentationen führen also zu einer Stabilisierung von Pflege als >weiblichem Aufgabenbereich<? Deshalb ist zu fragen, inwieweit vorwiegend männliche Wertmaßstäbe und symbolische Einschreibungen repräsentiert werden und ob persönliche Ambivalenzen oder gesellschaftliche Widersprüche durch spezifische Fetische kontrolliert werden?

Es ist anzunehmen, dass symbolische Einschreibungen von Frauen in gesellschaftliche Zusammenhänge für den Pflegebereich sich als widersprüchlich darstellen. Die Bilder von Frauen in der Pflege sind einerseits durch ein hohes Ansehen ausgezeichnet, indem diese als kompetent, einfühlsam und vertrauensvoll bezeichnet werden. Andererseits erfahren Frauen aber eine gesellschaftliche Abwertung und Ausgrenzung, was u. a. durch die geringe Entlohnung deutlich wird¹⁵.

Zusätzlich kann nach der queer / feministischen Theorie in der Verschränkung von semiotischen und materiellen Praxen ein Bruch vorliegen. Häusliche Pflege ist insgesamt eben nicht nur als semiotischer Prozess zu sehen, d. h. über sprachliche und symbolische Bedeutungsproduktionen bestimmt, sondern dieser findet stets in einem unmittelbaren materiellen Zusammenhang statt. Materiell bedeutet dabei die Einbeziehung von Körper-Subjektivität, von institutionellen, rechtlichen, ökonomischen sowie kulturellen Diskursen. Mit Blick auf einen Bruch zwischen semiotischen und materiellen Praxen ist hier zu fragen, ob dieser Bruch durch eine unterschiedliche Logik gekennzeichnet ist. Wie ist es sonst zu erklären, dass Bilder der Pflege durch Frauen einerseits eine große Anerkennung und Wertschätzung erfahren und andererseits keine adäquate Unterstützung von institutioneller, rechtlicher und politischer Seite gesellschaftlich wahrzunehmen ist? Ist es vielleicht möglich, dass einerseits Bilder über Pflege Beziehungen, Körper-Subjektivität, Sensibilität und eine ganzheitlichen Vorstellung von Sorgearbeit repräsentieren und andererseits bei rechtlichen und institutionellen Normierungen z. B. des Pflegeversicherungsgesetzes eine Ausrichtung anhand ökonomischer Kriterien vorliegt? Also eine unterschiedliche Orientierung für

Pflegehandeln zwischen den Polen von Ganzheitlichkeit und Ökonomie etabliert wurde?

In diesem Zusammenhang ist auch zu fragen, ob im Untersuchungsgegenstand spezifische Repräsentationen über Pflege vorliegen, die insbesondere heteronormative Bilder der Pflege implementieren. Es ist zu untersuchen, ob das Pflegeversicherungsgesetz – mit dessen ökonomischen Anreizverfahren – insbesondere männliche Praxen privilegiert und damit weibliche Erfahrungswerte und symbolische Verankerungen, die häusliche Pflege im Wesentlichen beeinflussen, ignoriert. Diese Diskussionslinie könnte erklären, weshalb trotz der Leistungen des Pflegeversicherungsgesetzes bisher keine gesellschaftlich wahrnehmbare Situationsverbesserung von pflegenden Angehörigen stattgefunden hat.

1. Hypothese:

Es existieren widersprüchliche Repräsentationen über häusliche Pflege. Lebensweltliche, professionelle und rechtliche Vorstellungen von Pflege können unterschieden werden. Es bestehen Widersprüche zwischen einer Orientierung an Ganzheitlichkeit und einer Orientierung anhand ökonomischer Kriterien.

Der queer / feministische Ansatz bietet interessante Zugänge zur Analyse des häuslichen Pflegediskurses. Bilder der Pflege sind demnach nicht nur widersprüchlich, sie sind auch situationsbedingt, können in unterschiedlichen kulturellen Zusammenhängen unterschiedliche Bedeutungen annehmen, möglicherweise nicht nur von differenzierenden Subjektpositionen aus verschieden zugeschrieben und angeeignet, sondern auch durch unterschiedliche Diskurse auf verschiedene Weise (re)produziert werden. Diese theoretische Öffnung bedeutet nicht Beliebigkeit, sondern strebt ein relationales Denken an. Häusliche Pflege von Angehörigen findet in unterschiedlichsten semiotisch-materiellen Praxen, d.h. sprachlichen, symbolischen, kulturellen und ökonomischen Situationen statt. Insofern sind Bilder der Pflege und die Existenzweisen von Frauen und Männern auch in dieser Unterschiedlichkeit zu verorten. Um kontextsensible Differenzen zu verdeutlichen, möchte ich kurz drei Beispiele vorstellen:

Beispiel 1:

Ein altes Ehepaar lebt im 3. Stock einer Stadtwohnung. Die Frau sorgte für die Organisation des Haushaltes, der Mann war bis zu seiner Berentung als Angestellter tätig. Sie hatten keine Kinder. Als der Ehemann pflegebedürftig wurde, hat die Frau alle Tätigkeiten bezüglich der Versorgung übernommen. Sie waren finanziell abgesichert, hatten nur wenige Kontakte, konnten aufgrund der gesundheitlichen Situation des Mannes nur selten den 3. Stock der Wohnung verlassen.

Beispiel 2:

Ein altes Ehepaar lebt in der unteren Etage eines Bauernhauses. Die Frau sorgte für die Organisation des Haushaltes und zog die Kinder auf. Der Mann war Landwirt und hatte noch eine Nebentätigkeit. Beide werden langsam pflegebedürftig. Aufgrund des Übergabevertrages für den landwirtschaftlichen Betrieb ist die älteste Tochter in der Pflicht, für die Versorgung der Eltern zu sorgen. Die Rente von der landwirtschaftlichen Alterskasse ist gering. Beide sind sozial sehr in die Dorfgemeinschaft eingebunden. Sie gehen trotz gesundheitlichen Einbußen oft aus dem Haus. Die Tochter ist verheiratet, hat zwei Kinder und ist noch teilzeitbeschäftigt, ihr Ehemann ist vollzeiterwerbstätig.

Beispiel 3:

Eine alte Frau lebt in den Wintermonaten auf Mallorca und in den Sommermonaten in Deutschland. Sie war immer berufstätig. Aufgrund einer Erbschaft und einer hohen Rente ist sie finanziell sehr etabliert. Sie besucht Computerkurse, benutzt selbstverständlich das Laptop und das Internet. Sie hat eine Tochter. Im Falle einer Pflegebedürftigkeit hat sie einen Vertrag mit einem Altenpflegeheim abgeschlossen, damit die Tochter weiterhin ihren beruflichen und privaten Kontakten und Verpflichtungen gerecht werden kann.

Anhand dieser Beispiele werden verschiedene Bedingungen von Pflegepraxen erkennbar, die hier vorwiegend durch unterschiedliche kulturelle Räume und materielle Bedingungen hervorgehoben sind. Hier werden nicht nur Aspekte von sozialen Beziehungen, von ökonomischen Verhältnissen und Zwangsmustern, sondern auch von Normsetzungen bezüglich der Bilder von Pflege deutlich. Es gilt, die Differenz von Problemlagen des häuslichen Pflegediskurses zu berücksichtigen. Eine 80 jährige Frau, die im 3. Stock einen 90 jährigen Ehemann pflegt, ist tendenziell mit anderen Problemlagen konfrontiert als eine 35 jährige Mutter von zwei Kindern, die durch einen Übergabevertrag zur Pflege der Eltern verpflichtet ist. Die Problemlagen einer

Tochter, deren Mutter gar keine Pflegewünsche stellt, sind demgegenüber ganz anders einzuschätzen. Diese Ausführungen zeigen die Notwendigkeit auf, *Belastung und Beratung* von Pflegepersonen mit einem differenzierten und kontextsensiblen Untersuchungsdesign zu betrachten. Deshalb ist es wichtig, die Analyse des Untersuchungsgegenstandes im Hinblick auf das Verhältnis von *Gleichheit und Differenz* in der Darstellung von Pflegesituationen und der Beratung vorzunehmen.

2. Hypothese:

Individuelle und kulturelle Repräsentationen von geschlechtlichen Existenzweisen weisen im häuslichen Pflegebereich einen Bruch gegenüber rechtlichen Repräsentationen auf. Auf einer institutionellen Ebene können Widersprüche zwischen den Polen Autonomie versus Kontrolle beschrieben werden.

Wichtig ist dabei, welche Repräsentationen im Untersuchungsgegenstand deutlich werden und ob es Divergenzen zwischen Anforderungen, Praxisweisen und rechtlichen Vorgaben innerhalb der häuslichen Pflege gibt. Könnte das hohe Belastungserleben von pflegenden Angehörigen nicht auch eine Reaktion auf widersprüchliche Vorstellungen und Vorgaben zur häuslichen Pflege sein? Einerseits soll häusliche Pflege ganzheitlichen Standards genügen und andererseits wird sie durch Begutachtungssituationen und Zwangsberatungen einer rigiden Kontrolle ausgesetzt. D.h. Vorstellungen von Autonomie, von Individualität und von Ganzheitlichkeit werden in juristische Regulations-, Kontroll- und Disziplinierungszusammenhänge eingezwängt. Hier stellt sich unweigerlich die Frage, ob der häusliche Pflegediskurs durch das Pflegeversicherungsgesetz nun mit Faktoren konfrontiert wird, die innerhalb der professionalisierten, institutionalisierten Pflege schon lange Zeit vorliegen. Das Verhältnis von Medizin und Pflege tritt insbesondere durch die Begutachtungssituation durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen in das Diskussionsfeld zur häuslichen Pflege und lässt Repräsentationen zur häuslichen Pflege insbesondere im Zusammenhang mit Wissens- und Machtregimen sichtbar werden. Pflegepersonen werden damit einerseits mit spezifischen Moralvorstellungen über die Gestaltung häuslicher Pflege konfrontiert und andererseits in ihrem Subjektstatus eingeschränkt. Deshalb ist es von besonderer Bedeutung, nicht nur das Verhältnis von *Macht- und Wissensordnungen* zu betrachten, sondern auch das Verhältnis von *Moral und Subjektivität* zu analysieren.

3. Hypothese:

Verschiedene materielle Situationen können unterschiedliche individuelle und kulturelle Repräsentationen über geschlechtliche Pflegesituationen hervorrufen. Gleichzeitig können verschiedene Repräsentationen zu unterschiedlichen materiellen Situationen führen.

In diesem Zusammenhang ist zu fragen, welche Faktoren für die Gestaltung und Belastung von individuellen Pflegesituationen relevant sind. Gibt es materielle Gründe für Überforderungen innerhalb der Pflegesituationen? Welche Bedeutung haben ökonomische Motive zur Übernahme und Durchführung von häuslicher Pflege? Werden noch weitere Gründe und Motive für Pflegebereitschaften genannt? Haben spezifische materielle Situationen für pflegende Frauen und Männer unterschiedliche Konsequenzen? Und umgekehrt ist zu fragen, welche Auswirkungen bestimmte Einstellungen und Vorstellungen von Pflege für die Gestaltung von Pflege haben. Es ist anzunehmen, dass Pflegepersonen ein hohes Maß an Verantwortung für die Versorgung von Pflegebedürftigen übernehmen und sich damit auch überfordern. Welche Gründe tragen zu dieser Situation bei? Ist die Übernahme von Verantwortung aus materiellen, d.h. ökonomischen Situationen begründet oder eher von spezifischen Vorstellungen und Erwartungshaltungen über häusliche Pflege abgeleitet? Interessant ist dabei die Frage, ob Pflegepersonen trotz materieller, ideeller und moralischer Situationsfaktoren noch eine eigenständige Entscheidung über die Art der Pflegeübernahme treffen können. Wird die freie Wahl für oder gegen die Übernahme häuslicher Pflege bzw. von Zwischenlösungen in der Belastungsforschung, der Angehörigenberatungskonzepte und des Pflegeversicherungsgesetzes thematisiert? Um diese Diskussionslinie näher zu konturieren, werden die Texte auf das Verhältnis von *Verantwortung und Autonomie* untersucht.

4. Hypothese:

Begehren wird im häuslichen Pflegediskurs durch widersprüchliche sprachliche, materielle und vergeschlechtlichende soziale Praxen über Pflegepersonen und Pflegebedürftige reguliert, kontrolliert und diszipliniert. Sorgearbeit und Begehren von Pflegepersonen werden als sich ausschließende Momente repräsentiert.

Als zentraler Aspekt zur Beschreibung der Problemlagen von pflegenden Frauen und Männern stellt sich die Frage, wie Begehren von Pflegepersonen im Untersuchungsgegenstand dargestellt wird. Zu welchen Ergebnissen kommt die Belastungsforschung hinsichtlich der Selbstsorge von Pflegepersonen? Und welchen Stellenwert haben Begehrensformen und –relationen innerhalb der Beratungskonzepte? Es ist anzunehmen, dass Frauen und Männer ihr eigenes Begehren, d.h. ihre Wünsche und Bedürfnisse, ihre Sehnsüchte, ihre Lebensträume, zugunsten von Pflegebedürftigen in den Hintergrund stellen. Wie kann dieses Verhalten erklärt werden? Welche Aspekte können diese Mechanismen verstärken bzw. welche Möglichkeiten bestehen, alternative Pflegerealtäten aufzubauen? Es ist davon auszugehen, dass Begehren in häuslichen Pflegesituationen durch sehr unterschiedliche Kontextvariablen zu beschreiben ist. Eine besteht darin, dass Pfl egetätigkeiten grundsätzlich als asexuell gelten. In der Sorge um eine/n Pflegebedürftige/n kann allerdings eine Form von Begehren enthalten sein, die durch herkömmliche Betrachtungsweisen nicht wahrgenommen werden. Denn die Art und Weise der morgendlichen Waschung eines/r Pflegebedürftigen/r kann eine Form von Begehren enthalten, die durch normalisierende Vorstellungen von Pflege und Verwandtschaftsbeziehungen gerade nicht als Begehren erscheinen darf. Es stellt sich die Frage, welche Diskussionslinien dazu führen, dass Pflegebeziehungen grundsätzlich als asexualisierte Beziehungen beschrieben werden, obwohl sie doch einen hohen Grad an Körperlichkeit und Überschreitung von Grenzen der Intimsphären aufweisen. Vielleicht liegt in der fehlenden symbolischen Verankerung von lustvollen Bildern über Pflege ein Aspekt, Pflegebeziehungen nicht als sexuelle Beziehungen zu repräsentieren. Eine Schwierigkeit kann insbesondere in der Kopplung von Bildern der Pflege mit Bildern von Frauen begründet sein. Einerseits ist zu fragen, inwieweit die widersprüchliche Konnotation von weiblichen Pflegepersonen zwischen den Polen „Nonne“ und „Hure“ relevant ist. Andererseits werden für die Analyse Widersprüche in den Bildern über Alter bedeutsam. Dabei interessiert die Frage ob alte Menschen zwischen den Polen „der weisen Alten“ und „der lüsternen Alten“ verortet werden.

In Bezug auf die Subjektpositionen von Pflegepersonen ist zu fragen, welche Aspekte dazu beitragen, dass *Sorge und Begehren* in der häuslichen Pflege als einander ausschließende Momente diskursiv verankert sind. Weshalb ist es kaum vorstellbar, von einer pflegenden Tochter zu hören: „Die Pflege meiner Mutter ist total geil“? Wel-

che Normierungen und Normalisierungen führen in der häuslichen Pflege zu diesen Repräsentationen und Realitäten?

5. Hypothese:

Diskurse zur häuslichen Pflege (re)produzieren widersprüchliche, ambivalente Subjektpositionen für pflegende Angehörige. Pflege wird vorwiegend als familiäre Aufgabe repräsentiert.

Wie wird nun im Untersuchungsgegenstand Autonomie, Individualität und Subjektivität von Pflegepersonen dargestellt? Werden in den Texten Ambivalenzen und Widersprüche deutlich, die eine autonome und individuelle Gestaltung von Pflegesituationen verhindern? Ist eine Ursache für das hohe Belastungserleben im mangelnden Subjektstatus von Pflegepersonen begründet? Werden zusätzlich zu familialen Pflegepersonen noch weitere Akteure genannt, die Pflegeleistungen übernehmen könnten, um pflegende Angehörige zu entlasten? Welche Personengruppen werden mit der Verantwortung für Pflegebedürftige konfrontiert? Insgesamt interessiert dabei, ob häusliche Pflege vorwiegend als private Angelegenheit der Familie oder als Aufgabenbereich von öffentlichen Institutionen repräsentiert wird. Deshalb wird in der weiteren Analyse das Verhältnis von *öffentlich und privat* besonders berücksichtigt.

6. Hypothese:

Im häuslichen Pflegediskurs können Zusammenhänge zwischen hierarchischer Geschlechterdifferenz und traditionellen Familienvorstellungen (normativer Heterosexualität) beschrieben werden.

Die bisher aufgeführten Hypothesen werden insbesondere im Blick auf zugrunde liegende Geschlechterverhältnisse und –differenzen untersucht. Es ist anzunehmen, dass in der Bundesrepublik Deutschland in den meisten Fällen häusliche Pflege von Frauen durchgeführt wird. Dabei stellt sich die Frage nach den Hintergründen und Motivationen der geschlechtlichen Differenzierung des Arbeitsbereiches. Warum übernehmen in der Mehrzahl Frauen häusliche Pflegetätigkeiten? Gibt es Hinweise im Untersuchungsgegenstand, die diese Situation begründen oder sogar verfestigen? Welche gesellschaftlichen, politischen und wissenschaftlichen Positionen sind dazu erkennbar? Können spezifische Strategien aufgezeigt werden, die diese Situation

stabilisieren anstatt Entwicklungen zu einer geschlechterparitätischen Veränderung des Arbeitsfeldes fördern? In diesem Zusammenhang ist die Frage nach spezifischen Vorstellungen von Familie interessant. Werden traditionelle Bilder über Geschlecht in einem Zusammenhang mit traditionellen Bildern über Familie im Untersuchungsgegenstand erkennbar? Kann die hohe Belastungsqualität von Pflegepersonen durch ambivalente Zuschreibungsprozesse von Geschlecht und Familie (Sexualität) verursacht werden? Oder liegen Widersprüche zwischen geschlechtlichen Vorstellungen und Realitäten vor? Mit Blick auf die vorher genannten Hypothesen ist auch zu fragen, welche Unterschiede in der Pflegemotivation, der Pflegeübernahme, der Bewältigung und auch der Beratung zwischen Frauen und Männern aufgezeigt werden. Ist dabei Geschlecht eine bedeutsame Größe zur Beschreibung von Differenzen oder sind andere Bezugsgrößen zur Beschreibung von *Belastung und Beratung* relevant? Werden Frauen und Männer mit unterschiedlichen moralischen Erwartungshaltungen zur Übernahme von Pflege konfrontiert und wie können diese Zuschreibungsprozesse dechiffriert werden? In Bezug auf den Subjektstatus von Pflegepersonen ist zu fragen, ob diese mit geschlechtsdifferenten Repräsentationen konfrontiert werden. Werden männliche und weibliche Pflegepersonen je anders wahrgenommen und bewertet? Außerdem stellt sich die Frage, weshalb insbesondere Frauen Pflegeverantwortung übernehmen. Welche Hintergründe können diese Situation erklären? Wichtig ist auch die Frage, ob weibliche und männliche Pflegepersonen unterscheidbare Vorstellungen und Praxisweisen von Sorgearbeit haben und demzufolge auch andere Begehrensformen anstreben. Da häusliche Pflege eine vorwiegend weibliche Arbeit im privaten Bereich ist, interessiert auch, ob fehlende Entlastungen durch die geschlechtliche Konnotation des Arbeitsbereiches begründet sind. Die Analyse wird deshalb insbesondere eine Focussierung von *Geschlecht und Sexualität* vornehmen. Dabei werden Normierungen und Hierarchisierungen innerhalb des Untersuchungsgegenstandes problematisiert, mit denen *Belastung und Beratung* differenziert konturiert werden kann.

Da häusliche Pflege eine Arbeits- und Existenzform innerhalb eines spezifisch politischen Kontextes ist, wird nun das Konzept der Gouvernementalität beschrieben. Die Aufnahme dieses Konzepts ermöglicht eine differenzierte Betrachtung des Verhältnisses zwischen Staat und Individuum innerhalb des Pflegediskurses.

1.3 Gouvernamentalität

Häusliche Pflege und Aspekte des Pflegediskurses sind insbesondere in einem spezifischen Verhältnis von Staat und Individuum zu entschlüsseln. Deshalb werden wichtige Aspekte von Gouvernamentalität¹⁶ hier vorgestellt.

Das Konzept der Gouvernamentalität basiert auf den Ausführungen von Michel Foucault und wird wie folgt definiert:

„Unter Gouvernamentalität verstehe ich die Gesamtheit, gebildet aus den Institutionen, den Verfahren, Analysen und Reflexionen, den Berechnungen und den Taktiken, die es gestatten, diese recht spezifische und doch komplexe Form der Macht auszuüben, die als Hauptzielscheibe die Bevölkerung, als Hauptwissensform die politische Ökonomie und als wesentliches technisches Instrument die Sicherheitsdispositive hat. Zweitens verstehe ich unter >Gouvernamentalität< die Tendenz oder die Kraftlinie, die im gesamten Abendland unablässig und seit sehr langer Zeit zur Vorrangstellung dieses Machttypus, den man als >Regierung< bezeichnen kann, gegenüber allen anderen – Souveränität, Disziplin – geführt und die Entwicklung einer ganzen Reihe spezifischer Regierungsapparate einerseits und einer ganzen Reihe von Wissensformen andererseits zur Folge gehabt hat. Schließlich glaube ich, dass man unter Gouvernamentalität den Vorgang oder eher das Ergebnis des Vorgangs verstehen sollte, durch den der Gerechtigkeitsstaat des Mittelalters, der im 15. und 16. Jahrhundert zum Verwaltungsstaat geworden ist, sich Schritt für Schritt >gouvernementalisiert< hat“ (Foucault 2000, S. 64-65).

Foucault versteht unter dem Staat eine „verwickelte Kombination von Individualisierungstechniken und Totalisierungsverfahren“ (ebd., 1987, S. 248) und nicht in erster Linie eine institutionell-administrative Struktur. In diesem Verständnis verweist der Begriff der >Regierung< auf unterschiedliche Handlungsformen und Praxisfelder, die auf die Lenkung, Kontrolle, Leitung von Individuen und Kollektiven ausgerichtet sind und Techniken der Selbstführung und Fremdführung beinhalten (vgl. Lemke / Krasmann / Bröckling 2000, S.10). Der moderne (westliche) Staat wird als Ergebnis einer komplexen Verbindung politischer und pastoraler Machttechniken aufgefasst. Unter Pastoralmacht wird die Führung von Individuen im Hinblick auf ein jenseitiges Heil verstanden. Hierbei geht es um die >Regierung der Seelen<. Das Spezifische des christlichen Pastorats liegt in der Entwicklung von Analysemethoden, Reflexions- und

Führungstechniken, die eine >innere Wahrheit< und die Formierung von Individuen zu (Begehrens-)Subjekten herstellen sollen.

„Foucaults Regierungsanalyse liegt die historische Annahme zugrunde, dass die pastoralen Führungstechniken Subjektivierungsformen hervorbrachten, auf denen der moderne Staat und die kapitalistische Gesellschaft aufbauten“ (Lemke / Krasmann / Bröckling 2000, S. 11).

Der analytische Blick von Foucault richtet sich nicht auf die Ausweitung von Regierungsbereichen, sondern ihn interessieren Rationalitäten der Regierung, die spezifische Formen darstellen, Gegenstandsbereiche zu ordnen und Rationalitäten an bestimmten Zweckbestimmungen zu orientieren. Im Zentrum der Analyse steht die Beschreibung von Technologien der Macht anhand der Bereiche Recht, Disziplin und Sicherheitstechniken. Diesen Bereichen zufolge wird eine Unterscheidung von der rechtlichen Norm, der disziplinären Normierung und der Normalisierung der Sicherheitstechnologie vorgenommen.

Innerhalb der aktuellen Analyse zu Gouvernamentalität wird darauf hingewiesen, dass sich der deutsche Neoliberalismus durch zwei Differenzen von frühliberalen Konzeptionen unterscheidet. Zum einen in einer Neudefinition des Verhältnisses zwischen Staat und Ökonomie. Dabei wird der Markt zum organisierenden und regulierenden Prinzip des Staates. Ein begrenzendes und äußerliches Prinzip wird durch ein regulatorisches und inneres Prinzip ersetzt, indem die Form des Marktes als Organisationsprinzip des Staates und der Gesellschaft dient. Der zweite Unterschied zu frühliberalen Konzeptionen besteht in einer anderen Grundlage des Regierens. Während vormals die individuelle Freiheit der Individuen die Bedingung für eine Regierung war, so bildet nun ein unternehmerisches Verhalten der ökonomisch-rationalen Individuen das rationale Prinzip für die Regulierung des Regierungshandelns.

„Die Generalisierung der ökonomischen Form hat zwei wichtige Aufgaben: Erstens fungiert sie als Analyseprinzip, indem sie nichtökonomische Bereiche und Handlungsformen mittels ökonomischer Kategorien untersucht. Soziale Beziehungen und individuelles Verhalten werden nach ökonomischen Kriterien und innerhalb eines ökonomischen Intelligibilitätshorizonts dechiffriert. Zweitens besitzt das ökonomische Raster aber auch Programm-Charakter, indem es die kritische Bewertung der Regierungspraktiken anhand von Marktbegriffen erlaubt“ (Lemke / Krasmann / Bröckling 2000, S. 16-17).

Insgesamt formuliert das Konzept der Gouvernamentalität politisches Wissen. Neoliberalismus ist hierbei eine Form der Problematisierung, die einen politisch-epistemologischen Raum oder ein Möglichkeitsfeld definiert. Die Analyse fokussiert dabei die Rationalität der Politik. Im Zentrum der Analyse steht das den Praktiken der Politik immanente Wissen, die Systematisierung und Rationalisierung einer Pragmatik der Führung. Rationalität bedeutet in diesem Zusammenhang die Frage nach historischen Praktiken, in deren Kontext Wahrnehmungs- und Beurteilungsstrategien ausgeweitet werden. Hierbei geht es um die Frage, wie Rationalitätsformen sich selbst in Praktiken oder Systemen von Praktiken einschreiben und welche Rolle sie in ihnen spielen. Bei dieser Analyseform kann eine positive von einer negativen Komponente unterschieden werden:

„Die negative verweist auf eine Denaturalisierungsstrategie, die den reifizierenden Gebrauch von Kategorien aufzeigt. Ziel dieser Operation ist es, vertraute Denkschemata und epistemologisch-politische Positivitäten infrage zu stellen. Der zweite – positive – Analyseschritt zeigt das historisch-spezifische Netz von Kräfteverhältnissen, Interessen und Strategien auf, das jene Evidenzen ermöglicht und stabilisiert hat. Hier geht es darum, die soziale Genese und die politischen Konsequenzen dieser >Konstruktionen< zu verfolgen“ (Lemke / Krasmann / Bröckling 2000, S. 21).

Innerhalb der Gouvernamentalitätsanalyse wird zwischen Herrschafts- und Selbsttechnologien unterschieden. Herrschaftstechniken zielen auf die Bestimmung des Verhaltens von Einzelnen zur Unterwerfung unter Herrschaftszwecke. Technologien des Selbst bestimmen sich über die Verwendung eigener Mittel von Individuen, mit ihren Körpern, Seelen, ihrer Lebensführung spezifische Operationen zu vollziehen, um sich zu transformieren, zu modifizieren oder einen Zustand von Vollkommenheit, Glück, Reinheit oder übernatürlicher Kraft zu erlangen. Die Beziehungen zwischen Herrschafts- und Selbsttechnologien bestimmen in dieser Sicht Machtverhältnisse. Deshalb wird ein besonderer Schwerpunkt innerhalb der Analyse auf die Wechselwirkungen zwischen diesen beiden Technikformen gelegt.

„Man muss die Punkte analysieren, an denen die Techniken der Herrschaft über Individuen sich der Prozesse bedienen, in denen das Individuum auf sich selbst einwirkt. Und umgekehrt muss man jene Punkte betrachten, in denen die Selbsttechnologien in Zwangs- oder Herrschaftsstrukturen integriert werden“ (ebd., S. 29).

In diesem Sinne ist Regierung nicht in erster Linie eine Unterdrückung von Subjektivität, sondern ist auf die Erfindung und Förderung von Selbsttechnologien orientiert, die an Regierungsziele gekoppelt sind.

Die Analyse neoliberaler Machtmechanismen zeigt, dass eine Förderung von Handlungsoptionen mit der Forderung nach einem spezifischen Gebrauch dieser Handlungsoptionen einhergeht und sich so die Freiheit zu handeln in einen Zwang zum Handeln oder eine Entscheidungszumutung verwandelt. Innerhalb dieses Systems wird die Wahl der Handlungsoptionen als Ausdruck eines freien Willens bewertet und damit werden die Einzelnen für die Folgen ihres Handelns selbst verantwortlich gemacht.

„Im Rahmen neoliberaler Gouvernamentalität signalisieren Selbstbestimmung, Verantwortung und Wahlfreiheit nicht die Grenze des Regierungshandelns, sondern sind selbst ein Instrument und Vehikel, um das Verhältnis der Subjekte zu sich selbst und zu den anderen zu verändern“ (ebd., S. 30).

Gefordert sind hier Initiative, Anpassungsfähigkeit, Dynamik, Mobilität und Flexibilität als Zeichen für ein >freies< und >rationales< Subjekt. Die Führungskapazitäten von staatlichen Apparaten und Instanzen werden auf >verantwortliche<, >umsichtige< und >rationale< Individuen verlagert. Insgesamt erfolgt nicht eine Ersetzung des Politischen ins Persönliche, sondern es entsteht eine andere Form von Politik und die Erfindung neuer Selbsttechnologien. Das gesellschaftliche Leitbild ist an der Durchsetzung einer >autonomen< Subjektivität orientiert. Die Selbstverantwortung für das eigene Leben der Einzelnen wird dabei anhand betriebswirtschaftlicher Effizienzkriterien und unternehmerischer Kalküle bewertet.

7. Hypothese

Der häusliche Pflegediskurs wird durch ein staatliches Organisationsprinzip bestimmt, dass am Markt ausgerichtet ist. Damit werden Selbsttechnologien gefördert, die individuelle Handlungen nach betriebswirtschaftlichen und unternehmerischen Kriterien bewerten. Pflegepersonen werden mit hohen Anforderungen an eine selbst bestimmte Gestaltung der Pflegesituation konfrontiert und gleichzeitig wird ihnen die Verantwortung für ihre Handlungen überantwortet.

Die Aufnahme des Konzeptes der Gouvernamentalität bietet eine interessante Perspektive zur Analyse der Belastungsforschung, der Angehörigenberatungskonzepte und des Pflegeversicherungsgesetzes. Mit diesem theoretischen Focus wird es möglich, Diskussionslinien des häuslichen Pflegediskurses auf spezifische Verfahren, Regeln und Techniken zu untersuchen. Konkret stellt sich die Frage, wie die Belastungsforschung die Situation von pflegenden Angehörigen bewertet. Wird häusliche Pflege in einem politischen Kontext beschrieben, in dem Aspekte staatlicher Regulierung bei der Bewertung der Belastungssituation berücksichtigt werden? Bei der Analyse der Beratungskonzepte interessiert vor allem die Frage nach dem Verhältnis von Herrschafts- und Selbsttechnologien. Wie definieren Beratungskonzepte Verantwortungsbereiche für Pflegesituationen? Wird pflegenden Angehörigen die gesamte Verantwortung und Arbeitsleistung für die häusliche Pflege übertragen und welche Konsequenzen sind damit verbunden? Ist eine freie Wahl zur Übernahme von Pflegeleistungen die Basis von Beratungsangeboten? Außerdem stellt sich die Frage, ob Beratungsangebote spezifische Selbsttechnologien zur Verbesserung der Pflege anstreben oder ob sie eher auf die Verwirklichung von subjektiven Begehrenformen der Pflegepersonen ausgerichtet sind. Ein Schwerpunkt bei der Analyse des Pflegeversicherungsgesetzes ist die Ökonomisierung familialer Beziehungen. Es interessiert, ob rechtliche Vorgaben damit Ambivalenzen oder Widersprüche auf individueller Ebene hervorrufen. Mit dem Konzept der Gouvernamentalität können die Auswirkungen politischer und juristischer Regelungen für Pflegepersonen näher focussiert werden. Deshalb wird in der Analyse das Verhältnis von *Staat und Individuum* anhand dieser Ausführungen problematisiert.

Die bisher ausgeführten theoretischen Positionen des Poststrukturalismus, der queer / feministischen Theorie und des Konzeptes der Gouvernamentalität führten eher zu einer inhaltlichen Strukturierung des Themenfeldes. Die ausgearbeiteten Hypothesen werden nun zusammengeführt, systematisiert und mit dem methodischen Ansatz der feministischen Diskursanalyse verbunden.

1.4 Feministische Diskursanalyse

Um das Vorgehen der Untersuchung näher zu beschreiben, wird nun kurz die feministische Diskursanalyse vorgestellt. Die bisher ausgearbeiteten Theoriepositionen und Hypothesen werden anhand von zwei Schaubildern systematisiert, um eine Übersicht des Untersuchungsdesigns aufzuzeigen.

Der Begriff >Diskurs< findet einen zunehmenden Eingang in den alltagssprachlichen Gebrauch und bezeichnet dort einen >Argumentationszusammenhang<. Für den wissenschaftlichen Bereich lassen sich insgesamt vier Fokussierungen des Begriffs unterscheiden: discourse analysis, Diskursethik, Diskurstheorie und kulturalistische Diskursanalyse (vgl. Keller u.a.2001, S. 10). Die folgenden Ausführungen basieren auf der Diskurstheorie von Michel Foucault. In diesem Zusammenhang bedeutet der Begriff >Diskurs< eine Menge von Aussagen, die zur selben diskursiven Formation gehören:

Eine diskursive Praxis „ist eine Gesamtheit von anonymen, historischen, stets im Raum und in der Zeit determinierten Regeln, die in einer gegebenen Epoche und für eine gegebene soziale, ökonomische, geographische oder sprachliche Umgebung die Wirkungsbedingungen der Aussagefunktion definiert haben“ (Foucault 1981, S.171).

Foucaults Ansatz versucht Zusammenhänge von übersubjektiven Wissensordnungen und diskursiven Praktiken herzustellen.

Sein „Interesse richtet sich auf die formalen Bedingungen der Produktion von Wissenscodes (Aussagenkorpi), die Regeln der Produktion und Kontrolle von Diskursen, der Erzeugung, Aufrechterhaltung und Transformation von gesellschaftlichen Wissensbeständen, den Zusammenhang von Wissen und Macht sowie die institutionellen und diskursiven Formen der Subjektkonstitution. Die Wissensordnung – und dies ist eine entscheidende Neuorientierung – wird dabei nicht länger als Abbildung von Wirklichkeit verstanden oder in alter idealistischer Tradition dem `Geist´ zugeschrieben, sondern der Materialität der Diskurse selbst, also den Aussage- und Zeichensequenzen, die in diskursiven Praktiken entstehen und durch deren Wiederholung die Wirklichkeit der Welt konstituiert wird. Das Erkenntnisinteresse richtet sich demnach auf die symbolische und strukturelle Dimension von Diskursen, auf die Praxis der Diskursproduktion und auf diskursive Machtkämpfe, die keineswegs nur der sozialen Integration und Konsensfindung dient, sondern vielmehr auch der Mobilisierung kollektiven Han-

delns, der Definition von Normalität und Abweichung, der Transformation bestehender Wissens- und Moralsysteme“ (Keller u.a. 2001, S.12).

Feministische Diskursanalyse baut auf diesen theoretischen Annahmen auf. Es werden Aspekte des Verfahrens der Dekonstruktion mit den theoretischen Überlegungen von Michel Foucault verknüpft. Dabei interessiert die Frage, weshalb wir Binaritäten als Gegensätze verstehen und in welchen Herrschaftsdynamiken diese (re)produziert werden (vgl. Gutierrez Rodriguez 1996, S. 163). Die feministisch orientierte Diskursanalyse versucht eine alternative Denkform zur logozentrischen Tradition des Denkens zu etablieren. Indem sie aufzeigt, dass westliches Denken in Zwangsmustern, Hierarchisierungen und gewohnten Grenzziehungen verhaftet ist, zeigt sie, wie über Sprache herkömmliche Machtstrukturen und Ideologien festgeschrieben werden. Dabei werden insbesondere Hierarchisierungen zwischen den Begriffen „Subjekt und Objekt“, „Geist und Körper“, „Signifikat und Signifikant“, „Inneres und Äußeres“, „gut und böse“, „wahr und falsch“ thematisiert. Diese Gegensätze werden oftmals zum Hegemonieanspruch einer spezifischen Kultur, Klasse, Rasse oder eines Geschlechts herangezogen (vgl. Nünning 1998, S. 82-83).

„Nach diskurstheoretischer Auffassung ist eine wissenschaftliche Suche nach dem Ursprung der Geschlechterdifferenz absurd. Als sinnvoll gilt stattdessen eine dekonstruktive Forschungsperspektive: Die sozialen und kulturellen Variationen von Geschlecht und sexueller Identität sollen in ihrem jeweiligen historischen und kulturellen Kontext entziffert werden. Die Dekonstruktion kultureller Phänomene soll aufdecken, dass es sich um sprachlich repräsentierte Konstruktionen handelt, die weder überhistorische noch natürliche Gültigkeit besitzen. Das diskursanalytische Verfahren setzt auf einen Erkenntnisweg, bei dem der Nachweis kultureller Konstruktionen damit verbunden ist, deren Konstruktionsprinzipien aufzuzeigen. Damit soll zugleich die selbstverständliche Gültigkeit dominanter Repräsentationen von Geschlecht in Frage gestellt und als Ausdruck bestehender Machtverhältnisse entlarvt werden“ (Althoff / Bereswill / Riegraf 2001, S. 237).

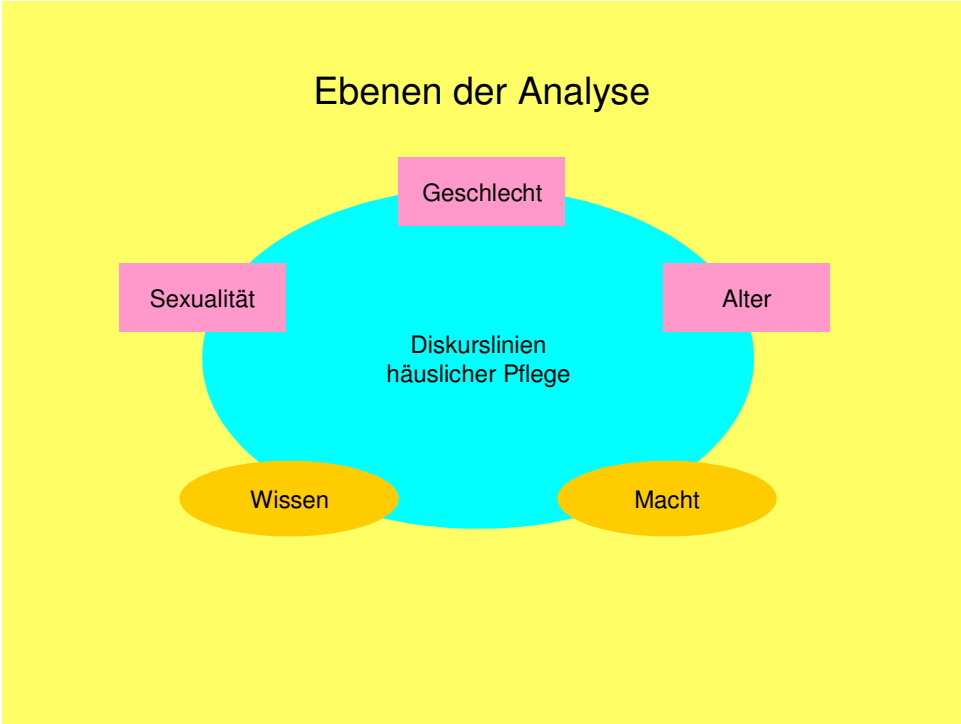
Zur Untersuchung der Belastungsforschung, der Angehörigenberatungskonzepte und des Pflegeversicherungsgesetzes werden deshalb hier scheinbare Gegensätze des häuslichen Pflegediskurses thematisiert. Die ausgewählten Begriffe sind dabei Variablen oder Dispositive¹⁷ im foucaultschen Sinne. Sie sollen die Außenpole von Repräsentationen darstellen, unter denen symbolische Verankerungen innerhalb des

häuslichen Pflegediskurses stattfinden. Sicherlich ist eine solche Systematisierung ein Wagnis, weil damit zugleich ein Ausschluss von nicht thematisierten Aspekten stattfindet. Aber mit dieser inhaltlichen Systematisierung, Eingrenzung und Gegenüberstellung wird es möglich, Strukturmerkmale, Ausgrenzungen und Marginalisierungen des häuslichen Pflegediskurses sichtbar zu machen. Durch die Systematisierung und Beschreibung von Gegensätzen - die als theoretische und methodische Provokation und Kritik an Beratungskonzepten, der Belastungsforschung und des Pflegeversicherungsgesetzes zu verstehen ist - wird nicht nur die inhaltliche Komplexität des Themenfeldes deutlich, sondern damit wird es auch möglich, ein alternatives Verständnis der Problemsituation von pflegenden Frauen und Männern symbolisch zu verankern. Es ist davon auszugehen, dass die Zwischenräume, die Überschneidungen und Verbindungen zwischen den aufgezeigten inhaltlichen Aspekten in herkömmlichen Diskursen zur häuslichen Pflege nicht ausführlich thematisiert und problematisiert werden. In der Ambivalenz der Beziehungen zwischen diesen Aspekten – in den Zwischenräumen – liegt aber ein erhebliches Potential zur Entfaltung von subjektiven, institutionellen, gesellschaftlichen, kulturellen, politischen und wissenschaftlichen Denkformen betreffend häusliche Pflege von Angehörigen und der Konzeption von Beratungsangeboten.

Die folgenden Graphiken skizzieren das Untersuchungsdesign. Die ausgewählten inhaltlichen Aspekte: Gleichheit versus Differenz, Moral versus Subjektivität, Verantwortung versus Autonomie, Sorge versus Begehren, Öffentlich versus Privat sowie Staat versus Individuum fassen Schwerpunthemen der Analyse zusammen. Der Untersuchungsgegenstand wird anhand dieser Themenfelder analysiert, um spezifische Repräsentationen über Frauen, Männer und Pflege aufzuzeigen.



Die Aspekte der Diskursanalyse zur häuslichen Pflege (Bild oben) werden anhand der Variablen Geschlecht, Sexualität und Alter untersucht. Dabei werden darin enthaltene Macht- und Wissensdiskurse genauer betrachtet (Bild unten).



Mit der Analyse von Wissens- und Machtdiskursen wird es nicht nur möglich, Repräsentationen des Untersuchungsgegenstandes zu Sexualität, Geschlecht und Alter zu beschreiben, sondern vor allem Zusammenhänge zwischen diesen Kategorien aufzuzeigen. Es ist anzunehmen, dass spezifische Strukturmerkmale, Mechanismen und Techniken deutlich werden, die für die Situationsanalyse und Beratung von pflegenden Angehörigen bedeutsam sind. D.h. es werden Mechanismen und Elemente der Subjektkonstituierung von Pflegepersonen transparent. Zusätzlich können unterschiedliche Selbsttechniken zur Bewältigung häuslicher Pflege verdeutlicht werden. Im Anschluss daran wird es möglich, ein Klienten/innenzentriertes, alternatives Beratungskonzept zu entwickeln.

2. Diskussionenlinien des häuslichen Pflegediskurses

Der bundesdeutsche Pflegediskurs wird im Folgenden anhand von ausgewählten Diskussionenlinien systematisiert. Dazu wurden Begriffsgegensätze gebildet, die verschiedene Diskussionen zusammenfassen. Diese Aspekte sind u. a. Grundbegriffe der Frauen- und Geschlechterforschung. Dazu gibt es in der Mehrzahl umfangreiche wissenschaftliche Diskussionenbeiträge. Um die Überschaubarkeit des Forschungsdesigns zu gewährleisten, werden ausgewählte Positionen und Beiträge zu den jeweiligen Aspekten vorgestellt. Die Beschreibung der Begriffspaare Gleichheit versus Differenz, Moral versus Subjektivität, Verantwortung versus Autonomie, Sorge versus Begehren, Öffentlich versus Privat und Staat versus Individuum erfolgt mehrheitlich mit einem historischen Bezug. Damit sollen gesellschaftliche und politische Entwicklungsprozesse verdeutlicht werden, die für Pflege- und Beratungssituationen sowie für die Subjektkonstituierung von Pflegepersonen bedeutsam sind.

2.1 Gleichheit versus Differenz

Innerhalb der Frauen- und Geschlechterforschung gibt es eine Fülle von Analysen und Diskussionenbeiträge zum Thema „Gleichheit und Differenz“¹⁸. Im Folgenden wird die Position von Andrea Maihofer vorgestellt.

Nach Maihofer ist es innerhalb der feministischen Diskussion unstrittig, dass sich feministische Politik im Spannungsverhältnis von Gleichheit und Differenz bewegen muss. Die Forderung nach der Gleichberechtigung der Frau sollte demnach eine >Gleichheit ohne Angleichung< beinhalten (Maihofer 1995, S. 156). Sie fordert eine positive nicht-hierarchische Anerkennung der Geschlechterdifferenz, um das bestehende Gleichheitsverständnis zu erweitern und zu reformulieren (ebd., S. 159). Das herrschende Gleichheitsverständnis impliziert lediglich eine Anerkennung von >Gleichen und als Gleiche< und schreibt damit die Diskriminierung der Frau fort. Demzufolge findet die Anerkennung von Frauen innerhalb männlicher Wertorientierungen und Zuschreibungsprozesse statt. Gleichheitsvorstellungen werden aber nicht nur in Bezug zum männlichen Geschlecht, sondern auch für die Gruppe der Frauen insgesamt etabliert.

Die historische Analyse der Gleichheitskonzeption zeigt:

„Während einerseits also mit der Gleichheit der Menschen als Menschen an sich die Gleichheit der Rechte aller Menschen begründet wird, werden andererseits mit dem Argument ihrer geschlechtlichen Differenz und ihrer daraus folgenden menschlichen Defizienz der Frau diese Rechte abgesprochen“ (ebd., S. 161).

Der Diskurs der Gleichheit, wie er innerhalb der Aufklärung entstanden ist, ist mit dem Diskurs der Geschlechterdifferenz nicht nur historisch, sondern auch inhaltlich verwoben. Problematisch an diesem Verständnis ist die Ausrichtung an einem Maßstab, bei dem >Gleiches als gleich< und >Ungleiches als ungleich< konnotiert wird. Damit wird Geschlecht nicht als gesellschaftlich-kulturelles Phänomen betrachtet, wobei Frauen und Männer aufgrund ihrer kulturellen Geschlechterdifferenzen unterschiedliche Denk-, Gefühls- und Erlebensweisen ausbilden (ebd., S. 167). Mehr noch: das herrschende Gleichheitsverständnis impliziert mit der Ausrichtung an diesem Maßstab eine hegemonial männliche Normsetzung, an der die Gleichberechtigung von Frauen gemessen wird und Frauen damit in ein hierarchisches Verhältnis gesetzt werden.

„Mit der Forderung nach Anerkennung der Geschlechterdifferenz gilt es also, dem gesellschaftlichen Problem Rechnung zu tragen, dass es nicht lediglich um die Anerkennung der Verschiedenheit pluraler Lebensformen geht, sondern um das sehr viel größere Problem der Anerkennung und Gleichberechtigung von grundlegenden Differenzen, möglicherweise auch von unlösbarem gesellschaftlichen Dissens. Zugleich zielt der Begriff der Geschlechterdifferenz aber auch auf die Anerkennung der kulturellen, ethnischen oder klassenspezifischen Differenzen und Verschiedenheiten zwischen Frauen“ (ebd., S. 171).

Geschlechtsrollen und –identitäten sind demnach ein historisches, gesellschaftlich-kulturelles Produkt und nicht Ausdruck einer biologischen Geschlechterdifferenz (vgl. Maihofer 1995, S.19). Spätestens seit den 70er Jahren wurde in Deutschland zwischen biologischem und sozialem Geschlecht unterschieden. Nach der amerikanischen Begrifflichkeit ist es üblich, zwischen >sex< und >gender< zu unterscheiden. Diese Trennung wurde innerhalb der Frauenforschung eingeführt, um dem hegemonialen Diskurs über die natürliche Bestimmung der Geschlechter zu begegnen. In-

nerhalb dieser essentialistischen Sichtweise wurde das gesellschaftliche Verhältnis der Geschlechter in der unterschiedlichen körperlichen Beschaffenheit der Geschlechter begründet. Das soziale Geschlecht (gender) ist dabei Ausdruck und Konsequenz des biologisch-anatomischen Geschlechtskörpers (sex). Die Gegenposition weist darauf hin, dass zwischen biologischem und sozialem Geschlecht kein kausaler Zusammenhang besteht. Damit wurde es möglich, soziale Ungleichheit der Geschlechter ohne den Zusammenhang der biologischen Geschlechterdifferenz zu thematisieren (vgl. ebd.).

Innerhalb der historischen Analyse zur Geschlechterdifferenz zeigt Maihofer, dass im Laufe des 18. Jahrhunderts mit der Entstehung bürgerlich-kapitalistischer Gesellschaft eine Verschiebung im Verständnis von Geschlecht und Geschlechtskörpern stattgefunden hat. Während vor dieser Zeit eine Ähnlichkeit zwischen den Geschlechtern angenommen wurde, entsteht nun ein Diskurs über die grundlegende Differenz der Geschlechter. In beiden Konzeptionen ist der Mann der normative Maßstab. War die Frau zuvor nur weniger vollkommen, so ist sie nun fundamental vom Mann verschieden. Anhand der Arbeiten von Claudia Honegger, Thomas Laquer und Barbara Duden wird Geschlechterdifferenz wie folgt beschrieben:

„Diese Arbeiten lassen die Annahme eines ahistorischen, natürlichen Geschlechtskörpers und einer darauf basierenden, scheinbar biologisch-anatomisch evidenten Geschlechterdifferenz als unhaltbaren Empirismus sichtbar werden. Sie erweist sich im Gegenteil als >Effekt< des modernen bürgerlichen Geschlechterdiskurses sowie als >Erfindung< medizinischer, biologischer, psychiatrischer, philosophischer sowie politischer Diskurse“ (Maihofer 1995, S. 22).

Seit der bürgerlichen Moderne wird der Unterschied zwischen den Geschlechtern als fundamental angesehen und die körperlichen Geschlechtsmerkmale haben eine dominierende Bedeutung. Im 18. Jahrhundert kam es zur Entwicklung vom >Ein-Geschlecht-Modell< zum >Zwei-Geschlechter-Modell<. Während das >Ein-Geschlecht-Modell< davon ausging, dass die Vagina ein nach innen gestülpter und weniger vollkommener Penis ist, so wurde später die vollkommene Unterschiedlichkeit der Geschlechter angenommen. Damit entstand die fundamentale biologisch-anatomische Differenz der Geschlechter:

„Die Geschlechterdifferenz ist ein zentrales Element des modernen heterosexuellen Geschlechterdiskurses. Sie ist eine >Erfindung< der bürgerlichen Moderne, konstitutiv mit dieser verbunden und keineswegs ein Überbleibsel aus vorbürgerlicher Zeit. Nun werden nicht nur (fast) alle Denk- und Gefühlsweisen, Körperpraxen, gesellschaftlichen Aufgaben und Tätigkeiten mit >Männlichkeit< oder >Weiblichkeit< assoziiert, sondern auch in einer binären hierarchischen Struktur einander entgegengesetzt, wobei >Männlichkeit< als allgemeinmenschliche gesellschaftliche Norm fungiert. Und erst mit einer derart durchgängigen Entgegensetzung der Geschlechter lässt sich von Geschlechterdifferenz im eigentlichen Sinne sprechen“ (Maihofer 1995, S. 99-100).

Demnach umfasst der hegemoniale westliche Geschlechterdiskurs >männliche< und >weibliche< Körperpraxen, -gefühle, -formen sowie Denk-, Gefühls- und Verhaltensweisen, Identitäten, Normen, Rollen, Berufe etc. Fast alle Dimensionen unserer Existenz können damit in einer unendlichen Kette binär-hierarchischer, >männlich-weiblicher< Oppositionen gefasst werden:

„[R]ational-emotional, aktiv-passiv, objektiv-subjektiv, autonom-abhängig, universalistisch-partikularistisch, Gerechtigkeit-Fürsorge, Subjekt-Objekt, Kultur-Natur, Geist-Materie, Rationalität-Irrationalität, Moralität-Sittlichkeit, Identität-Nichtidentität, Norm-Abweichung“ (Maihofer 1995, S. 100).

In Abgrenzung zu hegemonialen Gleichheits- und Differenzkonzepten entwickelt Maihofer ein Konzept, das Geschlecht als Existenzweise beschreibt. Damit wird es nicht nur möglich, diese Konzepte zu kritisieren, sondern eine alternative Vorstellung von Geschlecht zu etablieren. Sie zeigt auf, dass bisherige Theorien über Geschlecht in binären Strukturen zwischen Natur und Kultur, Körper und Geist, Materie und Bewusstsein verhaftet bleiben. Ihr Konzept versucht eine theoretische Balance zwischen diesen Binaritäten herzustellen. Gegenüber der Vorstellung, die Geschlecht als bloßes Bewusstseinsphänomen versteht, das auf Vorstellungen, Bildern, Stereotypen, Verhaltensweisen etc. basiert, wird die materielle Existenz hervorgehoben. Die Vorstellung von Geschlecht als Effekt von Darstellungen, Wahrnehmungen, Rollen etc., sowie die Vorstellung, es sei für Individuen etwas Äußerliches, werden kritisiert. Im Gegensatz dazu wird auf die Konsistenz von Geschlecht als einer historisch entstandenen und gelebten körperlichen und seelischen Materialität verwiesen. Das Konzept der Existenzweise wendet sich auch gegen die Auffassung von Geschlecht

als Geschlechtsidentität, -charakter etc., also als vorwiegend psychisches Phänomen. Entgegen dieser Vorstellung wird auf die geschichtlich gewachsene körperliche und gesellschaftlich-kulturelle Materialität von Geschlecht hingewiesen, ohne auf eine natürliche Basis verweisen zu müssen. Damit können Geschlechtskörper als gesellschaftlich-kulturelle Phänomene betrachtet werden. Die körperliche Gegebenheit des Geschlechts kann einbezogen werden, ohne Geschlecht als natürliche biologisch-anatomische Gegebenheit zu verstehen (vgl. Maihofer 1995, S. 84).

Die Differenz der Geschlechter kann unmittelbar mit Differenzen zwischen Schichten, Klassen, unterschiedlichen Kulturen sowie mit Macht- und Herrschaftsverhältnissen verknüpft werden. Neben dem bürgerlich-hegemonialen Geschlechterdiskurs können damit noch andere Geschlechts- bzw. Geschlechterdiskurse beschrieben werden, etwa die von einzelnen Individuen oder von kleineren oder größeren gesellschaftlichen Gruppen wie Klassen, Kulturen, >Rassen<, Ethnien etc. (vgl. ebd., S. 105).

Der Diskurs um Gleichheit und Differenz ist für die Analyse häuslicher Pflegesituationen überaus bedeutsam. Mit dieser Diskussionslinie können Texte über *Belastung und Beratung* nicht nur hegemoniale Vorstellungen über Pflegepersonen aufzeigen, sondern insbesondere das Verhältnis der Geschlechter problematisieren. Dabei können spezifische Strukturmerkmale, Regeln und Mechanismen von Zuschreibungsprozessen verdeutlicht werden. Zugleich können damit gesellschaftliche und historische Formen der Verweigerung von Anerkennung, der Ausgrenzung und Diskriminierung problematisiert werden. Es stellt sich die Frage, ob häusliche Pflegesituationen insgesamt als >gleiche Situationen< eingeschätzt, bewertet, bezahlt und bewältigt oder ob >Differenzierungen< vorgenommen werden. Interessant ist dabei die Frage, anhand welcher Kriterien diese erfolgen. Werden Unterschiede in Bezug zum Pflegebedarf, zu den Ressourcen von Pflegepersonen oder anhand ökonomischer Kriterien gemacht? Im Anschluss daran stellen sich diese Fragen auch für Beratungsleistungen und -situationen. Gibt es allgemeine Beratungskonzepte für alle Pflegepersonen oder findet eine Unterscheidung im Hinblick auf Zielgruppen und Angebotsstrukturen statt? Mit Blick auf die Kategorie Geschlecht ist zu fragen, welche Differenzierungen zwischen pflegenden Frauen und Männern im Untersuchungsgegenstand deutlich werden. Werden sie als >Gleiche< beschrieben oder werden >Differenzen< anhand des Geschlechts thematisiert? Zudem interessiert insbesondere für die Ana-

lyse des >weiblichen Arbeitsfeldes Pflege<, ob und wie Unterschiede zwischen Frauen aufscheinen. Die Thematisierung von >Gleichheit versus Differenz< zielt insgesamt auf Hierarchisierungen innerhalb der Pflegepraxis, der Pflegebeziehungen und der Beratung. Werden die Bedürfnisse von Pflegepersonen und Pflegebedürftigen im Untersuchungsgegenstand als >gleichwertig< behandelt, oder findet etwa eine >Differenzierung< von Bedürfnislagen statt? Bedeutsam ist auch die Frage, ob die Arbeitsleistung von privaten Pflegepersonen als >gleichwertig< in Bezug zur professionellen Pflege bewertet oder ob zwischen beiden Bereichen eine Unterscheidung vorgenommen wird. Die Analyse der Texte soll dazu Tendenzen, Argumentationsweisen und Mechanismen verdeutlichen.

2.2 Moral versus Subjektivität

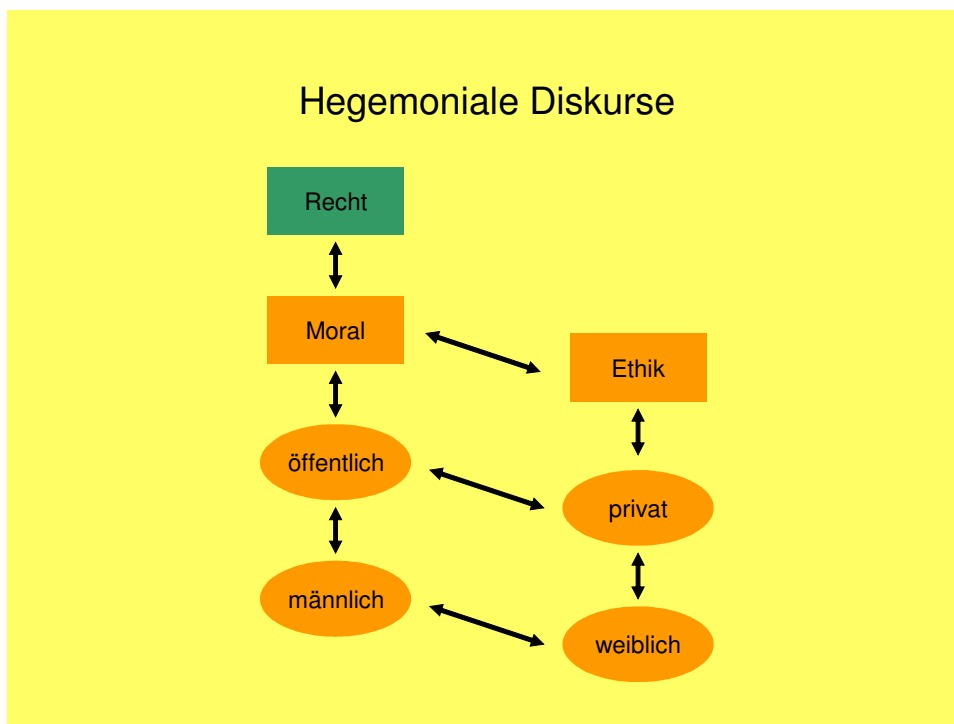
Maihofer beschreibt den gegenwärtigen hegemonialen Diskurs der Moral als Resultat eines komplexen historischen Prozesses. Dieser Diskurs ist mit der Emanzipation des Bürgertums gegenüber der Feudalaristokratie und der Entwicklung moderner kapitalistischer Gesellschaften entstanden. Für die heutige Zeit wird eine Ausdifferenzierung zwischen Moral und Ethik festgestellt. Es wird zwischen einer an universalen Prinzipien orientierten Moralauffassung und einer eher am Guten orientierten Ethik (des guten Lebens) unterschieden (vgl. Maihofer 1995, S. 138). In dieser Entwicklung fand eine Hierarchisierung zwischen Moral und Ethik statt, in der Moral in einer normativen Hierarchie zugunsten der Ethik verhaftet ist. Der bürgerliche Moraldiskurs ist dabei eng mit der Entwicklung des modernen bürgerlichen Verständnisses vom Recht verbunden. In dieser Interpretation ist der moralische Diskurs der normativen Dominanz des Rechts untergeordnet. Darüber hinaus ist die Trennung von Moral und Ethik mit der Trennung von privater und öffentlicher Sphäre verbunden sowie mit einer geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung:

„Moral als Orientierung an universellen Normen wird nun vornehmlich dem Bereich des (im weitesten Sinne) öffentlichen Handelns oder des Allgemeinen zugewiesen, während Ethik als Orientierung an einer Idee des Guten bzw. des guten Lebens dem Bereich des Privaten oder Partikularen zugeordnet wird. Mit dieser Ausdifferenzierung unterschiedlicher gesellschaftlicher Sphären geht bekanntlich gleichzeitig die Entwicklung einer in Art und Umfang bis dahin nicht existierenden geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung einher, und diese wiederum mit einer >moralischen Arbeitsteil-

lung< zwischen den Geschlechtern. Mit der Trennung zwischen Moral und Ethik entsteht folglich zugleich und parallel dazu eine geschlechtsspezifische moralische Differenzierung“ (Maihofer 195, S. 139).

Für die Analyse häuslicher Pflege können diese Aussagen sehr bedeutsam sein. Kann für diesen Bereich eine Trennung zwischen Moral und Ethik aufgezeigt werden? Wie wird dann Moral im öffentlichen Bereich und Ethik im privaten Bereich verankert? Mit welchen Techniken und Mechanismen werden diese unterschiedlichen Orientierungen an Geschlechter geknüpft? Welche weiterwirkenden Konsequenzen können daraus für Pflegepersonen entstehen? Werden diese Zusammenhänge im Untersuchungsgegenstand thematisiert? Und welche Vorschläge bieten Beratungskonzepte zur Bewältigung dieser Problemstellungen an?

Teilbereiche dieses Zusammenhanges können wie folgt dargestellt werden:



Im Anschluss an Carol Gilligan wird eine eher >männliche< von einer eher >weiblichen< Moralauffassung unterschieden. Während die >männliche< eher an universalen Prinzipien und einer Orientierung an Gerechtigkeit und Fairneß ausgerichtet ist, ist die >weibliche< eher an sozialen Bindungen und einer Bindung an Fürsorge und Anteilnahme orientiert. Maihofer geht von der Grundannahme aus, dass die Dominanz der Moral im modernen Moraldiskurs nicht nur auf die Priorität universaler Prinzipien gerichtet, sondern auch geschlechtlich überdeterminiert ist, d.h. eine normative

Verallgemeinerung >männlicher< Moralauffassung beinhaltet. Im Gegensatz dazu wird ein alternatives Verständnis vorgeschlagen:

„Angemessener scheint es, sie als Diskurse zu verstehen, also [] als jeweils komplexe Verbindungen einer Vielzahl spezifischer Denk-, Gefühls- und Handlungsweisen, Körperpraxen, Wissensformen, aber auch gesellschaftlicher Verhältnisse und Institutionen. Hegemonial sind diese Diskurse, insofern sie die Normen, Werte und Verhaltensstandards sowie die Lebens- und Gesellschaftsvorstellungen westlicher, bürgerlich-kapitalistischer Gesellschaften formulieren. Das heißt, in ihnen werden das moralische Denken, Fühlen und Handeln der Menschen sowohl normiert, zensiert und diszipliniert als auch konstituiert. So werden überhaupt erst mit den modernen bürgerlichen Moraldiskursen die einzelnen Individuen zu selbständigen, autonomen, zurechnungsfähigen und damit verantwortlichen, >männlichen< / >weiblichen< moralischen Subjekten“ (ebd., S. 140)

Diese Darstellung kann wie folgt systematisiert werden:



Für die Analyse häuslicher Pflege können diese Zusammenhänge eine interessante Perspektive eröffnen. Es stellt sich die Frage, ob im Untersuchungsgegenstand überhaupt Zusammenhänge zwischen häuslicher Pflege und Moraldiskursen thematisiert werden. Außerdem interessiert, wie diese Zusammenhänge problematisiert

werden. Welches Verständnis von Moral wird dabei in den Texten zugrunde gelegt? Wird eine Orientierung anhand hegemonialer Moraldiskurse deutlich, die Moral dem Recht unterordnet? D.h. wird die Pflegepraxis und Beratung vorwiegend anhand des Pflegeversicherungsgesetzes bewertet und konzipiert? Oder wird eine moralische Orientierung deutlich, die Moral als komplexen Prozess von Denken, Fühlen und Handeln auffasst, der durch die oben beschriebenen Aspekte geformt wird? Diese beiden Perspektiven haben sehr unterschiedliche Konsequenzen für die Problembeschreibung und Beratung von häuslichen Pflegepersonen. Die Orientierung am Recht setzt abstrakte Normen, Regeln und andere Mechanismen als Maßstab für Pflegepersonen fest. Dem gegenüber ist die Orientierung an einem komplexen Prozess, der Denken, Fühlen und Handeln berücksichtigt, an den Potentialen von Pflegepersonen ausgerichtet.

Wichtig ist dabei auch die Frage nach den Bewertungskriterien häuslicher Pflege. Anhand welcher Wertmaßstäbe und Idealtypisierungen werden Pflegesituationen, Pflegepersonen und deren Beratung bewertet? Sind diese Vorstellungen und Erwartungshaltungen für Pflegepersonen transparent? Enthalten sie möglicherweise Widersprüche oder Paradoxien? Und wie bewältigen pflegende Angehörige diese Anforderungen?

Mit diesen Fragen kann das Verhältnis von Moral und Subjektivität problematisiert werden. In hegemonialen Diskursen über Pflege und Beratung ist eine Trennung und Hierarchisierung zwischen beiden anzunehmen. Die alternative Sichtweise dazu focussiert Verbindungen und gegenseitige Bedingungsverhältnisse.

Verbindungen zwischen Moral und Subjektivität bestehen u.a. über gesellschaftliche Normen, Werte und Verhaltensstandards. Subjektivität ist hierbei die Form von Einzelnen, auf diese mit Denk-, Gefühls- und Handlungsweisen, Körperpraxen und Wissensformen zu reagieren. Diese sind durch individuelle Positionen, Verhaltensweisen und Aneignungsformen von Moraldiskursen gekennzeichnet. Sie sind aber nicht nur Resultat von Diskursen, sondern gleichzeitig auch deren Bedingung.

In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, jeweils zu unterscheiden, ob mit dem Begriff Subjekt:

„a) ein hegemoniales Modell der Abgrenzung von Subjekt und Anderem oder
b) eine Heterogenität sozio-historischer Subjektivitäten (im Sinne spezifischer Selbstverhältnisse, Selbstverständnisse, Subjektivierungs- und Existenzweisen) oder
c) soziale oder diskursive Subjektpositionen (z.B. das Autor-Ich in der Sprache, ein Rechtssubjekt im Gesetz oder eine Konsumentin im ökonomischen Prozess) oder
d) ein Subjekt-Effekt, im Sinne eines (sozio-diskursiv vermittelten) Eindrucks von Kohärenz, Intentionalität, Freiheit, Willen und Selbstreflexivität gemeint ist oder ob
e) Subjekt schlicht als Synonym für Mensch, Individuum, Einzelne/r etc. gebraucht wird“ (Engel 2002, S.65-66).

Für den häuslichen Pflegediskurs kann diese Unterscheidung eine interessante Perspektive eröffnen. Demnach ist zu fragen, ob Pflegepersonen mit spezifischen Merkmalen versehen werden, d.h. eine Charakterisierung von Subjekten vorgenommen wird. Wird eine Abgrenzung von pflegenden Subjekten zu nicht-pflegenden Anderen deutlich und wie wird diese vollzogen? Werden in den Texten spezifische Selbstverhältnisse, Selbstverständnisse, Subjektivierungs- und Existenzweisen von Pflegepersonen beschrieben? Welche Subjekt-Effekte werden problematisiert und thematisiert? Wird der freie Wille von Pflegepersonen zur Übernahme häuslicher Pflege als Bedingung für spezifische Subjekt-Effekte gesehen oder werden andere Bedingungen und Wirkfaktoren als bedeutsam erachtet? Und welche Subjekt-Effekte sollen mit Beratung behandelt werden?

Für die Betrachtung des Verhältnisses zwischen Moral und Subjektivität ist es auch bedeutsam, das Verhältnis zwischen Moral und Ethik genauer zu betrachten. Dabei interessiert, ob und wie im Untersuchungsgegenstand die Zusammenhänge zwischen Recht, Moral, dem öffentlichen Bereich und Männlichkeit einerseits und einer Ethik, dem privaten Bereich und Weiblichkeit andererseits repräsentiert und etabliert werden. Wichtig ist dabei vor allem, welche Werte in den unterschiedlichen Bereichen vorherrschen und mit welchen Techniken diese vermittelt werden. Außerdem ist zu berücksichtigen, zu welchen geschlechtsdifferenten Selbsttechniken diese bei der Ausübung und Bewältigung von häuslicher Pflege führen.

Wenn im Untersuchungsgegenstand gezeigt werden kann, dass Moral dem Recht untergeordnet ist und mit dem öffentlichen und männlichen Bereich verknüpft wird

und Ethik im privaten und weiblichen Bereich eine vorherrschende Orientierung ist, kann damit eine gesellschaftliche und geschlechtliche Trennung von einem >Bereich des Richtigen< im Gegensatz zu einem >Bereich des Guten< aufgezeigt werden. Während Männer dem ersten zugeordnet werden, ist anzunehmen, dass Frauen vornehmlich als >die Trägerinnen des Guten< repräsentiert werden. Mit dieser Zuordnung können unterschiedliche Subjektivierungsprozesse und inhaltliche Problemstellungen des häuslichen Pflegediskurses erklärt werden. Gleichzeitig impliziert diese Trennung aber auch spezifische Ausgrenzungs-, Marginalisierungs- und Disziplinierungsmechanismen nicht nur für weibliche, sondern auch für männliche Pflegepersonen.

2.3 Verantwortung versus Autonomie

Der Begriff >Verantwortung< umfasst die Integrität eines gemeinsamen Lebenszusammenhangs von einzelnen Subjekten. Damit können Formen und Inhalte der Verbundenheit beschrieben werden. Im Gegensatz dazu verweist der Begriff >Autonomie< auf eine Trennung zwischen Subjekten. Im bürgerlichen Verständnis wird damit die Verantwortlichkeit des Menschen für sein Handeln betont (vgl. Maihofer S. 153). Mit dieser Unterscheidung können verschiedene Subjektivierungsweisen, Beziehungsformen und moralische Diskurse thematisiert werden. D.h. damit können Denk-, Gefühls- und Handlungsweisen, Körperpraxen, Wissensformen, aber auch gesellschaftliche Verhältnisse und Institutionen näher untersucht werden.

Im Anschluss an Carol Gilligan¹⁹ ist es möglich, >weibliche< Lebens-, Gefühls- und Denkpraxen von >männlichen< zu unterscheiden. Verantwortung wird hiernach als >weibliche< Praxis gesehen, währenddessen Autonomie mit >männlicher< in Verbindung gebracht werden können. Begründet werden diese Orientierungen mit den unterschiedlichen Erfahrungen, die Mädchen und Jungen mit ihrer Mutter erleben. Da Frauen in unserer Kultur ganz überwiegend für die Kindererziehung zuständig sind, kommt es zu einer unterschiedlichen Identitätsbildung bei Mädchen und Jungen. Die Mädchen entwickeln ihre Identität, indem sie sich mit der Mutter als gleiches Geschlecht identifizieren und damit die Erfahrung der Verbundenheit und Identifizierung entsteht. Die Jungen entwickeln ihre Identität, indem sie sich gegenüber der Mutter

als anderes Geschlecht erleben. Damit ist die Erfahrung der Trennung und Individuierung verbunden.

„Diese Unterschiede in der Ichentwicklung benennen zwei grundlegend unterschiedliche Konzeptionen des Selbst und seines Verhältnisses zu anderen und zur Welt, zwei verschiedene Gefühls-, Denk- und Erlebensweisen, die auch verschiedene Vorstellungen über das, was Moral ist, implizieren“ (Maihofer 1995, S. 145).

In diesem Zusammenhang ist es möglich, einen >weiblichen< Diskurs der Verantwortungsethik zu beschreiben. Zentrale Merkmale dieser Perspektive sind Verbundenheit und Identifizierung. Menschen existieren dabei nur innerhalb und aufgrund von menschlichen Beziehungen. Andere Menschen werden als Bedingung der Möglichkeit einer eigenen Existenz beschrieben und nicht als Beschränkung eigener Sphären oder als Grenze eigener Entfaltungsmöglichkeiten. Gesellschaft existiert demnach nicht durch ein System von Regeln, sondern durch menschliche Bindungen.

„Diese Moralauffassung ist demzufolge keineswegs - >typisch weiblich< - lediglich emotional und emphatisch distanzlos. Sie basiert vielmehr auf Einsicht und Wissen – allerdings auf einer anderen Einsicht und einem anderen Wissen von der Welt als die um Gerechtigkeit zentrierte Moralauffassung. Sie ist in der Erfahrung von der wechselseitigen Verbundenheit und Abhängigkeit der Menschen voneinander begründet sowie in der Erkenntnis von deren Notwendigkeit für jede menschliche Existenz“ (Maihofer 1995, S. 146-147).

Konflikte sind in dieser Sichtweise soziale Konflikte innerhalb eines Netzwerks von untereinander verbundenen und abhängigen Individuen. Konflikte entstehen, weil auf Appelle nicht reagiert wird oder eine Verweigerung von Teilnahme und Verantwortung stattfindet. Eine Konfliktklärung ist hierbei möglich, indem wechselseitige Verantwortlichkeiten innerhalb eines sozialen Beziehungsnetzes geklärt und soziale Beziehungen aufrecht gehalten werden.

Autonomie kann im Anschluss daran als >männlicher< Diskurs einer Gerechtigkeits- bzw. Rechteethik beschrieben werden, in der eine normative Verallgemeinerung >männlicher< Lebens-, Gefühls- und Denkpraxen dominiert. Aufgrund der Erfahrung der Trennung und Individuierung werden Menschen idealtypisch als voneinander unabhängige, freie, gleiche, vernunftbegabte und mit subjektiven Rechten verbundene

Individuen vorgestellt. Andere Individuen werden als Einschränkung der eigenen Sphäre und als Beschränkung persönlicher Rechte aufgefasst. Gesellschaft entsteht in dieser Sichtweise nachträglich durch den Zusammenschluss ursprünglich autonomer Subjekte. Der Zusammenhalt von Einzelnen entsteht durch verbindliche Regeln, die auf universellen Prinzipien aufbauen und einem gesellschaftlichen Konsens zugrunde liegen.

„In diesem Moralverständnis sind moralische Dilemmata vornehmlich Konflikte zwischen konkurrierenden Ansprüchen und Rechten freier und gleicher Individuen. Es gilt – wie bei einer mathematischen Aufgabe – die richtige Abwägung zwischen den konkurrierenden Rechten zu finden, die richtige Norm/Normhierarchisierung für den konkreten Fall. Hierfür kann es genaugenommen nur eine moralisch richtige Lösung geben, und idealiter müssten alle rational denkenden Menschen zur gleichen Lösung kommen. Moralische Entscheidungen sind hier also vor allem Anwendungen von abstrakten Prinzipien auf konkrete Sachverhalte“ (Maihofer 1995, S. 146).

Die Darstellung dieser unterschiedlichen Konzeptionen kann Problemstellungen des häuslichen Pflegediskurses systematisieren und erklären. Die Diskussion um weibliche Formen von Autonomie²⁰ kann an dieser Stelle nicht ausführlich aufgenommen werden. Diese Themenstellung wird unter 2.4 Sorge versus Begehren näher konturiert.

Für die Analyse des Pflegediskurses interessiert hier, ob Problemstellungen um die Begriffe >Verantwortung< und >Autonomie< angeordnet werden und in welchem argumentativen Zusammenhang sich diese ergeben. Werden in den Texten Aussagen deutlich, die auf spezifische Normen hinweisen und damit den Zusammenhang mit moralischen Orientierungen aufzeigen? Gibt es Bereiche im Untersuchungsgegenstand, die Pflege eher als >weibliche Praxis< beschreiben, und solche, die eher auf >männliche Praxen< hindeuten? Welche Auswirkungen und Konsequenzen haben diese unterschiedlichen Orientierungen für Pflegepersonen? Wie werden diese Orientierungen in den Texten thematisiert? Mit welcher Ausrichtung wird Beratung konzeptionalisiert? Sollen Angehörige eher zur >Verantwortung< oder zur >Autonomie< angeleitet werden?

2.4 Sorge versus Begehren

In der Literatur finden sich unterschiedlichste Diskussionsbeiträge zum Thema >Fürsorge< und >Sorge< ²¹. Die folgenden Ausführungen behandeln den Begriff >Sorge< im Anschluss an Elisabeth Conradi. Sie konzeptionalisiert eine feministische Care Ethik, im Unterschied zu einer >konventionellen Moral der Güte<, die als Teil christlicher Tradition auch in einer säkularisierten Gesellschaft Bedeutung hat. Darin wird vorwiegend die Perspektive und Motivation der helfenden Person berücksichtigt. Die helfende Person definiert sich als altruistisch und erhofft sich durch ihr Engagement eine Erlösung von empfundener Schuld. Obwohl sich das Verhalten in erster Linie auf die Bedürfnisse von anderen richtet, liegen diesem Altruismus in erster Linie letztlich egozentrische Motive zugrunde. Die >konventionelle Moral der Güte< sieht für Frauen und Männer unterschiedliche Positionen vor. Denn die Hilfeleistungen werden vorwiegend von Frauen übernommen, die dann jedoch seltener selbst Hilfe erfahren. Diese enthält nach Conradi eine Doppelmoral, da durch die geschlechtshierarchische Arbeitsteilung versorgende Tätigkeiten dem weiblichen Geschlecht zugeteilt werden, das männliche Geschlecht von diesen Tätigkeiten hingegen entlastet wird (vgl., Conradi 2001, S. 17).

„Der >konventionellen Moral der Güte< zufolge sollen Frauen selbstlos dienen, opfern, fühlen und gehorchen, während Männern das Denken, die Stärke, das Selbstbewusstsein und die Entscheidungsmacht vorbehalten bleibt. Frauen wird dabei nicht allein eine aufopfernde Rolle zugemutet, diese ist auch mit Vorstellungen von Keuschheit und Reinheit verbunden, die nicht nur mit einer starken Ablehnung von Körperlichkeit im allgemeinen einhergehen, sondern überdies auch weibliches Begehren, eine selbstbestimmte Erotik und Sexualität als Sünde ansehen“ (Conradi 2001, S. 17-18).

Eine helfend-versorgende Praxis wird nicht als Arbeit verstanden, sondern als unbezahltes >gutes Werk<, das im >Jenseits< entlohnt wird. Ein wesentliches Merkmal dieser Praxis ist die Verortung im Verborgenen, im Privaten und in persönlichen Beziehungen. Insgesamt wird diese helfend-versorgende Praxis gleichzeitig „glorifiziert und trivialisiert“ (ebd., S. 18). Conradi wendet sich gegen die >konventionelle Moral der Güte< und damit gegen eine gesellschaftliche Abwertung der Care Praxis. Als Ausgangspunkt einer Konzeption von Care entwickelt sie in Anlehnung an Carol Gil-

ligan, Joan Tronto und Diemut Bubeck neun Thesen, die ihre Vorstellung von Care näher konkretisieren:

- „1. Care bezeichnet menschliche Interaktionen. Mit Ausnahme der Selbstsorge werden sie von mindestens zwei Menschen gestaltet. []
2. Häufig sind die an Care-Interaktionen beteiligten Menschen einander bekannt; es werden aber auch Kontakte neu geknüpft. Im Verlauf von Care-Interaktionen entsteht zwischen den daran beteiligten Menschen eine Beziehung. []
3. Als Interaktion umfasst Care den Aspekt der Bezogenheit ebenso wie sorgende Aktivitäten. Insgesamt ist Care als gesellschaftliche Praxis zu verstehen. []
4. Care umfasst sowohl das Zuwenden als auch das Annehmen der Zuwendung. []
5. Care-Interaktionen sind oft asymmetrisch, aber es gibt eine Dynamik der Macht. []
6. An Care-Interaktionen beteiligte Menschen sind unterschiedlich autonom. Achtung ist nicht auf eine Unterstellung von Autonomie angewiesen. []
7. Care-Verhältnisse sind in der Regel nicht reziprok. Das Schenken von Achtsamkeit ist nicht an Reziprozität gebunden. []
8. Care-Interaktionen können auch nonverbal sein. Care hat zumeist mit körperlichen Berührungen zu tun. []
9. In Care-Interaktionen sind Fühlen, Denken und Handeln verwoben“ (Conradi 2001, S. 44-60).

Care wird als interaktive menschliche Praxis dargestellt, die in der Tendenz unentgeltlich stattfindet. Es ist auch möglich, einen Teil bezahlter Tätigkeiten in Form von Pflegeleistungen unter dem Begriff Care zu fassen. Darunter wird eine Form der Interaktion verstanden, an der mindestens zwei Menschen gestaltend beteiligt sind. Es ist eine Aktivität, die nicht nur in bestehenden Beziehungen praktiziert, sondern auch in neuen Beziehungen aufgebaut wird, eine Aktivität, die durch das Knüpfen und Intensivieren von Kontakt gekennzeichnet ist. Die Verbundenheit der Beteiligten miteinander ist dabei ein zentraler Aspekt. Die Beziehungen sind durch Bezogenheit und Zuwendung gekennzeichnet. Conradi fasst Care als gesellschaftliche Praxis auf. Damit verweist sie auf die historischen und gesellschaftlichen Bedingungen dieser Praxis und gleichzeitig auf die Form der Beziehungen als soziale Interaktion, in der Bezogenheit und Aktivität im Mittelpunkt stehen. Während das Geschlecht eine bedeutende Rolle für die Interaktionen spielt, ist Care als Praxis nicht an das Geschlecht gebunden. Care wird als Zusammenspiel von Zuwenden und Annehmen der Zuwendung aufgefasst, in dem alle Beteiligten in unterschiedlicher Form aktiv sind.

Selbst das Annehmen von Zuwendung oder Unterstützung wird als Aktivität verstanden. Conradi versteht Macht in der Care Praxis nicht in einer Opposition von Macht und Ohnmacht, sondern geht von Machtunterschieden aus, die beweglich sind. Eine Ausweitung von Machtdifferenzen in Form von Herrschaft ist dabei zu vermeiden. Herrschaft in Beziehungen entsteht, wenn ein Mangel an Fähigkeiten oder Möglichkeiten in einer Zuschreibung an das >Wesen< einer Person geknüpft und diese in einer bestimmten Rolle festgeschrieben wird. Aber Machtdifferenzen führen nicht automatisch zu Demütigung, Entmündigung, Bevormundung oder Unterordnung. Mit dem Blick auf eine Ermächtigung der Beteiligten wird es möglich, eine Akzeptanz der Einzigartigkeit zu erreichen, in der ein Raum für die Entwicklung von Unterschiedlichkeit entsteht. Achtung ist innerhalb der Care-Interaktion nicht an ein bestimmtes Maß an Autonomie gebunden. Es kann sogar kontraproduktiv sein, Achtung in einer Care-Interaktion mit Autonomie zu verbinden. Conradi entwickelt eine spezifische Vorstellung von Achtsamkeit:

„Mit dem Begriff >Achtsamkeit< wird der starke Impetus von >Achtung< aufgegriffen. >Achtsamkeit< drückt aber auch das Anliegen aus, dass Menschen sich anderen Menschen zuwenden, sie ernst nehmen, auf sie eingehen, für sie sorgen, sowie dass Menschen Zuwendung zulassen, reagieren, sich einlassen. Achtsamkeit unterscheidet sich von der herkömmlichen Auffassung von Achtung, derzufolge sich autonome Menschen gegenseitig respektieren (sollen)“ (Conradi 2001, S. 55-56).

Während die herkömmliche Vorstellung von Achtung an die Voraussetzung eines universellen autonomen Wesens des Menschen geknüpft ist, so wird in diesem Ansatz die grundlegende Angewiesenheit von Menschen als universalisierbare Kategorie zur Begründung von Achtsamkeit eingeführt. Denn Care-Interaktionen sind dadurch gekennzeichnet, dass Menschen geachtet werden, deren Autonomie unterschiedlich ist. Außerdem liegt der Focus der helfend-versorgenden Tätigkeiten im Verhältnis der Beteiligten zueinander und nicht in der >Fähigkeit< der Beteiligten. Autonomie ist dafür nicht eine Voraussetzung, sondern deren Ergebnis. Dies wird als gegenseitige Beziehung verstanden, zu der auch das Zulassen und Annehmen von Zuwendung als aktiver Prozess gehört. Aber Achtsamkeit ist dabei weder auf Reziprozität noch auf Symmetrie innerhalb der Beziehung zwischen den Beteiligten begründet. Die Form von Care-Interaktionen können Blicke, Umarmungen, körperliche Berührungen und die Pflege des eigenen Körpers oder eines anderen Körpers sein.

Dabei liegt eine Verwobenheit von Handeln, Fühlen und Denken vor. Gefühl und Verstand sind in dieser Praxis miteinander vereinbar und miteinander verwoben. Care beinhaltet ein reflektiertes Handeln, das affektiv-emotionale mit kognitiven Anteilen verbindet.

Conradi entwickelt eine neue Form von Ethik, in der die Begriffe >Praxis< und >Interrelationalität< eine zentrale Bedeutung einnehmen. Der Begriff der Praxis verweist auf die Annahme, dass sich Konventionen und gesellschaftliche Machtverhältnisse situativ innerhalb einer konkreten Praxis verändern können. Zugleich ist damit die Annahme verbunden, dass sich kritisches Urteilsvermögen erst in moralischen Konfliktsituationen entfalten kann, um mit Konflikten konstruktiv umgehen zu können. Mit diesem Verständnis ist auch eine spezifische Vorstellung von Moral verbunden:

„Moral findet zwischen Menschen statt. Insofern ist in der Care-Ethik eine Annäherung der am Konflikt beteiligten Personen von Bedeutung. Die Qualität des Urteils bzw. der Handlung hat dabei auch mit der Qualität des Kontakts zu tun, der sich zwischen den Beteiligten herstellt“ (Conradi 2001, S. 234).

Der Begriff >Interrelationalität< verweist auf die Zusammenhänge und Verhältnisse der Bezogenheit von Menschen. Menschen, die moralische Konflikte erleben, sind nicht als Subjekte voneinander abgegrenzt, sondern immer auf andere bezogen. Damit werden nicht nur Aspekte der Bezogenheit, des Angewiesenseins, sondern auch von gesellschaftlichen Macht- und Herrschaftsverhältnissen angesprochen.

Ziel der Care-Ethik ist die Ermächtigung von beteiligten Menschen in Care-Interaktionen. Diese Vorstellung ist nicht zwangsläufig an Autonomie, Gleichheit und Gegenseitigkeit gebunden, sondern kann insbesondere durch die Akzeptanz von Einzigartigkeit und Unterschiedlichkeit begründet sein. Möglichkeiten dazu bieten Intuition, Reflexion, Handeln aus Erfahrung sowie eine Veränderung von institutionellen Bedingungen und gesellschaftlichen Herrschaftsverhältnisse.

Mit diesem Instrumentarium können vorliegende Diskurspraxen auf die Darstellung von Beziehungsstrukturen, auf Vorstellungen über Pflege allgemein und auf Moralvorstellungen untersucht werden. Interessant ist die Frage, ob Pflegebeziehungen als Prozess konzeptionalisiert werden, der Pflegepersonen und Pflegebedürftige als

aktiv versteht. Darüber hinaus ist zu fragen, ob in den Texten Handeln, Denken und Fühlen gleichermaßen als Elemente des Pflegeprozesses berücksichtigt werden. Interessant ist auch, wie sich das Verhältnis häuslicher Pflege zur Care-Praxis darstellt. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede können problematisiert werden? Kann sogar Beratung als spezifische Form einer Care-Interaktion konzeptionalisiert werden?

Die Care-Ethik von Conradi arbeitet ein spezifisches Verständnis von Sorge aus. Im Gegensatz zu traditionellen Konzeptionen steht hier nicht ein bedürftiger Mensch im Mittelpunkt der Betrachtung, sondern der Blick wird auf das Verhältnis und die Beziehungen zwischen den beteiligten Personen gerichtet. Dabei werden nicht nur ganzheitliche Elemente von Beziehungsgestaltungen einbezogen, sondern auch moralische Aspekte dieser Tätigkeit berücksichtigt. Sorge wird nicht als vorwiegend private Angelegenheit definiert, sondern als gesellschaftliche Praxis verortet. Während traditionelle Vorstellungen Begehren von Pflegepersonen ausschließen, kann im Anschluss an diesen Ansatz Begehren in die Konzeption von Sorge theoretisch aufgenommen werden.

Der Begriff >Begehren< hat eine lange historische Entwicklung genommen und in unterschiedlichen historischen Prozessen eine Bedeutungsverschiebung erfahren. Im alten Testament ist das 9. Gebot an der Beschränkung von >Begehren< orientiert.

„Du sollst nicht begehren deines Nächsten Weib. Du sollst nicht begehren deines Nächsten Haus, Acker, Knecht, Magd, Rind, Esel noch alles, was sein ist“ (5. Buch Mose, Kapitel 5, Vers 21).

Im hebräischen Urtext ist damit nicht >gelüsten< oder >neiden< gemeint, sondern das hebräische Wort >hamad< bezeichnet sowohl das >Begehren< wie das Sich-Aneignen, d.h. sowohl den Vorsatz als auch die Tat. Innerhalb dieser Interpretation ist mit dem christlichen Verbot von >Begehren< nicht nur eine rechtswidrige Aneignung, sondern auch ein sündhafter Seelenzustand angesprochen (vgl. Hofermann 2005, S. 6).

Allgemein umfasst der Begriff >Begehren< nicht nur sexuelles Begehren, sondern darüber hinaus ein breites Spektrum: Wunsch, Lust, Verlangen, Begierde, Gier, An-

liegen und/oder Sehnsucht (vgl., Markert 2005, S.14). Der direkte begriffliche Gegensatz von >Begehren< ist mit den Begriffen >Entbehren<, >Entsagen< oder >Verwehren< gegeben.

Hoefermann unterscheidet zwei historische Etappen der Wirkungsgeschichte des Begriffs >Begehren<. Insofern er primär auf Sexualität bezogen wird, ist in einer ersten Phase das Verbot außerhalb der Ehe und in einer zweiten Phase innerhalb der Ehe erkennbar.

„Bis zum 16. Jahrhundert thematisieren literarische Quellen in unzähligen Variationen die Frau als die Unersättliche, deren grenzenloses sexuelles Begehren die einzelnen Männer genauso bedroht wie die soziale Ordnung als Ganzes“ (Hoefermann 2005, S. 6).

Im 17. Jahrhundert entwickelt sich eine Veränderung des hegemonialen Frauenbildes. Es findet ein Wechsel statt von der Vorstellung einer hemmungslos begehrliehen und begehrenden Frau hin zu einem Bild, das die Frau als sexuell desinteressiert und passiv erscheinen lässt. Ein Geschlechtsleben gilt in dieser historischen Epoche für Frauen als primitiv und abstoßend (vgl. ebd.).

Interessant ist an diesen Veränderungen von Frauenbildern und Begehrensvorstellungen der Zusammenhang zur Entwicklung von Pflege als Frauenberuf. Dieser entstand erst im 19. Jahrhundert, nachdem Pflege im ausgehenden Mittelalter vorwiegend durch weltliche und geistliche Orden oder in Anstalten sowohl von Frauen als auch von Männern geleistet wurde.

„Während in katholischen Ländern bis ins 18. Jahrhundert sowohl weibliche als auch männliche Orden entstanden, die sich neben anderen Aufgaben auch der Pflege annahmen, nahm die Entwicklung in den protestantischen Teilen des Deutschen Reichs einen anderen Verlauf. Hier waren die Klöster säkularisiert worden, die Orden aufgelöst und auch die Kranken- und Armenhäuser oft in kommunale Trägerschaft übergegangen“ (Bartholomeyczik 2001, S.32).

Aufgrund geringer finanzieller Mittel wurden deshalb Wärterinnen und Wärter aus der Unterschicht eingestellt, die nur schlecht bezahlt wurden. Im 19. Jahrhundert kam es dann durch unterschiedliche Entwicklungen zu einer Konstruktion des Pflegeberufes

als weibliches Arbeitsfeld. Aufgrund der naturwissenschaftlichen Orientierung, der Erkenntnisse körperbezogener Forschung, der universitären Ausbildung von Ärzten/innen, aber auch durch die steigenden Anforderungen der Versorgung von Arbeiter/innen innerhalb der Industrialisierung veränderten sich nicht nur die Anstalten für Arme und Sieche hin zu modernen Krankenhäusern, sondern damit kam es auch zu einer neuen Konstitution des Pflegeberufes. Eine interessante Entwicklung ist die Gründung einer „Bildungsanstalt für evangelische Pflegerinnen“ 1836 in Kaiserswerth bei Düsseldorf. Die Ausbildung der Diakonissen und deren institutionelle Einbindung war in der damaligen Zeit revolutionär, da sich nun auch bürgerliche Frauen in der Pflege betätigen konnten (vgl. ebd., S. 32-35).

„[Dem] Bild einer Wärterin wurde die neue Diakonisse als Schwester gegenübergestellt, die Liebe und Aufopferung verkörpern sollte im Gehorsam gegenüber Gott, gegenüber den Vorgesetzten und Ärzten“ (ebd., S. 35).

Parallel zu >christlich< motivierten Sittlichkeitsnormen bilden seit Mitte des 19. Jahrhunderts Gehorsam, Selbstlosigkeit, Aufopferung und Demut auch die Grundpfeiler >weltlicher< professioneller Pflege. >Weltlichen Schwestern< konnte durch die Pflege von Männern unsittliche Motivationen unterstellt werden, so dass diese in hohem Maße ihre moralische Integrität unter Beweis stellen mussten. In diesem Zusammenhang kam es im deutschen Kaiserreich durch das Ideal des aufopfernden Liebesdienstes von Frauen zu unmenschlichen Arbeitsbedingungen in der Pflege, die durch Ausbeutung, Entmündigung und Rechtlosigkeit von Frauen gekennzeichnet waren (vgl. Steppe 1996, S. 34 nach Cornradi 2001, S. 18).

„Auch wenn die Einstellung zur Pflege als Beruf bis nach dem Zweiten Weltkrieg einem erheblichen Wandel unterlag, finden sich in den sechziger Jahren in Pflegelehrbüchern Zitate, die dem Pflegeberuf nach wie vor eine Art Heiligenschein verleihen“ (Bartholomeyczik 2001, S. 40).

Diese Ausführungen zeigen die historische Bedeutung von Normvorstellungen innerhalb der Pflegepraxis auf. Es verdeutlicht moralische Zuschreibungen und damit verbundene Tabuisierungen von Begehrensformen innerhalb des Arbeitsbereiches und Themenfeldes der Pflege.

Für die heutige Zeit kann zwar ganz allgemein für Frauen ein hohes Maß an sexueller Selbstbestimmung konstatiert werden, doch ist darauf hinzuweisen, dass Sexualität zur Ware geworden ist:

„Wenn Sexualität zur Ware wird, dann entsteht ein neues System von Geboten und Verboten, für Frauen vorwiegend an den „richtigen“ schlanken Körper gebunden, für Männer vorwiegend an Stärke und Potenz“ (Hofermann 2005, S. 7).

Die aktuelle hegemoniale Aufforderung wird in einem neuen kategorischen Imperativ zusammengefasst: >Du musst begehren<. Damit erfährt der Begriff >Begehren< eine zentrale Bedeutung für seinen Einschluss in gesellschaftliche Zusammenhänge (vgl. Hofermann 2005, S. 8).

In häuslichen Pflegesituationen können daraus unterschiedliche Probleme entstehen. Denn mit diesen Entwicklungen sind verschiedene Erwartungshaltungen an weibliche und männliche Pflegepersonen verbunden. Es ist anzunehmen, dass Sexualität und Begehren geschlechtsdifferent zugeschrieben und angeeignet wird und nicht nur für pflegende Subjekte, sondern auch für die Beziehungen und Konflikte zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen bedeutsam sind. Ein Problem besteht in der Tabuisierung von Begehrensformen alter pflegebedürftiger Menschen innerhalb der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklung. Auffallend ist dabei, dass Sexualität im Alter eher als Problembereich von alten Männern in der Literatur dargestellt wird (vgl. Auer / Richard 2004, S. 9-11), währenddessen Sexualität von alten Frauen eher marginal thematisiert wird (vgl. Bührmann 2000). Pflegepersonen können in der Konfrontation mit spezifischen Begehrensformen von alten pflegebedürftigen Menschen in außergewöhnliche Konfliktsituationen geraten, in denen sie Entscheidungen zwischen der Erfüllung von Begehren einerseits und der Einhaltung von moralischen oder ethischen Standards andererseits treffen müssen. Diese Situationen können sowohl bei Pflegepersonen und Pflegebedürftigen zu Überforderungen führen.

Innerhalb queer / feministischer Theorie bilden die Beschreibung und Analyse von Begehrensrelationen einen zentralen Focus. Engel zeigt auf, dass die normativ heterosexuelle Ordnung nicht nur Subjektivitäten, Beziehungsformen und Begehrensrelationen, sondern auch gesellschaftliche Institutionen und Organisationsformen strukturiert (vgl. Engel 2002, S. 9). Eine rigide, universalistische Binarität zwischen den Ge-

schlechtern und deren hierarchische Anordnung führt zu einer Repräsentation von Begehrensrelationen, die entweder als >gleich-< oder >gegen-geschlechtlich< definiert werden. Diese hierarchische und heterosexuelle Begehrensordnung ist sowohl das Resultat als auch die Bedingung der binären Geschlechterordnung (vgl. ebd., S. 11-12). Die sexuelle Strukturierung wird als ein fortdauernder materiell-semiotischer Prozess verstanden, in dem sich Körper, Subjektivität und Begehren innerhalb sozio-historischer Machtverhältnisse konstituieren (vgl. ebd., S. 39).

„Die sozio-kulturelle Verwerfung lesbischer Sexualität dient auch der Hervorbringung einer, so das Ideal, kohärenten, stabilen Geschlechtsidentität `Frau´, die sich über die Eingliederung in ein komplementär-relationales Geschlechterarrangement auszeichnet und die Identifizierung mit dem Status des Objekts des Begehrens fordert. Entsprechend gilt es, sexuelle Subjektivitäten und Existenzweisen immer auch darauf hin zu befragen, wie sie im Verhältnis zu hierarchischen Geschlechterverhältnissen und dominanten Mustern von Maskulinität und Feminität funktionieren“ (Engel 2002., S. 44).

Insgesamt wird Begehren als gesellschaftliche Kategorie verstanden, die das Soziale organisiert (S. 47). Ein zentraler Ansatz queerer Theorie ist, das Ineinandergreifen von Geschlechterhierarchie und normativer Heterosexualität zu analysieren. Den Mittelpunkt der Analyse bildet nicht nur die hierarchische Anordnung der Geschlechter, sondern ebenso die Definition von Begehrensrelationen als heterosexuell im Zusammenhang mit der Geschlechterbinarität. Die Orientierung am Identitätsprinzip von Geschlecht wird dabei besonders problematisiert. Als Alternative entwickelt Engel ein Konzept der VerUneindeutigung, das identitätskritische, anti-klassifikatorische und anti-normative Strategien beinhaltet.

Dieser theoretische Ansatz kann in der häuslichen Pflege insbesondere für den Umgang mit dementiell erkrankten alten Menschen eine wichtige Perspektive eröffnen. Spezifische Verhaltensformen von diesen Menschen orientieren sich nicht an normativen Maßstäben, sondern sind vorwiegend anhand der Biographie oder unbewusster Prozesse zu erklären. Wenn Pflegepersonen >eindeutiges, klassifikatorisches und normatives< Verhalten von Pflegebedürftigen einfordern, können massive Widerstände bei den Pflegebedürftigen auftreten und die Pflegesituation wird durch vielfältige Konflikte erschwert. Mit dem vorliegenden Konzept kann hingegen eine erhebli-

che Entlastung in der Pflege verbunden sein. Nicht idealtypische Vorstellungen von Pflegebedürftigen Frauen und Männern sind dabei maßgebend, sondern die Möglichkeit der freien Entfaltung von Behrensformen steht dabei im Mittelpunkt der Interaktion sowie deren Bewertung. Gleichzeitig ist damit aber auch eine Erweiterung des Selbstverständnisses von Pflegepersonen verbunden. Auch für sie ist es möglich über >eindeutige, klassifikatorische und normative< Standards hinaus, Pflegesituationen zu gestalten. Sicherlich gibt es Normierungen und Standards, die für alle Beteiligten hilfreich und konstruktiv sind. Die vorliegende Kritik bezieht sich hierbei eher auf gesellschaftliche Zwänge und hegemoniale Konventionen, die Beziehungen und Interaktionen blockieren und zu Überforderungen in der Pflege führen. Insbesondere wendet sich die Kritik dabei an rigide Vorstellungen über >Frauen< und >Männer< sowie an >Weiblichkeit< und >Männlichkeit<.

Für die Analyse ist die Fokussierung von Sorge und Begehren überaus interessant. Es interessiert, ob diese Aspekte zur Situationsbeschreibung und Beratung von Pflegepersonen in den Texten überhaupt thematisiert werden. Werden konzeptionelle Ansätze deutlich, die Unterschiede zur hier dargestellten Vorstellung von >Sorge< und >Begehren< erkennen lassen? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für Pflegepersonen und deren Beratung? Kann die Analyse der Vorstellungen über Sorge und Begehren spezifische Problemfelder in der häuslichen Pflege verdeutlichen? Welche vorherrschenden Ansätze und Formen dieser Aspekte werden thematisiert? Werden dabei heterosexuelle Begehrensrelationen zur Analyse häuslicher Pflegesituationen herangezogen? Außerdem interessiert, ob in den Texten Alternativen und Strategien für gegenhegemoniale Konzepte problematisiert werden.

2.5 Öffentlich versus Privat

Die Unterscheidung zwischen >publicus< und >privatus< wird schon seit der Antike vorgenommen. Seit dem liberalen bürgerlichen Denken des 18. Jahrhunderts wurde eine polare Entgegensetzung von Staat / Öffentlichkeit und Markt / Familie / Privatheit etabliert (vgl. Sauer 2001b, S. 187). Mit der Herausbildung einer zentralstaatlichen Gewalt nahm im 17. Jahrhundert das Adjektiv >öffentlich< die Bedeutung von >staatlich< an. In den 70er Jahren des 18. Jahrhunderts wurde das Substantiv >Öffentlichkeit< zu einem Zentralbegriff der Aufklärung. In diesem Begriff ist ein Gegen-

entwurf zur Machtstrategie des Absolutismus enthalten, die auf Nicht-Öffentlichkeit, Geheimhaltung und Zensur ausgerichtet war. Seither bezeichnet >Öffentlich< den Geltungsbereich staatlicher Herrschaft und einen Raum, in dem sich diese legitimieren und kritisieren lassen muss (vgl. Sauer 2001b, S. 188).

„Bürgerliche Öffentlichkeit war nach Jürgen Habermas [] zunächst eine Versammlung von >Privaten<, die im Interstitium zwischen Markt, Familie und staatlich-absolutistischer Administration entstand. Diese drei Sphären waren konstitutiv für die Herausbildung von Öffentlichkeit, und sie transformierten sich im Zuge der Etablierung bürgerlicher Gesellschaft und Öffentlichkeit: Staat und Gesellschaft (als Familie und Markt) wurden geschieden, die Familie entstand als intimer Bereich der Bildung des bürgerlichen Individuums“ (Sauer 2001b, S. 188).

Sauer macht darauf aufmerksam, dass sowohl staatliche Herrschaft, die Entfaltung des privaten Wirtschaftsbürgers und der öffentliche Citoyen auf der Herrschaft von Patriarchen in der Familie und in den kapitalistischen Betrieben basierten. Im Modell der Öffentlichkeit als Staat wurde das monarchische und paternalistische Moment der familiären Privatheit konserviert. Mit der Übertragung öffentlicher Rechte im Ehe- und Familienrecht wurde eine private weibliche Sphäre geschaffen, die dem öffentlichen Diskurs entzogen wurde. Damit kam es zu einer Trennung zwischen der Familie und dem öffentlichen Leben.

„Auch die >Geburt bürgerlicher Öffentlichkeit< [] als Bereich politischer Deliberation war eine maskuline Selbstgeburt. Der Zusammenbruch vormoderner, patriarchaler und ikonographischer Öffentlichkeiten verband sich mit einem Prozess der Vermännlichung []. Bürgerliche Öffentlichkeit entstand als exklusive, der Zugang zu ihr war nicht >öffentlich< im Sinne von allgemein, sondern an Besitz und Status geknüpft. Frauen blieben qua Familien-Status ausgeschlossen. Der moderne Politik- bzw. Öffentlichkeitsmodus basiert mithin auf der >Heimlichkeit< von Frauen“ (Sauer 2001b, S. 188).

Damit kam es zu einer Trennung, die Frauen der Privatheit und Männer der Öffentlichkeit und Politik zuordnete. Eine geschlechtsspezifische Trennung gesellschaftlicher Sphären, die mit einer Hierarchisierung verbunden war, wurde durch Konventionen, Regeln und Institutionen vollzogen. Indem Öffentlichkeit und politische Institutionen als Gegenpol zu >privaten< Beziehungen konstruiert wurden, kam es zu einem Frauenausschluss innerhalb moderner Politik.

„Die moderne Spaltung der Sphären kodiert Öffentlichkeit in den Begriffen universell, rational, gleich und unpersönlich, während die Privatheit als partikular, natürlich, gefühlvoll und sexualisiert beschrieben wird“ (Sauer 2001b, S. 189).

Während Politik und Staatlichkeit durch >rationale< Beziehungen gekennzeichnet sind und auf einem Vertrag gründen, ist die Privatheit auf private, familiäre oder freundschaftliche „Erb-Verhältnisse“ bezogen. Privatheit wurde feminisiert, abgewertet und dem öffentlichen Bereich entzogen:

„Mit der Privatheit als Gegenpol zur Öffentlichkeit wurde ein entöffentliches, politisch entleertes, naturalisiertes und machtloses Terrain jenseits des Staats und ohne Handlungspotential in bezug auf den Staat geschaffen, in dem ganz spezifische Arten von Beziehungen, Werthaltungen und Verhaltensweisen zuhause sein sollten, nämlich Freundschaft, familiäre Bande, Liebe und Sexualität“ (ebd., S. 189).

Mit dieser Trennung wurde Öffentlichkeit maskulinisiert. Frauen wurden aus dem öffentlich-bürgerlichen Raum ausgeschlossen und auf die Privatheit verwiesen, in der sie als >Hauswesen< abhängig blieben. Die Konsequenz der zwei konstruierten Sphären und Logiken bestand in dem Ausschluss von Frauen und Kindern aus dem staatlichen Bereich. Damit konnten sie über das Allgemeine nicht mitbestimmen, d.h. das politische Handeln von Frauen wurde aus dem Bereich des Politischen ausgeschlossen. Im Bereich der Öffentlichkeit wird demgegenüber männliche Macht privilegiert.

„Die Sphärentrennung maskiert darüber hinaus männliche Macht in der Öffentlichkeit und entdiskursiviert bzw. naturalisiert die Hergestelltheit der Öffentlich-Privat-Trennung selbst. Die >Verstaatlichung< der kommunikativen Öffentlichkeit potenzierte schließlich deren Maskulinität“ (Sauer 2001b, S. 190).

Sauer macht darauf aufmerksam, dass Privatheit in der Konstruktion des Gegensatzes zur Öffentlichkeit paradox konzipiert ist. Privatheit wird als ein quasi natürlicher, vordiskursiver und die politisch staatliche Sphäre gefährdender Bereich imaginiert. Zum einen wird das Verhältnis als einseitiges Interventionsverhältnis konzipiert, indem der Staat die Privatsphäre regulieren kann. Zum anderen wird Privatheit als Sphäre konzipiert, in der familiäre, verwandtschaftliche oder freundschaftliche Bezie-

hungen vor staatlichen Übergriffen geschützt werden. Privatheit ist damit durch staatsfreie Autonomie und persönliche Integrität gekennzeichnet. Nach Sauer haben beide Dimensionen der Privatheit geschlechtsspezifische Effekte:

„Privatheit kann gleichsam als >Leitmetapher< einer geschlechterkritischen Staatstheorie begriffen werden, sind doch Privatheit und Privatsein jene Modi der Moderne, mit denen Geschlecht aus der öffentlichen Sphäre ausgeschieden wird. Die Konstruktion von Geschlecht ist unmittelbar mit der Artikulation von Privatheit verbunden, und das Verhältnis von Staat und Privatheit ist deshalb durch das Geschlecht definiert“ (ebd., S. 193).

In dieser Interpretation wird Geschlecht zur Privatheit erklärt. Dies ist nicht nur ein Abwehrmechanismus zur Wahrnehmung von Geschlechterdifferenz, sondern auch gegen die >Enttarnung der Männlichkeit< staatlicher Institutionen. Politische Institutionen verlagern Geschlecht und Geschlechterherrschaft in die Individuen, indem diese dethematisiert und unbewusst gemacht werden.

Sauer konzipiert in ihrem Ansatz Privatheit nicht als einen von der Öffentlichkeit getrennten Ort, sondern als einen Aspekt staatlich-politischer Öffentlichkeit. Privatheit wird unter zwei Perspektiven begründet: einmal als Diskurs der Vergeschlechtlichung oder Entgeschlechtlichung und der Feminisierung oder Maskulinisierung von Institutionen, zum anderen als normatives Konzept für die Voraussetzung von demokratischer Öffentlichkeit (vgl. ebd., S. 191). Privatheit wird damit nicht als Sphäre, sondern als relationaler Begriff verstanden:

„Sie ist zeit- und ortsspezifisch, also kulturell definiert, sie ist historisch wandelbar und mithin eine im genuinen Sinne >politische< Kategorie. Privatheit ist ebenso wie Öffentlichkeit eine vorgestellte, eine imaginierte Größe oder besser gesagt: ein hegemonialer Diskurs. Die Trennung von öffentlich und privat fungiert als ein Organisations- und Wahrnehmungsmuster von Realität, von Politik und Gesellschaft, das soziale Beziehungen reguliert, das erlaubt, gestattet und verbietet“ (Sauer 2001b, S. 194).

Die Dichotomie zwischen Öffentlichkeit und Privatheit regelt nicht nur den Zugang zu bestimmten Räumen und Ressourcen, bildet Identitäten und Akteursgruppen, sondern sie organisiert auch Interessen. In diesem Sinne sind die als privat konnotierten

Identitäten – wie die Geschlechteridentität – politisch-öffentlich-staatlich konstruiert (vgl. ebd. S. 194).

Diese staatstheoretische Beschreibung des Verhältnisses von Öffentlich und Privat wird im nächsten Abschnitt noch weiter konturiert. Dabei wird der Zusammenhang dieser Aspekte mit der Trennung von Erwerbstätigkeit und Familie sowie der geschlechtsspezifischen Zuweisung dieser Sphären näher problematisiert.

Mit diesem Blick ist es möglich häusliche Pflegesituationen differenziert zu analysieren. Bis zur Etablierung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 war die Versorgung von Pflegebedürftigen vorwiegend eine private und / oder caritative Aufgabe. Mit der gesetzlichen Regelung wurden Pflegebedürftigkeit und die häuslichen Pfl egetätigkeiten in ein direktes öffentliches Verhältnis gebracht. Denn nicht nur die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen sondern auch die Ausgestaltung des Leistungsspektrums und auch die Kontrollberatungen zu den häuslichen Pflegesituationen sind Maßnahmen >öffentlicher< Institutionen in einem privaten Raum. Die damit verbundenen Veränderungen, Mechanismen und Auswirkungen werden anhand der Textanalyse genauer betrachtet und in ihrer Bedeutung für Frauen und Männer näher untersucht.

Für die Textanalyse eröffnen diese Ausführungen eine interessante Perspektive. Wie wird häusliche Pflege im Untersuchungsgegenstand entlang der Diskussionslinie von >Öffentlich versus Privat< konzeptionalisiert? Wird Pflege als öffentlich-politischer Themenbereich verhandelt oder eher als private Familienangelegenheit? Welche Argumentations- und Definitionsmuster werden deutlich? Werden Ambivalenzen, Widersprüche oder Paradoxien transparent? Und welche Bedeutung hat Geschlecht innerhalb dieser Diskussionslinie? Wird häusliche Pflege eher feminisiert oder maskulinisiert? Und wie wird Beratung von Pflegepersonen in diesem Feld platziert? Ist Beratung eine Leistung des öffentlichen Bereiches, der auch dort verhandelt wird, oder wird diese eher als private Angelegenheit mit individueller Verantwortlichkeit konnotiert und konzipiert? Können diese Orientierungen als grundsätzliches Strukturmerkmal von häuslicher Pflege unterschieden werden oder bestehen nicht doch eher Verbindungen zwischen diesen beiden Bereichen?

2.6 Staat versus Individuum

Das Verhältnis von Staat und Individuum wird in den Sozialstaatsdebatten der Frauen- und Geschlechterforschung aktuell umfangreich analysiert. Im Folgenden werde ich die Position von Katharina Pühl und Birgit Sauer vorstellen. Mit deren Aussagen wird es möglich, aktuelle Strukturierungen, Regulierungen und Deregulierungen innerhalb der deutschen Sozialpolitik näher zu analysieren.

Pühl beschreibt neue geschlechterbezogene Regelungen innerhalb der deutschen Sozialpolitik, die oberflächlich als Umsetzung von Gleichstellungsforderungen für Frauen erscheinen. Geschlechterverhältnisse unterliegen in dieser Sichtweise neoliberalen Restrukturierungen. Seit Mitte der 1990er Jahre findet in der Bundesrepublik Deutschland eine Neudefinition sozialstaatlicher Verantwortlichkeiten und Institutionen statt. Wesentliche Merkmale dieses Prozesses sind die Ausrichtung von staatlicher Politik an betriebswirtschaftlichen Managementprinzipien sowie der Einbezug privatwirtschaftlicher Akteure in den Umgestaltungs- und Reformprozess (z. B. Hartz).

„Insgesamt gewinnt ein neues ökonomisches Paradigma, das eines marktgetriebenen Produktionsmodells [] an Gewicht, das etwas allgemein und ungenau neoliberal genannt wird“ (Pühl 2004, S. 41).

Mit dem Begriff >neoliberal< werden unterschiedliche Restrukturierungsentwicklungen westlicher Industrienationen bezeichnet. Diese Entwicklungen beinhalten eine De-Industrialisierung und Informatisierung von Arbeit, d. h. die Verlegung von >teuren< Arbeitsplätzen in >billige< Lohnarbeitsländer. Innerhalb des Restrukturierungsprozesses kommt es insgesamt zu einem neuen Kontrollmodus der Verhandlung von Interessengegensätzen. Direkte Kontrollformen zwischen Akteuren/innen verändern sich in der Form, dass nun eine Freisetzung und Vernutzung individueller Ressourcen und Fähigkeiten zum Selbstmanagement gefordert werden. Das eigene Leben von Individuen soll nun mit einem unternehmerischen Verhalten auf der Grundlage einer verallgemeinerten Kultur des Marktes organisiert werden.

„Damit sind neue Strategien verbunden, die „soziale Frage“ zunehmend als Privatproblem von Individuen zu deklarieren. Und damit sind neue Formen von Subjektivierung verbunden“ (Pühl 2004, S. 41).

Pühl erkennt parallel zu den sozialpolitischen Einschnitten derzeitiger Regulierungen eine Vergrößerung geschlechtsspezifischer Strukturrisiken für Frauen. Einerseits sind Entwicklungen der Geschlechterverhältnisse auf der Ebene sozialer Ausdifferenzierung am Beispiel sich verändernder Familienformen beobachtbar, andererseits werden durch neoliberale staatliche Politik zunehmend Aufgaben und Verantwortung für Versorgung von anderen in den privaten Bereich von Individuen verlagert. In diesem Zusammenhang verändern sich auch Gleichheitsnormen und Gleichstellungspolitik. Waren diese bislang mit den Vorstellungen vom Modell des >Normalarbeitsverhältnisses< verbunden, so findet nun eine Orientierung auf die Figur des auf Marktanforderungen flexibilisierten Arbeitnehmers statt (vgl. ebd.).

Sie skizziert eine widersprüchliche Dynamik gesellschaftlicher Veränderungen im Rahmen neoliberaler Sozialpolitik. Zeitgleich findet sowohl eine Verfestigung als auch eine Flexibilisierung von Geschlechterarrangements statt. Diese widersprüchliche Dynamik ist in den Politikkonzepten enthalten. Einerseits besteht hier die Ausrichtung auf Gleichheit innerhalb der Marktorientierung (Sozialpolitik), andererseits gilt es, einen sozialen Ausgleich und komplexe Gleichheitsvorstellungen (Geschlechterpolitik) umzusetzen.

„Paradoxerweise beziehen sich politische Programme der Reregulierung des Arbeitsmarktes vornehmlich auf das Individuum. Der Rahmen, den sie für diese Politik voraussetzen scheinen, ist aber weiterhin der verwandtschaftlicher Haftung und sozialer Verantwortung und bewegt sich folglich zwischen den Polen der Re-Privatisierung und der Re-Familiarisierung der Reproduktion von Arbeitskraft“ (Pühl 2004, S. 43).

Damit werden unterschiedliche Gender-Paradoxien beschrieben, die als Folge der ambivalenten Form neoliberaler Politik entstehen. Während einerseits eine Marktorientierung für die Gestaltung von Arbeit und Leben als Norm verfolgt wird, so wird andererseits eine Familienorientierung erneuert. Für >weibliche< Lebenszusammenhänge sind hier die Orientierung an und die Norm von >männlichen Normalarbeitsverhältnissen< maßgebend.

Die Dynamik neoliberaler Artikulation von Geschlechterpolitik zeigt eine Verzahnung der Dethematisierung und Thematisierung von marktgesteuerten Reformprozessen. Während einerseits eine Aufforderung zur Flexibilisierung von individuellem Verhal-

ten vorliegt, so werden andererseits spezifische Geschlechterrollen innerhalb von Familie vorausgesetzt und festgeschrieben. Die Konsequenzen für Frauen bestehen darin, dass einerseits die Vorstellung eines >männlichen Familienernährers< und die damit einhergehenden Sicherheiten und Kompensationsmechanismen für Frauen erneuert werden, andererseits wird diese Orientierung durch die hohe Zahl der Alleinerziehenden und die Forderung auch für Frauen, eine Orientierung anhand des >Normalarbeitsverhältnisses< anzustreben, obsolet. Frauen sind nicht nur durch die Situation als Zuverdienende strukturellen Risiken der Verarmung ausgesetzt, da sie durch Minijobs kein Anrecht auf Arbeitslosengeld erwerben können, sie übernehmen auch einen Teil der sozialen Dienstleistungen, die der verschlankte Sozialstaat nicht mehr bereitstellt. Zusammenfassend kommentiert Pühl den aktuellen Prozess folgendermaßen:

„Die (neoliberalen) Risiken von Degendering-Tendenzen können wir derzeit gerade an einer diskursiven Verallgemeinerung lediglich als ökonomisch gedachter Subjektivität für alle jenseits von Geschlechterpositionen beobachten. Diese Dominanz von Argumenten makroökonomischer Herkunft ordnet die Belange von Demokratie, Partizipation und der Bewahrung gesellschaftlicher Bereiche, die nicht profitorientiert arbeiten können, nach. Anstelle einer Pluralisierung ökonomischer Ideen von Akteurinnen und Akteuren findet eine Konvergenz in Richtung kapitalistischer Werte und engagierter Vorstellungen von liberaler Demokratie und Staatsbürgerschaft statt“ (Pühl 2004, S. 48-49).

Die Ausführungen von Birgit Sauer zeigen Parallelen zu den Thesen von Katharina Pühl, enthalten aber eine andere Akzentuierung. Sauer untersucht Veränderungen von Geschlechterverhältnissen und Geschlechterzuschreibungen innerhalb der weltweiten Globalisierung und die damit verbundenen Veränderungen des Sozialstaates. Unter Globalisierung versteht sie einen Prozess von sozialen, politischen, kulturellen und ökonomischen Entwicklungen. Damit ist eine Entgrenzung von Nationalstaaten durch medial-kommunikative Vernetzung und durch Migrationsbewegungen verbunden. Darüber hinaus findet eine Internationalisierung politischer Entscheidungsorgane und eine Verringerung räumlicher und zeitlicher Distanzen durch Interaktionsmedien statt.

„Vor allem aber bezeichnet Globalisierung die weltweite Ausdehnung der kapitalistischen Produktionsweise und die Integration von immer mehr Regionen der Welt in das kapitalistische Marktsystem, kurz: die vollständige Durchkapitalisierung der Welt mit der Folge weltweiter Veränderungen von Arbeits- und Lebensverhältnissen“ (Sauer 2001a, S. 67).

Globalisierung wird nicht nur als ökonomischer Prozess verstanden, sondern als Set kontingenter politischer, ökonomischer und kultureller Transformationsdiskurse und –praktiken. Die Gemeinsamkeit von Globalisierungsdiskursen und –praktiken sind Restrukturierungsprozesse anhand ökonomischer, wettbewerbsorientierter und effizienzbezogener Kriterien. Dieser Prozess ist nicht grundsätzlich frauendiskriminierend, aber >Geschlecht< wird in einer neuen Form verortet:

„Globalisierung ist ein im geschlechtlich kodierten gesellschaftlichen Raum politisch hergestellter Prozess und eine soziale Praxis“ (Sauer 2001a, S. 68).

Sauer beschreibt die Ausrichtung des Neoliberalismus insgesamt als >maskulinistisches Projekt< bzw. als eine >phallogozentrische Restrukturierung< (vgl. ebd., S. 69). Genauer versteht sie unter Neoliberalismus zum Einen ein Projekt von ökonomischen und politischen Männereliten. In diesem Zusammenhang unterscheidet sie geschlechtssegregierende Globalisierungsprozesse: einen maskulinistischen und einen feminisierten. Der feminisierte Globalisierungsprozess ist dabei >das privatisierte Andere< (ebd.) des maskulinistischen. Zum Anderen beschreibt sie Neoliberalismus als Diskurs, der Geschlechterasymmetrien nicht auflöst, sondern sie in einer neuen Form wieder herstellt:

„Der ökonomische und politische Restrukturierungsprozess zieht Geschlechterungleichheit als Ressource ins Kalkül, so dass Geschlechterverhältnisse Herrschaftsverhältnisse bleiben“ (Sauer 2001a, S. 69).

Zum Dritten ist mit Neoliberalismus eine >Remaskulinisierung< politischer Öffentlichkeit und politischer Institutionen verbunden. Durch den Abbau von sozialen Rechten verändert sich der Staatsbürger/innenstatus, indem dieser individualisiert wird.

Ein zentrales Moment des Umbaus westlicher Wohlfahrtsstaaten wird in den Entgrenzungsdiskursen und –praktiken sichtbar. Entscheidend sind dabei die Grenzverschiebungen zwischen Erwerbsarbeit und Reproduktionsarbeit sowie die zwischen Politik und Ökonomie. Diese Verschiebungen sind für Geschlechterverhältnisse von entscheidender Bedeutung. Die konstitutiven Normalitätsannahmen, die männliche Praxen privilegieren, werden insgesamt >rekonfiguriert<. Innerhalb der Erwerbs- und Reproduktionsarbeit kommt es zu einer Entgrenzung des männlichen und weiblichen Modells von Arbeitsverhältnissen und Familie. In diesem gehen männliche Familienmitglieder lebenslanger, kontinuierlicher Vollerwerbsarbeit nach, erzielen einen höheren Familienlohn und sind von allen Reproduktionsarbeiten befreit. Weibliche Familienmitglieder arbeiten in diesem Modell eher reproduktiv, sind ökonomisch abhängig und Erwerbstätigkeit wird als geringfügige Zuarbeit geleistet. Die >Rekonfigurationen< fasst Sauer nun unter dem Begriff der „Feminisierung der Erwerbsarbeit“ zusammen (vgl. ebd., S. 71-73). Damit beschreibt sie zum einen die steigende Zahl erwerbstätiger Frauen, zum zweiten die Prekarisierung und Informalisierung von Arbeitsverhältnissen und zum dritten die Absenkung des Lohnniveaus auf das von Frauenarbeit.

In diesem Prozess werden Geschlechtergrenzen nicht mehr über die Trennung von bezahlter Erwerbsarbeit und unbezahlter Frauenarbeit definiert, sondern über die Trennung zwischen formaler, gut bezahlter Arbeit einerseits und informalisierter, schlecht bezahlter und ungeschützter Arbeit andererseits. Es wird davon ausgegangen, dass formalisierte Arbeit vorwiegend ein Bereich ist, der von männlichen und >weißen< Arbeitnehmern besetzt wird, während der informalisierte Bereich von >Reproduktionsarbeiterinnen< erledigt wird (vgl. Sauer 2001). Mit diesen Aussagen können geschlechtsdifferente Entwicklungen des häuslichen Pflegebereiches näher analysiert werden. Damit kann nicht nur die geringe Einbindung von Männern in der häuslichen Pflege erklärt, sondern auch die spezielle Situation von pflegenden Frauen differenzierter betrachtet werden.

Denn parallel zur Entgrenzung der Erwerbsarbeit kann eine Reprivatisierung staatlich organisierter Bereiche von Fürsorgearbeit sowie eine Privatisierung sozialstaatlicher Leistungen beobachtet werden. Innerhalb der Feminisierung der Erwerbsarbeit findet damit nicht nur eine Reformulierung traditioneller Formen von sozialer Sicherung und

Wohlfahrt statt, die an einer Rückbesinnung auf Familie ausgerichtet ist, sondern damit werden sowohl die unbezahlte Arbeit von Frauen als auch die schlecht bezahlte Frauenarbeit mobilisiert. Innerhalb dieses Prozesses werden neue Geschlechterverhältnisse in der Privatheit produziert. Die Verantwortung für die Reproduktion gegenwärtiger und kommender Generationen wird an das weibliche Geschlecht gebunden. Durch den Rückzug des Staates und die Ausrichtung auf familiäre Sicherungssysteme wird die Privatsphäre erweitert und vergrößert. Damit sind diejenigen, die Fürsorgearbeit leisten, in mehrfacher Weise belastet. Innerhalb der globalen Restrukturierung wird parallel dazu Fürsorgearbeit insgesamt zum Verschwinden gebracht und desartikuliert.

„Die neue Normalität ist also eine Refamiliarisierung ohne die klassische Kernfamilie, eine Reprivatisierung ohne Privatheit, weil einst familiarisierte Personen, in erster Linie Frauen, aus der Familie entlassen werden, entfamiliarisierte Personen, in erster Linie Männer, aber keinen Weg in die Familie finden können“ (Sauer 2001a, S. 73).

Parallel zur Grenzverschiebung zwischen Arbeit und Leben ist eine Grenzverschiebung zwischen Staat und Ökonomie feststellbar. Innerhalb neoliberaler Politik kommt es zur Angleichung von Staaten und Regierungen an das neue ökonomische Denken. Damit wird das Verhältnis von privatem und öffentlichem Sektor neu geordnet. Der Staat wird innerhalb dieser Umstrukturierungen von bisher öffentlichen Aufgaben entbunden. Insgesamt sind diese Veränderungen als Deregulierung, Privatisierung und Kommodifizierung staatlicher Leistungen beschreibbar. Der Wohlfahrtsstaat der Nachkriegszeit institutionalisierte eine partielle Geschlechtergleichstellung, indem es zu einer Überarbeitung des geschlechterdualen Systems kam.

„Geschlecht als einst zentrale Politisierungslinie wurde im Laufe seiner Entwicklung relativiert bzw. redefiniert, die geschlechtliche Demarkationslinie wurde durch Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Gleichstellungspolitik neu vermessen. Der Wohlfahrtsstaat hob das Geschlecht teilweise aus dem Bereich der Privatheit heraus und explizierte es als Teil des öffentlich-politischen Arrangements“ (Sauer, 2001a, S. 77).

Durch die Integration von Frauen in den Erwerbsarbeitsmarkt wurden die Grenzen zwischen öffentlich und privat ebenso aufgelöst wie deren geschlechtsdichotome Zuschreibung. Der Neoliberalismus ist nun im Gegensatz dazu ein Versuch, den

maskulinistischen Wohlfahrtskompromiss – in Form von männlicher Erwerbsarbeit und weiblicher Familienarbeit – zu reetablieren.

„Globalisierung besteht so gleichsam in einem doppelten frauendiskriminierenden Effekt: die Integration von Frauen in ein zunehmend reduziertes System sozialstaatlicher Leistungen und in ein feminisiertes Arbeitssegment“ (Sauer 2001a, S. 78).

Insgesamt kommt es zu einer Wiederherstellung von traditionellen Geschlechteridentitäten und Geschlechterverhältnissen, die durch sozialstaatliche Maßnahmen der 70er und 80er Jahre partiell gerechter gestaltet worden waren. Die Struktur dieses Prozesses fasst Sauer folgendermaßen zusammen:

„Damit der öffentliche Raum als „harte maskuline Identität“ restrukturiert werden kann, bedarf es einer klar davon abgegrenzten Familiensphäre als Ort feminisierter Identitäten“ (Sauer 2001a, S. 79).

Die Machtverhältnisse des Staates werden zuungunsten von Frauen ausgerichtet, indem das Strukturprinzip des Staates maskulinisiert wird.

Im Anschluss an diese Aussagen ist für die Analyse der Texte zu fragen, ob diese Entwicklungen innerhalb der Belastungsforschung, der Angehörigenberatungskonzepte und des Pflegeversicherungsgesetzes berücksichtigt werden, wie diese Mechanismen dargestellt und konnotiert werden und welche Auswirkungen sie auf die Situation von Pflegepersonen haben. Zudem interessiert, ob Beratungskonzepte auf diese Prozesse aufmerksam machen und Bewältigungsstrategien dazu anbieten.

2.7 Resümee

Für den Bereich der sozialen Gerontologie erscheint es sicher außergewöhnlich, mit einer solchen Vielzahl von Aussagen aus der Geschlechterforschung konfrontiert zu werden. Die Auswahl der Diskussionslinien ermöglicht es aber, den Themenbereich der Beratung von pflegenden Angehörigen in einer alternativen Sichtweise zu betrachten und zu strukturieren. Es ist davon auszugehen, dass zu diesem Themenbereich eine Fülle an Literatur vorliegt, die Prämissen ihrer Aussagen nicht in einem solchen theoretischen Zusammenhang reflektiert. Darin besteht die Gefahr, dass

Normierungen, Hierarchisierungen und Ausgrenzungen von Pflegepersonen (re)produziert werden und damit eine Situationsverbesserung für diese Personen verhindert wird.

Die Thematisierung der Diskussionslinien zeigt, dass Begriffe in spezifischen historischen und sozialen Kontexten eine Bedeutungsverschiebung erfahren. Sie sind nicht natürlich oder prädiskursiv, sondern entstehen innerhalb eines sozialen, gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Kontextes. Die Kontextsensibilität der Begriffe ist Ursache dafür, dass spezifische Begriffe unterschiedliche Bedeutung erlangen können. Die bisherigen Ausführungen sollten zeigen, dass dies von unterschiedlichen Faktoren abhängig ist. Dabei handelt es sich nicht nur um sprachliche Konstruktionen, sondern die Bedeutungen der Begriffe konstituieren auf einer individuellen wie auch überindividuellen Ebene Denken, Fühlen und Handeln.

Die Diskussionslinien bieten nicht nur eine Strukturierungsmöglichkeit für den häuslichen Pflegediskurs, sondern damit wird es möglich, den Themenbereich mit grundsätzlichen Fragen zu konfrontieren: Können wir Differenzen zwischen Pflegepersonen anerkennen oder sollen Pflegepersonen einem spezifischen Idealbild entsprechen? Was bewirken Idealtypisierungen nach dem Vorbild eines >gleichen< Pflegeverständnisses bei Pflegepersonen? Nach welchen Moralvorstellungen wird heute häusliche Pflege an Familienmitglieder delegiert? Ist es moralisch akzeptabel, Frauen neben Berufstätigkeit und Kindererziehung mit Pflegeaufgaben für alte Menschen zu belasten? Ist es moralisch legitim, viel Geld für häusliche Pflege von Angehörigen zu fordern? Gestehen wir pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen eine eigenständige Subjektivität zu? Weshalb ist es für Pflegepersonen so schwierig, ihre eigene Subjektivität zu leben? Weshalb sprechen sogar Gerontologen davon, dass die >Solidarität in Gefahr<²² sei, obwohl noch nie in Familien so viel und so lange häusliche Pflege von Angehörigen geleistet wurde wie heute²³ (vgl. Klie 2001, S. 51)? Zu fragen ist auch, weshalb es eher üblich ist, sich bei der Pflege völlig zu verausgaben, anstatt in einer Balance Fremdsorge und Selbstsorge miteinander zu vereinbaren. Was ist unter optimaler Sorge zu verstehen? Warum ist es für Pflegepersonen so schwer, ihr eigenes Begehren zum Ausdruck zu bringen? Ist häusliche Pflege eine private oder eine öffentliche Aufgabe? Was passiert mit Pflegepersonen, wenn sie alleine im Privaten überfordert sind? Könnte es einen Weg geben, durch

staatliche Interventionen Pflegepersonen vor Überforderungen zu schützen? Wie können Pflegepersonen entlastet werden? Warum ist es selbstverständlich, Frauen mit Pflegeerwartungen zu konfrontieren und Männer davon zu befreien? Leiden Frauen in Pflegesituationen an anderen Dingen als Männer? Worin unterscheidet sich die Pflege durch Frauen von der durch Männer? Was passiert mit Kindern, die in Familien mit Pflegebedürftigen groß werden?

Mit dem hier vorgestellten theoretischen Ansatz wird es möglich, diese Fragen systematisch zu analysieren. Fragestellungen, die bisher aus unterschiedlichen Gründen nicht bearbeitet wurden, können in das Themenfeld aufgenommen werden und damit eine neue Sichtweise von Belastung und Beratung in der häuslichen Pflege ermöglichen.

3. Diskursanalyse

Häusliche Pflege ist wie der Konsum von Zigaretten

Häusliche Pflege kann ein Genuß sein

Häusliche Pflege kann aber auch zu Krebs

und anderen tödlichen Krankheiten führen

Häusliche Pflege unterscheidet sich von Zigaretten dadurch,

dass wir es hier mit Menschen zu tun haben,

mit Gefühlslagen, mit Bedürfnissen,

mit biographischen Erfahrungen,

mit bewussten und unbewussten Wünschen und Phantasien

Bislang gibt es noch keinen Warnhinweis auf Pflegebedürftigen

oder ?

Dadurch unterscheidet sich die Ware Zigaretten von der häuslichen Pflege

Oder ?

Ist Angehörigenberatung dann:

Verkaufsberatung ?

oder

Verbraucherberatung ?

oder

Suchtberatung ?

Oder

Etwas ganz anderes ?

(R. B.)

Im Folgenden wird eine Diskursanalyse von Texten der Belastungsforschung, der Angehörigenberatungskonzepte und des Pflegeversicherungsgesetzes vorgenommen. Die Auswahl der Texte erfolgte durch unterschiedliche Kriterien. Zum einen ist die historische Bedeutsamkeit der Texte ein Auswahlkriterium, die sich in der Rezeptionshäufigkeit zeigt. Außerdem soll durch die Analyse, die Differenz zwischen unterschiedlichen Texten verdeutlicht werden. Damit können verschiedene theoretische Prämissen und Konsequenzen für die Beratungspraxis herausgearbeitet werden. Die Aktualität und Rückbindung an eine wissenschaftliche Evaluation waren zudem Kriterien, die zur Auswahl dieser Beiträge führte.

3.1 Belastungsforschung

Im Folgenden werden zentrale Aussagen der Belastungsforschung vorgestellt. Zuerst wird eine Situationsbeschreibung anhand von empirischen Daten zur Frage: „Wer pflegt wen?“ vorgenommen. Danach werden Erklärungsmodelle zur Frage: „Weshalb pflegen Angehörige?“ skizziert. Dem folgt eine Beschreibung der Belastungen von pflegenden Angehörigen zur Frage: „Worin bestehen die Belastungen?“. Im Anschluss wird die Frage, „welche Konsequenzen der Generationen- und Geschlechterwandel für häusliche Pflegesituationen hat“, bearbeitet. Ein zusammenfassendes Resümee schließt diese Diskussionslinie ab.²⁴

3.1.1 Wer pflegt wen? – Situationsbeschreibung –

Die Anzahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen in privaten Haushalten hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen:

„Waren es im Jahr 1991 noch etwas über 1,1 Mio. Pflegebedürftige und weitere 2,1 Mio. sonstige Hilfebedürftige (Repräsentativerhebung MuG I) bzw. im Jahr 1994 in etwa 1,2 Mio. Pflegebedürftige, so werden inzwischen zum Zeitpunkt Ende 2002 knapp 1,4 Mio. Pflegebedürftige (Leistungsbezieher der Pflegeversicherung in Privathaushalten) und weitere knapp 3 Mio. sonstige Hilfebedürftige betreut. Die Zahl der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen ist in diesem Zeitraum sogar noch etwas stärker von knapp 500 Tsd. im Jahr 1994 (Repräsentativerhebung MuG II) auf in etwa 640 Tsd. Personen (Leistungsbezieher der Pflegeversicherung in vollstationären Alten- und Behinderteneinrichtungen) angestiegen“ (Schneekloth / Wahl 2005, S. 61).

Die ersten repräsentativen Ergebnisse über den Hilfe- und Pflegebedarf in der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahr 1991 nehmen eine Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen und Hilfsbedürftigen vor. Die Definition von Pflegebedürftigkeit wird innerhalb der empirischen Untersuchungen spätestens seit 1995 anhand der Kriterien des Pflegeversicherungsgesetzes ausgerichtet. Alle Bedarfslagen, die diesen nicht entsprechen, werden unter der Bezeichnung der >Hilfsbedürftigkeit< aufgefasst. D.h. diese empirische Forschung orientiert ihr Forschungsdesign anhand juristischer Definitionen. Insgesamt wird dabei eine Unterscheidung zwischen der Pflege in privaten Haushalten und stationären Einrichtungen aufgezeigt. Wobei unter stationären Einrichtungen nicht nur Alten-, sondern auch Behinderteneinrichtungen gefasst werden. Mit dieser Klassifizierung werden bipolare und entgegen gesetzte Betreu-

ungsformen von Pflegebedürftigen beschrieben. Interessant ist hierbei die sprachliche Bezeichnung der unterschiedlichen Versorgungsarten. Sowohl der Begriff >private Haushalte< als auch >stationäre Einrichtungen< bezeichnen einen Ort, an dem eine pflegerische Versorgung stattfindet, beide Begriffe umschreiben verschiedene Formen, in denen spezifische Lebenszusammenhänge organisiert und strukturiert werden.

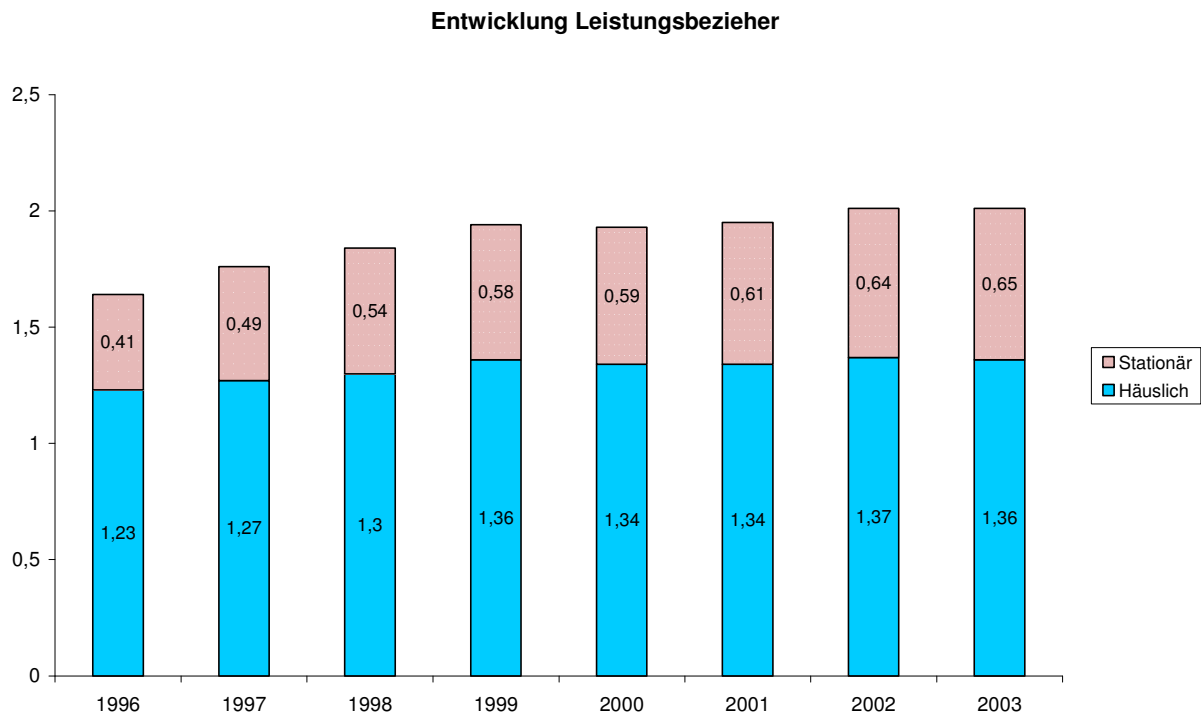
Problematisch ist an dieser Gegenüberstellung, dass wirkliche Gegensätze sprachlich anders formuliert werden müssten. In der vorhergehenden Betrachtung wurden die Begriffe >privat< und >öffentlich< entgegen gesetzt. D. h. den >privaten Haushalten< müssten demzufolge >öffentliche Einrichtungen< gegenüber stehen. Oder im Blick auf >stationäre Einrichtungen< müssten >ambulante Haushalte< als Betreuungsform betrachtet werden. Hiermit wird deutlich, dass diese empirische Forschung spezifische Begriffe zur Klassifizierung und Unterscheidung von Pflegesituationen benutzt und damit den häuslichen Pflegediskurs strukturiert. Mit dem Begriff >private Haushalte< wird nicht nur Pflege als private Angelegenheit weiterhin repräsentiert, sondern mit der Verwendung von >Haushalte< findet eine Verlagerung der Begehrensformen von einer subjektiven Ebene, die Denken, Fühlen und Handeln beinhaltet, auf materielle Aspekte einer Wohnsituation statt. Die Verwendung von >stationäre Einrichtungen< anstatt von >öffentlichen Einrichtungen< zeigt außerdem eine Verweigerung, Pflege als >öffentlichen< Verantwortungsbereich aufzufassen. Gleichzeitig wird mit der Verweigerung des Begriffs >ambulante Pflegehaushalte< deutlich, dass häusliche Pflege in erster Linie als Aufgabe von privaten Pflegepersonen aufgefasst wird und der selbstverständliche Einbezug von professionellen Pflegekräften nicht vorliegt und deshalb auch nicht repräsentiert wird.

Die folgende Graphik zeigt die Zahl von Leistungsbezieher/innen innerhalb der Pflegeversicherung auf. Hierbei ist eine fast durchgängige Zunahme sowohl für den >stationären< wie auch den >häuslichen< Pflegebereich zu erkennen. Die große Anzahl von hilfsbedürftigen Menschen wird in dieser Graphik nicht berücksichtigt. Während 1991 nach Schneekloth und Wahl weitere 2,1 Mio. Menschen als hilfsbedürftig zu erkennen waren, so sind für das Jahr 2002 knapp 3 Mio. Menschen als Hilfsbedürftige bezeichnet. Diese Zahlen zeigen, dass innerhalb der Bevölkerung ein sehr hoher

Bedarf an Pflege besteht, der mit der Klassifizierung der Pflegeversicherung nur zu einem geringen Teil erfasst wird.

Entwicklung der Zahl der Leistungsbezieher der Pflegeversicherung

von 1996 bis 2003 Leistungsbezieher der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung (geschätzt) zum jeweiligen Jahresende (absolut i. Tsd.)



TNS Infratest. Eigene Berechnungen gemäß Amtlicher Pflegestatistik (BMGS 2004) (Schneekloth / Wahl 2005, S. 61; Überschrift und Farbmodifikation: R. B.)

Die folgende Graphik zeigt die Verteilung unterschiedlicher Bedarfslagen bei Männern und Frauen über 85 Jahre. Die Differenzierung nach „ohne Bedarf“, „sonstiger Hilfebedarf“ und „Pflegebedarf“ kennzeichnet nun verschiedene Bedarfslagen, die allerdings auch in Bezug zur Definition von Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz vorgenommen wurden.

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

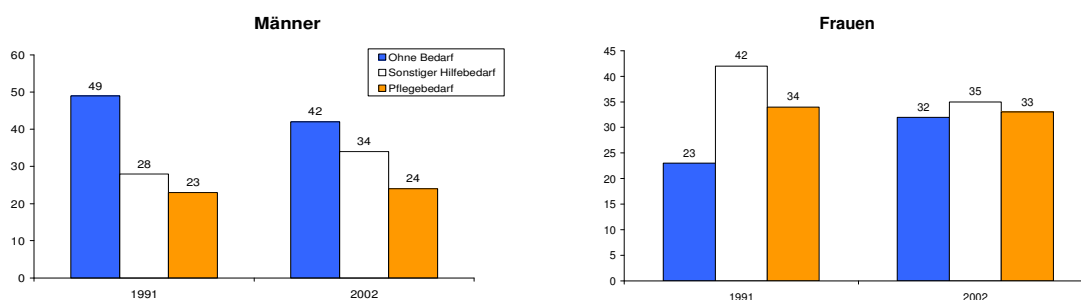
2005, S. 65). Die Anzahl der Frauen, die ohne Hilfe selbständig im Alter leben können, ist demnach im Vergleichszeitraum erheblich gestiegen.

Bei den hochaltrigen Männern ist hingegen eine teilweise entgegengesetzte Entwicklung zu erkennen. Die Anzahl derjenigen ohne Bedarf ist von 49% 1991 auf 42% 2002 gesunken. Der Bedarf an Hilfe ist von 28% 1991 auf 34% 2002 gestiegen, während der Anteil der Pflegebedürftigen sich kaum verändert hat (vgl. ebd.). In der Tendenz zeigt sich, dass Männer zunehmend auf Hilfeleistungen angewiesen sind und die Selbständigkeit im hohen Alter sinkt.

Hilfe- und pflegebedürftige in Privathaushalten lebende Hochaltrige

Vergleich 1991 und 2002 nach dem Geschlecht

Seniorinnen und Senioren ab 85 Jahre in Privathaushalten (in %)



TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002

Hilfe- und Pflegebedarf gemäß Infratest-Pflegeintervallmodell

(Schneekloth / Wahl 2005, S. 65; Überschrift und Farbmodifikation: R. B.)

Wenn die einzelnen Gruppen zwischen den Geschlechtern miteinander verglichen werden, dann fällt auf, dass 1991 die Anzahl von Männern ohne Bedarf mehr als doppelt so hoch war (49%) als bei den Frauen (23%). Für das Jahr 2002 hat sich diese Situation erheblich verändert, nun stehen einer geringeren Anzahl selbständiger Männer (42%) einer steigen Zahl selbständiger Frauen (32%) gegenüber. Eine ähnliche Tendenz, aber eine ganz andere Ausgangssituation zeigt sich bei der Entwicklung des sonstigen Hilfebedarfs. Bei den Männern steigt dieser von (28%) 1991 auf (34%) 2002, während er bei den Frauen von (42%) 1991 auf (35%) 2002 sinkt. Interessant ist dabei die wesentlich höhere Bedarfslage bei den Frauen. Für den Pflegebedarf zeigt sich innerhalb und zwischen den Geschlechtern eine stabile Ent-

wicklung, wobei die Bedarfslage auch hier bei den Frauen höher ist als bei den Männern. Bei den Männern lag für 1991 ein Pflegebedarf von (23%) und für 2002 von (24%) vor. Bei den Frauen waren es 1991 (34%) und 2002 (33%). Eine ganz geringe Tendenz zeigt einen minimalen Zuwachs des Pflegebedarfs bei Männern und eine leichte Verringerung bei den Frauen.

Die Zahlen zeigen interessante Entwicklungen der Selbständigkeit, des Hilfebedarfs und des Pflegebedarfs zwischen den Geschlechtern auf. Die Ergebnisse können wie folgt für Frauen und Männer ab 85 Jahre in Privathaushalten zusammengefasst werden:

- Männer waren in der Vergangenheit wesentlich selbständiger als Frauen.
- Die Selbständigkeit von Männern sinkt und der Hilfebedarf steigt.
- Der Pflegebedarf bei Männern ist geringer als bei Frauen.
- Frauen haben im hohen Alter einen höheren Pflegebedarf als Männer.
- Frauen waren in der Vergangenheit wesentlich stärker auf Hilfeleistungen angewiesen als Männer.
- Die Selbständigkeit von Frauen im hohen Alter steigt und der Hilfebedarf sinkt.

Sicherlich ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen, dass es sich bei den vorliegenden Daten um die Beschreibung von spezifischen Generationen handelt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese Kohorten im besonderen Maße vom zweiten Weltkrieg betroffen waren und die aufgezeigten Entwicklungstendenzen in einem Zusammenhang damit zu betrachten sind. Dass Männer im hohen Alter selbständiger waren als Frauen, kann damit zusammenhängen, dass sie im Alter eher auf eine eheliche oder familiäre Bindung zurück greifen können, während dem gegenüber Frauen im Alter vermehrt alleine leben. Die geschlechtlichen Unterschiede in der Selbständigkeit, des Hilfe- und Pflegebedarf sind insbesondere im Blick auf geschlechtsdifferente gesundheitliche Lebenslagen zu analysieren. Bei Frauen ist insofern eine größere gesundheitliche Gefährdung im Alter gegeben als bei Männern. Dafür könnten nicht nur lebenslange Belastungssituationen verantwortlich sein, sondern auch geschlechtsdifferente medizinische Behandlungsformen. Zu fragen ist hier auch, ob eine unterschiedliche Wahrnehmung von Bedarfslagen zur Beschreibung dieser Entwicklungen bei Frauen und Männern führt. Hier wäre zu untersuchen, ob Gutachter/innen des MDK unbewusst geschlechtliche Differenzierungen bei der

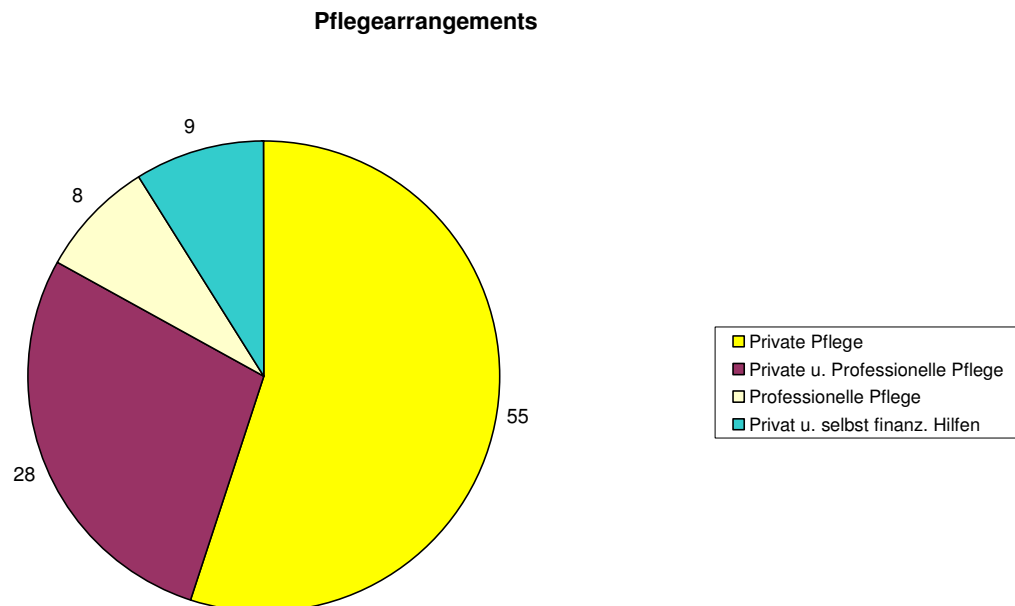
Begutachtung der Pflegebedürftigkeit vornehmen. Es stellt sich damit die Frage, ob und wie Bedarfslagen geschlechtlich codiert werden. Im Zusammenhang mit bürgerlichen Bildern über Frauen und Männern könnte es sein, dass Frauen einerseits eher Bedürfnisse nach einem Hilfe- und Pflegebedarf zugesprochen werden als Männern. Andererseits kann aber gerade innerhalb einer weiblichen Konnotation des Arbeitsbereichs Pflege Frauen Hilfe- und Pflegeleistungen verweigert werden.

Dass die Selbständigkeit von Frauen im hohen Alter steigt und der Hilfebedarf sinkt, ist sicher auch ein Anzeichen für eine verbesserte gesundheitliche Lebenssituation von Frauen. Aber auch veränderte Lebenseinstellungen und Frauenbilder können diese Entwicklungen begründen. Hier ist zu fragen, ob diese Tendenz gesellschaftliche Veränderungen andeutet, innerhalb derer sich Lebensformen von >vormodernen< zu >modernen<²⁵ wandeln. Während sich Frauen in einem >vormodernen< Verständnis eher als vom Mann abhängig definiert haben, könnten Emanzipationsbestrebungen innerhalb von >modernen< Lebensverhältnissen die steigende Selbständigkeit von Frauen im hohen Alter und den sinkenden Hilfebedarf erklären.

Das folgende Diagramm verdeutlicht die Verteilung von häuslicher Pflege auf pflegende Angehörige und professionelle Pflege. Zum Jahresende 2002 bestanden 55% ausschließlich private Pflegearrangements. Werden die 9% privat zzgl. selbst finanzierter sonstiger Hilfen zugerechnet, so waren 64% rein private Pflegearrangements. Eine Kombination von privater und professioneller Pflege liegt in 28% der Fälle vor. Die Versorgung mit ausschließlich professioneller Pflege wird mit 8% angegeben. Im Ergebnis werden 36% der Pflegearrangements in Kombination mit professioneller Pflege im Text beschrieben (vgl. Schneekloth / Wahl 2005, S. 74). Interessant ist in diesem Zusammenhang das Ergebnis, „dass mit 71% die große Mehrheit der Haushalte im Rahmen der Pflegeversicherung monatliche Geldleistungen im Sinne einer Aufwandsentschädigung zur Absicherung der familiär erbrachten Hilfe nutzt“ (ebd.).

Häusliche Hilfe- und Pflegearrangements

Leistungsbezieher der Pflegeversicherung in Privathaushalten
zum Jahresende 2002 (in %)



TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002

(Schneekloth / Wahl 2005, S. 74; Überschrift und Farbmodifikation: R. B.)

Die Graphik verdeutlicht die hohe Beteiligung von privaten Pflegepersonen in der Versorgung von Pflegegebedürftigen. Die Unterscheidung der einzelnen Pflegearrangements wird anhand von ökonomischen Kriterien vorgenommen. Dabei werden die finanziellen Leistungen des Pflegeversicherungsgesetzes zu Grunde gelegt. Während die private Pflege, die Kombination aus privater Pflege und professioneller Pflege sowie die ausschließlich professionelle Hilfe über Geld- und / oder Sachleistungen vergütet wird, so erfolgt die private und selbstfinanzierte Hilfe zusätzlich zu den Leistungen des Gesetzes.

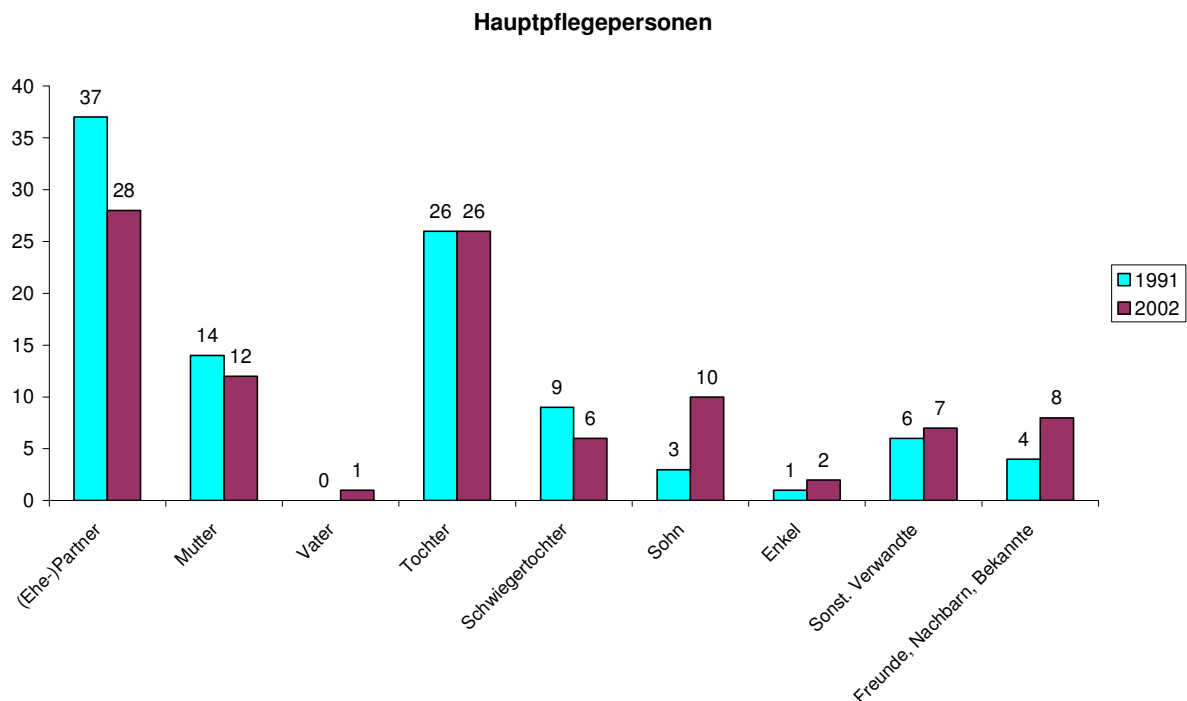
Auffallend ist an dieser Graphik, dass mit 9% ein relativ großer Anteil private Gelder zur Versorgung einsetzt. Hier zeigt sich, dass das bisherige Leistungsspektrum der Pflegeversicherung nicht ausreicht, um hilfs- und pflegebedürftige Menschen umfassend zu versorgen, sondern dass mit den Leistungsmodalitäten lediglich eine Minimalversorgung abgedeckt werden kann. Gleichzeitig fällt auf, dass nur ein geringer Anteil der Pflegebedürftigen mit 8% allein durch professionelle Pflegekräfte versorgt

wird. Es stellt sich unweigerlich die Frage, wie dieses Verhältnis zwischen privaten und professionellen Pflegepersonen zu begründen ist. Wird häusliche Pflege in der Mehrzahl von privaten Pflegepersonen geleistet, weil es kostengünstiger ist als der Einbezug von professionellen Diensten? Oder pflegen in den meisten Fällen Angehörige, weil häusliche Pflege als primäre Aufgabe der Familie und speziell von Frauen symbolisiert, etabliert und repräsentiert wird? Welche Bedeutung haben Erwartungshaltungen von Pflegebedürftigen, z.B. als Gegenleistung für ehemalige Versorgungen von Familienmitgliedern, bei der Übernahme von Pflegeleistungen? Oder ist die vertraute Beziehung zu einer privaten Pflegeperson für dieses Verhältnis ausschlaggebend? Könnte es sein, dass bewusste und unbewusste Ängste eine Einbindung von professionellen Pflegekräften verhindern? Dass z. B. sowohl bei privaten Pflegepersonen und Pflegebedürftigen die Angst besteht, professionellen Vorstellungen nicht zu entsprechen und damit bestimmten Reglementierungen ausgesetzt zu sein? Könnte es sein, dass die Angebote von ambulanten Diensten nicht bekannt sind und die Beteiligung der Pflegekassen an den Kosten nicht transparent ist?

Das nächste Diagramm zeigt eine nähere Differenzierung von Hauptpflegepersonen anhand des Verwandtschaftsgrades. Die größte Gruppe der Hauptpflegepersonen sind Ehepartner/innen. Für das Jahr 2002 wurden 28% gezählt, während 1991 noch 37% als Hauptpflegepersonen vertreten waren. Dem folgt die Gruppe der Töchter, die in der statistischen Verteilung innerhalb von 11 Jahren unverändert bei 26% liegt. Die nächste Gruppe bilden die Mütter, die 2002 mit 12% und 1991 mit 14% häusliche Pflege übernommen haben. In einer Rangfolge ausgehend vom Jahr 2002 folgen die Söhne mit 10%. Ihr Anteil lag 1991 bei 3% und ist somit um 7% gestiegen. Die Gruppe der Freunde, Nachbarn und Bekannten ist im Jahr 2002 auf 8% angestiegen, sie lag 1991 bei einer Pflegebeteiligung von 4%. Im Anschluss folgt die Gruppe der Schwiegertöchter, die 2002 bei 6% im Vergleich zu 1991 bei 9% eine rückläufige Tendenz aufweist. Die Sonstigen Verwandten schließen 2002 mit 7% und 1991 mit 6% an. Dem folgen die Enkel 2002 mit 2%, während sie 1991 mit 1% verzeichnet wurden. Die am geringsten beteiligten Verwandten sind die Väter, die 2002 mit 1% vertreten sind, während sie 1991 mit 0% noch nicht beteiligt waren.

Private Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen

Vergleich zum Jahresende 1991 und 2002 nach sozialen Beziehungen (in %)



TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002

(Daten: Schneekloth / Wahl 2005, S. 77; Diagramm, Überschrift und Farbmodifikation: R. B.)

Beim ersten Blick auf diese Graphik fällt die hohe Beteiligung von Ehepartner / innen und Töchtern als Hauptpflegepersonen auf. Es wäre hierbei interessant zu erfahren, wie sich die Gruppe der Ehepartner/innen zusammensetzt. Übernehmen hier vorwiegend Frauen die Versorgung von Ehemännern oder versorgen sowohl Frauen wie Männer geschlechtsparitätisch ihre Partner/innen. Diesen Aspekt lässt die Graphik unberücksichtigt. Interessant ist mit Blick auf die Entwicklung der letzten 11 Jahre, dass diese Versorgungsweise eine sinkende Tendenz aufweist. Eine ähnliche Tendenz ist auch bei der Pflegeübernahme von Schwiegertöchtern und Müttern festzustellen. Im Gegensatz dazu ist der Einbezug von Söhnen und von Freunden, Nachbarn und Bekannten signifikant gestiegen. Die Gruppe der sonstigen Verwandten, der Enkel und der Väter zeigt nur eine leichte steigende Tendenz auf. Die kontinuierlichste Übernahme von Pflegeleistungen wurde von Töchtern erbracht.

Die Verteilungen zeigen, dass häusliche Pflege vorwiegend von sehr nahen Verwandten übernommen wird. Während die Arbeitsleistung von Töchtern eine stabile Größe ist, verändern sich die Beteiligungen von anderen Gruppen erheblich. Die

Graphik zeigt eine Tendenz, in der die Pflegeübernahme von sehr nahen Verwandten sinkt und von weiteren Verwandten und Anderen steigt. Bemerkenswert ist dabei im Blick auf die Söhne und Väter, dass männliche Pflegepersonen vermehrt Pflegeleistungen erbringen.

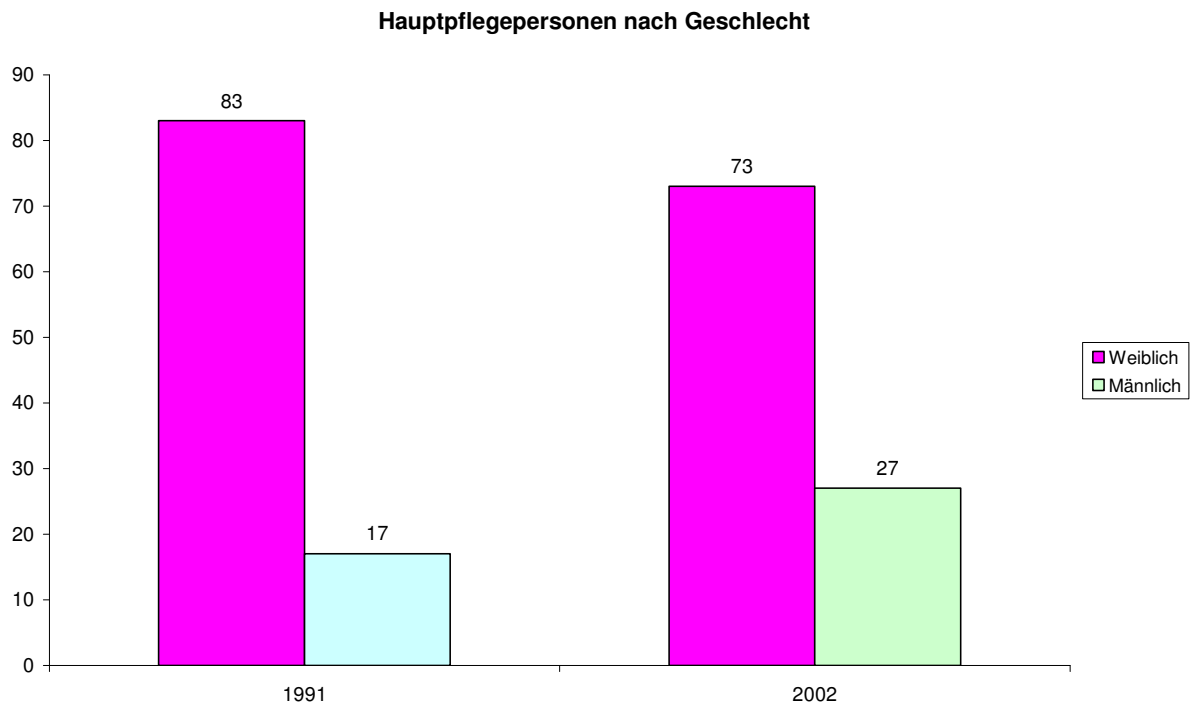
Diese Entwicklungen können durch unterschiedliche Einflussgrößen erklärt werden. Der sinkende Anteil der Pflege von Partner/innen könnte eine Reaktion auf die Leistungsbeteiligung von stationärer Pflege durch das Pflegeversicherungsgesetz sein. Vielleicht entscheiden sich nach Einführung des Gesetzes primär hochaltrige Ehepaare für eine stationäre Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. Die steigende Anzahl von alten Menschen ohne Ehepartner/in könnte auch ein Aspekt für diese Entwicklung sein. Dabei ist auch die weiter oben skizzierte Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bei Frauen und Männern zu berücksichtigen. Während die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit bei Männern steigt, so steigt auch der Anteil von männlichen Hauptpflegepersonen. Diese Tendenz könnte aber auch eine Reaktion auf die Implementierung des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahr 1995 sein. Vielleicht ist die juristische Basis und die ökonomische Fundierung von häuslicher Pflege ein Aspekt, weshalb Männer verstärkt als Hauptpflegepersonen tätig werden. Interessant ist dabei die leichte sinkende Tendenz der Einbeziehung von Müttern und Schwiegertöchtern sowie die Kontinuität von Töchtern bei der Übernahme von Pflegeleistungen. Diese Tendenzen zeigen, dass Pflege von Töchtern trotz der Veränderungen der geschlechtsspezifischen Verteilung von Pflegebedürftigkeit und der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes eine selbstverständliche Leistung ist, die trotz aller Veränderungen ein stabiles Kontinuum in der häuslichen Pflege bildet.

Das nächste Diagramm beschreibt die geschlechtsspezifische Verteilung von Hauptpflegepersonen und zeigt das große Engagement von Frauen in häuslichen Pflegearrangements auf. Die Anzahl von Frauen lag 1991 bei 83% und ist im Jahr 2002 auf einen Anteil von 73% gesunken. Im Verhältnis zu den Männern liegt bei den weiblichen Hauptpflegepersonen trotz der Reduzierung um 10% in 11 Jahren eine bedeutend größere Bereitschaft zur Übernahme von häuslicher Pflege vor als bei Männern. Männer haben 1991 zu 17% die häusliche Pflege als Hauptpflegeperson übernommen und 2002 ist der Anteil auf 27% gestiegen. Es liegt also eine entgegen gesetzte Entwicklung bei der geschlechtsspezifischen Verteilung der Hauptpflegepersonen

vor. Während bei Frauen ein Rückgang von 10% für den Berechnungszeitraum vorliegt, so ist bei Männern die Übernahme der Pflege als Hauptpflegeperson um 10% gestiegen.

Private Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen

Vergleich zum Jahresende 1991 und 2002 nach Geschlecht (in %)



TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002

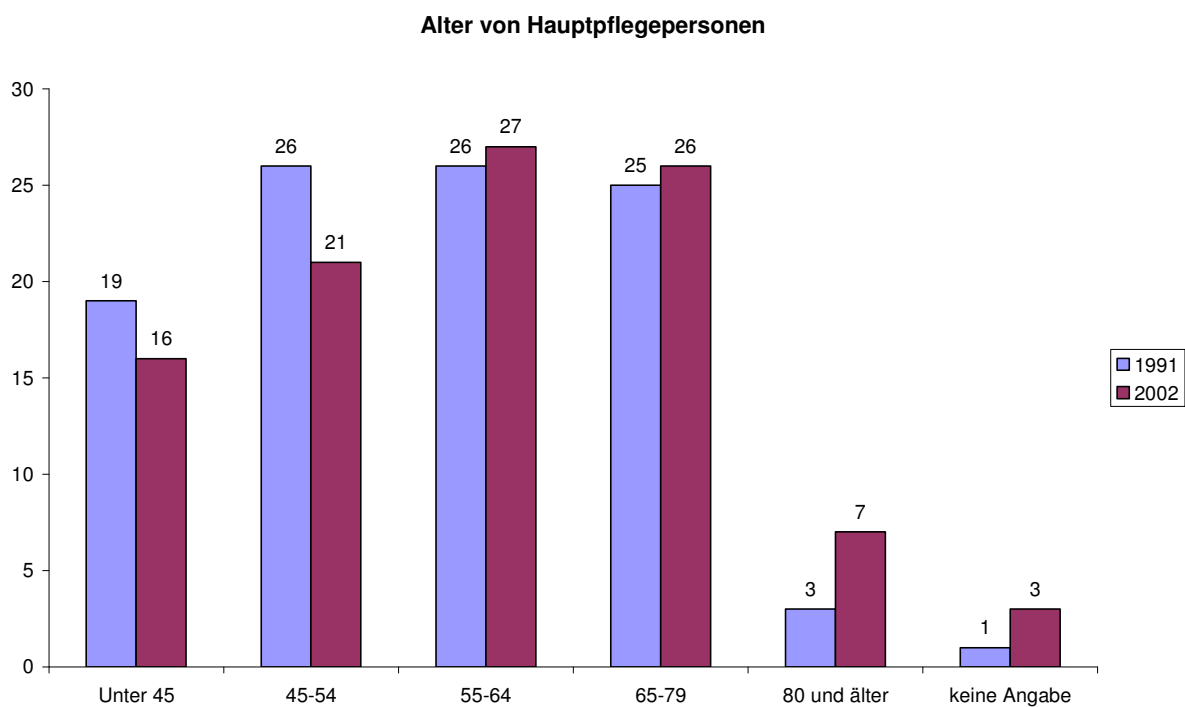
(Daten: Schneekloth / Wahl 2005, S. 77; Diagramm, Überschrift und Farbmodifikation: R. B.)

Ob diese Zahlen einen grundsätzlichen Wandel in der häuslichen Pflege andeuten und sich das >weibliche Arbeitsfeld Pflege< nun zu einer geschlechtsparitätischen Aufgabenverteilung entwickelt, ist in Frage zu stellen. Wie in der vorherigen Graphik aufgezeigt wurde, ist die steigende Tendenz von Männern in der häuslichen Pflege durch den Einbezug einer Zunahme von 7% bei den Söhnen zu erklären. Dabei ist das Alter der Söhne im Vergleich zum Alter der Töchter zu berücksichtigen. Denn tendenziell ist anzunehmen, dass vorwiegend Söhne nach der Erwerbsphase Pflegeleistungen erbringen, während Töchter eher parallel zur Familien- und Erwerbsphase häusliche Pflege übernehmen. Um eine genauere Analyse vorzunehmen, müsste an dieser Stelle die Verteilung nach Geschlecht, Verwandtschaftsgrad und Alter der Hauptpflegeperson genauer untersucht werden. Zu berücksichtigen ist auch die Zugehörigkeit der Hauptpflegepersonen zu bestimmten Kohorten. Könnte die aufge-

zeigte Entwicklung andeuten, dass Generationen nachwachsen, für die eine männliche Beteiligung in der häuslichen Pflege eher denkbar ist? Oder haben wir es vermehrt mit Generationen zu tun, in der eine >männliche Dominanz< z.B. aus ökonomischen Gründen nun auch diesen Lebensbereich erobert? Trotz aller Veränderungstendenzen zeigen die Zahlen, dass häusliche Pflege in der Mehrzahl von Frauen aus Familienzusammenhängen geleistet wird. Häusliche Pflege ist demnach auch nach der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahre 1995 eine vorwiegend >weibliche Tätigkeit<. Die Gründe dafür können durch Frauenbilder, Weiblichkeitsideologien, die historische Entwicklung bürgerlicher Gesellschaft und der Krankenpflege sowie durch geschlechtsspezifische Moralvorstellungen und Arbeitsteilungen erklärt werden.

Alter von privaten Hauptpflegepersonen

Von Pflegebedürftigen in Privathaushalten Jahresende 1991 und 2002



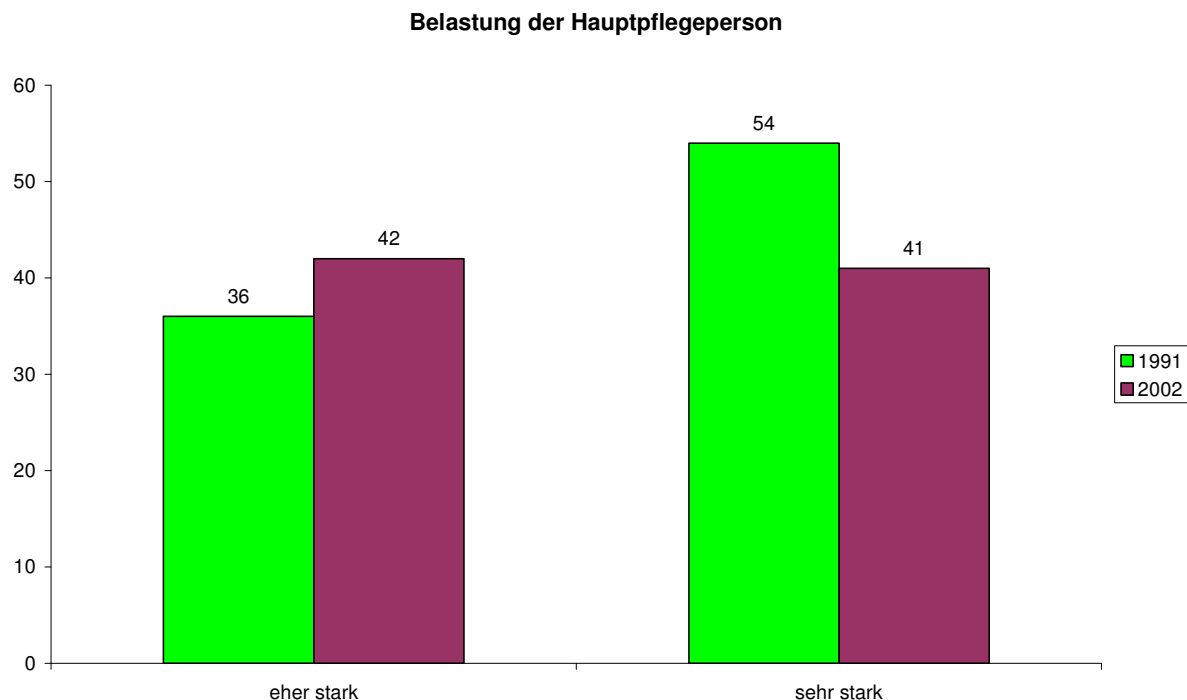
TNS Repräsentativerhebung 2002

(Daten: Schneekloth / Wahl 2002, S. 77; Diagramm R.B)

Dieses Diagramm zeigt in einer beeindruckenden Weise die Altersverteilung der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen nach dem SGB XI im Vergleich von 1991 zum Jahr 2002 auf. Hierbei wird deutlich, dass auch ein erheblicher Anteil von Personen unter 45 Jahren Pflegeleistungen erbringen. Der größte Anteil der Pflege

wird allerdings von Personen über 45 bis 79 Jahren geleistet. Auffallend ist bei diesem Diagramm, dass im Vergleich zum Jahre 1991 für das Jahr 2002 der Anteil von jüngeren Hauptpflegepersonen sinkt. Bei den unter 45 jährigen sinkt die Übernahme von Pflegeleistungen von 19% auf 16% und bei den 45-54 jährigen von 26% auf 21%. Hingegen steigt der Anteil der älteren Hauptpflegepersonen im Vergleich von 1991 und 2002. Bei den 55-64 jährigen von 26% auf 27% und bei den 65-79 jährigen von 25% auf 26%. Sogar bei den 80 jährigen und älteren steigt die Übernahme von Pflegeleistungen als Hauptpflegeperson von 3% 1991 auf 7% im Jahr 2002. Diese Zahlen bestätigen die Vermutung, dass häusliche Pflege in Zukunft vermehrt eine Leistung innerhalb von älteren Generationen sein wird. Die sinkende Anzahl von jüngeren Pflegepersonen kann durch zwei Aspekte erklärt werden. Zum Einen könnte das hohe Alter von Pflegebedürftigen ein Grund sein, weshalb pflegende Angehörige auch ein entsprechendes Alter aufweisen. Zum Zweiten könnte es sein, dass sich vermehrt jüngere Personen gegen die Übernahme von häuslicher Pflege entscheiden, weil sie die Mehrfachbelastungen von Beruf, Kindern, eigener Familie und Pflege nicht vereinbaren können.

Belastung der Hauptpflegeperson von Pflegebedürftigen



Vergleich zum Jahresende 1991 und 2002 (in%)

TNS Infratest Repräsentativerhebung

(Daten: Schneekloth / Wahl 2005, S. 86; Diagramm, Überschrift und Farbmodifikation: R.B)

Die Belastung der Hauptpflegepersonen in der häuslichen Pflege ist nach diesem Diagramm ein bedeutendes Problem. Während sich 1991 insgesamt 54% der Hauptpflegepersonen als sehr stark belastet empfinden, sind diese Zahlen für 2002 rückläufig. Aber noch 41% fühlen sich sehr stark belastet. Im Gegensatz dazu ist die Einschätzung, die häusliche Pflege als eher starke Belastung zu empfinden, im Berechnungszeitraum gestiegen. Während sich 1991 schon 36% eher stark belastet fühlen, sind es für 2002 nun 42% der Hauptpflegepersonen.

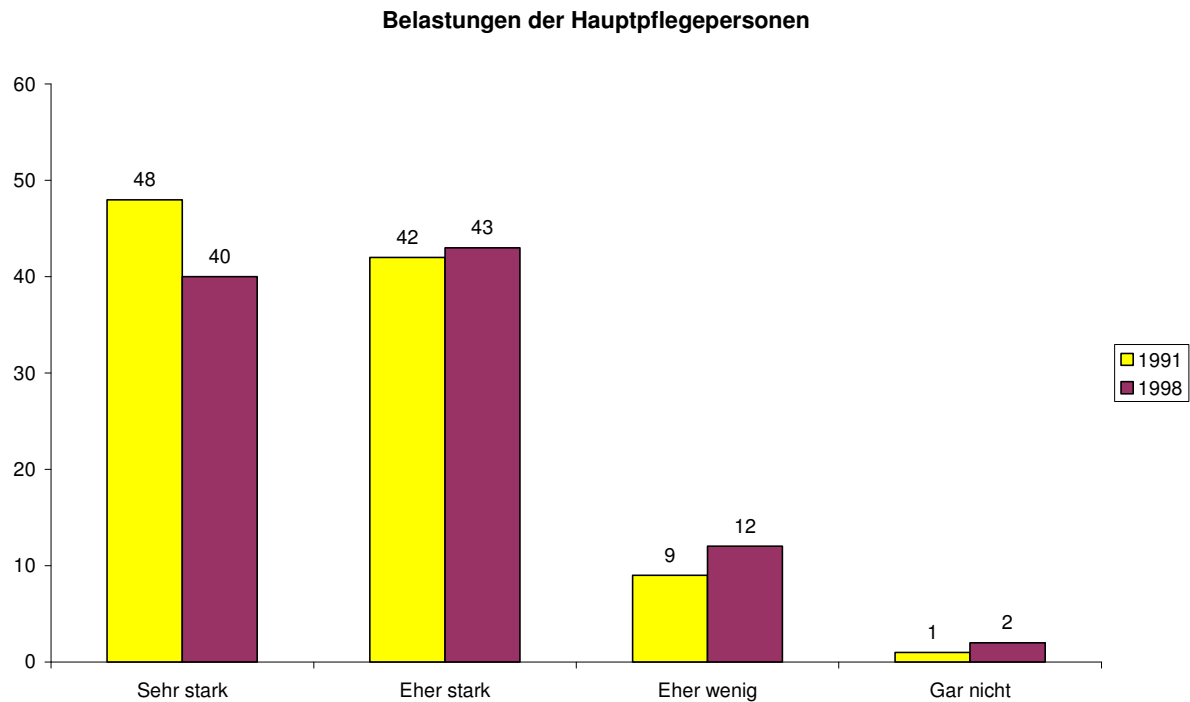
Es stellt sich die Frage, ob die Verschiebung der Belastungsqualitäten von >sehr stark< zu >eher stark< im Zusammenhang mit der höheren männlichen Quote innerhalb der häuslichen Pflege zu erklären ist. Könnte es sein, dass männliche Hauptpflegepersonen andere Belastungsqualitäten erleben und innerhalb empirischer Untersuchungen angeben als weibliche Pflegepersonen? An dieser Stelle wäre es notwendig, die Belastungsqualität unter dem Aspekt des Geschlechts, des Alters, des Verwandtschaftsgrades zu den Pflegebedürftigen und der Dauer der Pflege näher zu betrachten.

Trotz der Verschiebung innerhalb der Belastungsqualität zeigen diese Zahlen eine sehr hohe Belastungsqualität bei Pflegepersonen auf. Damit wird deutlich, dass ein wesentliches Ziel des Pflegeversicherungsgesetzes, nämlich eine signifikante Reduzierung der Belastung von pflegenden Angehörigen zu erreichen, nicht umgesetzt werden konnte. Um diese Situation etwas genauer zu betrachten, wird nun eine Graphik von Schneekloth und Müller (2000) herangezogen, die eine differenziertere Abstufung innerhalb der Rangfolge der empfundenen Belastungsqualität von Hauptpflegepersonen aufzeigt. Im folgenden Diagramm wurde die Abstufung >sehr stark<; >eher stark<; >eher wenig< und >gar nicht< vorgenommen (vgl. Schneekloth / Müller 2000, S. 56).

Der Vergleich von 1991 zum Jahre 1998 zeigt eine ähnliche Tendenz wie das vorherige Diagramm. Diejenigen Hauptpflegepersonen, die sich >sehr stark< belastet fühlen, sind im Berechnungszeitraum erkennbar rückläufig. Die Belastungsqualität als >eher stark< hat etwas zugenommen. Interessant ist bei diesem Diagramm der steigende Anteil der Gruppen, die sich >eher wenig< und >gar nicht< belastet fühlen.

Belastung der Hauptpflegepersonen in Privathaushalten

Vergleich von 1991 und 1998 (in %)



Infratest Repräsentativerhebungen 1991 und 1998

(Daten: Schneekloth / Müller 2000, S. 56; Diagramm, Überschrift und Farbmodifikation: R.B.)

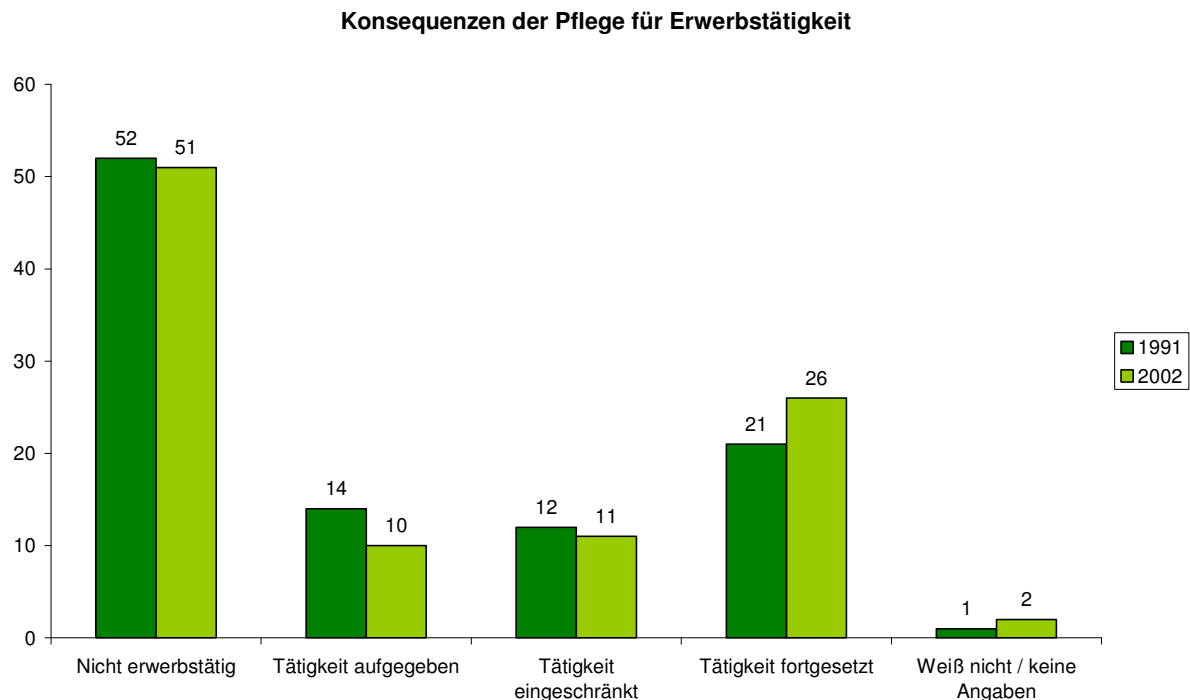
Um eine genauere Analyse der Belastungsqualität vorzunehmen, wäre es hier notwendig, den Grad der Pflegebedürftigkeit bzw. den Aufwand der Pflege zu berücksichtigen. „Obgleich das Belastungsempfinden relativ betrachtet etwas abgenommen hat, ändert sich nichts an der Grundtendenz. Die Übernahme einer Rolle als Hauptpflegeperson wird von mehr als 80% auch weiterhin als Belastung empfunden. Geringe Belastungen werden nur von solchen Hauptpflegepersonen artikuliert, die selber zeitlich nur geringfügig eingebunden sind“ (Schneekloth / Müller 2000, S. 56)

Durch die Aufnahme der vorgestellten Diskussionslinien innerhalb der empirischen Untersuchungen könnte hier eine differenziertere Analyse der Belastung erfolgen. Dabei interessiert nicht nur die Frage, ob Frauen und Männer andere Belastungsqualitäten erleben, sondern auch inwieweit Unterschiede hinsichtlich Bildungsstand, sozialer Schicht, ökonomischer Ressourcen, Vorerfahrungen mit Pflegesituationen, kultureller Orientierungen, religiöser Lebenseinstellungen und Erwartungshaltungen des Umfeldes zur Belastung beitragen. Wichtig wäre auch eine Analyse von moralischen Werten zur und über Pflege sowie die Frage, inwieweit ein eigenständiges Leben von

Pflegepersonen trotz Pflege realisiert werden kann. Dabei stellt sich die Frage nach dem Verhältnis von Verantwortung und Autonomie. Ermöglichen Lebensrealitäten und politische sowie institutionelle Rahmenbedingungen eine Balance zwischen diesen Bereichen oder werden Angehörige eher mit Verantwortungserwartungen konfrontiert, die eine autonome Lebensgestaltung verhindern und dann zu einer hohen Belastung führen? Wichtig wäre auch für eine genauere Analyse, nach den Vorstellungen über Sorge zu fragen. Welche Kriterien liegen einer gelungenen Pflege zugrunde bzw. wann wird Sorge als prekär oder gescheitert bewertet? Und welche Faktoren ermöglicht Pflegepersonen, parallel zur Pflege eigenes Begehren zu entfalten? Oder anders gefragt: welche Blockaden führen zu einem verwehrteten Begehren und damit zu einer hohen Belastungsqualität? Ist vielleicht die Konnotation von Pflege als privater Aufgabenbereich ein Aspekt, der die hohe Belastung erklären könnte? Fühlen sich Angehörige von politischen und gesellschaftlichen Institutionen in ihrer Situation alleine gelassen und erleben sie deshalb Pflege als starke Belastung? Könnte ein Umbau des Pflegeversicherungsgesetzes von staatlicher Seite zu einer Entlastung von pflegenden Angehörigen führen und damit individuelle Problemlagen entschärfen? Die nächste Graphik schließt an diese Fragen an und zeigt die Konsequenzen von häuslicher Pflege für die Erwerbstätigkeit von Hauptpflegepersonen.

Das Diagramm zeigt eindeutig, dass die Mehrzahl der Hauptpflegepersonen nicht erwerbstätig ist. Zu Beginn der Pflege waren 1991 insgesamt 52% und 2002 noch immer 51% der Hauptpflegepersonen nicht erwerbstätig. 1991 haben 14%, 2002 10% der pflegenden Angehörigen ihre Tätigkeit aufgegeben. Ihre Tätigkeit eingeschränkt haben 1991 insgesamt 12% und 2002 noch 11%. Eine steigende Anzahl derjenigen ist hingegen bei denen zu verzeichnen, die ihre Tätigkeit fortsetzen. Während das für 1991 schon 21% waren, stieg dieser Anteil 2002 auf 26%. Obwohl „die Mehrheit der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter entweder zu Beginn der Pflege nicht erwerbstätig war, oder aber die eigene Erwerbstätigkeit im Zuge der Pflege eingeschränkt oder aufgegeben hat“ (Schneekloth / Wahl 2005, S. 79), wird in der Studie eine tendenziell steigende Verbesserung der Vereinbarkeit von privater Pflege und eigener Berufstätigkeit festgestellt, mit „der Konsequenz, dass sich seitdem der Anteil der Männer an allen Hauptpflegepersonen von 17% auf 27% erhöht hat“ (ebd.).

Konsequenzen der Pflege für die Erwerbstätigkeit der Hauptpflegeperson von Pflegebedürftigen Vergleich zum Jahresende 1991 und 2002 (in %)



TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002

(Daten: Schneekloth / Wahl 2005, S. 79; Diagramm, Überschrift und Farbmodifikation: R. B.)

Bei einer Zusammenfassung der Zahlen fällt auf, dass für 72% der Hauptpflegepersonen häusliche Pflege eine signifikante Konsequenz für die Aufnahme oder Weiterführung einer Erwerbstätigkeit hat. Es besteht zwar eine geringe Tendenz, häusliche Pflege mit einer Erwerbstätigkeit besser zu vereinbaren, doch ist in der Realität eine Verbindung beider Tätigkeitsfelder nicht gegeben. Es stellt sich dabei die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen der geschlechtlichen Verteilung in der häuslichen Pflege und den Konsequenzen für eine Erwerbstätigkeit bestehen. Wie weiter oben dargelegt wurde, übernahmen 2002 insgesamt 73% Frauen Pflegetätigkeiten, signifikante Konsequenzen für eine Erwerbstätigkeit werden nun für 72% erkennbar. Ob diese Auswirkungen vorwiegend Frauen betreffen oder ob eine geschlechtssparitatische Verteilung von Konsequenzen für die Erwerbstätigkeit vorliegt, kann nicht näher beantwortet werden. Wenn die Übernahme häuslicher Pflege vorwiegend für Frauen eine Abkehr vom Arbeitsmarkt verursacht, dann hat dies weit reichende Konsequenzen für eine geschlechtergerechte Gesellschaft.

Damit wäre nicht nur eine Chancenungleichheit zwischen den Geschlechtern auf dem Arbeitsmarkt allgemein, sondern auch eine Chancenungleichheit beim Anspruch auf Leistungen der damit verbundenen Sozialversicherungen gegeben. Berufliche Entwicklungschancen, Karrierewünsche und berufliche Qualifizierungen, d.h. die Entfaltungen beruflicher Subjektivität werden durch die Übernahme häuslicher Pflege eingeschränkt. Könnten moralische Orientierungen einer Retraditionalisierung zu dieser Entwicklung führen, in der vorwiegend eine Familienorientierung gegenüber einer Berufsorientierung propagiert wird? In diesem Sinne verhindern Wertorientierungen zur Verantwortungsübernahme häuslicher Pflege eine selbst bestimmte autonome Entfaltung beruflicher Interessen von Pflegepersonen. Mit der Übernahme von Pflege werden Begehrensformen und Begehrensrelationen in Bezug zum Arbeitsmarkt verhindert. Indem häusliche Pflege als privates Feld etabliert, symbolisiert und repräsentiert wird, werden einem großen Teil der Pflegepersonen - ob nun Frauen oder Männern - Chancen auf eine Beteiligung am öffentlichen, gesellschaftlichen Leben verwehrt.

Bei der Betrachtung der Daten ist allerdings das Alter der Pflegepersonen zu berücksichtigen. Ein großer Anteil von pflegenden Angehörigen ist schon im Ruhestand und deshalb nicht erwerbstätig. Die Datenlage sollte deshalb auch unter diesem Aspekt interpretiert werden.

3.1.2 Weshalb pflegen Angehörige? – Erklärungsmodelle –

Insgesamt werden drei Erklärungsmodelle der Belastungsforschung herangezogen: Ein Text von Bracker et al. (1988), einer von Gräbel (2000) sowie ein Ausschnitt aus dem vierten Altenbericht BMfFSFu.J (2002). Die Texte werden anhand von Thesen vorgestellt und analysiert.

1. These

Die Situation von Pflegepersonen wird anhand unterkomplexer Differenzierungen wahrgenommen. Aussagen über diese Existenzweisen orientieren sich an Gleichheitsvorstellungen.

Bracker et al. zeigen, dass sich insbesondere Töchter mit spezifischen Norm- und Moralvorstellungen betreffend häuslicher Pflege beschäftigen müssen. Dabei wird ein Bild von häuslicher Pflege entworfen, das eindeutig mit Bildern von Frauen verknüpft ist. Eine Gemeinsamkeit zwischen Frauen wird in dem hohen Erwartungsdruck und dem hohen Belastungserleben erkennbar. Dabei ist in den meisten Fällen bei den pflegenden Frauen eine Diskrepanz zwischen der allgemeinen Pflegebereitschaft und der erfolgten Pflegeübernahme sichtbar. Eine weitere Diskrepanz ergibt sich zu den konkreten Rahmenbedingungen. Eine wirkliche Entscheidungsfreiheit für oder gegen häusliche Pflege erscheint den Befragten aufgrund mangelnder Pflegealternativen nicht möglich. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Anforderungen der Pflege die Handlungsmöglichkeiten der meisten Frauen übersteigen.

Gleichzeitig nehmen die Autorinnen vielschichtige Differenzierungen innerhalb der Gruppe der pflegenden Töchter vor. Dabei werden Unterschiede in den sozialen Schichten aufgezeigt. In unteren sozialen Schichten ist das Zusammenwohnen mit pflegebedürftigen Eltern oder Elternteilen aufgrund ökonomischer Situationen häufiger als in ökonomisch privilegierten Schichten. Damit ist eine Basis für eine Pflegeübernahme eher gegeben als bei Generationenbeziehungen, bei denen eine oft weite räumliche Distanz vorliegt. Darüber hinaus werden sehr unterschiedliche Beziehungsmuster zwischen den pflegenden Töchtern und den pflegebedürftigen Elternteilen deutlich. Spezifische Beziehungsmuster führen aber paradoxerweise nicht zu einer spezifischen Pflegebereitschaft.

Unterschiede werden weiterhin zwischen Frauen, die eher familienorientiert sind, und berufstätigen Frauen festgestellt. Frauen mit einer starken Familienorientierung zeigen eine höhere Pflegebereitschaft als berufstätige Frauen, da für diese die Übernahme von Pflegeleistungen ein sehr großer Einschnitt in bisherige Lebensbereiche darstellt. Es wird aber trotzdem festgestellt:

„Bei Töchtern, die den Beruf wegen der Pflege aufgegeben haben, sind keine Unterschiede des beruflichen Bildungsniveaus feststellbar. Für berufstätige wie für nicht berufstätige Frauen ist die Pflegeübernahme eine Selbstverständlichkeit, eine moralische Pflicht, eine Wiedergutmachung oder Verantwortung. In der grundsätzlichen anfänglichen Pflegebereitschaft unterscheiden sich beide Gruppen also nicht“ (Bracker et al. 1988, S. 139).

Die Übernahme von häuslicher Pflege ist nicht nur für verheiratete Frauen mit Kindern eine immense Belastung, sondern auch unverheiratete, kinderlose Töchter werden mit erheblichen Pflegeerwartungen konfrontiert. Das unterschiedliche Alter pflegender Frauen ist mit verschiedenen Lebensansprüchen und folglich mit divergierenden Konsequenzen verbunden. Insbesondere für jüngere Frauen entsteht eine ambivalente Situation, in der traditionelle Orientierungen mit modernen Lebensmustern zusammentreffen und innere Konflikte erzeugen. In Bezug zum Alter zeigt sich, dass ältere Frauen einem erhöhten Risiko von schweren Erkrankungen ausgesetzt sind. Außerdem werden ökonomische Situationen von pflegenden Frauen und Pflegebedürftigen problematisiert. Bei der Übernahme eines Hauses sind einige Frauen vertraglich verpflichtet, die Pflege zu übernehmen bzw. ist es nicht möglich, eine Versorgung in einem Altenpflegeheim zu finanzieren. Es liegen auch Situationen vor, in denen Pflegebedürftige nicht bereit sind, eigene finanzielle Mittel für Pflegeleistungen aufzubringen.

Interessant ist das Ergebnis, dass unterschiedliche Pflegevorerfahrungen keine Auswirkungen auf die Pflegebereitschaft haben. Allerdings sind professionell ausgebildete Frauen aus der Pflege durch fremde und eigene Erwartungshaltungen zur Pflegeausübung in der Familie besonders gefordert. Differenzen werden auch in Bezug zur Belastungsqualität beschrieben.

„Die Annahme, dass Pflegebereitschaft und positive Pflegemotivation neben den subjektiven und objektiven Bedingungen Einflussgrößen für das Belastungsempfinden darstellen, hat sich bestätigt. [] Generell ist festzuhalten: je geringer die Pflegebereitschaft bei den Töchtern ausgeprägt ist, desto höher fällt das subjektive Belastungsempfinden aus. Dies heißt jedoch umgekehrt nicht, dass bei einer besonders hohen Pflegebereitschaft nur ein geringes Belastungserleben auftritt, da es auch für diese Frauen keine Wahlfreiheit bezüglich der Pflegeübernahme gab und demnach Fremdbestimmtheit und Ambivalenzen in der Pflegesituation dominierend sind“ (Bracker et al. 1988, S. 153).

Unterschiede zwischen Frauen werden auch im Bewältigungsverhalten von häuslicher Pflege in Bezug zur Aufrechterhaltung und Schaffung eigener Lebensbereiche genannt.

Gräbel thematisiert hingegen das Verhältnis von Gleichheit und Differenz anhand eines Motivationsmodells zur häuslichen Pflege:

„Wenn informelle Pflegepersonen >Verpflichtung< als Hauptmotiv angeben, sind verschiedene Hintergründe möglich. Neben der moralischen Verpflichtung, die auf die in der Erziehung und im Sozialisationsprozess verinnerlichten Gebote und Verbote zurückzuführen ist, ist an soziale Normen zu denken, die vom sozialen Umfeld (Nachbarschaft, Organe der staatlichen Exekutive etc.) kontrolliert werden. Beides ist dem Wesen nach keine eigentlich Selbstbestimmte Entscheidung. Dies gilt ganz besonders für die Form der Verpflichtung, die auf dem Drängen anderer beruht, zum Beispiel wenn häusliche Pflege auf Wunsch der gepflegten Person oder auf Wunsch des Ehepartners der Pflegeperson zustande kommt (z.B. wenn der Sohn der pflegebedürftigen Person wünscht, dass seine Frau die Pflege der Mutter übernimmt). Gerade bei den letztgenannten Pflegegründen wird deutlich, dass bei vielen Pflegenden eine Kombination aus mehr oder weniger großen Anteilen von Zuneigung und Verpflichtung zur Übernahme der häuslichen Pflege führt“ (Gräbel 2000., S. 87).

In dieser Passage werden sehr unterschiedliche Variablen herangezogen, um damit ähnliche Strukturen von Pflegesituationen zu beschreiben. Die „verschiedenen Hintergründe“ von Pflegepersonen werden vorwiegend als moralische Aspekte der Erziehung aufgefasst. Die Passage, in der der Einfluss „vom sozialen Umfeld (Nachbarschaft, Organe der staatlichen Exekutive etc.)“ als Variable zur Motivation von

Pflegepersonen herangezogen wird, ist von Passagen umrahmt, die eindeutig die familiäre und individuelle Verantwortlichkeit dieser Situation aufzeigen. Dabei geht es vor allem um Wünsche von Pflegebedürftigen oder von Ehepartnern. D.h. einerseits wird eine partielle theoretische Öffnung zur Erklärung von „Umwelt-Variablen“ für Pflegesituationen im Text aufgenommen, andererseits werden Verantwortungsbereiche aber eindeutig auf einer individuellen und familialen Ebene belassen.

Interessant ist in dieser Passage, dass Erziehung, Sozialisation, das Verinnerlichen von Normen und die Auseinandersetzung mit Pflegeerwartungen als passive Vorgänge bei Pflegepersonen dargestellt werden. Die Wünsche von anderen Personen sind dabei maßgebend für die Gestaltung von Pflegesituationen. Hier stellt sich die Frage, ob mit diesem passiven Bild von Pflege ein spezifisches Bild von Frauen und Männern verknüpft ist. Denn es ist kaum vorstellbar, dass ein 40-jähriger Top-Manager sich von den Pflegeerwartungen seines Umfeldes in der beschriebenen Form beeinflussen lassen wird. Gräbel beschreibt in dieser Passage ein ganz bestimmtes Bild von Frauen in der Pflege von Angehörigen, ohne dies explizit zu kennzeichnen.

Gleichheit zwischen Pflegepersonen wird bei Gräbel auf sehr unterschiedlichen Ebenen diskutiert. Es werden gleiche Grunderfahrungen der Pflegepersonen in der Erziehung und Sozialisation festgestellt, gleiche Erwartungen und Reaktionen des Umfeldes angesprochen und gleiche Reaktionen und Verhaltensweisen der Pflegepersonen auf Wünsche von außen skizziert. Darüber hinaus werden auch gleiche Momente des Versagens von Pflegepersonen aufgezeigt. Differenzen werden eher implizit anhand der Achse >Zuneigung< versus >Verpflichtung< problematisiert. Die Pflegemotivation anhand des Kriteriums >Zuneigung< deutet auf Beziehungs- bzw. emotionale Aspekte, während >Verpflichtung< moralische Aspekte aufzeigt.

Im vierten Altenbericht werden nun in Bezug auf die Pflege eines Partners bzw. einer Partnerin keine grundsätzlichen Unterschiede in der Pflegebereitschaft festgestellt:

„Fast die Hälfte nennt Zuneigung, ein Zehntel fühlt sich dazu verpflichtet und ein Drittel gibt eine Kombination von Gründen an“ (BMfFSFuJ. 2002, S. 194).

Die These, dass Ehemänner sich bei Ihren Ehefrauen für geleistete Arbeit durch die Pflege bedanken bzw. Schuld in der Beziehung abtragen möchten, wird als potentielle Geschlechtsdifferenzierung aufgefasst. Weiterhin werden Unterschiede in der Motivation von Töchtern und Söhnen benannt:

„Aber auch Söhne äußern in überraschend hoher Zahl Aufgeschlossenheit gegenüber einer Pflegeübernahme, wobei der Anteil pflegender Männer insgesamt bei nur drei bis sechs Prozent aller Hauptpflegepersonen in Privathaushalten liegt“ (BMfFSFuJ. 2002, S. 194).

Im Text werden auch Ergebnisse einer Untersuchung vorgestellt, die unterschiedliche Pflegebereitschaften gegenüber Müttern und Vätern feststellt:

„Schütze (1995) berichtet, dass 40 Prozent der von ihr befragten Söhne und 79 Prozent der Töchter die Pflegefunktionen bei ihren Eltern übernehmen würden, wobei diese Bereitschaft gegenüber der eigenen Mutter stärker ausgeprägt zu sein scheint als gegenüber dem Vater“ (BMfFSFuJ. 2002., S. 195).

Beim Vergleich der Texte fällt auf, dass Bracker et. al. komplexe Differenzierungen innerhalb der Gruppe pflegender Töchter vornehmen. Häusliche Pflege wird als eine Existenzweise beschrieben, die aufgrund ähnlicher gesellschaftlicher Verhältnisse, nämlich durch hohe Erwartungshaltungen an Frauen begründet ist. Gleichzeitig führen unterschiedliche Merkmale zu verschiedenen Konsequenzen. Dabei wird sowohl die Situation von pflegenden Frauen, der Pflegebedürftigen und des Umfeldes berücksichtigt. Das Motivationsmodell von Gräbel thematisiert Pflegebereitschaften anhand eines dichotomen Denkmodells entlang der Achse >Zuneigung< versus >Verpflichtung<. Auch wenn Gräbel Umweltvariablen berücksichtigt, so erklärt er die Übernahme häuslicher Pflege zwischen den Polen von emotionalen Beziehungen und moralischen Orientierungen. Der vierte Altenbericht hingegen deutet auf eine Kombination von Gründen, indem sowohl Zuneigung, Verpflichtung und andere Kombinationsmöglichkeiten die Übernahme häuslicher Pflege erklären. Interessant ist an den zitierten Passagen, dass der vierte Altenbericht die spezifische Situation von Männern und hier von Söhnen aufgenommen hat. Während der Text von Bracker et. al. speziell die Situation von pflegenden Töchtern untersucht und Gräbel auf diese Situ-

ation rekurriert, öffnet der Vierte Altenbericht die Perspektive auf das Geschlechterverhältnis.

2. These

Geschlecht, Sexualität und Alter werden marginal thematisiert und sind mit traditionellen Vorstellungen von Ehe und Familie verbunden. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen wird hierarchisch angeordnet. Männern wird eine gesellschaftliche Position zugeteilt, in der sie von Pflegeaufgaben befreit sind, während Frauen häusliche Pflegeleistungen überantwortet werden.

Die Analyse der Bedeutung von Geschlecht in der häuslichen Pflege ist die Basis der Untersuchung von Bracker et al. Häusliche Pflege ist nach dieser Untersuchung vorwiegend eine weibliche Beziehungs- und Arbeitsform. Insofern liegt hier eine Analyse vor, die in der Differenzierung des Untersuchungsdesigns und der Auswertung einzigartig für den Arbeitsbereich ist. Auch wenn die Position von Männern in der häuslichen Pflege nicht focussiert wird und insofern keine vergleichende geschlechtsdifferente Untersuchung vorliegt, wird dennoch die geschlechtsspezifische Problemsituation von pflegenden Töchtern deutlich. Pflege wird durch diese Untersuchung als ein Problemfeld gekennzeichnet, das eindeutig geschlechtsdifferenz zu analysieren ist. Frauen sind demnach mit anderen Erwartungshaltungen, anderen Bewältigungsstrategien und insgesamt mit anderen Konsequenzen der häuslichen Pflege konfrontiert als dies für Männer aufzuzeigen ist.

Die Analyse der Kategorie Sexualität wird eher implizit in der Untersuchung aufgenommen. Interessant ist eine Passage, in der die zusätzliche Belastung pflegender Frauen durch ihre Ehemänner aufgezeigt wird. Eine eheliche Beziehung wird nicht grundsätzlich als Basis einer sozialrechtlichen Absicherung verstanden, sondern wird im Spannungsfeld zwischen zusätzlicher Belastung und Entlastung verortet. Insgesamt wird das Selbstverständnis pflegender Frauen am Rand absoluter Belastung und eigener Abwertung bewertet. Damit wird eine spezifische Form von Begehrenrelationen über weibliche Pflegepersonen deutlich. Denn die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und die Anforderungen der Pflege verhindern insgesamt die Entfaltung eines eigenständigen Begehrens von pflegenden Frauen.

In Bezug auf Alter werden die Leistungen der älteren, späteren Pflegebedürftigen hervorgehoben. So werden ökonomische Transfers, Leistungen bei der Kindererziehung und andere Unterstützungsleistungen alter Menschen an die jüngere Generation aufgezeigt. Verdeutlicht werden aber auch die Erwartungshaltungen von alten Menschen an die Jüngeren. Die Autorinnen scheuen nicht davor zurück, den immensen psychischen Druck von Eltern zur Übernahme von Pflegeleistungen durch ihre Kinder zu thematisieren. Interessant ist dabei die Beschreibung von geschlechtsspezifischen Generationenbeziehungen. Die Qualität der Beziehungen zwischen Töchtern und Müttern wird als wesentlich problematischer aufgefasst als die Beziehung zwischen Töchtern und Vätern. Zusätzlich werden die Unterschiede zwischen den Generationen mit Blick auf Lebensvorstellungen und Wertorientierungen differenziert. Interessant ist hierbei die Feststellung, dass Frauen, die selbst Pflegeleistungen erbringen, von der folgenden Generation diese Leistungen nicht mehr erwarten. Hier ist ein Bruch innerhalb von drei Generationen zu erkennen. Die Untersuchung verdeutlicht, dass alte Menschen hohe Erwartungen an ihre Kinder in Bezug zur Pflegeübernahme haben. Die Töchter versuchen diese Erwartungen zu erfüllen. An die Enkelgeneration werden allerdings keine Pflegeerwartungen von deren Eltern gestellt. Das heißt, dass die mittlere Generation die Hauptlast der Pflege übernimmt, ohne selbst Pflegeerwartungen an die folgende Generation zu stellen.

Auch Gräbel geht davon aus, dass Erwartungen zur Pflege vorwiegend an Frauen gestellt werden. Er stellt die Situation einer pflegenden Schwiegertochter vor, die durch einen Übergabevertrag eines bäuerlichen Betriebes zur Pflege der Schwiegereltern verpflichtet ist. Geschlecht bildet aber keinen grundsätzlichen Analysepfad in dieser Untersuchung. Traditionelle Bilder über Frauen, Männer und Pflege werden insgesamt nicht explizit problematisiert. Es wird darauf hingewiesen, „dass in Deutschland 83 % der häuslichen Pflegepersonen Frauen sind“ (Gräbel 2000, S. 86 nach Gräbel 1998) und trotzdem wird eine Frage in der männlichen Form formuliert: „Warum übernimmt ein Angehöriger die Pflege?“ (Gräbel 2000, S. 86).

Das Motivationsmodell >Zuneigung< versus >Verpflichtung< expliziert zwar nicht direkt eine Geschlechterproblematik, diese ist in diesem Modell aber implizit enthalten. In der Gegenüberstellung der einzelnen Motivationsmerkmale ist auch eine Polarisierung von >Beziehung< und >Moral< sowie >Emotionalität< und >Rationalität< implizit

enthalten. >Zuneigung< kann demnach mit Beziehungsorientierung und Emotionalität, >Verpflichtung< mit Moral und Rationalität in Verbindung gebracht werden. In dieser Binarität ist gleichsam eine Geschlechterpolarisierung enthalten, in der >Zuneigung< als weibliches Feld und >Verpflichtung< als männliche Orientierung verstanden werden kann.

In Bezug auf Sexualität wird darauf hingewiesen, dass die Situation von pflegenden Ehepartner/innen von denen der Kinder und anderer Pflegepersonen zu unterscheiden und durch spezifische Problemlagen gekennzeichnet ist. Insofern hat Sexualität in Form von ehelichen Beziehungen eine besondere Bedeutung für die Gestaltung von Pflegesituationen.

„Bei der häuslichen Pflege eines Ehepartners wird häufiger >Zuneigung< angegeben (68%) als bei der Pflege eines Eltern- (32%) oder Schwiegerelternanteils (10%)“ (Gräbel 2000, S. 90).

Es wird betont, dass neben der Versorgung von hochaltrigen Menschen auch jüngere Menschen hilfs- und pflegebedürftig sein können. Damit wird eine Erweiterung der Vorstellung von Pflegebedürftigkeit im Alter aufgezeigt, indem sie relativiert wird:

„Es fällt auf, dass Pflegebedarf im Erwachsenenalter erst ab dem 65. Lebensjahr zahlenmäßig bedeutsam wird (in diese Altersgruppe fallen 90% der Pflegebedürftigen...)“ (Gräbel 2000, 88).

„Ist das Modell auch auf die häusliche Pflege von Kindern und Jugendlichen anwendbar, deren Hilfs- oder Pflegebedarf angeboren oder früh erworben wurde?“ (ebd., S. 93).

Der Vierte Altenbericht thematisiert dem gegenüber in einer interessanten Form die Situation von Männern. Die potentielle Pflegebereitschaft von Ehemännern und Söhnen wird für zukünftige Pflegearrangements besonders betont. Eine geschlechtsspezifische Problematik in der Pflegebereitschaft wird dabei angedeutet. Bei Töchtern wird die Pflegebereitschaft mit „rollenimmanentem Verhalten“ begründet. Insgesamt wird der häusliche Pflegebereich durch potentielle männliche Pflegebereitschaften als ein geschlechtsparitätisches Beziehungs- und Arbeitsfeld aufgefasst. Paradox ist dabei die Differenz zwischen der aktuellen Pflegerealität und den Prognosen für die

Zukunft. Denn aktuell ist häusliche Pflege ein eindeutig weiblicher Arbeitsbereich und erfolgt nicht als geschlechtsparitätische Arbeitsleistung.

In Bezug auf Sexualität und Alter erhalten eheliche Partnerschaften im hohen Alter eine große Bedeutsamkeit für zukünftige Pflegearrangements:

„Zweifelsohne wird es in Zukunft einen nicht unerheblichen Anteil alter Menschen geben, die kinderlos, verwitwet, ledig oder infolge einer Scheidung allein leben. Doch bedeutet die Chance der Lebenserwartungsverlängerung auch, dass die häusliche Unterstützung in Zukunft noch häufiger eine Partnerunterstützung sein könnte“ (BMfFSFuJ. 2002, S. 194).

Als alter Mensch einen pflegebedürftigen Ehepartner oder eine Ehepartnerin zu versorgen, ist mit spezifischen Problemen verbunden. Die positiv aufgezeigte „Chance der Lebenserwartungsverlängerung“ ist allerdings in der Realität mit immensen gesundheitlichen Problemen für pflegende Angehörige im hohen Alter verbunden.

Insgesamt erfährt die Bedeutung von Geschlecht für Pflegebereitschaften und Motivationen, häusliche Pflege zu übernehmen, in den Texten eine unterschiedliche Akzentuierung. Während Bracker et. al. häusliche Pflege als spezifisches Frauenproblem analysieren, problematisiert Gräbel die Bedeutung von Geschlecht in einer ambivalenten Form. Einerseits wird dabei auf die hohe Anzahl von Frauen in der häuslichen Pflege hingewiesen, andererseits wird Geschlecht aber nur implizit im Motivationsmodell aufgenommen. Dadurch dass der Vierte Altenbericht die Situation von Frauen und Männern unterscheidet, wird ein differenzierter Blick auf die Bedeutung von Geschlechterverhältnissen zur Übernahme häuslicher Pflege ausgearbeitet.

Pflegebereitschaften und Motivationen im Blick auf die Bedeutung von Sexualität zu analysieren, wird bei Bracker et al. möglich, indem hohe Erwartungshaltungen von Pflegebedürftigen und des Umfeldes zu einer hohen Belastung und damit zur Einschränkung von Begehrensformen bei Pflegepersonen führen. Die Bedeutung von Ehemännern pflegender Frauen wird dabei besonders betont. Da bei dieser Untersuchung speziell die Situation von pflegenden Töchtern betrachtet wird, können keine Aussagen über die Bedeutung von ehelichen Verbindungen zur Übernahme häuslicher Pflege gemacht werden. Es wird aber deutlich, dass familiäre Beziehungen von

Töchtern ein wesentliches Moment bei der Übernahme häuslicher Pflege darstellen. Im Gegensatz dazu unterscheidet Gräbel die Situation von Ehepartner/innen und Kindern. Interessant ist dabei, dass die Motivation bei Ehepartner/innen eher aus Zuneigung begründet ist als bei Kindern oder Schwiegerkindern. Der Vierte Altenbericht zeigt darüber hinaus eine Zukunftsperspektive der Bedeutung von ehelichen und eheähnlichen Beziehungen auf. Während alte Menschen zunehmend kinderlos, verwitwet, geschieden und damit alleine leben, so könnte aufgrund der Lebenszeitverlängerung häusliche Pflege vorwiegend eine Partner/innenpflege sein. Diese Perspektive deutet auf eine steigende Relevanz von ehelichen oder eheähnlichen Beziehungen im Alter hin. Pflegebereitschaften und Motivationen, häusliche Pflege zu übernehmen, werden in einem unmittelbaren Zusammenhang mit diesen Beziehungen erklärt.

Die Bedeutung von Alter und Generationenbeziehungen für Pflegebereitschaften und Motivationen, häusliche Pflege zu übernehmen, werden in allen drei Texten herausgestellt. Während allerdings bei Bracker et al. aufgrund des Untersuchungsdesigns vorwiegend die Beziehungen zwischen unterschiedlichen Generationen betrachtet wird, weist Gräbel darauf hin, dass auch in jüngeren Jahren Pflegebedürftigkeit bestehen kann. Im Vierten Altenbericht hingegen wird auf einen Bedeutungswandel von Generationenbeziehungen hingewiesen. Während Pflegebereitschaften zwischen verschiedenen Generationen in der Zukunft abnehmen werden, so steigt die Tendenz, innerhalb gleicher Generationen häusliche Pflege zu übernehmen.

3. These

Frauen werden mit hohen moralischen Erwartungshaltungen zur Übernahme von häuslicher Pflege konfrontiert. Die damit verbundenen Existenzweisen verhindern die Entfaltung eines eigenständigen Subjektstatus von Pflegepersonen.

Das Spannungsverhältnis zwischen Moral und Subjektivität wird von Bracker et al. umfangreich analysiert:

„Bei einem Großteil der befragten Töchter ergänzen normative und/oder moralische Vorstellungen und Verhaltensregeln die für die Pflegeübernahme allein nicht ausreichende emotionale Beziehung zum Elternteil oder kompensieren sogar die von der

emotionalen Beziehung her nicht gegebene Pflegebereitschaft“ (Bracker et al. 1988, S. 131).

Erwartungshaltungen an Frauen zur häuslichen Pflege sind normativ und moralisch mit familialen und gesellschaftlichen Strukturen verknüpft. Die Selbstverständlichkeit, mit der Pflegeleistungen von Schwiegeröchtern erwartet werden, zeigt eine besondere Form dieser Erwartungshaltungen. Moralische Verpflichtungen können dabei so stark sein, dass selbst die Pflege eines Elternteils übernommen wird, zu dem eine schlechte emotionale Beziehung besteht:

„Bei einer belasteten Beziehung zum heute pflegebedürftigen Elternteil ist die Pflegebereitschaft entsprechend geringer oder gebrochener und erscheint eher bzw. ausschließlich als äußere, moralische und/oder sozial geforderte Aufgabe und Pflicht. Gerade eine konflikthafte, als schlecht erlebte Beziehung kann aufgrund der Dynamik von Interaktionsmustern die Grundlage dafür sein, dass die Tochter einen Vater oder eine Mutter pflegt, von dem/der sie früher Ablehnung erfahren hat“ (ebd., S. 130).

Bracker et al. beschreiben in Zusammenhang mit moralischen Konflikten, dass pflegende Töchter insbesondere dann zu Schuldgefühlen neigen, wenn sie einem spezifischen Bild von häuslicher Pflege nicht entsprechen:

„In Schuldgefühlen drückt sich die Wirksamkeit verinnerlichter Normen aus. Internalisierte gesellschaftliche Wertvorstellungen dienen als Maßstab, an dem eigenes Verhalten und Empfinden gemessen wird. Sie werden wirksam bei der Selbstreflexion der einzelnen Töchter. Das Gewährwerden, dass die eigene reale Situation nicht dem durch gesellschaftliche Wertvorstellungen geprägten Bild von häuslicher Pflege entspricht, verursacht ein schlechtes Gewissen bei den Pflegenden“ (Bracker et al. 1988, S. 132).

In der Untersuchung wird eindeutig ein Zusammenhang zwischen dem Bild von Pflege und den Bildern über Frauen herausgearbeitet. Demnach sind insbesondere Frauen mit spezifischen moralischen Erwartungshaltungen und Reaktionsweisen konfrontiert. Es wird ein immenser Erwartungsdruck zur Übernahme von Pflegeleistungen an Frauen hervorgehoben. Geld als Motivation zur Pflegeübernahme zu thematisieren, wird in diesem Bild individuell, familial und gesellschaftlich tabuisiert.

Der Text zeigt eine familiäre und gesellschaftliche Realität von pflegenden Frauen, in dem ein eigenständiger Subjektstatus fast ausgeschlossen ist. Eigene Bedürfnisse, eigene Lebenspläne und eigene Moralvorstellungen aufzubauen, erscheint als Kampf im alltäglichen Pflegediskurs.

Das Motivationsmodell von Gräbel zeigt dem gegenüber eine andere Konturierung des Verhältnisses von Moral und Subjektivität als Bedingungsfaktoren zur Pflegebereitschaft und Übernahme häuslicher Pflege.

„>Motivation wird als ein Prozess gedacht, der zwischen verschiedenen Handlungsmöglichkeiten auswählt, das Handeln steuert, auf die Erreichung motivspezifischer Zielzustände richtet und auf dem Wege dahin in Gang hält.< Dabei ist Handeln in der Regel >sowohl von Person- wie von Situationsfaktoren abhängig und darüber hinaus offensichtlich zugleich ein Ergebnis gegenseitiger Beeinflussung von individuellen Dispositionen und von gegenwärtigen Situationsgegebenheiten.< [] Im weiteren Sinn ist Motiv der Sammelname für Begriffe wie Bedürfnis, Beweggrund, Trieb, Neigung, Streben etc. Im engeren Sinn wird damit der >angestrebte Zielzustand innerhalb eines bestimmten Person-Umwelt-Bezuges< (Heckhausen, 1980) bezeichnet (Gräbel 2000, S. 86)“.

Dieses Erklärungsmodell geht von einer aktiven, bewussten Entscheidung der Pflegepersonen aus. Hier wird offenbar vorausgesetzt, dass Pflegepersonen „Zielzustände“ autonom und eigenverantwortlich definieren. Die Pflegesituation wird insgesamt auf einer individuell verantwortlichen Ebene beschrieben, indem „individuelle Dispositionen“ und „gegenwärtige Situationsgegebenheiten“ Handeln bestimmen. D.h. Handlungen in Pflegesituationen werden als Vollzug von Subjektivität aufgefasst.

Gräbel fasst die Ergebnisse empirischer Untersuchungen zur Frage, welche Gründe die Angehörigen zur Übernahme bzw. zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege bewegen, in einem motivationalen Pflegemodell für die häusliche Pflege zusammen:

„Auf der einen Seite Pflege aus Zuneigung, aus einer positiven emotionalen Verbundenheit heraus. Auf der anderen Seite aus Verpflichtung, das heißt, aus einem mehr oder weniger verinnerlichten Anspruch heraus, der eigentlich von außen kommt. Dies ergibt ein motivationales Pflegemodell, dessen eindimensionale Achse von den beiden Extremen gebildet wird. Häusliche Pflege aus >reiner< Zuneigung bedeutet, dass die/der pflegende Angehörige mit der geliebten Person, der sie/er ihre/seine Hilfe zur

Verfügung stellt, solange wie möglich zusammen sein will. In reiner Zuneigung drückt sich die Selbstbestimmung der Pflegeperson aus (>Ich will es<). Ganz anders ist es bei dem Gefühl, zur Pflege verpflichtet zu sein. So schrieb zum Beispiel eine pflegende Angehörige im Rahmen der bundesweiten Befragung (Gräbel, 1998)²⁶, dass sie als Schwiegertochter aufgrund des Übergabevertrages des landwirtschaftlichen Hofes an ihren Ehemann rechtlich verpflichtet sei, die Schwiegereltern zu pflegen, obwohl sie dies nicht wolle, weil sie sich mit ihnen nicht verträge. In diesem Pflegemotiv kommt die Fremdbestimmung >andere (Personen oder Umstände) wollen es<, in Reinform zum Ausdruck“ (Gräbel 2000, S. 87).

Mit dem Gegensatz zwischen „Zuneigung“ versus „Verpflichtung“ und der Kopplung, dass „Zuneigung selbstbestimmt ist“, während „Verpflichtung fremdbestimmt ist“, wird im Text eine moralische Hierarchisierung zugunsten einer positiven emotionalen Beziehung zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen etabliert. Das interessante an dieser Passage ist die Kopplung von Zuneigung und Selbstbestimmung. Sorgearbeit wird damit als autonome Tätigkeit konnotiert, indem Zuneigung als Aspekt zur Verwirklichung von Subjektivität aufgefasst wird.

Dieses Bild widerspricht der Argumentationslinie, dass pflegende Angehörige zu wenig eigene Subjektivität in Form von Freizeitaktivitäten, sozialen Kontakten etc. ausbilden. Hier liegt eine theoretische Inkompatibilität der Argumente vor. Daran wird deutlich, dass der Text aus der Perspektive von wechselnden Subjektpersonen argumentiert, die pflegende Angehörige nicht berücksichtigt. Damit wird eine Dethematisierung und Hierarchisierung von Pflegepersonen zugunsten von Pflegebedürftigen vorgenommen. In dieser Darstellungsweise sind dann die Bedürfnisse und das Begehren von Pflegebedürftigen wichtiger als diejenigen der Pflegepersonen.

Der Vierte Altenbericht zeigt, dass insbesondere Frauen mit normativen und moralischen Erwartungshaltungen zur Übernahme häuslicher Pflege konfrontiert sind. Durch eine mangelnde Reflexion der Entscheidung zur häuslichen Pflege sowie eine mangelnde Wahlfreiheit entsteht demnach eine Situation, in der der Subjektstatus von pflegenden Frauen verloren geht. Die Versorgung von Pflegebedürftigen ist mit der Aufrechterhaltung eines Subjektstatus nicht zu vereinbaren. In Bezug auf pflegende Männer wird diese Situation umgekehrt. Danach ermöglicht häusliche Pflege gerade Männern, ihren Subjektstatus als Pflegeperson zu entfalten. Damit können

zwei sehr unterschiedliche Beziehungsstrukturen und Bilder von Pflege kenntlich werden.

Die Studie setzt darüber hinaus häusliche Pflege in ein hierarchisches Verhältnis zur Heimpflege. Dabei wird Heimpflege tendenziell negativ konnotiert:

„Geben Ehepartner an, aus Zuneigung zu pflegen, so ist der Heimübertritt seltener als in Pflegesituationen, in denen Pflicht als Begründung angegeben wird“ (BMfFSFuJ. 2002, S. 195).

Pflege aus Zuneigung wird hier als moralisch wertvoller konnotiert als Pflege aus Verpflichtung. Damit werden Arbeitsleistungen in der häuslichen Pflege von Angehörigen mit moralischen Aspekten und Wertsetzungen verbunden und bewertet.

Im Vergleich der Texte fällt auf, dass insbesondere die Untersuchung von Bracker et al. moralische Erwartungshaltungen an Frauen problematisiert. Zugleich wird dabei auf die Schwierigkeit der Entfaltung von Subjektivität bei weiblichen Pflegepersonen hingewiesen. Der Text von Gräbel betrachtet Motivationen eher geschlechtsneutral. Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Bracker et. al. wird durch die Übernahme häuslicher Pflege Subjektivität nicht verhindert, sondern ist die Basis für Selbstbestimmung. Eine ähnliche Akzentuierung liefert der Vierte Altenbericht, indem die Situation von pflegenden Ehemännern als Form einer spezifischen Selbstentfaltung aufgefasst wird. Insgesamt legen diese Interpretationen die Vermutung nahe, dass die Übernahme von Pflege bei Frauen mit moralischen Aspekten verknüpft werden und Subjektivität verhindern. Bei Männern ist hingegen die Entfaltung von Subjektivität durch die Pflege eine zentrale Motivation, während moralische Aspekte nur eine geringe Bedeutung haben.

4. These

Während die Übernahme von Verantwortung durch Familienmitglieder und insbesondere durch Frauen apostrophiert wird, ermöglicht die Pflegepraxis nur geringe Chancen, eine autonome Wahl für oder gegen häusliche Pflege bzw. für Zwischenlösungen zu treffen.

In der Untersuchung von Bracker et al. wird das Spannungsverhältnis zwischen Verantwortung und Autonomie von pflegenden (Schwieger-)töchtern sehr umfangreich analysiert. Pflegende Töchter leben oftmals schon längere Zeit vor der Pflegesituation mit den Eltern im gemeinsamen Haus oder in der Nähe. Die Töchter lebten als junge Erwachsene in der Nähe oder zogen nach dem Tod eines Elternteils wegen der Übernahme von Kinderbetreuung durch den verbliebenen Elternteil oder wegen der Überschreibung des Hauses zu dem später pflegebedürftigen Elternteil. Die folgende Passage zeigt die Verflechtungen von Verantwortungsleistungen zwischen den Generationen auf.

„Gemeinsames Wohnen ist eine wesentliche Basis für die langfristige Verknüpfung des Alltagslebens und für im gesamten Lebensverlauf bestehende Hilfe- und Austauschbeziehungen zwischen den Generationen, die jedoch ambivalent sein können. Einerseits ermöglichen sie positive Erfahrungen von Familiensolidarität, andererseits bewirken sie Pflicht- und Schuldgefühle, die mit eigenen Wünschen und Lebensplänen konkurrieren. Sie begründen Ansprüche gegenüber den Töchtern auf Betreuung, so dass eine Umkehr der früheren Versorgungssituation zwischen Eltern und Kindern selbstverständlich erwartet wird. Dieser „Ausgleichsmechanismus“ wirkt besonders zwischen Mutter und Tochter, so dass die Erklärung der Pflegebereitschaft als Ausgleich früher empfangener Hilfeleistungen nur unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Rollenmuster und Arbeitsteilung gelten kann“ (Bracker et al. 1988, S. 129).

Verantwortung wird hier kritisch unter dem Aspekt des „Ausgleichsmechanismus“ thematisiert. Während Eltern selbstverständlich für ihre Kinder verantwortlich sind, wird diese Verantwortlichkeit von Kindern für ihre Eltern problematisiert. Gleichzeitig wird das Spannungsverhältnis von Verantwortung und Autonomie für pflegende Töchter in Bezug auf geschlechtsspezifische Besonderheiten aufgezeigt.

Die pflegenden Töchter sind sich über die Konsequenzen des Zusammenwohnens nicht wirklich bewusst und die Pflegebedürftigkeit wird in ihren zeitlichen, physischen und psychischen Belastungen unterschätzt. Die Übernahme der Pflege wird dabei als Prozess mit vielschichtigen Konflikten beschrieben. Abhängig sind diese Konflikte durch die räumlich und zeitlich verstärkten Kontakte, durch alte Konflikte in der Familie, durch die Anforderung neuer Beziehungsregelungen für die Pflegesituation und

durch Erwartungen der Pflegebedürftigen sowie des Umfeldes. Bracker et al. beschreiben inter- und innergenerationelle Konflikte. Darüber hinaus werden die inneren Konflikte von pflegenden Töchtern problematisiert. Die Bedeutung von sozialen Normen wird dabei besonders hervorgehoben:

„[D]ie Selbstdefinition und das Handeln der Pflegenden sind in hohem Maße normativ abgesichert. Normen stellen maßgeblich die Pflegebereitschaft her. [] Sie erscheinen als Pflicht, als von außen herangetragene Verhaltenserwartung []. Aber selbst in dieser stark von außen kommenden und als Zwang erlebten Form werden Normen nicht hinterfragt oder angetastet. [] Die eigenen inneren Wert- und Moralvorstellungen erscheinen als selbstgesetzte Verpflichtungsgefühle. [] Eine weitere sehr häufig genannte Norm ist das Zurückgeben von früher empfangenen Hilfe- und Unterstützungsleistungen []. Auch hier geht ein Stück weit gelebte ebenso wie normativ geforderte Familiensolidarität ein; eine Familiensolidarität, die als Norm nicht universell, sondern v. a. für die weiblichen Familienmitglieder gültig ist“ (Bracker et al. 1988, S. 131-132).

Die Autorinnen beschreiben die Brüchigkeit und Widersprüchlichkeit zwischen familiärer Pflege absichernden Wertvorstellungen und der gelebten Realität bzw. Widersprüche zwischen den Wertvorstellungen über Pflege, die anderen Wertvorstellungen gegenüber stehen. Prägnant zusammengefasst: Widersprüche zwischen Verantwortung und Autonomie. Darüber hinaus werden Widersprüche zwischen Pflege und Berufstätigkeit, der Übernahme von Pflege und der eigenen Persönlichkeitsentfaltung, traditionellen Normen von Familiensolidarität und modernen Lebensvorstellungen sowie idealtypischen Bildern über Frauen und deren praktischer Realisierung als Aspekte der Pflegebereitschaften aufgezeigt.

Der Text von Gräbel verweist auch auf normative Erwartungshaltungen, thematisiert die Übernahme von Verantwortung aber mit einer anderen Schwerpunktsetzung:

„Die Übernahme oder das >Hineingeraten< in die häusliche Pflegesituation eines chronisch kranken, älteren Menschen ist für die betroffenen Familien mit radikalen Veränderungen verbunden. Das Leben der pflegenden Angehörigen (in der Literatur häufig als informelle Pflegepersonen bezeichnet) gestaltet sich nun oft völlig anders. Dies betrifft vor allem vier Bereiche“ (Gräbel 2000, S.85).

Diese beziehen sich auf Veränderungen der Erwerbstätigkeit, auf die Beziehung zum Pflegebedürftigen, auf reduzierte Regenerationsmöglichkeiten und auf das soziale Leben der Pflegeperson. Mit den Begriffen „Übernahme“ oder „Hineingeraten“ wird auf den Gegensatz einer aktiven und passiven Gestaltung dieser Situation hingewiesen. Es stellt sich die Frage, ob dieser Gegensatz der Pflegebewältigung auch bei „akutem“ Auftreten einer Pflegesituation, z.B. bei einem Schlaganfall, oder nur bei „chronisch kranken, älteren Menschen“ deutlich wird. Konsequenzen für die „betroffenen Familien“ aufgrund einer Pflegebedürftigkeit werden als „radikale Veränderungen“ beschrieben. D.h. allein die Tatsache familial verbunden zu sein, schließt auf erhebliche Veränderungen des eigenen Lebens durch die Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen. Die familiäre Verantwortung schließt demnach eine autonome Entscheidung über die individuellen Auswirkungen einer Pflegebedürftigkeit aus. Familiäre Verantwortung führt automatisch zu erheblichen Konsequenzen für die Familie und die mehr oder weniger freiwillig definierte weibliche Pflegeperson. Hier wird die Selbstverständlichkeit der Bereitstellung einer Pflegeperson durch die Familie vorausgesetzt.

Mit der Bezeichnung „informelle Pflegepersonen“ für pflegende Angehörige wird der Gegensatz zwischen professionellen Pflegepersonen (formelle Pflegepersonen) und pflegenden Angehörigen (informelle Pflegepersonen) aufgenommen. Mit dieser impliziten Verbindung zur professionellen Pflege werden spezifische Erwartungen und damit Bilder über Pflege von Angehörigen im Text etabliert. Es findet eine Orientierung der Gestaltung von Pflegesituationen anhand professioneller Kriterien statt. Damit wird die Frage nach einer autonomen Entscheidung und Gestaltung der Pflegesituation durch pflegende Angehörige zusätzlich ausgeschlossen und in ein hierarchisches Verhältnis zur professionellen Pflege gebracht. D.h. Bilder über professionelle Pflege werden mit dem Aspekt der Verantwortung verknüpft und dethematisieren damit Autonomie von pflegenden Angehörigen.

Der vierte Altenbericht verdeutlicht darüber hinaus die erbrachte Solidarität und Verantwortung von pflegenden Angehörigen. Pflegebereitschaften werden anhand von zwei Aspekten unterschieden. Einmal werden Entwicklungen der Verfügbarkeit von Pflegepersonen beschrieben und zum Zweiten werden die normativen bzw. motivationalen Grundlagen zur Übernahme von Pflege zusammengefasst. In Bezug auf die

Verfügbarkeit von Pflegepersonen werden für die zukünftige Entwicklung Veränderungen des familialen Pflegepotentials und damit Veränderungen von Verantwortungsbereichen im häuslichen Pflegediskurs problematisiert. Insgesamt werden gesellschaftliche und demographische Entwicklungen skizziert, die Strukturveränderungen in der häuslichen Pflege auslösen werden. Als prägnante Entwicklungen werden folgende genannt:

- „[D]ie abnehmenden Geburten- und Kinderzahlen,
- die Veränderung und Auflösung traditioneller Familienstrukturen,
- der damit einhergehende Verlust familiärer Unterstützungsoptionen
- sowie das Nachlassen der Bereitschaft von Frauen [], in die Helferinnenrolle zu wechseln und dafür berufliche Perspektiven zu beschneiden“ (BMfFSFuJ. 2002, S. 194, Hervorhebung: R.B.).

Parallel zu dieser Entwicklung wird die Zahl der Pflegebedürftigen stark zunehmen. Aufgrund des demographischen Wandels wird auch die Zahl der verheirateten Paare im Alter steigen, so dass vermehrt Partnerpflege bei Hochaltrigkeit stattfinden wird. Der vierte Altenbericht skizziert für die Zukunft häuslicher Pflege insgesamt eine sinkende Pflegebereitschaft von familialen Pflegepersonen. Aktuell ist allerdings die Pflegebereitschaft und Übernahme von häuslicher Pflege noch sehr hoch:

„Allerdings wurde bereits im Dritten Altenbericht betont, dass für den Zeitraum der kommenden zwei Jahrzehnte davon ausgegangen werden kann, dass alte Menschen auch weiterhin in hohem Maß familiäre Unterstützung erfahren werden“ (BMfFSFuJ. 2002, S. 194).

In Bezug zu normativen und motivationalen Grundlagen zur Übernahme von häuslicher Pflege werden unterschiedliche Aspekte zusammengefasst: Die Betreuung wird als nicht zu hinterfragende Selbstverständlichkeit beschrieben, in der die Motivation aus einem Gefühl der Familiensolidarität und der Verpflichtung zum Austausch resultiert. Weitere Motive zur häuslichen Pflege sind:

„Gesellschaftliche Normen und Pflichtgefühl, rollenimmanentes Verhalten (bei Töchtern), Reziprozität, ethisch-religiöse Motive, Sinngebung“ (ebd., S. 195).

Einen Altenheimeinwohner zu verhindern und finanzielle Aspekte werden als weitere Motive beschrieben. Auch in dieser Analyse wird darauf hingewiesen, dass die Übernahme häuslicher Pflege kein bewusster Entscheidungsprozess ist. Das Fehlen einer Entscheidungs- und Wahlfreiheit zur häuslichen Pflege wird sogar europaweit als Problembereich beschrieben.

Familiale Verantwortung zur Pflege von Angehörigen wird ausführlich problematisiert. Dabei wird darauf hingewiesen, dass der Einbezug von professionellen Pflegediensten einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung von Angehörigen haben könnte. Insgesamt wird die Situation wie folgt beschrieben:

„Von einer gelungenen Verzahnung familialer und professioneller Pflege kann gegenwärtig aber noch nicht gesprochen werden“ (ebd., S. 194).

Als einer der Hauptgründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Hilfen wird die Unkenntnis verfügbarer Hilfsangebote genannt. Damit wird eine Ambivalenz und ein Spannungsverhältnis von Verantwortung und Autonomie thematisiert. Es wird deutlich darauf hingewiesen, dass Pflegepersonen besser über entlastende Dienste und Hilfen informiert werden müssten, um die Belastungshöhe zu senken. Mit der Reduzierung von Verantwortung könnte so eine bessere Lebensqualität entstehen, die auch Entfaltungspotentiale für pflegende Angehörige ermöglicht.

Im Vergleich der Texte wird deutlich, dass bei Bracker et al. insbesondere die geschlechtsspezifische Situation von pflegenden Töchtern als Problem im Bereich der Verantwortungsübernahme vorliegt. Die Autorinnen verdeutlichen die Hintergründe und Motivationen, die zu einer Pflegesituation führen. Diese Analyse umfasst sowohl geschlechtsspezifische, gesellschaftliche, aber auch familiäre und individuelle Aspekte zur Erklärung der Pflegebereitschaften und der Übernahme von Pflege. Der Text von Gräbel hingegen thematisiert vorwiegend familiäre Verantwortung als Selbstverständlichkeit, ohne dies kritisch zu hinterfragen. Im vierten Altenbericht werden darüber hinaus nicht nur die Verfügbarkeit von Pflegepersonen, sondern auch normative und motivationale Aspekte zur Erklärung der Pflegebereitschaften aufgezeigt. Interessant ist bei diesem Text, dass zukünftige Entwicklungen für den häuslichen Pflegebereich vorgestellt werden. Während die Übernahme von familialer Verantwortung sinken wird und damit auch ein Rückgang von weiblichen Pflegeleistungen verbun-

den ist, wird Pflege in Zukunft eher eine Pflege zwischen Partner/innen sein. Diese Entwicklungen sind einerseits mit einer Abnahme von Verantwortungsleistungen zwischen den Generationen verbunden und ermöglichen damit insbesondere jüngeren Generationen eine stärkere Entfaltung von Autonomie. Andererseits erhöhen sich damit die Verantwortungsleistungen innerhalb der Generationen und können dort eine selbst bestimmte Lebensweise im Alter erschweren.

5. These

Durch die Focussierung der Bedürfnisse von Pflegebedürftigen kann eine angemessene Selbstsorge von Pflegepersonen nicht realisiert werden. Begehrensformen und Begehrensrelationen werden damit widersprüchlich und hierarchisch zur Sorgearbeit konstruiert.

Bracker et al. beschreiben ausführlich das Spannungsverhältnis von Sorge und Begehren. Die Auswirkungen der Pflegesituation werden in Bezug auf eigenes Begehren wie folgt beschrieben:

„Es sind generell weniger die physischen als vielmehr die psychischen Belastungen der Pflegesituation, die sich im Belastungsempfinden der einzelnen Frauen negativ niederschlagen. Um das extreme Ausmaß der subjektiven Belastung eines großen Teils der Töchter zu skizzieren, sollen einige Originaläußerungen angeführt werden: Frauen fühlen sich wie eine Maus in der Falle, drohen unter ihren Belastungen zu ersticken, diagnostizieren sich einen Entwicklungsstillstand, fühlen sich auf der Strecke geblieben, zu kurz gekommen, angekettet oder gar aufgerieben von allen äußeren und oft grenzenlosen Vereinnahmungsversuchen (Bracker et al. 1988, S. 150).

Sorgearbeit ist in dieser Beschreibung mit der absoluten Aufgabe von eigenem Begehren verbunden. Dabei ist es nicht möglich, eigenes Begehren mit der Übernahme häuslicher Pflege zu vereinbaren. Die Belastungsgrenze wird von pflegenden Frauen am Rande des körperlichen und psychischen Zusammenbruchs definiert:

„[D]ie pflegenden Töchter [definieren] fast durchgängig die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit am Punkt ihres körperlichen oder nervlichen Zusammenbruchs []. Anders ausgedrückt: es wird von den Frauen erwartet – und sie erwarten es auch überwiegend von sich selbst -, dass alles leistbar ist, was sie nicht direkt zum Zusammenbre-

chen bringt. Daher reichen die negativen Auswirkungen der Pflege bei den Pflegenden bis zur Selbstaufgabe mit Gedanken an Suizid [], zu irreparablen gesundheitlichen Schädigungen [], zur Flucht in Drogen [] und zu starken Depressionen“ (Bracker et al., S. 148).

Verantwortlich für eine solche Situation ist ein Konglomerat aus individuellen, familialen und gesellschaftlichen Beziehungsformen, Erwartungshaltungen und Normvorstellungen. Als Perspektive beschreiben die Autorinnen einen veränderten Umgang mit der Pflegesituation, indem eigene Grenzen wahrgenommen werden und Belastungen der Pflege u.a. durch den Einbezug von professionellen Helfern/innen gesenkt werden. Es werden auch Reaktionsweisen von pflegenden Angehörigen beschrieben, die ansonsten eher tabuisiert und abgewertet werden:

„Andererseits gelingt es vielen Frauen, sich zumindest ansatzweise zu widersetzen oder sogar – in Umkehrung der Dominanz – spezifische Verhaltensregeln als Teilstrategie der Bewältigung durchzusetzen []. Manche Gepflegte werden auch nicht mehr partnerschaftlich behandelt; die Frauen lassen sich nicht mehr auf Auseinandersetzungen mit ihnen ein []. Der von den Gepflegten angewandte psychische Druck erzeugt zusammen mit dem als ausweglos erlebten Zwangscharakter der Pflege bei einigen Pflegenden Formen von Gegendruck [], z.B. Aggressionsäußerungen [] oder Drohung mit einer potentiellen Heimeinweisung []. Die im Pflegeverhalten gezeigte Härte wird von einigen Töchtern als Selbstschutz und Entlastungsmoment bezeichnet“ (ebd., S. 155).

Sorge wird in der Untersuchung von Bracker et al. als lebensbedrohliche Arbeits- und Beziehungsform markiert. Mangelnde Information über Pflege und mangelnde bewusste Entscheidungsmöglichkeiten für oder gegen häusliche Pflege können sich zu gesundheitlichen Extremsituationen entwickeln. Begehren von pflegenden Frauen zu leben ist in diesem Denkmodell ein Ziel, das an den inneren und äußeren Rahmenbedingungen der Pflege, d.h. >den Zwängen der Pflege< scheitert.

Gräbel zeigt die Veränderungen durch die Übernahme häuslicher Pflege insbesondere anhand von vier Aspekten näher auf:

- „a) Häufig treten Veränderungen bezüglich der Erwerbstätigkeit ein. 58% der informellen Pflegepersonen, die zu Beginn der Pflege erwerbstätig sind, schränken sie ein oder geben sie vollständig auf [].
- b) Die Krankheit verändert das gewohnte Bild und den gewohnten Umgang mit dem nahestehenden Partner bzw. Familienmitglied. [] Die unmittelbare und kontinuierliche Konfrontation mit der Krankheitssymptomatik (insbes. bei gemeinsamem Haushalt) ist aufgrund der emotionalen Beziehung oft belastend [].
- c) Hinzu kommt, dass die Regenerationsmöglichkeiten informeller Pflegepersonen oft stark reduziert sind. []
- d) Die vielfältigen Anforderungen der häuslichen Pflege schränken das soziale Leben der informellen Pflegeperson erheblich ein. Ein Mangel an Freizeit [] führt zur Einschränkung oder Aufgabe persönlicher Aktivitäten [] sowie sozialer Unternehmungen und Kontakte []. Diese Entwicklung kann in soziale Isolation und Einsamkeit münden“ (Gräbel 2000, S. 86).

Diese Passage thematisiert das Verhältnis zwischen Sorge und Begehren in einer anderen Konturierung als bei Bracker et. al. Wenn sich pflegende Angehörige für häusliche Pflege entscheiden, also für Sorgearbeit, dann ist damit eigenes Begehren ganz stark beeinträchtigt oder sogar ausgeschlossen. Sie geben in den meisten Fällen die Erwerbstätigkeit auf, sind durch die emotionale Beziehung belastet, können sich nicht regenerieren und sind von sozialer Isolation betroffen. Auch dieser Text zeigt, dass mit der Übernahme häuslicher Pflege in den meisten Fällen keine Balance zwischen Sorge und Begehren möglich ist. Zugleich wird hier aber ein Bild von Pflege beschrieben, das Sorge in den Mittelpunkt stellt. Eine eigenständige Form von Begehren außerhalb der Pflegesituation aufzubauen, ist in dieser Beschreibung ein Ziel des Autors, das von den pflegenden Angehörigen in den meisten Fällen aber nicht zu realisieren ist. Eine Konsequenz ist die soziale Isolation und Einsamkeit, die letztlich der Eigenverantwortlichkeit der Pflegeperson zugeschrieben wird.

Eine Textpassage im vierten Altenbericht vermittelt hingegen ein Bild der Pflegebereitschaft, das Sorge mit Begehren gleichsetzt. Interessanterweise werden hier Bedürfnisse von Männern ausführlich beschrieben:

„Weibliche und männliche Pflegepersonen unterscheiden sich nicht in den Motiven, den (Ehe-)Partner zu pflegen. [] Interessant ist der Gedanke, dass es Männern durch die Übernahme der Pflege ermöglicht wird, den im Berufsleben gegebenen

Mangel an fürsorglichen Elementen auszugleichen – eine Chance, die in Zukunft möglicherweise bewusst von Männern erkannt und wahrgenommen wird. Ein anderes Motiv für die Pflegeübernahme durch Männer ist der Wunsch, etwas wiedergutmachen zu können, indem eine Schuld an der Ehefrau abgetragen wird, die sich ein Leben lang aufgeopfert hat“ (BMfFSFuJ. 2002, S. 194).

Obwohl die größte Gruppe der Pflegenden Frauen sind, werden die Bedürfnisse und Beziehungen von Ehemännern hier besonders hervorgehoben. Männer können demnach ihr Begehren in Pflegebeziehungen zur Ehefrau realisieren. Problematisch ist hier allerdings, dass Frauen als „Opfer“ vorgestellt werden. In dieser Passage ist eine Hierarchisierung zwischen Männern und Frauen enthalten, die Männern nicht nur eigenes Begehren, sondern auch die Entfaltung von Subjektivität in einem Sorgeverhältnis zuspricht, während Frauen eigenes Begehren und ein eigenständiger Subjektstatus aufgrund von Sorgearbeit abgesprochen wird.

Die hohe Bedeutung von weiblichen Pflegepersonen wird hier besonders für Pflegebeziehungen zwischen den Generationen betont:

„Am häufigsten werden Mutter oder Vater, am zweithäufigsten der Partner oder die Partnerin gepflegt. Dabei steht die Pflegekonstellation „Frau pflegt eigene Mutter“ an erster Stelle, gefolgt von „Frau pflegt Ehemann“ und „Frau pflegt Schwiegermutter“ (Fuchs 1998). Während zwei Drittel der männlichen Pflegepersonen die Ehepartnerin pflegen, betreuen weibliche Pflegepersonen zur Hälfte einen Elternteil“ (BMfFSFuJ. 2002, S. 196).

Die Studie zeigt mit den unterschiedlichen Passagen, dass häusliche Pflege ein geschlechtsdifferentes Arbeitsfeld ist. Sorgearbeit wird vorwiegend von Frauen übernommen. Die unterschiedlichen Beziehungskonstellationen zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigen sind dabei zu berücksichtigen. Dabei wird sogar das Problem um Begehrensformen von Pflegepersonen geschlechtsdifferent betont:

„Nur wenigen Pflegenden ist es möglich, sich soweit abzugrenzen, dass sie geduldig, reflektiert, strategisch und mit den eigenen Ressourcen haushaltend im Umgang mit den Hilfebedürftigen reagieren können (Bracker 1990). Studien verweisen hierbei auf geschlechtsspezifische Unterschiede. Möglicherweise praktizieren Männer ein „gesünderes“ Verhalten der Abgrenzung, indem sie einen Rollenwechsel vom „materiel-

len Versorger“ zum „körperlichen Fürsorger“ besser als Frauen vornehmen können“ (BMfFSFuJ. 2002, S. 197-198).

Hier ist zu berücksichtigen, dass pflegende Männer im Ruhestand mit anderen Realitäten und Konflikten konfrontiert sind als pflegende Töchter und Ehefrauen im Ruhestand. Es ist auch zu fragen, weshalb trotz der höheren Rollenkompetenz von Männern nicht mehr Söhne Pflegeaufgaben übernehmen.

Die Texte verdeutlichen weitere Hintergründe und Motive zur Übernahme häuslicher Pflege. Sie zeigen, wie Vorstellungen von Sorge und die Ausrichtung auf die Übernahme häuslicher Pflege Begehrensformen strukturieren und verhindern. Bracker et al. machen darauf aufmerksam, dass normative Erwartungen zur Pflegeübernahme zu extremen gesundheitlichen Situationen bei Pflegenden führen können, also Sorge eigenes Begehren verhindert. Gräbel kommt zwar zu ähnlichen Ergebnissen, doch belässt er die Verantwortung für diese Situation eher bei den Pflegepersonen, anstatt die Situation insgesamt kritisch zu betrachten. Der vierte Altenbericht hingegen zeigt eine Trendwende in der häuslichen Pflege auf, indem die spezifischen Begehrensformen von Männern vorgestellt werden. Damit wird die Polarisierung und Hierarchisierung des Verhältnisses von Sorge und Begehren – zumindest für Männer – aufgehoben. Die Übernahme von Sorge wird demnach nicht mehr primär als Last verstanden, sondern eine Motivation zur Pflege ist demnach mit der Verwirklichung von Begehren zu erklären.

6. These

Häusliche Pflege wird vorwiegend als privater Aufgaben- und Verantwortungsbereich beschrieben. Eine partielle Öffnung soll durch den Einbezug von professionellen Hilfen und bürgerschaftlichem Engagement stattfinden.

Die Untersuchung von Bracker et al. schließt mit sozialpolitischen Schlussfolgerungen. In diesem Sinne ist häusliche Pflege ein politischer und öffentlich auszuhandelnder Verantwortungsbereich. Häusliche Pflege wird danach von privaten Pflegepersonen nur dann weiterhin leistbar sein, wenn umfangreiche sozialpolitische und infrastrukturelle Veränderungen stattfinden. Einige der Forderungen von 1988 wurden durch das Pflegeversicherungsgesetz umgesetzt. Die Erfüllung anderer zentraler Forderungen der Autorinnen steht aber bis heute aus. Die aktuelle Entlohnung von

Pflegepersonen und deren sozialrechtliche Absicherung ist bei weitem nicht ausreichend. Darüber hinaus ist die gesellschaftliche Anerkennung von häuslichen Pflegepersonen auch heute noch nicht gegeben. Die geforderten Angebote für Pflegepersonen sind eher für den Bereich der Pflegeberatung ausgebaut worden. Psychosoziale Entlastungsangebote für Pflegepersonen sind noch keine selbstverständliche, bundesweite Leistung der Pflegekassen oder der Kommunen. Insofern ist häusliche Pflege noch immer ein vorwiegend privater Aufgabenbereich.

Gräbel beschreibt das Verhältnis von privat und öffentlich, indem er der privaten Situation pflegender Angehöriger ein öffentliches Meinungsbild über Pflege gegenüberstellt.

„Trotz dieser einschneidenden Veränderungen wird die häusliche Pflege eines älteren Menschen nicht selten als Selbstverständlichkeit angesehen. Der Ansicht, Altenpflege ist eine Aufgabe der Familie, stimmten zwei Drittel der Ärzteschaft und ein Drittel der deutschen Bevölkerung vorbehaltlos zu (Kunz & Lüschen, 1993). Das soziale Umfeld – Ehepartner, andere Familienmitglieder, Verwandte, Nachbarn oder Dorfgemeinschaft – erwartet viel häufiger von Frauen als von Männern die Bereitschaft, häusliche Pflege zu übernehmen. Dies führt mit dazu, dass in Deutschland 83% der häuslichen Pflegepersonen Frauen sind“ (Gräbel 2000, S. 86).

Das öffentliche Meinungsbild „der Ärzteschaft“ und „der deutschen Bevölkerung“ wird aufgeführt, um die Normalität von Pflegeverantwortung der Familien zu beschreiben. Interessant ist hier, dass die Ärzteschaft und die deutsche Bevölkerung dazu herangezogen werden, eine Grenze und damit einen Gegensatz zwischen Öffentlich und Privat zu etablieren. Pflege wird damit vor allem durch die Ärzteschaft als eine private, familiäre Angelegenheit konnotiert. Aus dieser familialen Angelegenheit wird dann durch Zuschreibungen des sozialen Umfeldes eine weibliche Aufgabe. Hier wird eine doppelte Hierarchisierung in das Feld des Privaten vorgenommen. Ärzte definieren in diesem Text den Ort der Altenpflege als familiales Feld und männliche Verwandte definieren diese Aufgabe dann als weibliche Arbeit.

Auffallend ist hierbei das Verhältnis zwischen der Ärzteschaft und der deutschen Bevölkerung bezogen auf die Selbstverständlichkeit einer Übernahme häuslicher Pflege durch die Familie. Während 66,6% der Ärzteschaft demnach häusliche Pflege befür-

worten, sind nur 33,3% der deutschen Bevölkerung derselben Ansicht. Das heißt, dass nach dieser Untersuchung 66,6% der deutschen Bevölkerung eine grundsätzliche Pflegeübernahme durch die Familie kritisch betrachten oder sogar ablehnen.

Auch im vierten Altenbericht wird die Verantwortung für Pflegebedürftigkeit vorwiegend als private, familiale Aufgabe dargestellt, die durch den Einbezug von weiteren sozialen Netzwerken eine partielle Öffnung erfährt:

„Die entstehende Versorgungslücke wird nicht allein durch professionelle Kräfte ausgefüllt werden können. Es wird vor allem die Förderung von Selbsthilfegruppen und des freiwilligen bürgerschaftlichen Engagements notwendig sein, denn auch freundschaftliche und nachbarschaftliche Hilfen werden allein nicht ausreichen“ (BMfFSFuJ. 2002, S. 193).

Darin wird eine Tendenz deutlich, häusliche Pflege als geteilten Verantwortungsbereich unterschiedlicher Akteure zu verstehen. Sie wird damit in einem Zwischenbereich zwischen „öffentlich und privat“ verortet. Ein Teil von Verantwortungsübernahme können professionelle Pflegekräfte übernehmen, es ist aber kein definiertes Ziel, Familien grundsätzlich von Pflegeaufgaben zu befreien. Die Kombination von familialer Pflege und bürgerschaftlichem Engagement ist die eindeutig angestrebte Versorgungsmöglichkeit der damaligen Bundesregierung; beide werden durch professionelle Hilfen ergänzt. D.h. häusliche Pflege wird in der Tendenz als private Versorgungsleistung mit öffentlichen Unterstützungen konzipiert.

Die Texte problematisieren in einer gleichen Weise das Verhältnis von Öffentlich und Privat, konturieren aber die Ausgangslage und die Konsequenzen unterschiedlich. Während Bracker et al. auf die gesundheitlichen Konsequenzen der Pflege für Frauen hinweisen und deshalb eine Verlagerung der privaten Verantwortung auf öffentliche Institutionen fordern, so zeigt Gräbel öffentliche Erwartungshaltungen an private Pflegesituationen auf. Der vierte Altenbericht enthält darüber hinaus eine zukunftsorientierte Perspektive für den Arbeitsbereich. Durch den Einbezug von professionellen und ehrenamtlichen Mitarbeiter / innen wird eine partielle Öffnung von häuslicher Pflege als öffentlicher Aufgabenbereich vorgenommen.

7. These

Pflegebedürftigkeit wird der individuellen und familialen Verantwortung überlassen. Staatliche Interventionen sind auf flankierende Maßnahmen beschränkt.

Die Untersuchung von Bracker et al. fordert strikte staatliche Interventionen zur Verbesserung von häuslichen Pflegesituationen. Staatliche Rahmenbedingungen werden als zentrales Entlastungsmoment für die häusliche Pflege thematisiert. Neben sozialrechtlichen Absicherungen und Beratungsangeboten für pflegende Frauen liegt in der infrastrukturellen Bereitstellung von entlastenden Betreuungsangeboten ein zentraler Focus der Forderungen. Denn eine freie Entscheidung für oder gegen häusliche Pflege kann nur dann getroffen werden, wenn akzeptable Alternativen der Versorgung von Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen. Die Etablierung solcher infrastrukturellen Pflegeleistungen wird eindeutig als Forderung an den Staat gestellt. Insofern ist diese Untersuchung für die Lösung von Überbelastungen in der häuslichen Pflege wegweisend. Diese Forderungen orientieren sich anhand eines gegenhegemonialen Verständnisses von Verantwortungsbereichen. Nicht das einzelne Individuum oder die betroffene Familie werden hier als zentrale Verantwortungsträgerinnen vorgestellt, sondern hier wird der Staat in seiner Funktion als >Hüterin des Sozialen< konfrontiert.

Gräbel thematisiert das Verhältnis von Staat und Individuum, indem er auf die Kontrollfunktion von „Organen der staatlichen Exekutive“ hinweist. Dabei wird insbesondere die Aufrechterhaltung von sozialen Normen hervorgehoben:

„Wenn informelle Pflegepersonen >Verpflichtung< als Hauptmotiv angeben, sind verschiedene Hintergründe möglich. Neben der moralischen Verpflichtung, die auf die in der Erziehung und im Sozialisationsprozess verinnerlichten Gebote und Verbote zurückzuführen ist, ist an soziale Normen zu denken, die vom sozialen Umfeld (Nachbarschaft, Organe der staatlichen Exekutive etc.) kontrolliert werden“ (Gräbel 2000, S. 87).

Wie weiter oben zitiert wurde, bezieht sich Gräbel bei der >Verpflichtung< insbesondere auf eine Schwiegertochter, die aufgrund des Übergabevertrages eines bäuerlichen Betriebes zur Pflege der Schwiegereltern verpflichtet ist. Im Anschluss daran unterscheidet er nun informelle und formelle Normen. Informelle Normen werden als

>Gebote und Verbote< der Moral übergeordnet währenddessen formelle Normen dem Sozialen und dem Staat zugeordnet werden. Da die >Erziehung< sowie der >Sozialisationsprozeß< in unserem Kulturkreis vorwiegend von Frauen begleitet wird, etabliert Gräbel an dieser Stelle eine bipolare Diskussionslinie, indem informelle Normen und Moral mit Weiblichkeit in Verbindung gebracht werden während formelle Normen mit dem Sozialen und dem Staat sowie mit Männlichkeit verbunden werden. Problematisch ist dabei nicht nur, dass eine Zuordnung von Weiblichkeit zum Ort der Erziehung stattfindet, sondern auch durch moralisch legitime Gebote und Verbote häusliche Pflege eingeschränkt werden kann. Im Gegensatz dazu wird dem Sozialen und dem Staat eine uneingeschränkte Möglichkeit zur Etablierung, Wahrung und Kontrolle formeller >männlicher< Normen zugewiesen. Obwohl Gräbel >Verpflichtung< und Fremdbestimmung kritisch betrachtet, umschreibt er mit dieser Trennung und impliziten Zuteilung eine individuell, weiblich konnotierte Verantwortung für Überbelastungen und dethematisiert zugleich männliche Dominanz in der häuslichen Pflege.

Es scheint als ob ein rechtsstaatlicher Anspruch auf häusliche Pflege durch die Familie besteht. Insgesamt vermischen sich dabei moralische Aspekte mit Bildern über das Soziale, den Staat sowie mit Weiblichkeit und Männlichkeit. Auch wenn Gräbel selbst Pflege aus Verpflichtung kritisch beschreibt, so wird dennoch das Ideal von familialer häuslicher Pflege apostrophiert. Häusliche Pflege wird für die Pflegebedürftigen als höchste Form gelebter Individualität bewertet. Damit wird aber eine individuelle Entscheidung von Pflegepersonen zur Übernahme oder Ablehnung häuslicher Pflege verwehrt. Durch familiale und gesellschaftliche Strukturen scheint es fast selbstverständlich zu sein, eine Pflegeperson aus der Familie zu finden. Der Anteil von alten Menschen, die alleine leben und keine Ehepartner bzw. Kinder haben, wird damit ignoriert.

Die Alternative einer Pflege im Altenpflegeheim wird nicht als gleichwertige Form der Versorgung von Pflegebedürftigen skizziert, sondern insgesamt negativ konnotiert. Positive Effekte der stationären Versorgung, wie die Entlastung von Pflegepersonen und ein hoher Pflegestandard, werden nicht beschrieben. D.h. die Individualität von Pflegepersonen und deren freie Entscheidungsmöglichkeit für oder gegen häusliche Pflege werden damit theoretisch marginalisiert. Es findet eine Hierarchisierung und

Normierung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zugunsten der ambulanten, familialen Pflege statt.

Darüber hinaus fordert der vierte Altenbericht als sozialpolitisches Ziel, eine weiterwirkende Versorgung durch den familialen Kontext zu unterstützen:

„Familiale Pflege auch für die Zukunft zu erhalten und in jedem möglichen Umfang zu unterstützen, ist daher erstes Gebot“ (BMfFSFuJ. 2002, S. 193).

In dieser Darstellung ist der Staat für Rahmenbedingungen häuslicher Pflege verantwortlich, die Arbeitsleistungen sollen aber von der Familie und anderen Netzwerken erbracht werden. Problematisch ist daran, dass durch staatliche Regulationsmechanismen spezifische Formen von Individualität verwehrt werden. Denn in der Norm und dem >Zwang< zur familiären Pflege werden individuelle Entfaltungsmöglichkeiten von potentiellen Pflegepersonen eingeschränkt. Zugleich werden damit Begehrensformen von Pflegepersonen und Pflegebedürftigen normiert, kontrolliert und diszipliniert.

Es konnte gezeigt werden, dass Bracker et al. dringende Hilfeleistungen und Unterstützungen durch den Staat fordern, während Gräbel die Kontrollfunktion des Staates für den Pflegebereich aufzeigt. Bracker et al. focussieren damit auf die Situation individueller Pflegepersonen, wohingegen Gräbel den Staat in seinen disziplinarischen Funktionen vorstellt. Der vierte Altenbericht hingegen zielt auf das Verhältnis und auf gegenseitige Bedingungsfaktoren von Individuen und Staat.

3.1.3 Worin bestehen die Belastungen? – Empirische Ergebnisse –

Die Belastungssituation von pflegenden Angehörigen wurde in den letzten 20 Jahren in einer Fülle von Untersuchungen dargestellt. So z.B. von Hedtke-Becker & Schmidtke 1985, Bracker et al. 1988, Gunzelmann 1991, Lamprecht & Bracker 1992, Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993, Kruse 1994, BMfFSFuJ. 1995a, Fischer 1995, Schütze 1995, Adler et al. 1996, Schneekloth / Potthoff 1993, Becker 1997, Rosenkranz & Schneider 1997, Dinkel et al. 1997, Fuchs 1998, Gräbel 1998, Bogner & Pichartz 1998, Beck 1998, Halsig 1998, Gräbel 2000, Schneekloth / Müller 2000. Der vierte Altenbericht (BMfFSFuJ. 2002) bietet in Form einer Sekundäranalyse eine kompakte Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse und wird deshalb als Basistext zur näheren Betrachtung der Situation pflegender Angehöriger herangezogen.

Die Belastungsqualität von pflegenden Angehörigen wird im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als sehr hoch beschrieben. Die Auswirkungen der Pflege zeitigen für ältere Frauen höhere gesundheitliche Beeinträchtigungen als für jüngere Frauen. Insgesamt führt die häusliche Pflege allgemein zu auffälligen gesundheitlichen Belastungen:

„Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung haben pflegende Angehörige auffällig mehr oder ausgeprägtere körperliche Beschwerden (Gräbel 1998a). Drei Viertel aller pflegenden Frauen ist an mindestens einer Krankheit erkrankt. Dabei handelt es sich häufig um Rückenschmerzen / Bandscheibenschäden, Schilddrüsenerkrankung und Osteoporose. Etwa 40 Prozent aller Pflegenden leidet an Krankheiten des Herz-/Kreislauf- und des Muskel-/Skelettsystems. Besonders ausgeprägt sind Symptome allgemeiner Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden (Adler, C. et al. 1996; Gräbel 1998)“ (BMfFSFuJ. 2002, S. 198-199).

Über diese Symptome hinaus werden allgemeine psychosomatische Beschwerden beschrieben wie z.B. Schlafstörungen, Nervosität, Kopfschmerzen und depressive Verstimmungen (vgl. ebd., S. 199).

Unterschiede werden zwischen pflegenden Ehepartner/innen und Familienmitgliedern in der intergenerativen Pflege deutlich. Vor allem Ehepartner/innen leiden unter depressiven Störungen, Erschöpfungszuständen und Gliederschmerzen (vgl. ebd., S.

198). Im Unterschied zu Pflegepersonen der intergenerativen Linie sind bei Ehepartnerinnen und Ehepartnern die Symptome

„Traurigkeit, Pessimismus, Unzufriedenheit, Reizbarkeit, Entschlussunfähigkeit sowie Schlafstörungen in einem mit depressiven Psychatriepatientinnen und –patienten vergleichbaren Ausmaß vorhanden (Adler, C. et. al. 1996)“ (BMfFSFu.J 2002, S. 199).

Obwohl pflegende Ehefrauen einem vergleichbaren Stressniveau ausgesetzt sind wie pflegende Ehemänner, ist bei den Frauen das Krankheitserleben stärker. Häusliche Pflege ist durch körperlich schwere Pflegeaufgaben für 75 Prozent der Ehefrauen über dem 60. Lebensjahr ein Problembereich.

„Dabei bestehen häufig eigene manifeste gesundheitliche Beschwerden, vor allem Schmerzen, sowie Sorgen um zukünftige Verschlechterung der eigenen Gesundheit verbunden mit der Befürchtung, den Ehemann dann nicht mehr versorgen zu können []. Ehefrauen werden daher auch als „hidden patients“ (verborgene Patientinnen) bezeichnet, die soziale Isolation, ökonomische Belastungen und Rollenüberlastungen erleben und insbesondere darunter leiden, dass der Ehemann nicht mehr als Partner zur Verfügung steht, wie dies in den Jahren der Ehe vor der Erkrankung der Fall war (Becker, R. 1997)“ (BMfFSFu.J 2002, S. 199).

Die Analyse ergibt, dass Unterschiede innerhalb der Gruppe weiblicher Pflegepersonen und zwischen weiblichen und männlichen Pflegepersonen in den Untersuchungen erkennbar werden. Eine explizite Analyse betreffend Geschlecht in der häuslichen Pflege liegt allerdings nur in wenigen Untersuchungen vor.

„Frauen fühlen sich stärker belastet als Männer. Ausdruck dafür sind ein höherer Grad an körperlicher Erschöpfung, ausgeprägtere Rollenkonflikte und ein verändertes Selbstempfinden (Gräbel 1998a). Männer wahren einen größeren inneren Abstand, sie sind weniger durch soziale Werte zur Pflege verpflichtet, setzen ihre Belastungsgrenzen früher, leisten deswegen seltener Schwerstpflege und fällen schneller die Entscheidung für eine Heimunterbringung“ (BMfFSFu.J 2002, S. 198)

Insgesamt ist zu beobachten, dass die Darstellungen männliche Praxen der Motivation zu Pflegeübernahme und Pflegebewältigung privilegieren. Zwar wird die immense Bedeutung von pflegenden Frauen herausgestellt, das Bild von Pflege durch Frauen wird allerdings defizitorientiert konnotiert. In dieser Vorstellung sind Frauen nicht im

Stände, konkurrierende Erwartungshaltungen zu lösen und deutliche Grenzen zu setzen. Vor allem sind sie nicht in der Lage, in Pflegesituationen gesundheitlich stabil zu bleiben. In den Untersuchungen zur Belastungssituation findet eine Feminisierung des Arbeitsfeldes der häuslichen Pflege statt, indem geleistete Arbeit von Frauen als pathologisch aufgefasst wird und männliche Praxen der Pflegeübernahme und -bewältigung idealisiert werden.

Die Bedeutung der Kategorie Sexualität nimmt in diesem Zusammenhang eine besondere Stellung ein. Ehefrauen nehmen in diesem Bild den Status eines Objektes ein, das der Hilfe durch den Ehemann bedarf, um sich vor Überforderung zu schützen. Unabhängig wie alt Ehefrauen sind, es wird von ihnen erwartet und sie erwarten es auch von sich selbst, dass sie trotz immenser körperlicher Beschwerden häusliche Pfl egetätigkeiten übernehmen.

Der so genannten „Sandwichgeneration“ kommt in Pflegesituationen eine besondere Bedeutung zu. Sie müssen nicht nur häusliche Pflege von alten Familienangehörigen übernehmen, sondern sich gleichzeitig um ihre Kinder und Enkelkinder kümmern (vgl. BMfFSFu.J 2002, S. 198). Wie Schneekloth und Wahl beschreiben sind 2002 16% der Hauptpflegepersonen unter 45 Jahre und 21% zwischen 45 und 54 Jahre alt. Für diesen Personenkreis ist das Thema der Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Pflege tendenziell ein Problemfeld und damit auch eine Belastungsquelle. Parallel dazu stellen Bracker et al. für pflegende Töchter fest:

„Bei näherer Betrachtung der Untersuchungsgruppe ist auffällig, dass die heute pflegenden Töchter in eklatanter Weise eine Pufferfunktion im Spannungsfeld der Wertekonflikte zwischen der älteren und jüngeren Generation einnehmen. Die sich immer rasanter vollziehenden gesellschaftlichen Differenzierungs- und Veränderungsprozesse aufgrund des technischen Wandels mit den brüchig werdenden und sich verändernden Normen scheinen sich in den Pflegenden kumulativ zu reproduzieren und in ihnen belastend zu wirken. Die von ihnen auszuhaltenden Antagonismen zeigen sich in aller Schärfe darin, dass sie gegenüber ihrer Elterngeneration einerseits überwiegend die Normen der häuslichen Pflegeverpflichtungen einlösen, andererseits aus Angst ihr eigenes Alter verdrängen [], selbst nicht so alt werden wollen [], eine lebensverlängernde Medizin ablehnen [] oder für später sogar an Selbstmord denken []. Die Mehrzahl aller Pflegenden möchte nie von ihren Kindern gepflegt werden, da sie ihnen dies nicht zumuten wollen []. Diese Einstellung wird auch von Frauen mit

einer sehr großen Pflegebereitschaft [] geäußert. Diese Äußerungen sind Spiegelbild ihres eigenen Belastungsempfindens. Auch würden viele Frauen die Pflege in der heutigen Form nicht nochmals auf sich nehmen []. Die heute Pflegenden sind gezwungen, während sie Normen im eigenen Pflegehandeln gegenüber den Eltern erfüllen, diese gleichzeitig zu korrigieren und ihre eigene Erwartungshaltung für ihr Alter zu verändern; hier treten die belastenden Widersprüche besonders markant hervor“ (Bracker et al. 1988, S. 153).

Die Bedeutung der Kategorie Alter und Generation wird hier für die Beschreibung von Belastungen in der Pflege besonders deutlich.

Die Ergebnisse der Studien, die höhere Belastungsqualitäten bei Frauen feststellen, zeigen auch, dass Frauen ihre Belastungsgrenzen weniger deutlich wahrnehmen als Männer. Sie weisen darauf hin, dass Frauen weniger instrumentelle Hilfe in Anspruch nehmen als Männer und stellen einen deutlich höheren Psychopharmakakonsum bei pflegenden Frauen fest. Das deutet auf die Notwendigkeit hin, häusliche Pflege unter einem geschlechtsdifferenten Blick zu thematisieren, zu analysieren und zu diskutieren.

„Fest zu stehen scheint, dass aufgrund ihres höheren Alters die physischen Ressourcen alter pflegender Ehepartnerinnen oft geringer sind. Die Pflege kann bei ihnen mit der Gefahr einer Zunahme bestehender Behinderungen und Krankheitssymptome verbunden sein (Kruse 1994). Der Medikamentenkonsum pflegender Angehöriger erhöht sich mit Beginn der Pflegesituation (Gunzelmann 1991; Adler, C. et. al. 1996). Dazu zählen vorwiegend Schlafmittel (28 Prozent), Beruhigungsmittel (40 Prozent) und Schmerzmittel (30 Prozent). Zwei Drittel aller pflegenden Frauen nehmen somatotrophe Medikamente; zudem greifen Frauen häufiger zu Psychopharmaka als Männer (Gräbel 1998a)“ (BMfFSFu.J 2002, S. 199).

Belastungsmomente in der häuslichen Pflege von Angehörigen entstehen u.a. durch ein Konglomerat von individuellen, familialen und gesellschaftlichen Norm- und Moralvorstellungen. Geschlechtsdifferente Erwartungshaltungen werden an Frauen und Männer herangetragen, und diese Erwartungshaltungen und Pflegerealitäten werden dann geschlechtsspezifisch verarbeitet und bewältigt. Während die Übernahme von häuslicher Pflege durch einen Ehemann oder in wenigen Fällen durch einen Sohn durch das Umfeld positiv aufgefasst wird und damit eine hohe Anerkennung der Pflegeaufgaben stattfindet, ist die Pflege durch eine Ehefrau oder durch eine Tochter eine Selbstverständlichkeit. Hier werden spezifische Moralvorstellungen von Pflege

mit Bildern über Frauen und Männer verknüpft, die dann spezifische Problemlagen erzeugen.

In den empirischen Ergebnissen wird deutlich, dass Frauen als pflegende Subjekte kaum existieren. In Pflegebeziehungen, in denen Frauen die häusliche Pflege leisten, ist der/die Pflegebedürftige der Mittelpunkt der Beziehung. Eine reziproke Beziehungsgestaltung ist aufgrund von Erwartungshaltungen an Pflege in den meisten Fällen nicht zu realisieren. Für Männer ergibt sich in den Untersuchungen ein ganz anderes Bild. Hier wird behauptet, dass sie gerade durch die Pflegesituation eine Form bisher nicht gelebter Subjektivität ausleben können. Das Verhältnis zur / zum Gepflegten wird bei pflegenden Männern eher als gleichberechtigt beschrieben.

Zusätzlich bestehen die Belastungen in der häuslichen Pflege in einem Missverhältnis zwischen Verantwortung und Autonomie. Die Ansprüche einer häuslichen Pflegesituation sind oftmals sehr hoch, so dass pflegende Angehörige in einem besonderen Maße gefordert sind. Im vierten Altenbericht werden Belastungsquellen wie folgt zusammengefasst:

„[S]tändiges Angebundensein; es verlernt haben, abzuschalten; der Gedanke, dass es keine Veränderung zum Besseren gibt; das erlebte Leiden der Angehörigen und die Angst, sie bald zu verlieren; Demenz und Verwirrtheit der Pflegebedürftigen, die die Beziehung verändern; die Nähe zu Tod und Sterben; die verhinderte eigene Selbstverwirklichung und die Veränderung der eigenen Lebensplanung; Schwierigkeiten, Urlaub nehmen zu können; die eigene körperlich-seelische Befindlichkeit; die gestörte Nachtruhe; der Mangel an Kontakten zu Freunden und Bekannten und die daraus erwachsende Isolation; fehlende Anerkennung sowie Beziehungsprobleme zwischen Pflegenden und Gepflegten“ (BMfFSFu.J 2002, S. 198).

Eine Untersuchung beschreibt sogar, dass insbesondere ältere Frauen mehreren Personen gleichzeitig Unterstützung gewähren. Diese Form der Hilfeleistung wird als „Hucke-Pack-Pflege“ bezeichnet, in der die Frauen durch die Pflege und eigene gesundheitliche Einschränkungen besonders belastet sind (vgl. Beck 1998).

Der Mangel, eigene Lebenspläne zu verwirklichen, Zeit eigenständig einzuteilen und eigene Interessen zu pflegen, kurz ein Mangel an Autonomie in der häuslichen Pflege, wird als zentraler Aspekt im Belastungserleben beschrieben:

„Der Grad der Belastungen durch die Übernahme häuslicher Pflege ist hoch. Vor allem schlagen sich psychische Belastungen durch die Pflegesituation im Erleben der Hauptpflegepersonen negativ nieder. Diese leiden am häufigsten unter dem ständigen Angebundensein, unter Einschränkungen des persönlichen Engagements in anderen Lebensbereichen, unter eigenen gesundheitlichen Belastungen, unter negativen Auswirkungen auf das übrige Familienleben, unter der unausweichlichen Konfrontation mit dem Alter und unter finanziellen Belastungen“ (BMfFSFu.J. 2002, S. 198).

Das Fehlen von Altenpflegeeinrichtungen, ein negatives Bild von institutioneller Pflege gemischt mit idealisierten Vorstellungen von häuslicher Pflege sowie mangelnde ökonomische Ressourcen können in Zusammenhang mit hohen Erwartungshaltungen des Umfeldes dazu führen, dass eine Entscheidung für häusliche Pflege relativ unreflektiert stattfindet bzw. eine autonome Entscheidung verhindert wird. Diese Aspekte können bei Pflegepersonen zu einer hohen Belastungsqualität führen.

Die Sorgearbeit in einer Pflegesituation führt zu immensen körperlichen und psychischen Belastungen. Eigene Wünsche und Bedürfnisse geraten damit in den Hintergrund und verhindern damit die Entfaltung des Begehrens von Pflegepersonen. Interessant ist der Hinweis, dass Frauen und Männer andere Bewältigungsstile im Umgang mit Belastungen aufweisen.

Die Vorstellung von Sorgearbeit deutet bei Frauen auf ein anderes Verständnis von Pflege und auf ein anderes Verständnis von Belastungsgrenzen als bei Männern. Frauen definieren ihre Belastbarkeit bis an die Grenze ihres körperlichen und psychischen Potentials.

Aufgrund eines anderen Verständnisses von Belastungsgrenzen kann ein Ehemann eine Warnfunktion für seine Ehefrau darstellen, die in der häuslichen Pflege eines Elternteils am Rande ihrer Belastungsgrenzen Sorgearbeit leistet. Ein Ehemann kann damit einer Überforderung der Frau in der Pflege ein Veto entgegen setzen und so-

mit einer schützenden Funktion in der Pflegesituation übernehmen (vgl. BMfFSFuJ. 2002, S. 200).

In den Untersuchungen zur Belastungsforschung über pflegende Angehörige ist das Missverhältnis von Sorge und Begehren ein zentrales Thema. Eigene Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen und auszuleben scheint in der Sorgearbeit um einen Pflegebedürftigen nur überaus schwer realisierbar zu sein. Insbesondere ist die mangelnde Fähigkeit, eigene Belastungsgrenzen wahrzunehmen und deutliche Grenzen zu setzen, ein spezifisch weibliches Problem. Hier ist anzunehmen, dass Frauen nicht nur mit spezifischen Erwartungshaltungen zur Pflege konfrontiert sind, sondern andere Vorstellungen über Bilder von Pflege und Bilder von Frauen haben. Ein Aspekt kann auch eine geschlechtsspezifische Wahrnehmungssensibilität gegenüber den Bedürfnissen von Pflegebedürftigen sein.

Barusch und Spaid (1989) erklären die höhere Belastung von Frauen anhand von vier Variablen: das Alter der Pflegepersonen, die Art der Pflege eines Angehörigen, die formelle und informelle Unterstützung sowie unterschiedliche Bewältigungsstrategien (vgl. Barusch / Spaid 1989, S. 674). Sie kommen zum Ergebnis, dass Frauen im Vergleich zu Männern in jüngeren Jahren Pflegeleistungen erbringen, dass Frauen Bedürfnisse von Pflegebedürftigen differenzierter wahrnehmen, sie weniger formelle und informelle Unterstützung erhalten, mit negativeren sozialen Kontakten konfrontiert sind und über weniger effektive Bewältigungsstrategien verfügen als Männer (vgl. Barusch / Spaid 1989, S. 674-675).

Zusätzlich findet in der Begrenzung auf die Privatsphäre eine soziale Isolation von Pflegepersonen statt, indem die Pflege oftmals Aktivitäten in der Öffentlichkeit verhindert. Eine gesellschaftliche Einbindung in Bereiche über die Privatsphäre hinaus, z.B. eine Erwerbstätigkeit, wird in den Untersuchungen als ambivalent bewertet. Einerseits können durch die zusätzlichen Anforderungen einer Erwerbstätigkeit die Belastungen steigen, andererseits kann eine Erwerbstätigkeit aber auch entlastende Funktionen parallel zur Pflege haben. Zusätzliche Anerkennung, soziale Kontakte, Selbstbestätigung, Ablenkung von den häuslichen Sorgen, Erhöhung des Selbstwertgefühls, berufliche Kompetenz, das Gefühl, die eigene Situation kontrollieren zu können, sowie eine Erhöhung des Familieneinkommens, mit dem entlastende Diens-

te bezahlt werden können, sind positive Momente einer Erwerbstätigkeit (vgl. BMfFSFu.J. 2002, S. 200). Die Aufgabe einer Erwerbstätigkeit ist mit der Aufgabe vielfacher Entlastungsmomente verbunden und kann eine zusätzliche Belastung für eine Pflegeperson darstellen.

Kontakte zu Nachbar/innen, zu Verwandten oder Freund/innen werden in einer Pflegesituation unter besondere Belastungen gestellt. Kontaktabbrüche können eine Belastungsquelle für pflegende Angehörige sein. Das Gefühl, im Stich gelassen zu werden, das Gefühl, sich für den/die Pflegebedürftige/n schämen zu müssen und der immense psychische Druck, den Angehörige erleben, stellen besondere Qualitäten in Beziehungen zur Außenwelt dar.

Bei der Analyse von Belastungsquellen ist es auch notwendig, die Erwartungen aus dem öffentlichen Bereich, sei es aus Gesellschaft, Wissenschaft, Politik oder Recht, zu betrachten. Während einerseits Werbekampagnen idealisierte Vorstellungen von Familie und häuslicher Pflege propagieren, werden andererseits mit dramatisierenden Berichterstattungen über institutionelle Pflege spezifische Handlungsperspektiven für den häuslichen Pflegebereich verschlossen. Aus dem Bereich des Rechts zeigt sich ein hoher Erwartungsdruck gegenüber häuslicher Pflege durch das Leitbild „ambulant vor stationär“ des Pflegeversicherungsgesetzes, das im dritten Teil der Analyse umfangreich untersucht wird.

Darüber hinaus können innerhalb der Belastungsforschung zwei Diskussionsrichtungen in Bezug auf das Verhältnis von Staat und Individuum unterschieden werden. Eine Argumentationsrichtung betrachtet häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen auch für die Zukunft als basales Aufgabenfeld der Familie. Die für die Zukunft prognostizierte Versorgungslücke in der häuslichen Pflege soll in dieser Argumentationslinie durch Selbsthilfegruppen und bürgerschaftliches Engagement geschlossen werden. Eine Verantwortungsübernahme für Pflegeaufgaben als staatliche Aufgabe wird hier nur marginal diskutiert. Staatliche Rahmenbedingungen gewähren in dieser Sicht lediglich eine Minimalversorgung durch Leistungen des Pflegeversicherungsgesetzes. Mit diesen hohen Anforderungen an Pflegepersonen, ehrenamtliche Mitarbeiter/innen und Pflegebedürftige kann die hohe Belastungsqualität in der häuslichen

Pflege nicht gesenkt werden, sondern durch steigende Erwartungshaltungen ist im Gegenteil eine Zunahme der Belastung wahrscheinlich.

Die andere Argumentationsrichtung fordert hohe staatliche Versorgungsangebote für Pflegebedürftige. Familiäre Pflege erhält in dieser Sichtweise eine höhere gesellschaftliche Anerkennung, die in Form einer hohen Entlohnung und sozialrechtlichen Absicherung von Pflegepersonen deutlich wird. Diese Position ermöglicht eine paritätische Entscheidung für oder gegen häusliche Pflege, indem genügend stationäre Einrichtungen zur Betreuung von Pflegebedürftigen bereitgestellt werden. Diese Diskussionslinie wird durch die Selbstverständlichkeit von Einsparungen im Gesundheitsbereich zunehmend marginalisiert.

Die prekäre Belastungssituation von pflegenden Angehörigen ist im wissenschaftlichen und politischen Bereich seit 20 Jahren bekannt. Mit den Forderungen und der Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes sollte dieser Situation entgegen gewirkt werden. Wie die Untersuchungen von Schneekloth & Müller (2000) und Schneekloth & Wahl (2005) zeigen, ist das Belastungsausmaß von pflegenden Angehörigen auch nach Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes nicht signifikant gesunken. Eine umfangreiche Information für pflegende Angehörige über die gesundheitsbeeinträchtigenden Gefahren häuslicher Pflege steht von staatlicher Seite aus. Hier sind die Kommunen, die Pflegekassen und die Landes- bzw. Bundesregierungen gefordert, intensive öffentliche Präventionsarbeit zu leisten. Politische Institutionen haben in den vergangenen zwei Dekaden wissenschaftliche Ergebnisse kaum in politisches Handeln umgesetzt und damit insbesondere Frauen in prekäre physische und psychische Situationen gebracht.

Die Ergebnisse der Belastungsforschung sind sehr vielschichtig und unübersichtlich. Es gibt sehr unterschiedliche Methoden und Herangehensweisen, die Belastungsqualität und die Quellen der Belastung von Pflegepersonen zu untersuchen und aufzuzeigen. Es ist auffallend, dass die Untersuchungsperspektive vornehmlich individuelle und familiäre Situationen fokussiert. Obwohl seit langem bekannt ist, dass sogenannte >Umweltvariablen< oder das >soziale Umfeld< einen bedeutenden Beitrag der Belastungsqualität bei Pflegepersonen verursachen, sind die Untersuchungsdesigns vorwiegend an den pflegenden Individuen oder den Beziehungen zu den Pfl-

gebedürftigen orientiert. Problematisch ist dabei nicht nur, dass standardisierte Pflegeidentitäten aufgebaut werden, die dann untereinander verglichen werden und Aussagen über vergleichbare Belastungsgrenzen zulassen und damit Pflegepersonen in ein hierarchisches Verhältnis untereinander setzen, sondern damit werden zentrale kulturelle, gesellschaftliche, politische, rechtliche und wissenschaftliche Aspekte, die einen erheblichen Anteil bei der Entstehung von Belastung haben, dethematisiert. Mit dieser Individuen orientierten Sichtweise verschließt die Belastungsforschung interessante Möglichkeiten Belastung von Pflegepersonen zu erklären und innovative Lösungsvorschläge anzubieten. Die Repräsentation häuslicher Pflege findet vorwiegend in Form von >überbelasteten Frauen< statt, die sich nicht im Stande fühlen standardisierte Anforderungen normgemäß zu erfüllen und die im Grunde von den >Männern richtige Bewältigungsstrategien< lernen können. Obwohl fast gebetsmühlenartig betont wird, dass Frauen mit anderen Erwartungshaltungen und anderen moralischen Standards konfrontiert werden als Männer, findet nur selten eine genauere Thematisierung dieser Variablen statt. Es bleibt dabei völlig unklar, um welche Erwartungshaltungen und um welche Moral es sich bei der Pflege handelt. Unklar bleibt dabei vor allem, ob >Frauen< diesen Erwartungshaltungen und dieser Moral überhaupt gerecht werden wollen. Es scheint als existiert hier ein erhebliches Tabufeld, dass auch die Belastungsforschung in einem erheblichen Maße ergriffen hat. Es scheint auch als liegt den Untersuchungen eher die Frage zugrunde: „Was macht pflegende Angehörige krank?“ als die weitaus interessantere Frage: „Was brauchen pflegende Angehörige damit es Ihnen gut geht?“ Diese beiden Fragen beschreiben völlig unterschiedliche Perspektiven. Während sich die erste Frage vorwiegend mit der Situationsbeschreibung und einer Ursachen- und Schuldfrage beschäftigt, ermöglicht die zweite Frage eine Lösungsperspektive. Das Problem dabei ist allerdings, dass damit erhebliche Anforderungen an die Forschung gestellt werden. Denn die zweite Frage würde pflegende Angehörige in den Mittelpunkt der Forschung stellen, sie würde Subjektpositionen erfragen und sie müsste sich mit deren unterschiedlichsten Denk, Gefühls und Handlungsweisen beschäftigen. Vor allem müsste sie sich dann aber auch speziell mit Begehrensformen und Begehrensrelationen von Frauen beschäftigen. Und das ist im hegemonialen Pflegediskurs anscheinend nicht möglich.

3.1.4 Welche Konsequenzen hat der Generationen– und Geschlechterwandel für häusliche Pflegesituationen?

In der Forschungsliteratur und in sozialstaatlichen Debatten wird vielfach auf einen demographischen Wandel im Hinblick auf die zukünftige gesellschaftliche Entwicklung und damit dessen Bedeutung für Pflege hingewiesen. Es wird die These vertreten, dass einer großen Anzahl alter Menschen eine sinkende Anzahl jüngerer Menschen gegenübersteht. In den Printmedien wird das damit verbundene Generationenverhältnis zwischen jung und alt als „Krieg der Generationen“, als „kinderlose Gesellschaft“, als „Überalterung“ etc. dramatisiert. Die aktuelle Ausgangslage zwischen den Generationen wird im Gegensatz dazu folgendermaßen charakterisiert:

„Auffallend ist die nach wie vor überragend große Bedeutung von (Ehe-)Partnern und Kindern, wobei die Kinder mit zunehmendem Alter eine immer wichtigere Rolle einnehmen. Bemerkenswert ist auch, dass der Rückgang der durchschnittlichen Kinderzahl bislang noch nicht zu einem abnehmenden Hilfpotential geführt hat. Vielmehr können 70- bis unter 85-Jährige mit nur einem Kind mit ebenso großer Unterstützung rechnen wie Angehörige dieser Altersgruppe mit zwei Kindern. Solche alterssoziologischen Befunde stimmen sehr gut mit den Ergebnissen von Studien über familiäre Pflegepotentiale überein. So leben von den Pflegebedürftigen außerhalb stationärer Einrichtungen 85% mit engen Angehörigen zusammen im gleichen Haushalt, in der gleichen Wohnung bzw. im gleichen Haus und können mit einer Wahrscheinlichkeit von teilweise weit über 90% mit der regelmäßigen Hilfe aus diesem Personenkreis rechnen. Selbst bei solchen Pflegebedürftigen, die lediglich über Angehörige im Nahbereich verfügen, liegt die Unterstützungswahrscheinlichkeit noch bei rund 60%. Gegenwärtig gibt es also sowohl von der objektiven Wohnsituation als auch von den tatsächlichen Beziehungsmustern her keine Anzeichen, die auf eine Destabilisierung der familialen Unterstützungsnetzwerke hindeuten würden“ (Deutscher Bundestag 2002, S. 239).

In der wissenschaftlichen Diskussion wird parallel zum demographischen Wandel auch ein Wandel in den Geschlechterbeziehungen thematisiert. Die Frage, wie sich häusliche Pflegesituationen wandeln, wird oftmals mit der These verbunden, dass für die zukünftige Entwicklung mit einer Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit zu rechnen ist und deshalb Pflegebereitschaften in der Bevölkerung tendenziell sinken.

In der Forschungsliteratur lassen sich vier Konzepte zum Begriff Generation unterscheiden:

- „als Kategorie zur Unterscheidung von Abstammungsfolgen in Familien (genealogischer bzw. familial-verwandtschaftlicher Generationenbegriff);
- als pädagogisch-anthropologische Grundkategorie von Lern- und Erziehungsprozessen (pädagogischer Generationenbegriff), wobei in modernen Gesellschaften auch ältere Menschen der „lernenden Generation“ angehören [];
- zur Unterscheidung historischer und/oder sozialer Gruppierungen mit gemeinsamem sozio-historischem Hintergrund (historisch-soziale Generationen), in Anlehnung an Karl Mannheim []. Lüscher [] unterscheidet diesbezüglich noch zwischen Geschichtsgenerationen, wenn es um historische Zusammenhänge geht, und Gesellschaftsgenerationen, wenn es sich um aktuell bestehende Gruppierungen handelt;
- zur Diskussion wohlfahrtsstaatlicher Verteilungsprozesse zwischen Altersgruppen und/oder Geburtskohorten, namentlich bei der Altersvorsorge (Stichwort: Generationenvertrag) (Wohlfahrtsgenerationen)“ (Höpflinger 2002, S.330 veränderte Hervorhebung: R.B.).

Marc Szydlik beschreibt anhand von Erbschaften Differenzen zwischen Generationen, sozialen Schichten, Geschlechtern und Ost-West-Bürger/innen. Er kommt zu dem Ergebnis, dass die soziale Ungleichheit durch Erbschaften für die Zukunft zunehmen wird. Nachfolgende Generationen, die selbst sozial privilegiert sind, werden zunehmend höhere Erbschaften machen als solche aus sozial unterprivilegierten Familien. Die erbschaftsbedingte Ungleichheit zwischen Frauen und Männern wird in der Zukunft nur noch geringe Unterschiede aufweisen. Hingegen wird die Ungleichheit zwischen ost- und westdeutschen Bürger/innen in der nächsten Zeit durch Erbschaften vergrößert (vgl. Szydlik 1999).

Der Generationenwandel ist in Bezug auf zukünftige Pflegesituationen auch unter den Variablen kultureller und sozialer Herkunft zu betrachten. Wie gezeigt wird, besteht in verschiedenen kulturellen Kontexten eine unterschiedliche Vorstellung über die Selbstverständlichkeit familialer Pflege bzw. sind die Hemmschwellen des Einbezugs von professioneller ambulanter und stationärer Betreuung für unterschiedliche kulturelle Kontexte verschieden hoch. Schnepf zeigt diese Differenzen z.B. anhand von russlanddeutschen Familien auf (vgl. Schnepf 2002).

Die Kasseler Pflegestudie zeigt darüber hinaus Differenzen der Pflegebereitschaften zu häuslicher Pflege im Stadt-Land Vergleich auf. Es wird ein „Urbanisierungseffekt“ bezüglich Pflegebereitschaften skizziert. D. h. Bürger/innen in städtischen Kontexten sind weniger zur Übernahme häuslicher Pflege bereit als Bürger/innen, die auf dem Land leben. Zudem werden in der Studie Differenzen zwischen unterschiedlichen Lebensausrichtungen skizziert. Das Ergebnis beschreibt Unterschiede zwischen modernen und vormodernen Lebensvorstellungen, die sich unmittelbar auf die Pflegebereitschaft auswirken. Bürger/innen mit modernen Lebensvorstellungen sind demnach weniger zur häuslichen Pflege bereit als solche mit vormodernen Vorstellungen. Für die zukünftige gesellschaftliche Entwicklung wird eine Zunahme von modernen Lebensausrichtungen prognostiziert, so dass insgesamt eine Abnahme von Pflegebereitschaften in der Bevölkerung stattfindet (vgl. Blinkert / Klie 2004).

Die Auswirkungen des Generationenwandels sind für häusliche Pflegesituationen auch unter dem Aspekt von (Vor)Kriegserlebnissen der Pflegebedürftigen zu differenzieren. Die Versorgung und Pflege von traumatisierten Eltern ist eine besondere Herausforderung an häusliche Pflege. Interessant ist hier die Frage, ob die Versorgung von Frauen, die durch die „Hitler-Mädchen“ (HM-BDM) sozialisiert wurden, Pflegepersonen mit spezifischen Problemstellungen konfrontieren. Es kann angenommen werden, dass das Frauenbild der „Hitler-Mädchen“ erhebliche Folgeprobleme in Pflegesituationen hervorruft. Die Vorgabe „hart wie Stahl“ sein zu sollen, keine Gefühle zu zeigen und Bedürfnisse nicht wahrzunehmen, kann zu massiven Konflikten in häuslichen Pflegebeziehungen führen. Zugleich ist die spezifische Situation von kriegstraumatisierten Männern eine erhebliche Herausforderung für Pflegepersonen.

Elisabeth Beck-Gernsheim untersucht darüber hinaus die Zusammenhänge zwischen Geschlechter- und Generationenbeziehungen. Sie zeigt auf, dass insbesondere Frauen für die Unterstützungsaufgaben im Generationenverhältnis zuständig sind. Dabei obliegt Frauen sowohl die Versorgung von Kindern als auch die von alten Menschen (vgl. Beck-Gernsheim 1996, S. 25). Parallel zur gesellschaftlichen Entwicklung haben sich die Lebensumstände für Frauen verändert. Frauen sind durch individualisierte Familienformen gezwungen, sich über eine eigenständige Berufstätigkeit abzusichern. Parallel dazu werden die seit der Aufklärung propagierten Werte

von Freiheit und Gleichheit auch für den weiblichen Lebenszusammenhang eingefordert. Damit wird die Selbstverständlichkeit der Übernahme von Versorgungsleistungen für Kinder und alte Menschen brüchig.

„Aber in den letzten Jahrzehnten haben Veränderungen in Bildung, Beruf, Familienzyklus, Rechtssystem usw. stattgefunden, die einen tiefgreifenden Wandel der weiblichen Normalbiographie in Gang gesetzt haben, in allmählichen, jedoch stetigen Schritten. In der Folge werden immer mehr Frauen aus der Familienbindung zumindest teilweise herausgelöst, können weniger Versorgung über den Mann erwarten, werden – in freilich oft widersprüchlicher Form – auf Selbständigkeit und Selbstversorgung verwiesen. Mit anderen Worten: Sie erfahren den Anspruch und Zwang zum „eigenen Leben“. Der aber lässt weniger Raum (Zeit, Nerven, Kraft) zum „Dasein für andere“, nicht zuletzt auch für die sich immer ausweitenden Ansprüche der Arbeit für Kinder“ (Beck-Gernsheim 1996., S. 30-31).

Die Übernahme der Versorgung von Kindern und die Übernahme von familialen Pflegeleistungen für alte Menschen sind mit erheblichen Konsequenzen für Frauen verbunden:

„[E]ingeschränkte Berufstätigkeit, Überlastung im Alltag, wenig Freizeit, finanzielle Unsicherheit im Alter, Armutsrisiko im Fall einer Scheidung“ (ebd.).

Auch professionell pflegende Frauen stellen höhere Ansprüche an ihre Erwerbstätigkeit und fordern anstatt eines aufopfernden Ideals von Selbstlosigkeit ein Privatleben, Freizeit, eigene Familie, feste Dienstzeiten, Feierabend und Urlaub. Es zeigt sich, dass mit dem Wandel der weiblichen Normalbiographie ein Strukturwandel in den Pflegeberufen verbunden ist:

„Die Lösung der Probleme, die mit der Versorgung pflege- und hilfsbedürftiger Mensch verbunden sind, wurde bislang vor allem der Arbeitsmoral der Frauen [überlassen], die ihre Familienangehörigen pflegen und die Pflege als Beruf betreiben. Solange das traditionelle Integrationsmodell der Pflichtorientierung und der Selbstverleugnung für Frauen handlungsleitend geblieben ist [...], konnte eine solche Form der gesellschaftlichen Organisation von Pflege funktionieren [...]. Nun haben sich aber die gesellschaftlichen Verhältnisse verändert und verändern sich weiter [...], Pflichtorientierung und Selbstverleugnung werden von den jüngeren Frauengenerationen

nicht mehr ohne weiteres zur Verfügung gestellt [...]. Damit werden die Grenzen einer Lösung des Pflegeproblems sichtbar, die das selbstverständliche weibliche Da-sein-für-andere in der beruflichen wie in der privaten Sphäre zur Voraussetzung hat“ (Dunkel 1993 nach Beck Gernsheim 1996, S. 37).²⁷

Beck-Gernsheim beschreibt nicht nur Veränderungen in der Generation von jüngeren Frauen, sondern auch Veränderungen in der Generation der Großmütter. Sie zeigt, dass Großmütter zwar bereit seien, ihre Enkelkinder partiell zu betreuen, sie aber immer weniger bereit sind, kontinuierliche Betreuungsaufgaben zu übernehmen. Die „partielle Arbeitsverweigerung der Großmütter“ (ebd., S. 32) ist als weitere Folge von Modernisierungs- und Individualisierungsprozessen zu sehen. Danach möchten ältere Frauen andere Ziele verfolgen, als weiterhin für Familientätigkeiten zur Verfügung zu stehen. Eine eigene Erwerbstätigkeit aufzunehmen, ehrenamtliche Tätigkeiten zu übernehmen oder nur eigene Interessen zu verfolgen, solche Motivationen stehen dabei im Mittelpunkt einer veränderten Vorstellung von Leben im Alter (vgl. Beck-Gernsheim 1996, S. 32).

Als Lösungsmöglichkeit für die Stabilisierung von häuslicher Pflege, fordert Beck-Gernsheim den Einbezug von Männern, um die Anforderungen zukünftiger Pflegesituationen zu bewältigen. Eine geschlechtsparitätische Verteilung von Pflegearbeiten sowohl in der Betreuung von Kindern als auch von alten Menschen ist ein wesentliches Ziel ihrer Forderungen. Interessant ist dabei am Ende des Textes die Verknüpfung zwischen dem Generationenverhältnis und dem Geschlechterverhältnis:

„Ohne Geschlechtervertrag kein Generationenvertrag. Die Zukunft des Generationenvertrages wird davon abhängen, ob es gelingt, das Geschlechterverhältnis neu zu gestalten“ (ebd., S. 41).

Martin Kohli stellt darüber hinaus die Zusammenhänge zwischen Moralökonomie und dem Generationenvertrag anhand der Rentenreformen näher vor. Seine Ausführungen können für den Pflegebereich ausgeweitet werden. Unter Moralökonomie versteht Kohli:

„Moralökonomie bezeichnet einen Bereich des Austauschs von Gütern, in dem die Preisbildung nach dem Marktmodell – d.h. nach dem Verhältnis zwischen Angebot

und Nachfrage von Akteuren, die an der eigenen Nutzenmaximierung orientiert sind – außerökonomischen Einschränkungen unterworfen ist. Sie entzieht bestimmte Güter in bestimmten Situationen der nutzengeleiteten Disposition der Marktteilnehmer und unterstellt sie allgemeinen Kriterien von Gerechtigkeit (oder >Fairness<). Sie konstituiert also moralische Standards für die Entscheidung von wirtschaftlichen Konflikten“ (Kohli 1988, S. 536).

Interessant sind die Ausführungen mit Blick auf die Ökonomisierung von Pflegebeziehungen durch das Pflegeversicherungsgesetz. Durch die gesetzlichen Regelungen kommt es zu einer Marktkonkurrenz zwischen unterschiedlichen Pflegeanbietern. Häusliche Pflegepersonen sind in diesem Markt zwischen unterschiedlichen staatlichen Institutionen und Anbietern auf dem freien Pflegemarkt verortet. Ambulante Dienste, die Beratungsaufgaben für Pflegepersonen übernehmen sollen, haben ihrerseits ökonomische Interessen an der Übernahme von Pflegeleistungen. Bedeutsam ist dabei das Spannungsverhältnis von Moral und Ökonomie im Blick auf unterschiedliche Subjektpositionen. Während für familiäre Pflegepersonen ein rein ökonomisches Interesse an der Übernahme von Pflegeleistungen aus moralischen Erwägungen negativ bewertet wird, ist für ambulante Dienste ein Ausbau des Wettbewerbsfaktors durch das Pflegeversicherungsgesetz staatlich formuliertes Ziel. Diese Entwicklungen können wie folgt zusammengefasst werden:

„Was sich ereignet, ist nicht ein Kollaps der Moralökonomie, sondern eine Verlagerung des Hauptschauplatzes des moralischen Konflikts vom Konsummarkt zum Arbeitsmarkt: Der Konflikt betrifft nicht mehr den Preis der Güter, sondern den gerechten Lohn für Arbeit. Während Konsumgüter überwiegend kommodifiziert werden, bleibt die Nutzung der Arbeitskraft – sogar in ihrer neuen Form als Lohnarbeit, die auf Märkten getauscht wird – moralisch eingeschränkt“ (Kohli 1988, S.537).

Wie in der späteren Diskussion zum Pflegeversicherungsgesetz gezeigt wird, wird von staatlicher Seite eine ambivalente Struktur zwischen Moral und Ökonomie im Pflegeversicherungsgesetz etabliert. In dieser Ambivalenz ist neben der Ökonomisierung auch eine Remoralisierung in den Pflegebereich aufgenommen. Während einerseits die Ökonomisierung von Pflegebeziehungen als Reaktion auf individualisierte Familienbeziehungen bewertet werden kann, ist andererseits die Remoralisierung von Pflegebeziehungen als Aspekt retraditionalisierter Repräsentationen über Fami-

lie, Generationen- und Geschlechterverhältnissen einzuschätzen. Mit diesen traditionellen Repräsentationen über häusliche Pflege sind nicht nur traditionelle Vorstellungen über die Arbeitsleistung von familialen weiblichen Pflegepersonen verbunden, sondern damit werden auch moralische Aspekte in der Bewertung dieser Arbeit festgeschrieben. Ein deutliches Indiz dafür ist die geringe Entlohnung von pflegenden Angehörigen und die mangelnde soziale Absicherung dieses Personenkreises.

In den Untersuchungen zu Generationenbeziehungen zeigt Szydlik einen immensen ökonomischen Transfer der älteren Generationen zu jüngeren Generationen auf. Zusätzlich übernehmen ältere Generationen in vielfältiger Weise Betreuungsaufgaben für die Enkel. D.h. es findet eine hohe Verantwortungsübernahme von älteren Familienmitgliedern für jüngere Generationen statt. Aufschlussreich sind dazu die Untersuchungen von Marc Szydlik, der das Verhältnis von familiärer Solidarität und sozialer Ungleichheit anhand von Erbschaften für die Bundesrepublik Deutschland untersucht hat. Er kommt zu dem Ergebnis, dass familiäre Solidarität nicht nur soziale Ungleichheit reproduziert, sondern vergrößert:

„Familiale Solidarität reproduziert nicht nur soziale Ungleichheit, sondern sie vergrößert sie sogar. Kinder schichthöherer Eltern gehen eher auf das Gymnasium, machen eher das Abitur, besuchen eher eine Hochschule, erhalten von den Eltern während des Studiums eher finanzielle Unterstützungen, erreichen statushöhere Berufe, heiraten statushöhere Partner, erhalten von ihren Eltern eher größere Schenkungen und machen schließlich häufiger – und vor allem höhere – Erbschaften. Familiengenerationen rücken damit auch durch Vererbungen näher zusammen (weil sie erben bzw. weil sie nichts erben), aber intragenerational vergrößern sich die sozialen Gegensätze“ (Szydlik 1999, S.100).

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass alte Menschen über ökonomische Ressourcen durch Schenkungen oder bevorstehende Erbschaften einen Einfluss auf Pflegearrangements nehmen können. Paradoxerweise kommt die Kasseler Pflegestudie aber zu dem Ergebnis, dass häusliche Pflege vorwiegend in Familien stattfindet, die ökonomisch unterprivilegiert sind. Obwohl in ökonomisch unterprivilegierten Schichten weniger Geld, weniger Räumlichkeiten und weniger zeitliche Flexibilität vorhanden sind, findet gerade in diesen Schichten ein großer Anteil bundesdeutscher Pflege statt. Häusliche Pflege kann demzufolge aus einer ökonomischen Zwangssi-

tuationen entstehen und/oder durch moralische und schichtenspezifische Normorientierungen motiviert sein.

Alte Menschen werden in Zukunft durch sinkende Rentenleistungen tendenziell nicht mehr unabhängig von einer finanziellen Unterstützung durch ihre Kinder sein. Unterstützungsleistungen sind und werden speziell bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ein relevantes Thema zwischen den Generationen. Es gab in der historischen Entwicklung noch nie eine gesellschaftliche Realität, in der so viel und so lange häusliche Pflege von Angehörigen geleistet wurde wie derzeit. Eine Realität, die die Generationenbeziehungen besonders fordert. Für die zukünftige demographische Entwicklung wird ein steigender Anteil älterer, pflegebedürftiger Menschen prognostiziert:

„Nach der neuesten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt 2000a) ist in den nächsten 30 Jahren mit einem Anstieg der über 65-Jährigen um ca. sieben Millionen – auf über 20 Millionen – zu rechnen. Der Anteil der über 80-Jährigen wird sich von derzeit etwa 4 Prozent auf über 11 Prozent erhöhen. Bis 2050 wird die Gruppe der 80- bis 90-Jährigen um etwa vier Millionen (d.h. 160 Prozent) zunehmen und die der über 90-Jährigen um eine Million (236 Prozent). Die zu erwartende Zahl der Demenzkranken wird sich (angesichts der exponentiellen Zunahme dieser Störung mit dem Alter) bis zum Jahre 2050 mit geschätzten über 2 Mio. Kranken mehr als verdoppeln“ (BMfFSFuJ. S. 2002, 207)²⁸.

Insgesamt wird nicht nur die quantitative Anzahl von Pflegebedürftigen steigen, sondern auch die Qualität der Pflegebedürftigkeit steigt durch Multimorbidität und stellt damit besondere Anforderungen an Pflegende:

„Die Lebenszeitverlängerung der Menschen in den hohen Lebensjahren führte zu einer zunehmenden Zahl von Personen mit multimorbiden Krankheitsgeschehen mit besonders intensivem Pflegebedarf. Von großer Bedeutung ist dabei die deutlich ansteigende Prävalenz demenzieller Erkrankungen. Die Pflege älterer Menschen mit psychischen Veränderungen stellt für Familien eine besondere Herausforderung und Belastung dar“ (BMfFSFuJ. 2002, S. 194).

In den Prognosen zum demographischen Wandel wird vielfach die These diskutiert, dass die Solidarität und Übernahme von Verantwortung jüngerer Generationen in der Zukunft abnehmen wird und dadurch vermehrte prekäre Pflegearrangements für alte

Menschen entstehen. Als zentrale Gründe für diese Entwicklung werden folgende genannt:

- „einem fortschreitenden Wandel der Familienstrukturen mit Abnahme des Anteils alter Menschen, die mit anderen zusammenleben,
- Zunahme der Anzahl alter Menschen, die Ältere betreuen, und
- Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit mit geringer Bereitschaft zur Übernahme der häuslichen Pflege“ (BMfFSFu.J. 2002, S. 207).

Diese individuellen, familialen und gesellschaftlichen Entwicklungen sind nach den Beschreibungen mit einer „Individualisierung von Lebenslagen“ verbunden. Die Kasseler Pflegestudie, die mit ihrem Titel „Solidarität in Gefahr?“ auf eine Entwicklung hindeutet, in der sich familiäre Strukturen auflösen und ein fast anomischer Zustand in Bezug auf Pflegeverantwortlichkeiten entstehen könnte, ist aktuell aufgrund der hohen Anzahl von häuslichen Pflegepersonen allerdings kritisch zu bewerten.

Es ist davon auszugehen, dass mit einem steigenden Ausmaß an quantitativer und qualitativer Sorge um alte Menschen die Disziplinierungs-, Reglementierungs- und Regulationsmechanismen für Pflegepersonen in der häuslichen Pflege zunehmen werden. Pflegepersonen werden tendenziell noch stärker als bisher zwischen den Bereichen der professionellen Pflege und sozialstaatlicher Regelungen häusliche Pflege verrichten. Einerseits soll häusliche Pflege aktuelle Pflegestandards einbeziehen und damit in hohem Maße Selbständigkeit (d.h. Autonomie) von Pflegebedürftigen erhalten, bewahren und fördern, andererseits wird die Pflege in hohem Maße bürokratischen Disziplinierungs-, Reglementierungs- und Regulationsmechanismen durch das Pflegeversicherungsgesetz unterworfen. D.h. während die Autonomie von Pflegebedürftigen gesetzlich geregelt ist, wird die Autonomie von Pflegepersonen im Sinne aktueller Pflegestandards definiert. Die Verknüpfung von Wissenschaft, Politik und Recht wird für die Ausgestaltung häuslicher Pflege durch Angehörige hier besonders relevant.

Die Entwicklungen im Bereich Pflegebedürftigkeit zeigen, dass wir mit einer gesellschaftlichen Zukunft konfrontiert sind, in der Sorge um alte Menschen ein zentrales Thema im Bereich Gesellschaft, Wissenschaft, Politik und Recht sein wird. Der vielfach benutzte Begriff der „Krieg der Generationen“ enthält im Kern das Spannungs-

verhältnis von Sorge und Begehren. Diese Diskussionslinie gründet in der Frage, welche Bedürfnisse, Wünsche und Interessen verfolgt werden bzw. sozialstaatlich abgesichert werden. Dabei wird die These vertreten, dass es grundsätzliche Interessengegensätze zwischen älteren und jüngeren Generationen gibt und dass nur ein begrenztes Maß an ökonomischen Ressourcen zur Verfügung steht. Dies basiert auf einer logischen Argumentationsstruktur, die Binaritäten als zentrales Muster benutzt. Damit wird der Gegensatz zwischen "alt und jung", zwischen „fit und pflegebedürftig“, zwischen „geben und nehmen“, zwischen „wichtigen und unwichtigen Bedürfnisse“, zwischen „legitimen und überhöhten Interessenlagen“ sowie zwischen „gesund und krank“ (re)produziert.

Es ist davon auszugehen, dass das Spannungsverhältnis von Sorge und Begehren in der Zukunft noch stärker als bisher sozialstaatlich diszipliniert, reglementiert und reguliert wird. In der derzeitigen politischen „Sparkultur“ wird die steigende Anzahl von Pflegebedürftigen dazu führen, dass Begehrensformen direkt durch die soziale Schicht bzw. die ökonomischen Ressourcen von Privatpersonen bestimmt werden. Damit wird mindestens eine Zweiteilung innerhalb der Gruppe von Pflegepersonen stattfinden. Eine Gruppe besteht aus jüngeren Frauen, die mit einem Minijob etwas Geld zum Haushaltseinkommen dazu verdienen und parallel dazu kleine Kinder und alte Menschen versorgen. Diese Frauen haben keine Zeit und kein Geld, um sich parallel zur Pflegesituation zu regenerieren. Ihnen gegenüber steht eine Gruppe älterer finanziell abgesicherter Frauen, die Pfl egetätigkeiten nach Bedarf einkaufen können und die alle Möglichkeiten zur Befriedigung ihrer Begehrensformen haben.

Die Versorgung von Pflegebedürftigen wird in einem ähnlichen Spannungsverhältnis stattfinden. Das Pflegeversicherungsgesetz definiert eindeutig, welche Bedürfnisse pflegebedürftige Menschen haben. Die Form und Ausgestaltung von Sorge um pflegebedürftige Menschen wird damit eindeutig festgelegt. Die Begehrensformen von pflegebedürftigen Menschen werden mit dieser sozialstaatlichen Regelung diszipliniert und reguliert. Das Ausleben von Begehrensformen, die über die minimalen Leistungen des Pflegeversicherungsgesetzes hinausgehen, sind an privates Vermögen geknüpft. Auch hier wird der Aspekt der sozialen Ungleichheit zwischen Pflegebedürftigen mehr als deutlich.

Die Entwicklungen der Generationenbeziehungen gestalten sich im Blick auf das Spannungsverhältnis von öffentlich versus privat als ambivalent. Während einerseits die Verantwortung für Pflegebedürftige an die Familien herangetragen werden, werden andererseits Beziehungen zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen durch sozialstaatliche Regelungen in einem öffentlichen Bereich verhandelt und dort verortet. Leisering hat am Beispiel der Alterssicherung verdeutlicht, dass mit der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung ambivalente Generationenbeziehungen bzw. Generationenverhältnisse entstehen. Er beschreibt, dass der Sozialstaat und die private Vorsorge vorerst die beiden letzten Stufen der vier Stufen von Alterssicherung sind: „eigene Erwerbstätigkeit bzw. Subsistenzproduktion im Alter, Familie, Sozialstaat und private Vorsorge“ (Leisering 2002, S. 352). Anhand der Umsetzung der privaten Altersvorsorge wird eine Institutionalisierung von Generationenverhältnissen beschrieben:

„Der Sozialstaat verbreitert die personelle und finanzielle Grundlage der Alterssicherung und löst sie damit aus den Grenzen des Familienkreises und lokaler Arbeitsmärkte für alte Menschen. So wird der Nationalstaat zu einem neuen, umfassenderen Bezugsrahmen für Beziehungen zwischen Generationen, die sich nun als Beitragszahler bzw. Rentner des ganzen Landes gegenüberstehen. Insoweit sind die Generationenbeziehungen „nationalisiert“. Entgrenzung ist eine Problemlösung: Das Kollektiv tritt ein für die zurückgehende Versorgungskapazität der Familie in Bezug auf die Alten. [] Private Sicherungssysteme gehen noch weiter und nehmen die ganze Welt als Basis, durch Anlage auf globalisierten Kapitalmärkten wie auch, bei international agierenden Versicherungskonzernen und Pensionsfonds, durch einen weltweiten Kundenstamm. Hierdurch wird der Austausch zwischen den Generationen auf Kapital- und Anlagemärkten verlagert“ (Leisering 2002, S. 347-348).

Als Konsequenzen dieser Entwicklung sind eine Entgrenzung, Anonymisierung und Remoralisierung von Generationenbeziehungen zu erwarten. Ambivalent ist diese Entwicklung, weil Generationenkonflikte nun auf abstrakte Kapitalmärkte verschoben werden. Absicherung im Alter ist direkt mit der Entwicklung von globalen Kapitalmärkten verbunden. Dadurch entstehen insgesamt neue Unsicherheiten, Abhängigkeiten und Ungleichheiten. Leisering beschreibt parallel dazu eine Politisierung von privaten Vorsorgemärkten:

„In dem Maße, wie staatliche Maßnahmen private Versorgungssysteme rechtlich, organisatorisch, finanziell und sozialpolitisch-programmatisch flankieren, nehmen diese Systeme einen öffentlichen Charakter an“ (ebd., S. 351).

Für den häuslichen Pflegebereich ist mit einem ähnlichen Muster von Globalisierung zu rechnen. Während einerseits die Anforderungen an häusliche Pflegestandards öffentlich ausgehandelt und sozialrechtlich festgelegt werden, werden andererseits vermehrt Pflegepersonen aus Oststaaten für Niedriglöhne eingekauft. Damit werden die Generationenbeziehungen von häuslicher Pflege für Familienangehörige entlastet, zugleich aber mit hohen Pflegestandards belegt. Die gesundheitlichen und sozialrechtlichen Risiken verlagern sich damit von pflegenden Familienangehörigen auf ausländische Frauen, die häusliche Pflege zu Dumpingpreisen leisten.

Das Generationenverhältnis wird nicht nur durch die soziale Situation einzelner und die Auswirkungen des Modernisierungsprozesses gestaltet, sondern auch von der Präsenz und Ausrichtung spezifischer Institutionen beeinflusst:

„Die Situation hochaltriger Menschen und der sie betreuenden Familien wird auch durch gesellschaftliche und sozialpolitische Entwicklungen beeinflusst. Veränderte Familienformen und die zunehmende Mobilität der nachwachsenden Generationen wirken sich ebenfalls aus auf die Möglichkeiten von Familien zur Übernahme von langfristiger Betreuung und Pflege“ (BMfFSFu.J. 2002, S. 194).

Als direkte gesellschaftliche und sozialpolitische Entwicklungen sind der Ausbau von Altenwohn- und Pflegeheimen zu nennen, der Ausbau von Tagespflegeangeboten bzw. spezifische Einrichtungen zur Betreuung von Demenzkranken, die ehrenamtliche Infrastruktur zur Hilfestellung im Falle der Pflegebedürftigkeit, Sparmaßnahmen im Gesundheitsbereich, d.h. die Reduzierung der Verweildauer im Krankenhaus, der Ausbau von Hospizen sowie die Art der institutionellen Unterstützung von Pflegepersonen.

Davon zu unterscheiden sind Variablen, die eher indirekte Auswirkungen auf das Generationenverhältnis haben. Zu nennen sind hier die Gewährleistung von Kinderbetreuung, mit der zusätzliches Pflegepotential in den Familien entstehen könnte,

und die Arbeitsmarktsituation, die bei hoher Arbeitslosenquote familiäres und ehrenamtliches Pflegepotential freisetzt.

Entscheidend sind hierbei die Zusammenhänge zwischen familialer und wohlfahrtsstaatlicher Unterstützung. Das Projekt OASIS kommt in einer ländervergleichenden Studie zu dem Ergebnis, dass es eine Interaktion zwischen familialer und wohlfahrtsstaatlicher Unterstützung gibt. In Norwegen ist es aufgrund gut ausgebauter Infrastruktur von Hilfsdiensten möglich, das Fehlen von erwachsenen Kindern zu kompensieren. In Deutschland zeigt sich dagegen ein deutlicher Effekt der Kinderlosigkeit:

„Die Existenz von lebenden Kindern ist nur unter bestimmten wohlfahrtsstaatlichen Bedingungen mit der subjektiven Lebensqualität älterer Menschen verknüpft. [] Dieses Ergebnis zeigt, dass universalistische Annahmen über die Funktion von Familien nur vorsichtig formuliert werden sollten. Die Funktionen von Familien werden auch durch die kulturellen und sozialpolitischen Makrostrukturen bestimmt, in die sie eingebettet sind“ (Tesch-Römer et. al. 2002, S.340-341).

Wenn genügend infrastrukturelle Entlastungsangebote für pflegende Angehörige bereitgestellt werden, d.h. umfassende Betreuungsangebote für Pflegebedürftige vorhanden sind, haben sowohl potentielle Pflegepersonen und Pflegebedürftige einen größeren Entscheidungs- und Handlungsspielraum. Demgegenüber ist eine Orientierung anhand privater Versorgungsstrukturen nicht nur eine immense Verantwortungsdelegation an die Familie und wie gezeigt werden konnte speziell an Frauen, sondern auch für Pflegebedürftige sind damit eingegrenzte Versorgungsoptionen verbunden. An dieser Stelle werden die Verbindungen der Verhältnisse zwischen öffentlich und privat sowie zwischen Staat und Individuum besonders deutlich.

Wie gezeigt wurde, sind nicht nur die Konsequenzen des Generationen- und Geschlechterwandels für häusliche Pflegesituationen innerhalb eines komplexen ökonomischen, kulturellen, gesellschaftlichen und politischen Modernisierungsprozesses zu verstehen. Auch die empirischen Ergebnisse zur Situation in der häuslichen Pflege, die Erklärungsmodelle zu den Pflegebereitschaften sowie die Analyse von Belastungsqualitäten können angemessen nur anhand einer komplexen Interpretations-

weise erschlossen werden. Eine Hilfe dabei bietet die Ausarbeitung der Diskussionslinien sowie der daran anschließenden Thesen.

3.1.5 Resümee

Die empirischen Ergebnisse zur Situationsbeschreibung der häuslichen Pflege zeigen, dass dieser Arbeitsbereich aktuell ein primär >weibliches Arbeitsfeld< ist, in dem leichte Veränderungstendenzen hin zu einem männlichen Einbezug erkennbar sind. Parallel zu dieser Entwicklung finden Veränderungen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zwischen den Geschlechtern statt. Die prognostizierte Abnahme von Pflegebereitschaften zwischen den Generationen kann durch die aktuelle Datenlage nicht bestätigt werden. Es stellt sich die Frage, ob diese Voraussagen hegemoniale moralische Standards der Verantwortungsübernahme von Pflegeleistungen zwischen den Generationen stabilisieren. Denn durch diese Prognosen wird das Problem der Unterversorgung von Pflegebedürftigen konstruiert und damit intergenerationalen Beziehungen überantwortet. Im Gegensatz dazu bestätigt die Datenlage eine sehr große Beteiligung von privaten Pflegepersonen in der häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen. Werden die Prognosen mit diesen Daten konfrontiert, stellt sich die weitere Frage, ob damit spezifische Regulationsmechanismen für den Arbeitsbereich etabliert werden. Denn eine drohende Unterversorgung von Pflegebedürftigen ermöglicht nicht nur den Aufbau spezifischer moralischer Standards, sondern auch eine Privatisierung von Problemlagen, in der eine staatliche Verantwortung und Intervention für die häusliche Pflege dethematisiert werden kann.

Die Ergebnisse empirischer Untersuchungen zur Frage: „Weshalb pflegen Angehörige?“ enthalten gemeinsame Aussagen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen. Eine gemeinsame Aussage der Untersuchungen betrifft die hohen Erwartungen, mit denen Familienmitglieder zur Pflege eines Angehörigen konfrontiert werden. Die Erklärungsmodelle werden von der Belastungsforschung in sehr unterschiedlichen Diskussions- und Theoriezusammenhängen analysiert und beantwortet. Während einerseits Vergeschlechtlichung von häuslicher Pflege sowohl für Frauen und für Männer problematisiert wird, gibt es eine andere Perspektive, in der Vergeschlechtlichung häuslicher Pflege nicht als zentraler Analysepfad expliziert wird. Zusammenfassend können die Motivationen zur häuslichen Pflege durch Erwartungshaltungen von Pflegepersonen und Pflegebedürftigen, von Familienmitgliedern, der sozialen Umgebung

sowie durch kulturelle, soziale und gesellschaftliche Standards begründet sein. Eine weitere Motivation besteht in dem Wunsch, ehemalige Versorgungsleistungen der Eltern durch Pflegeleistungen auszugleichen. Zudem werden ökonomische Gründe, mangelnde Alternativen zur Betreuung von Pflegebedürftigen sowie Versorgungsverpflichtungen aufgrund von familiären (Übergabe-)Verträgen als Motivationen zur Übernahme häuslicher Pflege thematisiert.

Wie die Untersuchungen zeigen, bestehen die Hauptproblemfelder der Motivationen zur häuslichen Pflege darin, dass eine Wahlfreiheit zur Übernahme von häuslichen Pflegeleistungen verhindert ist und eine realitätsbezogene Einschätzung des Pflegeaufwands sowie der damit verbundenen Konsequenzen häuslicher Pflege nicht stattfindet.

Es ist anzunehmen, dass die verhinderte Wahlfreiheit mit der geschlechtlichen Konnotation des Arbeitsbereiches verknüpft ist. Ein zentrales Moment dieser Situation liegt in der Normierung und Normalisierung von häuslicher Pflege als weiblicher Arbeitsbereich. Die Hegemonie dieser Erwartungshaltungen verhindert, die Versorgung von Pflegebedürftigen innerhalb einer Vielzahl von differenzierten Versorgungsmöglichkeiten zu repräsentieren und zu realisieren. Die mangelnde Variationsbreite der Repräsentation von Versorgungsmöglichkeiten ist dabei sowohl Bedingung als auch Effekt der Normierungs- und Normalisierungsprozesse. Innerhalb dieses Prozesses ist die Subjektivität von Pflegepersonen durch moralische Standards zur Aufrechterhaltung häuslicher Pflege eingeschränkt. Mehr noch: die Subjektivität von Pflegebedürftigen erlangt einen zentralen Stellenwert. Eine Gleichwertigkeit des Subjektstatus' von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen wird über moralische Standards sowohl konzeptionell als auch praktisch verschlossen. Innerhalb dieser Subjektivierungsweisen steht die Verantwortung für Pflegebedürftige im Mittelpunkt. Während die Förderung der Autonomie von Pflegebedürftigen zentrale Forderung der Pflegearbeit ist, so kann aufgrund der Ausrichtung auf die Pflegebedürftigen Autonomie von Pflegepersonen nicht entfaltet werden. Eine Gleichzeitigkeit von Verantwortung und Autonomie, eine Gleichzeitigkeit von Fremdsorge und Selbstsorge oder von Sorge und Begehren ist aufgrund der Fokussierung auf die Pflegebedürftigen nicht möglich. Die mangelnde Repräsentationsvielfalt häuslicher Pflege und deren Normierung und Normalisierung als Aufgabengebiet vorwiegend weiblicher Pflegepersonen verhin-

dern nicht nur individuelle Wahlfreiheiten, sondern dies belässt häusliche Pflege auch als privates, vor allem individuelles Praxisfeld.

Das Problem um eine realitätsgerechte Einschätzung einer Pflegebedürftigkeit sowie die Konsequenzen häuslicher Pflege ist ein Themenfeld, das in der Belastungsforschung vermehrt als spezifisch professionelles Aufgabengebiet definiert wird. Zunehmend wird auf mangelnde Informations- und Beratungsangebote bei der Übernahme von häuslicher Pflege hingewiesen. Eine umfangreiche Präventions- und Aufklärungsarbeit zu häuslicher Pflege allgemein und speziell zu den Folgen der Übernahme häuslicher Pflege ist demnach dringend erforderlich. Denn wie sollen Angehörige eine freie Entscheidung für oder gegen häusliche Pflege bzw. für Zwischenlösungen treffen können, wenn sie weder ansatzweise wissen, was mit einer Pflegeübernahme auf sie zu kommt, noch darum wissen, welche Konsequenzen die Übernahme häuslicher Pflege bedeuten kann? Sicherlich ist es auch aus professioneller Sicht problematisch, verbindliche Aussagen über die Entwicklung einer Pflegebedürftigkeit zu treffen. Aber müssen Pflegepersonen nicht umfangreich über potentielle Schwierigkeiten, Konfliktfelder und Problemstellungen von Pflegesituationen informiert werden um überhaupt eine freie Entscheidung zur Pflegeübernahme treffen zu können? Welche Angebote das Pflegeversicherungsgesetz dazu leistet, werde ich weiter unten thematisieren. Deshalb nur kurz an dieser Stelle der Hinweis, dass es bislang keine umfangreichen, gesellschaftlich wahrnehmbaren Präventionsangebote und Aufklärungskampagnen über die Konsequenzen häuslicher Pflege gibt.

Es stellt sich hier die Frage, ob die mangelnde Informationsverbreitung und Unterstützung für Angehörige mit der Normierung und Normalisierung der Repräsentation von Pflege als weibliches Arbeitsfeld verbunden ist. Kann es sein, dass die Feminisierung des Arbeitsbereichs Pflege mit einer Grundthese verbunden ist, in der Frauen ein quasi natürliches Wissen über den Umgang mit Pflegebedürftigkeit unterstellt wird und sie deshalb keine umfangreichen Informationen über die Konsequenzen einer Pflegeübernahme benötigen? Oder führt das Dogma der Aufrechterhaltung und Stabilisierung häuslicher Pflegesituationen dazu, Frauen bewusst von Informationen auszuschließen? Oder findet im Rahmen neoliberaler Sozialpolitik eine selbstverantwortliche, individualisierte Form von Informationspolitik statt, in der Angehörige aus einer Vielzahl von Broschüren professionelles Wissen abfragen können? Mit diesen

Fragen werde ich mich in den Ausführungen zur Beratung innerhalb des Pflegeversicherungsgesetzes weiter intensiv beschäftigen.

Die Analyse zur Frage: Worin bestehen die Belastungen? kann auf einer theoretischen Ebene als Problembereich beschrieben werden, in dem Balancen zwischen Moral, Subjektivität, Verantwortung, Autonomie sowie Sorge und Begehren verhindert sind. Repräsentationen häuslicher Pflege enthalten eine Sperre, mit der moralische Standards über Pflegebedürftigkeit Subjektivität von Pflegepersonen theoretisch und lebenspraktisch ausschließen. D. h. Repräsentationen über häusliche Pflege enthalten eine Diskrepanz zwischen Moral und Subjektivität. Ein weiteres Problem besteht in einer Spaltung zwischen Verantwortung und Autonomie. Innerhalb hegemonialer Repräsentationen über häusliche Pflege ist Verantwortung mit dem Ausschluss von Autonomie für Pflegepersonen verbunden. Wie in Kapitel zwei dargestellt wurde, ist Verantwortung ein Aspekt weiblicher Beziehungs- und Existenzweisen. Autonomie hingegen bezeichnet eher eine maskuline Form von Beziehungs- und Existenzweisen. Es stellt sich die Frage, ob die Feminisierung des häuslichen Pflegebereichs nicht auch daran zu erkennen ist, dass hegemoniale vergeschlechtlichende Repräsentationen von Verantwortung Normierungen und Normalisierungen enthalten, in denen Autonomie weder als Bedingung noch als Effekt von Verantwortung konzeptionalisiert ist. Kurz: Da häusliche Pflege als genuin weiblicher Arbeitsbereich konnotiert wird, entsteht eine Sperre, so genannte männliche Beziehungs- und Existenzweisen – eben Autonomie – aufzunehmen. Nicht nur der Ausschluss von Autonomie, sondern auch die zentrale Ausrichtung auf die Pflegebedürftigen – also Sorge – verhindern spezifische Subjektivierungsweisen von pflegenden Frauen. Dabei enthalten hegemoniale Repräsentationen über Sorge nicht nur eine Aufspaltung in Selbstsorge und Fremdsorge, sondern auch eine Trennung zwischen Sorge und Begehren. Mehr noch: weder Selbstsorge noch die Entfaltung von Begehren werden für weibliche Pflegepersonen als grundlegendes Prinzip zur Ausgestaltung von Pflegebeziehungen ausführlich repräsentiert, sondern eher in den Bereich individueller Eigenverantwortlichkeit oder männlicher Pflegearbeit verwiesen.

Parallel dazu kommt es zu einer Ausdifferenzierung von Generationen- und Geschlechterverhältnissen. Es ist nicht möglich, allgemeingültige Aussagen über >die Generationen< oder >das Geschlechterverhältnis< vorzunehmen; hier sind wohl nur

Entwicklungstendenzen anzudeuten. Aspekte dieser Entwicklungen bilden sich um eine Ökonomisierung, Feminisierung, Remoralisierung und Retraditionalisierung von Generationen- und Geschlechterbeziehungen. Ein charakteristisches Merkmal dieser Entwicklungstendenzen besteht in ihrer Ambivalenz, Widersprüchlichkeit und Gegenläufigkeit.

Während einerseits ökonomische, kulturelle, gesellschaftliche und politische Veränderungen für einige Bürger/innen eine größere Wahlmöglichkeit von Lebens-, Arbeits- und Pflegebeziehungen begründen, also mit einer Öffnung von Persönlichkeitsentfaltung einhergehen, so sind innerhalb dieser Entwicklungen auch Ausschlüsse enthalten. Alte Frauen mit einer niedrigen Rente können sich die Versorgungsart bei Pflegebedürftigkeit nicht aus der Vielfalt der Angebote frei auswählen, sondern sind aus ökonomischen Gründen auf ihre Familie, Freunde oder den Sozialstaat angewiesen. Zudem ignoriert die These der Wahlfreiheit von Versorgungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit auch die stabile moralische Repräsentation von >häuslicher familiärer Pflege< als potentieller Zielzustand einer optimalen Versorgung im Alter.

Modernisierungsprozesse enthalten einerseits eine moralische Orientierung anhand des Marktmodells und enthalten andererseits eine Remoralisierung und Retraditionalisierung moralischer Standards für den häuslichen Pflegebereich. Deutlich wird dies in der Argumentation, dass die Berufstätigkeit von Frauen einen wesentlichen Grund für die Abnahme potentieller Pflegebereitschaften darstellt. Während einerseits die Berufstätigkeit von Frauen einen fast selbstverständlichen Status erlangt hat, werden Frauen andererseits durch retraditionalisierte Entwicklungen verstärkt mit Pflegeerwartungen konfrontiert. Dieser Tendenz sind vor allem Frauen ausgesetzt, die einen niedrigen Berufsstatus und geringe ökonomische Ressourcen aufweisen. Hier wird ein weiterer Aspekt der Feminisierung des Arbeitsfeldes häuslicher Pflege deutlich. Denn es wäre auch möglich, die geringe Pflegebereitschaft von Männern als Grund für die zukünftige Versorgungslücke im Pflegebereich anzuführen.

Der Ruf nach Solidarität und Verantwortungsübernahme im Rahmen häuslicher Pflege von alten Menschen enthält eine moralische Orientierung oder Rückbesinnung, die der Orientierung anhand ökonomischer Kriterien des Marktmodells widerspricht.

Während das Marktmodell Individualität, Autonomie und Subjektivität als zentrale Größen bestimmt, werden im Ruf nach Pflegebereitschaften Moral, Sorge und Verantwortung apostrophiert. Die Widersprüche, Brüche und Abspaltungen dieser Argumentationsfiguren bewirken für pflegende Frauen und Männer extreme Bedingungen.

Hegemoniale Repräsentationen des Generationenverhältnisses als „Krieg der Generationen“ enthalten Annahmen, in denen alte Menschen als grundsätzlich bedürftig konnotiert werden und in denen die Versorgung von alten pflegebedürftigen Menschen als Aufgabe von >jüngeren Generationen< repräsentiert wird. Ein Problemkreis besteht hierbei in der Ignoranz empirischer Daten über Solidaritätsleistungen, die alte Menschen an >jüngere Generationen< leisten. Zum zweiten ignoriert diese Repräsentation die empirische Tatsache, dass ein hohes Maß häuslicher Pflege von alten Ehepartner/innen geleistet wird.

Nach dieser Analyse der Belastungsforschung werden nun drei ausgewählte Angehörigenberatungskonzeptionen näher betrachtet.

3.2 Angehörigenberatungskonzepte

Im Anschluss erfolgt eine Analyse von Angehörigenberatungskonzepten. Zuerst wird das verhaltenstherapeutische Konzept der filialen Reife von Jens Bruder analysiert, dann ein systemisches Konzept von Claudia Bayer-Feldmann und Annette Greifenhagen. Danach wird ein integratives Konzept von Gabriele Wilz, Corinne Adler und Thomas Gunzelmann vorgestellt. Vor der Diskussion werden die Beratungskonzepte kurz zusammengefasst. Sie zeigt, in welchem Kontext das Konzept entstanden ist, welche Beratungsziele formuliert werden, welche Grundhaltungen für die Berater/innen beschrieben werden und welche Beratungsmethoden bzw. -verfahren skizziert werden. Die Auswahl der drei Konzepte erfolgte anhand der hohen Rezeptionshäufigkeit der Texte innerhalb der Fachdiskussion und der Bedeutsamkeit für die praktische Gestaltung von Angehörigenberatung. Damit kann auch eine historische Entwicklung der Konzeption von Beratung aufgezeigt werden. Die Konzepte beziehen sich in erster Linie auf Angehörige von dementiell-erkrankten Pflegebedürftigen und sind damit besonders geeignet, Probleme in der häuslichen Pflege zu verdeutlichen.

3.2.1 Ein verhaltenstherapeutisches Konzept

Bruder, Jens (1988): Filiale Reife – ein wichtiges Konzept für die familiäre Versorgung kranker, insbesondere dementer alter Menschen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 1. Jg., Heft 1, S. 95-101.

Allgemeine Grundlinien verhaltenstherapeutischer Konzepte können in deren Annahmen über die Verursachung psychischer Störungen zusammengefasst werden: „Psychische Störungen werden als gelerntes Verhalten verstanden, das entweder von der betroffenen Person selbst oder aber von ihrer Umwelt als abweichend, störend, oder belastend erlebt und bewertet wird. Dieses als störend erlebte Verhalten ist die Störung – und nicht ein diesem auffälligen Verhalten zugrunde liegender mehr oder minder unbewusster Prozess“ (Franke 2001, S. 29). >Normalität< und >Störungen< sind demnach nur in Abhängigkeit von sozialen und individuellen Normen zu definieren (vgl. ebd., S. 30).

Die Ausführungen von Jens Bruder (1988) können als historischer Text gelesen werden, der in vielfältigen Konzepten von Beratungseinrichtungen seine Wirkung entfaltet hat. Dieser Text enthält eine inhaltliche Beschreibung von Schwierigkeiten der

häuslichen Pflege und thematisiert potentielle Fähigkeiten von pflegenden Angehörigen. Damit werden Ziele und inhaltliche Schwerpunkte von Beratungen konzipiert.

Das Konzept der filialen Reife wurde 1965 von Margrit Blenkner entwickelt und umfasst eine Stufe in der Persönlichkeitsentwicklung, in der es nach der Jugend und dem frühen Erwachsenenalter zu einer erneuten Hinwendung zu den Eltern kommt. Die Beziehung wird nun als reife/r Erwachsene/r gestaltet, in der die Mutter oder der Vater als Individuum gesehen werden kann:

„Die Mutter oder der Vater werden zum ersten Mal als Individuum gesehen mit eigenen Rechten, Bedürfnissen und Grenzen und einer Lebensgeschichte, die diesen Vater oder diese Mutter zu dem Menschen machte, der er schon lange vor der Geburt des Kindes war“ (Blenkner 1965 nach Bruder 1988, S. 96).

Bruder beschreibt anhand von Blenkners Ausführungen die Bedeutung des Konzeptes für die Betreuung von Demenzkranken. Das Konzept der filialen Reife nach Bruder ist somit ein Resultat wissenschaftlicher Auseinandersetzungen, die mit praktischen Erfahrungen aus der Arbeit in einer Beratungsstelle verknüpft sind:

„Im Folgenden soll die Entwicklung dargestellt werden, die das Konzept der filialen Reife im Laufe der Arbeit der >Ärztlichen Beratungsstelle für ältere Bürger und ihre Angehörigen in Norderstedt< erfahren hat“ (Bruder 1988, S. 96).

Als übergeordnetes Ziel wird eine Verbesserung der Beziehung oder Erleichterung des Zusammenlebens zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigen herausgestellt (vgl. ebd., S. 97). Ein weiteres Ziel besteht im Aufbau des Verständnisses für positive und negative Prägungen durch die Eltern, d.h. eine Empfindsamkeit für die intergenerativen Übertragungen zu entwickeln. Weitere Ziele sind der Aufbau von Einfühlungsvermögen in Bezug zu den Abbauprozessen bei Eltern, womit ein Trauerprozess über die Veränderungen des alten Menschen und den Abschied von vertrauten Verhaltensweisen verbunden ist (vgl. ebd.). Darüber hinaus wird weiterhin ein hoher Bewusstheitsgrad bei verschiedenen Anteilen der Beziehung zu den Eltern angestrebt (vgl. ebd., S. 98). Von einem möglichst geringen Maß an Schuldgefühlen in der Pflegesituation geleitet zu werden, ist Bestandteil des Konzeptes.

In diesem Text werden eher inhaltliche Aspekte von Angehörigenberatung vorgestellt. Grundhaltungen von Berater/innen und Beratungsmethoden werden nicht explizit ausgeführt.

Gleichheit – Differenz

In dem untersuchten Konzept werden Idealtypisierungen von Pflegesituationen vorgenommen. Demzufolge erlangt Gleichheit für Pflegesituationen eine hohe Bedeutung. Wenn Pflegepersonen über ein bestimmtes Maß an Persönlichkeitsentwicklung verfügen, so die Argumentation, ist die Bewältigung einer Pflegesituation ohne Schwierigkeiten leistbar. Wichtige Bestandteile des Konzepts sind der Grad emotionaler Autonomie von Pflegepersonen, die Möglichkeit, fürsorglich-autoritären Umgang mit dementen Angehörigen leisten zu können und die Fähigkeit unangemessene Schuldgefühle zu kontrollieren. Mit diesen Aspekten wird ein Zielzustand für die Bewältigung häuslicher Pflege hervorgehoben. Es werden spezifische Erwartungshaltungen und Normen an das Denken, Handeln und Fühlen von Pflegepersonen gebunden. Gleichheit wird damit auf ein ideales Verhalten pflegender Angehöriger bezogen. Differenz ist hingegen mit der Abweichung von dieser Norm verbunden.

Das Verständnis von Generationenverhältnissen wird mit Blick auf Gleichheit und Differenz spezifisch problematisiert. Unterschiede werden lediglich zwischen der Generation der Pflegebedürftigen und der von pflegenden Kindern thematisiert. Die Differenzen innerhalb einer Generation werden dabei nicht besonders berücksichtigt.

„Neben den Problemen der materiellen Absicherung, der Entwicklung neuer sozialer Rollen und der produktiven Einbeziehung dieser Altersgruppe taucht für die wachsende Zahl der sehr alten und damit häufig sehr kranken und eingeschränkten Menschen in immer stärkerem Maße die Frage auf, wie sich die Generation ihrer 50- bis 65 jährigen Kinder zu der Hilfsbedürftigkeit ihrer Eltern stellt“ (ebd., S. 95).

Differenzen werden zwischen der Hilfsbedürftigkeit im Alter und der Bedürftigkeit bei Krankheit und Behinderung beschrieben.

„Immerhin ist ja nicht auszuschließen, dass die Zunahme des emotionalen Engagements und der materiellen Ressourcen im Bereich Alter allmählich doch von der Erkenntnis beglei-

tet wird, dass es sich dabei anders als beim Engagement für Minoritäten von anderen Kranken und Behinderten, im wesentlichen um Vorsorge für uns selbst handelt“ (ebd., S.96).

Mit dieser Passage etabliert Bruder eine Grenze zwischen der Kategorie Alter und Krankheit bzw. Behinderung. Übernahme von Pflegeleistungen werden hier nicht nur als „emotionales Engagement“ umschrieben, sondern als „Vorsorge für uns selbst“ konnotiert. Problematisch ist hierbei die empirische Realität, dass insbesondere Frauen die häusliche Pflege leisten oder geleistet haben, selbst mit wenigen Unterstützungsleistungen durch andere rechnen können, wenn sie pflegebedürftig werden, und damit eine Sorge für sich selbst verwehrt wird.

Geschlecht – Sexualität – Alter

Explizit wird die Kategorie Geschlecht sowohl für Pflegepersonen wie auch für Pflegebedürftige nicht ausgeführt. Bruder beschreibt das Konzept der filialen Reife und benutzt an zwei Stellen eine geschlechtskonnotierte Beschreibung häuslicher Pflege:

„Der Grad emotionaler Autonomie hat zentrale Bedeutung für die filiale Reife einer pflegenden Tochter und für ihre Kraft, Belastungen zu bewältigen.[] Eine emotional ausreichend selbständig gewordene Tochter ist besser imstande, sich in der Entscheidung zur Pflege freizuhalten von äußeren Einflüssen, seien es Erwartungen des Ehepartners in Schwiegerbeziehungen, emotionale Manipulationen [] oder auch feierliche Versprechungen, z.B. dem bereits verstorbenen Elternteil gegenüber“ (ebd., S. 97-98).

Häusliche Pflege wird hier als weiblicher Aufgabenbereich gesehen. An dieser Stelle wird die Selbstverständlichkeit von Pflegeleistungen durch Frauen in der häuslichen Pflege durch das Konzept etabliert.

An einer anderen Textstelle konnotiert Bruder in einer interessanten Weise Geschlecht innerhalb von Pflegesituationen:

„Man kann ein reifer Künstler, Politiker, aber auch Dressurreiter sein. Es wäre also wenig Information vermittelt, wenn man von einer familienpflegenden Frau als reif spricht“ (ebd., S. 100).

Diese Textpassage soll den Begriff „filial“ verdeutlichen, etabliert aber eine geschlechtshierarchische Konnotation. Künstler, Politiker und Dressurreiter werden in der männlichen Sprachform genannt und „familienpflegenden Frauen“ gegenüber gestellt. Während die „Männer“ Reife erlangen können, erscheint dies für „Frauen“ in der Pflege als nicht relevant. Interessant ist hier die Verknüpfung von häuslicher Pflege mit Frauen. Es wäre sicher auch möglich gewesen, eine männliche Pflegeperson heranzuziehen. D. h. hier werden Repräsentationen von Pflege mit solchen über Frauen verknüpft. Diese Verknüpfung schreibt Frauen und Männern verschiedene gesellschaftliche Orte zu. Damit findet eine Repräsentation von Frauen und Pflege statt, die gleichzeitig eine Abwertung und Ausgrenzung aus den gesellschaftlichen Bereichen der Männer impliziert.

Sexualität wird sowohl für Pflegepersonen und für Pflegebedürftige nicht thematisiert. Im Sinne der inhaltlichen Beschreibungen ist anzunehmen, dass sexuelle Impulse von Pflegebedürftigen legitim von Pflegepersonen fürsorglich-autoritär abgewehrt werden können. Die Pflegepersonen nehmen in diesem Konzept eine Perspektive einseitiger Verantwortungsübernahme ein, in der einerseits die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen im Mittelpunkt der Pflegebeziehung stehen und andererseits das Verhalten der Pflegebedürftigen von den Pflegepersonen kanalisiert wird. Eine gleichberechtigte Perspektive der Pflegesituation ist in diesem Konzept durch das spezifische Verständnis der dementiellen Erkrankung und die Idealtypisierungen von Pflegepersonen nicht vorgesehen.

Alter und Generationenverhältnisse werden abstrakt hinsichtlich der demographischen Entwicklung thematisiert:

„[Es] sind gewaltige quantitative Verschiebungen des Verhältnisses zwischen den Generationen vorherzusehen“ (ebd., S. 95).

Die Generationenfrage wird im Hinblick auf eine hegemoniale Haltung gegenüber Hilfsbedürftigkeit problematisiert. Insgesamt findet aber keine Konkretisierung der Kategorie Alter statt.

Moral – Subjektivität

Schon mit den beschriebenen Teilaspekten von filialer Reife: Emotionale Autonomie und Fähigkeit zu einem fürsorglich-autoritären Umgang mit demenz eingeschränkten alten Menschen, werden moralische Momente für Pflegesituationen im Konzept etabliert. Pflegepersonen sollen ein richtiges Maß an Fürsorglichkeit entwickeln, sollen in Krisensituationen demenzen Verhaltensweisen autoritär und liebevoll Grenzen setzen. Aggressionen sollen dementsprechend weitgehend vermieden werden, wobei das Maß an Persönlichkeitsentwicklung individuell zu verantworten ist. Selbstverständlich sollen Pflegepersonen eigenständige Trauerarbeit leisten können und wollen, sollen Pflegepersonen die Leistungsfähigkeit von Pflegebedürftigen adäquat einschätzen und unterstützen können, sollen Konflikte offen ausgetragen werden; als dritter Teilaspekt von filialer Reife soll eine Kontrollfähigkeit betreffend unangemessener Schuldgefühle der Pflegeperson möglich sein.

Diese Erwartungshaltungen implizieren nicht nur moralische Gestaltungsziele von Pflegesituationen, sondern zeigen deutlich, dass in diesem Konzept die Aufrechterhaltung, Durchführung und Stabilisierung von Pflegesituationen im Mittelpunkt stehen. Subjektive Autonomiebestrebungen oder Begehrensformen von Pflegepersonen werden nur am Rande thematisiert. Eigene Wünsche und Bedürfnisse von Pflegepersonen werden in diesem Konzept dem Verhalten der Pflegebedürftigen untergeordnet. Sorge um Pflegebedürftige wird insgesamt sogar als Sorge um sich selbst bewertet, die als kollektive Haltung in ihrer Selbstverständlichkeit etabliert werden sollte:

„Dies sind nur wenige Aspekte eines Problems, das natürlich auch unter dem Blickwinkel sich wandelnder kollektiver Haltungen gesehen werden muss. Immerhin ist ja nicht auszuschließen, dass die Zunahme des emotionalen Engagements und der materiellen Ressourcen im Bereich Alter allmählich doch von der Erkenntnis begleitet wird, dass es sich dabei, anders als beim Engagement für Minoritäten von anderen Kranken und Behinderten, im wesentlichen um Vorsorge für uns selbst handelt. Aus dieser Einsicht könnte sich der Wunsch ergeben, die Versorgungsbereitschaft gegenüber den Eltern möge sich ebenso instinktmäßig verankern wie dies bei Säuglingen und Kleinstkindern schon seit langem oder schon immer der Fall ist“ (ebd., S. 96).

Moralische Aspekte in Pflegesituationen werden in dieser Passage im Spannungsfeld zwischen der öffentlichen Sphäre und der Kindererziehung angesiedelt. Während einerseits „kollektive Haltungen“ spezifische Auswirkungen auf das Verhalten in Pflegesituationen haben, wird andererseits die Versorgung von alten Menschen mit der Versorgung von Kleinkindern verglichen. Problematisch ist hier nicht nur die These, dass Sorge um Andere gleichzeitig auch Sorge um sich selbst sein soll. Wie die Ergebnisse der Belastungsforschung gezeigt haben, beinhalten Pflegesituationen oftmals ein hohes Potential an Überforderung, in der Sorge um sich selbst aufgrund der Pflegeanforderungen nicht mehr möglich ist. Ein anderes Problem ist die Gleichsetzung der Pflege von alten Menschen mit der Pflege von Kindern. Kinder sind im Gegensatz zu alten Menschen planbar, die Pflegebedürftigkeit eines alten Menschen ist nicht planbar. Darüber hinaus sind bei Kindern positive Entwicklungsprozesse zu begleiten, bei alten Menschen müssen hingegen Abbauprozesse begleitet werden. Bruder weist am Ende des Textes selbst auf wesentliche Unterschiede zwischen pflegebedürftigen Eltern und Kindern hin und hebt damit gleichsam seine Thesen wieder auf, die er in der zitierten Passage als Forderungen erhebt.

Insgesamt wird hier nicht nur pflegenden Angehörigen, sondern auch alten pflegebedürftigen Menschen eine eigene Subjektivität verwehrt, indem diese mit Kindern verglichen werden. Der Versuch, dann Unterschiede zwischen alten Menschen und Kindern herauszuarbeiten, zeigt eine Grundstruktur der inhaltlichen Argumentation. Bruder favorisiert eine Gratwanderung für den Umgang, den pflegende Angehörige leisten sollen. Sie sollen autoritär, aber auf keinen Fall aggressiv sein, sie sollen liebevoll sein, sich aber nicht ausbeuten lassen. Der Text ist damit ein Plädoyer für Gratwanderungen in Pflegebeziehungen. Sämtliche Verhaltensweisen und Gefühle, die über die definierten Grenzen hinaus gehen, werden als moralisch verwerflich konnotiert und im Bereich individueller Verantwortlichkeit abgewertet.

Verantwortung – Autonomie

In dieser Hinsicht wird ein Spannungsverhältnis zwischen Verantwortung und Autonomie mit Blick auf funktionale Pflegebeziehungen behauptet. Autonomie und deren Entwicklung wird hier ausschließlich für die Aufrechterhaltung häuslicher Pflegesituationen beschrieben. Das Spannungsverhältnis von häuslicher Pflege und institutioneller bzw. professioneller Versorgung, das mit dem Spannungsverhältnis zwischen

Verantwortung und Autonomie verbunden ist, wird dann aber von einer funktionalen Ebene auf eine Beziehungsebene transformiert:

„Es wäre verkürzt, dabei sofort an die Alternative von Familienpflege bzw. institutioneller und professioneller Versorgung zu denken. Zunächst muss es vielmehr darum gehen, die Bedeutung des Problems zu begreifen, also z.B. Klarheit darüber zu gewinnen, wieweit nur das Wohlbefinden des alten Menschen Berücksichtigung zu finden hat, wieweit es an evtl. unvereinbaren Interessen der Kinder gemessen werden darf oder ob, unabhängig davon, das Bedürfnis der Kinder beachtet werden muss, überhaupt einen Hilfeversuch für die kranke Elternperson zu unternehmen, auch wenn dieser Wunsch vielleicht noch gar nicht klar empfunden wird“ (ebd., S.95-96).

Problematisch ist an dieser Textpassage, dass eine scheinbar äußere Instanz entscheiden soll, welche Bedürfnisse zu berücksichtigen sind bzw. welche Interessen von Pflegeperson und Pflegebedürftigen wichtiger sind. Diese Passage enthält einerseits eine ambivalente Form der Hierarchisierung von Bedürfnislagen bei Pflegepersonen und Pflegebedürftigen und andererseits eine Form der Egalisierung von Beziehungsstrukturen. Die Beziehungsstrukturen werden als gleichwertig vorgestellt, obwohl Pflegepersonen eindeutig in der häuslichen Pflege in einer besonderen Position sind.

Im Konzept der filialen Reife wird der Grad an emotionaler Autonomie von Pflegepersonen als zentrales Kriterium bezeichnet, Belastungen der Pflegesituation zu bewältigen:

„Nur eine emotional selbständige Persönlichkeit kann den schrittweisen Verlust ihrer Mutter oder ihres Vaters pflegend erleben und darüber trauern, ohne handlungsunfähig zu werden. [] Abhängigkeit drückt sich hier in dem fortdauernden Bedürfnis nach elterlicher Anerkennung des eigenen Verhaltens aus“ (ebd., S. 97).

Das Konzept von Bruder enthält spezifische Idealtypisierungen von Pflegepersonen. Verantwortung gegenüber pflegebedürftigen alten Menschen sollte fürsorglich, aber dennoch emotional autonom sein. Problemfelder in der Pflegesituation werden aus dieser Perspektive mit einem unterentwickelten Persönlichkeitsstatus von Pflegepersonen korreliert.

„Noch kindlich an ihre Eltern gebundene Menschen reagieren darauf nicht selten mit Depressionen, Gefühlen des Ausgeliefertseins und von Machtlosigkeit sowie häufig auch einer Mischung aus Aggression und Schuldgefühlen“ (ebd., S. 98).

Verantwortung und Autonomie werden hier der individuellen Disposition von Pflegepersonen überantwortet. Als Basis gelungener Verantwortung wird eine emotionale Autonomie gegenüber einem pflegebedürftigen Elternteil vorausgesetzt. Autonomie ergibt sich in dieser Sichtweise als emotionaler Vorgang und kennzeichnet ein spezifisches Maß an Persönlichkeitsentwicklung. Dabei wird der Grad der Persönlichkeitsentwicklung direkt mit der Belastungsqualität verknüpft.

„Eine emotional ausreichend selbständig gewordene Tochter ist besser imstande, sich in der Entscheidung zur Pflege freizuhalten von äußeren Einflüssen, seien es Erwartungen des Ehepartners in Schwiegerbeziehungen, emotionale Manipulationen (<Wenn ich doch bald stürbe, dann wäret Ihr von mir befreit!>) oder auch feierliche Versprechungen, z. B. dem bereits verstorbenen Elternteil gegenüber. Damit sind gute Voraussetzungen gegeben, dass sie schließlich den Entschluss zur Aufnahme oder Fortführung der Pflege, z. B. bei vorhersehbar konstanter Belastungsvermehrung, als eigenständig und freiwillig ansehen kann, also aus sich heraus handelt“ (ebd., S. 98).

In dieser Denkausrichtung ist emotionale Autonomie ein Ergebnis einer spezifischen Persönlichkeitsentwicklung, die dann die Basis für eine autonome Entscheidung über häusliche Pflege gewährleistet. Problematisch ist dabei die Vorstellung von Belastung. Belastungsgrenzen werden nicht nur vollständig individualisiert, sondern mit der Individualisierung gleichsam wegdefiniert. Kurz zusammengefasst: Wer über ausreichende emotionale Autonomie verfügt, erlebt keine Belastungen und ist dementsprechend ohne Grenzen belastbar. Diese Vorstellung basiert im Kern auf einem verhaltenstherapeutischen Menschenbild.

Sorge – Begehren

Als weiteres Merkmal des Konzeptes wird die Fähigkeit zu einem fürsorglich-autoritären Umgang mit dement eingeschränkten alten Menschen hervorgehoben. D.h. die Form von Sorge um alte Menschen erscheint hier als Idealtypus von fürsorglich-autoritären Umgangsweisen, als

„[d]ie Fähigkeit, aus einer fürsorglich-zugewandten, liebevoll-versorgenden Haltung heraus u. U. auch autoritär anmutende Grenzen zu setzen, um die Entfaltung demen- tiv gestörten Verhaltens zu beschränken“ (ebd., S. 98).

Diese Textpassage etabliert nicht nur idealtypische Umgangsweisen mit dementiel- lem Verhalten auf der Seite von Pflegepersonen, sondern auch Grenzen, die demen- tiellem Verhalten zu setzen sind. Gleichzeitig werden damit sowohl Begehrensformen von dementiell Erkrankten und deren Pflegepersonen definiert:

„Größere innere Schwierigkeiten kann es verursachen, wenn Türen verschlossen werden müssen oder mit anderen Maßnahmen zu verhindern ist, dass ein dementer alter Mensch stürzt oder fortläuft. Familienangehörige, die zu solchen Maßnahmen nicht fähig sind, bleiben bei schwerer Demenz des alten Menschen seinem Störver- halten hilflos ausgeliefert. Hieraus entstehende Kränkungen der Pflegenden und chronisch eskalierende Konflikte lassen dann oft die positiven Beziehungsanteile und Verbundenheitsgefühle in den Hintergrund treten, die doch einmal der Grund dafür waren, dass die Pflege übernommen wurde“ (ebd., S. 98-99).

Auffallend ist, dass auch die Beschreibung des Verhältnisses von Sorge und Begeh- ren vorwiegend in der dyadischen Beziehung von Pflegeperson und Pflegebedürfti- gen verharrt und Variablen des Umfeldes zur Konstituierung der Pflegesituation nur marginale Bedeutung erhalten. Dementsprechend verbleibt der therapeutische An- satz auf einer individuellen Ebene. Auffällig dabei sind das Verständnis von Demenz als Störverhalten und die reglementierenden Formen, die Pflegepersonen dazu ein- nehmen sollen.

Öffentlichkeit – Privat

Die Versorgung von Pflegebedürftigen ist in diesem Konzept als primär privates, fa- miliales Feld konstruiert und nicht in einem öffentlichen Verhältnis gedacht. Die Mög- lichkeit, häusliche Pflege als eine Versorgungsmöglichkeit aus einer Vielzahl von An- geboten auszuwählen, wird hier nicht berücksichtigt. Insofern kommt es zu einer Repräsentation von Pflege als primär weibliche, familiale Beziehungsform. Diese Darstellung repräsentiert häusliche Pflege vorwiegend als familiale Beziehungsform, indem sie als Arbeits- und Lebensform dethematisiert wird.

Staat – Individuum

Trotz einer weitgehenden individuellen und familialen Verantwortung für häusliche Pflegesituationen beschreibt Bruder die demographischen Herausforderungen auch als politische Aufgabe:

„Vor dem Hintergrund gegenwärtig weiterhin erfolgloser Bemühungen, die anhaltend geringe Geburtenziffer bzw. Nettofortpflanzungsrate in der BRD zu erhöhen, und angesichts der Tatsache, dass massenvernichtende Konflikte zwischen den hochentwickelten Ländern jahrzehntelang vermieden wurden und – hoffentlich – weiter vermieden werden, sind gewaltige quantitative Verschiebungen des Verhältnisses zwischen den Generationen vorherzusehen“ (ebd., S. 95).

Diese Schwerpunktsetzung beruht auf einer individuellen Persönlichkeitsentwicklung von pflegenden Kindern gegenüber der pflegebedürftigen Elterngeneration. Belastungs- und Konflikaspekte der Pflegesituation durch äußere Rahmenbedingungen werden im Text nur am Rande gestreift. Verantwortlichkeiten von staatlicher Seite zur Bewältigung von häuslichen Pflegesituationen werden hier nicht thematisiert, sondern Pflege wird auf einer individuellen und familialen Ebene belassen. Lediglich die Erhöhung der Geburtenziffer und der Nettofortpflanzungsrate werden als Aspekte genannt, die von staatlicher Seite zur Bewältigung der demographischen Entwicklung von Pflegebedürftigkeiten verbessert werden könnten.

Macht- und Wissensordnungen

Das Verständnis von Pflegebedürftigkeit im Alter verbleibt in einem ambivalenten Status. Einerseits sollen die Bedürfnisse von pflegebedürftigen alten Menschen das Zentrum für Persönlichkeitsentwicklungen von Pflegepersonen darstellen, andererseits sollen Pflegepersonen demenziellem Verhalten klare Grenzen setzen. Hier wird eine wechselnde Subjektposition von Pflegepersonen gefordert, die spezifische Normvorstellungen enthalten. Damit formuliert das Konzept Normalitätsannahmen für Pflegepersonen und Pflegebedürftige. Mit den Idealtypisierungen werden nicht nur normierende sondern auch hierarchisierende Subjektpositionen aufgebaut, die ambivalente Macht- und Wissensordnungen zwischen den Beteiligten enthalten.

3.2.2 Ein systemisches Konzept

Bayer-Feldmann, Claudia / Greifenhagen, Annette (1995): Gruppenarbeit mit Angehörigen von Alzheimer-Kranken – ein systemischer Ansatz. In: Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie, Nr. 45, S.1-7.

Allgemeine Grundlinien systemischer Konzepte verstehen psychische Störungen „nicht als Kennzeichen oder Zustand einer Person [], sondern als Phänomen, das im Kontext bestimmter kommunikativer Strukturen und Beziehungen entsteht und eine Funktion hat. Kennzeichnend für diese Sichtweise sind die Begriffe des identifizierten oder designierten Patienten, mit denen ausgedrückt werden soll, dass dieser Person innerhalb einer Gruppe – in der Regel der Familie – die Funktion zukommt, das System vor dem Zusammenbruch zu bewahren. Familie wird als homöostatisches System begriffen, das ständig versucht, sich im Gleichgewicht zu halten. Kann mit inneren und äußeren Bedrohungen nicht besser umgegangen werden, dann notfalls auch um den Preis, dass ein Familienmitglied psychische Symptome entwickelt. [] Die Symptome werden als Lösungsversuch gesehen“ (Franke 2001, S. 34).

Das Beratungskonzept von Bayer-Feldmann und Greifenhagen (1995) ist aus einer Kombination von theoretischer Reflexion und praktischer Arbeit mit pflegenden Angehörigen entstanden.

„Im Juni 1992 wurde begonnen, in 14tägigen Abständen einen Angehörigengesprächskreis mit kombiniertem psychoedukativen und systemischen Ansatz durchzuführen. Die Gruppe wurde von den Autorinnen, einer Psychologin und einer Ärztin, geleitet“ (ebd., S. 3).

Beratungsziel dieses Ansatzes ist eine Veränderung der verbalen und nonverbalen Interaktionsmuster innerhalb des (Pflege-)Systems zu erreichen. Darüber hinaus werden folgende Ziele formuliert:

- „die Bedeutung der Erkrankung für die Interaktionspartner zu klären,
- spezifische Reaktionen einzelner Bezugspersonen auf die Erkrankung zu erfragen,
- den Blick auf ein erweitertes Helfersystem zu richten,
- das Verhältnis von Nähe und Distanz in der Pflegesituation zu thematisieren,

- Machtkonstellationen in der Pflegebeziehung, die eine emotionale Annäherung der Interaktionspartner behindern, aufzuzeigen,
- den Pflegealltag hinsichtlich der Bedürfnisse der Beteiligten neu zu betrachten und neu zu organisieren,
- konflikträchtige Beziehungen und Verhaltensmuster zu entdecken, zu bearbeiten und zu verändern“ (ebd., S. 3).

Als Grundhaltungen der Berater/innen werden Empathie, Verständnis und Annahme der Pflegepersonen kurz thematisiert (vgl. ebd., S. 5). Als Beratungsmethoden und –verfahren ist eine Kombination von psychoedukativen und systemischen Ansätzen gewählt. Die ersten beiden Treffen wurden zum Kennenlernen genutzt. Danach folgten Sitzungen mit einem psychoedukativen Ansatz, in dem folgende Themen im Mittelpunkt standen:

- „1. Alltag zu Hause
2. Gestaltung des Tagesablaufs
3. Soziale Kontakte
4. Problemsituationen
5. Eigene Gefühle
6. Eigene Grenzen und Regeneration“ (ebd., S. 3).

Nach acht Sitzungen, in denen das Kennen lernen und der psychoedukative Ansatz im Vordergrund standen, wurden die Pflegesituationen mit einem systemischen Ansatz betrachtet. Dabei wurden die Beziehungen innerhalb der Pflegedyade sowie die Beziehungen der Pflegeperson mit der / dem Pflegebedürftigen zur Außenwelt problematisiert. Insgesamt traf sich die Gruppe zu 17 Sitzungen. Als Beratungstechniken wurden das Genogramm, zirkuläres Fragen, Feedback-Runden und das Aufgreifen von Stimmungen benutzt.

Gleichheit – Differenz

Die Differenzierungen von Belastungsfaktoren werden im Konzept anhand der Variablen Alter, körperliche Probleme, Persönlichkeitsfaktoren und Bewältigungsstrategien vorgenommen. Zusätzlich werden spezifische Einstellungen und Attributierungen betreffend die Erkrankung sowie Schuldzuschreibungen zur Erklärung der Belastungssituation herangezogen:

„Die Streßvulnerabilität der Pflegepersonen wird durch das Alter, körperliche Probleme, Persönlichkeitsfaktoren und Bewältigungsstrategien beeinflusst. [] Einstellungen und Attributierungen über die Krankheit sowie Schuldzuschreibungen machen einen entscheidenden Faktor aus“ (ebd., S. 1).

Unterschiede werden auch zwischen Frauen und Männern gemacht. Danach können sich Frauen weniger gut von den Pflegebedürftigen distanzieren, sind ängstlicher und subjektiv stärker belastet als Männer. Für Frauen steht im Gegensatz zu Männern die Frage der Selbstverwirklichung - nach der Kindererziehung - im Vordergrund.

Gleichheit wird in Bezug zu psychischen Prozessen im Rahmen einer Pflegesituation beschrieben, von denen auch Familienmitglieder betroffen sind, die nicht unmittelbar mit der Pflege konfrontiert sind.

„Auch bei den Familienmitgliedern, die nicht direkt mit der Pflege betraut sind, setzen verschiedene dynamische Prozesse ein. Dazu zählen die Verleugnung oder das „labeling“ des Krankheitsprozesses, Angst vor der Erblichkeit der Erkrankung, Geschwisterrivalitäten, wenn es um die Pflege des Elternteils geht, und Kritik an der primären Pflegeperson, z. B. der Mutter oder dem Vater (Niederehe u. Frugé 1984)“ (Bayer-Feldmann / Greifenhagen 1995, S. 2).

Gleichheit erscheint auch im Hinblick auf die Bedeutung von ehemaligen Beziehungen, auf Nähe-Distanz Probleme in Pflegesituationen, auf mangelnde Regenerationsmöglichkeiten sowie auf die Tabuisierung spezifischer Themen in Pflegesituationen:

„Themen wie emotionale Ambivalenz zum Kranken, aggressive Gefühle und Miss-handlungen, Sexualität oder Lebenspläne für die Zeit nach dem Tod des Kranken werden nur selten angesprochen [] obwohl sie für die Bewältigung der Pflege entscheidende Faktoren sind“ (ebd., S. 2).

Geschlecht, Sexualität, Alter

Während einerseits die spezifischen Probleme von Frauen thematisiert werden, so werden andererseits sowohl Pflegepersonen und Pflegebedürftige männlich konnotiert. So ist die Rede von

„den Patienten, [] der Kranke“ (S. 1), „des Kranken, [] dem Kranken“ (S. 2), „dem Ehepartner, [] der Teilnehmer“ (S. 3), „Jeder Teilnehmer, [] dem pflegenden Angehörigen“ (S. 4), „der Pflegende, [] er lehnt“ (S. 5).

Obwohl in der oben zitierten Passage eine geschlechtsspezifische Differenz in dem Umgang mit und der Bewältigung von Pflegesituationen thematisiert ist, wird Geschlecht in diesem Konzept nicht explizit zur Analyse der Pflegesituation und Konzeption von Beratung herangezogen. Die Ausrichtung des Konzeptes basiert eher auf einer traditionellen Vorstellung von Familie. Primäre Verantwortungsträger/innen für Pflegesituationen sind hier zuerst Familienangehörige.

Heteronormativitätsvorstellungen, mit denen pflegende Angehörige konfrontiert sind, sind nicht als Thema in die Beratungskonzeption aufgenommen. Allerdings wird die Tabuisierung von Sexualität in Pflegesituationen kurz angesprochen. Es ist allerdings zu vermuten, dass die Ausgestaltung von Sexualität durch die Zielvorgabe der Stabilisierung von Pflegesituationen definiert wird.

Alter findet einen Ausdruck in der Veränderung der Beziehungen zwischen kranken Eltern und deren pflegenden Kindern. Alzheimer-Erkrankte werden hier als „Kinder“ aufgefasst. Die Aufnahme des Konzepts der filialen Reife verdeutlicht einen zentralen Aspekt dieses Beratungskonzeptes:

„Im Verlauf der Krankheit wandeln sich die Kräfte- und Abhängigkeitsverhältnisse innerhalb der Familie. Im Fall von pflegenden Kindern kann es zu einer „Parentifizierung“ kommen. Die ehemals versorgenden, selbständigen Eltern der Kinder werden zu unselbständigen „Kindern“ ihrer eigenen Kinder. []. Dem Begriff der „Parentifizierung“ steht die „filiale Reife“ gegenüber: danach bedeutet Sorge um die Eltern nicht einen Rollentausch, sondern umgekehrt die reife Erfüllung der Rolle als Tochter oder Sohn“ (ebd., S. 2).

An dieser Stelle wird nochmals eine ambivalente Argumentationslinie des Konzeptes deutlich. Einerseits wird im systemischen Denken eine Gleichberechtigung von Systemmitgliedern beschrieben, andererseits werden Pflegepersonen mit einer spezifischen Form von Macht vorgestellt, die sich eben aus der genannten „Parentifizierung“ ergibt.

Moral – Subjektivität

Auch wenn dieses Beratungskonzept sowohl die Pflegepersonen und die Pflegebedürftigen gleichermaßen berücksichtigen will, so ist dieses Konzept eindeutig an der Stabilisierung und Verbesserung der Pflegesituation interessiert. Der Erfolg der Angehörigenberatungsgruppen wird an der Vermeidung einer Institutionalisierung von Pflege gemessen:

„Besuchten Angehörige eine Beratungsgruppe, konnte allerdings die Unterbringung in einem Heim wesentlich hinausgezögert werden im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, in der die Angehörigen nicht beraten wurden“ (ebd., S. 2).

Dieses Konzept zielt darüber hinaus auf die Etablierung spezifischer Verhaltensweisen gegenüber Pflegebedürftigen. Nicht die Pflegebedürftigkeit wird als das Hauptproblem definiert, sondern im systemischen Denken soll das umgebende System sich besser auf die Erkrankung einstellen. Probleme und Konflikte in der Pflegesituation werden insgesamt als unpassende Einstellungen des Systems auf die Erkrankung aufgefasst.

„Es handelt sich um eine krisenhafte Veränderung, die von dem jeweiligen System, z. B. dem Ehepartner oder der erweiterten Familie, eine Neuorientierung oder Anpassung erfordert. Aufgrund der Erkrankung verändern sich Kommunikation und Verhalten nicht nur des Erkrankten, sondern auch der Bezugspersonen, da diese immer in wechselseitiger Beziehung zueinander stehen. Das Fortschreiten der Alzheimer-Krankheit erfordert ein stetes Aneinanderanpassen der Interaktionspartner, um das Zusammenleben und die täglichen Anforderungen der Pflege zu ertragen“ (ebd., S. 3).

Die Verantwortung für Probleme, Konflikte und Belastungen werden in dieser Passage sowohl Pflegepersonen und Pflegebedürftigen gleichermaßen zugeschrieben. Problematisch ist dabei, dass in den meisten Fällen vorwiegend Pflegepersonen die Möglichkeit haben, durch Informationen über die Erkrankung und ein verändertes Verhalten Konfliktsituationen zu beseitigen. Denn in einem fortgeschrittenen Stadium einer Pflegebedürftigkeit ist eine Veränderung von Kommunikationsverhalten für Erkrankte sicher nicht mehr möglich. Bayer-Feldmann und Greifenhagen entwickeln ein Beratungskonzept, das auf einem funktionalen Familienverständnis aufbaut. Deutlich

werden darin Normalitätsannahmen über Familie, die ein ambivalentes Verständnis von Verantwortungsbereichen und Moralvorstellungen über familiäre häusliche Pflege enthalten. Dabei werden Idealvorstellungen von Moral und Subjektivität deutlich. Pflegepersonen sollen insgesamt optimal mit Belastungen und Stress umgehen können. Sie sollen jederzeit liebevoll, gelassen und ohne Aggression mit Kranken umzugehen. Es zeigen sich Normvorstellungen, gemäß denen Pflegepersonen eine hohe Reflexionsmöglichkeit haben sollten, um Probleme und Konflikte zu lösen. Paradox ist an diesem Konzept, dass parallel zu diesen Idealvorstellungen die Repräsentation über eine eigenständige Subjektivität von Pflegepersonen ausbleibt. An dieser Stelle wird deutlich, dass die subjektiven Bedürfnisse von Pflegebedürftigen über denen von Pflegepersonen stehen und nicht gleichberechtigt sind. In diesem Sinne wird auch die Frage der Institutionalisierung von häuslicher Pflege bzw. die grundsätzliche Entscheidung für oder gegen häusliche Pflege im Text nicht thematisiert. Oberstes Ziel ist die Stabilisierung und Aufrechterhaltung von häuslicher Pflege und nicht eine Entfaltung von subjektivem Begehren der Pflegepersonen. D.h. das Konzept beinhaltet moralische Wertungen, die häusliche Pflege im Gegensatz zur institutionellen Pflege privilegieren und spezifische Verhaltensweisen über Idealtypisierungen positiv und negativ konnotieren.

Verantwortung – Autonomie

Die Autorinnen beschreiben das Spannungsverhältnis zwischen Verantwortung und Autonomie insbesondere für Frauen sehr deutlich:

„In einer Untersuchung von Parks u. Plisiuk (1991) konnten sich Frauen weniger gut von der zu pflegenden Person distanzieren, waren ängstlicher und subjektiv stärker belastet als pflegende Männer. Für Töchter / Schwiegertöchter tritt die Pflegeaufgabe dem Wunsch nach mehr Selbstverwirklichung entgegen in einer Lebensphase, die ihnen nach der Erziehung der eigenen Kinder mehr Eigenständigkeit ermöglichen könnte (Brody 1991)“ (Bayer-Feldmann / Greifenhagen 1995, S. 2).

Verantwortung in Form der Übernahme von Pflegeleistungen wird hier eindeutig der autonomen Lebensgestaltung gegenüber gestellt. Die spezifische Situation von Frauen erfährt eine deutliche Beschreibung. Implizit werden unterschiedliche Erwartungshaltungen an Frauen und Männer thematisiert sowie geschlechtsspezifische Mechanismen zur Bewältigung von Pflegesituationen beschrieben.

Bedeutsam ist diese Passage im Vergleich zu anderen Passagen des Beratungskonzeptes, in denen die Schwierigkeiten in Pflegesituationen individual- und familientherapeutisch angesprochen werden.

„Gilleard und Mitarb. (1982) berichten von ihrer Angehörigenbefragung, dass die Qualität der früheren Beziehung ein maßgeblicher Prädiktor für die psychische Gesundheit der Betreuungsperson war. Alterung und Alzheimer-Krankheit können zu einer Zuspitzung von Persönlichkeitszügen führen und alte Familienkonflikte wiederaufleben lassen“ (Bayer-Feldmann / Greifenhagen 1995, S. 2).

Die Konflikte und Belastungen in Pflegesituationen werden in diesem systemischen Konzept hauptsächlich durch die Beziehungsstrukturen in der Familie und deren Umfeld erklärt:

„Vor allem, wenn andere Angehörige oder Bekannte des Kranken sich an der Pflege beteiligen oder zumindest häufig zu Besuch kommen, nimmt die Belastung der primären Pflegeperson ab (Zarit et al. 1980, Morris et al. 1988). Dabei spielt vor allem das Gefühl einer verlässlichen Familie im Hintergrund die entscheidende Rolle, weniger deren tatsächliche Hilfe (Pratt et al. 1985). [] Mangelnde Übereinstimmung der Familienmitglieder über Fragen der Betreuung sowie Kritik und Ablehnung der primären Pflegeperson durch die anderen Familienmitglieder erhöhten die Belastung (Shields 1992)“ (Bayer-Feldmann / Greifenhagen 1995, S. 1-2).

Die Belastungsanalyse thematisiert hier die Verantwortungsübernahme für häusliche Pflege. Wenn Pflegepersonen vom Umfeld Unterstützung erfahren, nimmt die Belastung ab. Wenn allerdings von anderen Familienmitgliedern Verantwortung für die Pflege verweigert und sogar Kritik geübt wird, erhöht sich die Belastung der Hauptpflegeperson. Auf dieser Argumentationslinie baut auch die Ausgestaltung der Gruppenberatung auf. Solidarität mit anderen Betroffenen zu erfahren, ist ein zentraler Ansatzpunkt für die Gruppenangebote. Durch die Solidarität mit anderen Gruppenmitgliedern wird nicht nur die Beziehung zur / zum Pflegebedürftigen verändert, sondern damit wird es auch möglich, eigene Bedürfnisse und Wünsche – d.h. Autonomie – zu verwirklichen. Durch die Reflexion der eigenen Situation sowie der Anteilnahme an der Pflegesituation von Gruppenmitgliedern wird es möglich die eigenen Probleme aber auch Leistungen zu erkennen. Mit der Auseinandersetzung über Eigene Gren-

zen und Regenerationsmöglichkeiten können Pflegepersonen eine Distanz zur häuslichen Pflegesituation aufbauen. So können Veränderungen im Denken, Handeln und Fühlen von Pflegepersonen entstehen, die eine Basis für Freiräume schafft.

Sorge – Begehren

Schon während des psychoedukativen Ansatzes sind Handlungsanweisungen vermittelt worden, eigenes Begehren der Pflegepersonen in den Mittelpunkt zu stellen.

„Über sich selbst zu sprechen und das eigene Verhalten zu reflektieren, haben viele Angehörige verlernt – zu sehr steht der Kranke, die Belastungen der Pflege im Mittelpunkt. Die eigenen Gefühle, z. B. Wut, Trauer, Hilflosigkeit, Verzweiflung oder Schuldgefühle erkennen und annehmen lernen – dafür wurde im Gespräch zum fünften Schwerpunktthema Zeit und Raum gegeben. Die Teilnehmer wurden ermutigt, den Umgang mit diesen Gefühlen anzusprechen, und zu beobachten, wie sich die eigene Befindlichkeit auf die Beziehung zum Erkrankten und dessen Befinden auswirkt“ (ebd., S.4).

Diese Passage beschreibt eine doppelte Argumentationslinie. Während einerseits die Gefühle von Pflegepersonen im Mittelpunkt stehen, so wird andererseits das Verhalten der Pflegepersonen zu den Pflegebedürftigen problematisiert. Das Spannungsverhältnis von Sorge und Begehren der Pflegepersonen wird damit thematisiert und repräsentiert.

Die Schwierigkeiten von Pflegepersonen, eigene Bedürfnisse in Pflegesituationen wahrzunehmen und diese auszuleben, werden dabei besonders herausgestellt.

„Wurden sich die Betreuer und Helfer ihrer Gefühle bewusst, waren sie auch eher in der Lage, ihre Grenzen bei der Betreuung zu erkennen. Zentraler Inhalt des sechsten Schwerpunktthemas war für die Teilnehmer, die eigenen Grenzen zu akzeptieren und vor allem auf die eigene Regeneration zu achten. Aufgrund einer Art Opferhaltung gestatteten sich nämlich viele Angehörige kaum Freiräume für die Erfüllung eigener Bedürfnisse. Jeder Teilnehmer plante daher, unterstützt von der Gruppe, konkrete Möglichkeiten, wieder Kraft zu schöpfen (ebd., S. 4).

Insgesamt verfolgt das Konzept eine Balance zwischen den Bedürfnissen der Pflegeperson und der/dem Pflegebedürftigen herzustellen. Begehrensformen von Pfl-

gepersonen werden hier aber grundsätzlich im Zusammenhang mit einer Verbesserung der Pflegesituation thematisiert.

„Frau A. erkannte, wie wichtig es für sie ist, eine bestimmte räumliche, zeitliche und innere Distanz zu ihrem Mann zu halten, um das Zusammenleben besser ertragen und u. U. eine Verhaltensänderung bei ihrem Mann bewirken zu können. Die Gruppe bestärkte Frau A., mehr Eigenaktivitäten zu entwickeln und auch ihrem Mann mehr Freiräume zu geben. Schließlich konnte sich Frau A. zu einer lange aufgeschobenen Kur durchringen und den Abstand von ihrem Mann genießen. Vier Monate nach Gruppenende berichtete sie über eine deutliche Besserung der Aggressivität ihres Mannes und mehr Gelassenheit im Umgang mit ihm. Sie planten sogar einen gemeinsamen Urlaub“ (ebd., S. 5).

Es stellt sich die Frage, ob Begehrensformen durch dieses Konzept in jeglicher Art entfaltet werden können, auch mit der Konsequenz, die Pflegesituation zu beenden, oder ob nicht eine spezifische Kanalisation von Begehrensformen etabliert wird.

Öffentlich – Privat

Die Autorinnen beschreiben ein Verhältnis der Pflegeperson und der Kranken zur Öffentlichkeit, indem einerseits die Notwendigkeit und die Unterstützung von äußeren sozialen Netzwerken als hilfreich betrachtet wird, andererseits aber auch Hemmschwellen und Schwierigkeiten im Umgang mit sozialen Netzwerken, wie sie durch die Erkrankung hervorgerufen werden, angesprochen werden:

„Der Pflegende fühlt sich zuständig und allein verantwortlich für die Versorgung. Er lehnt in der anfänglich noch bewältigbaren Pflege jede Unterstützung ab, kann nicht zuletzt durch den – lange Zeit körperlich gesund wirkenden – Alzheimer-Kranken selbst den Schein der Normalität nach außen wahren. Die pflegenden Angehörigen vermeiden es oft lange, die Umgebung über die Erkrankung des Partners aufzuklären. Der Kranke seinerseits fixiert sich zunehmend allein auf den Partner als Betreuer und zeigt im Umgang mit Dritten schnell ein hilfloses und ablehnendes Verhalten, welches dem Angehörigen wiederum ein Zuziehen von Helfern in späteren Stadien der Krankheit erschwert“ (ebd., S. 5).

Diese Passage belässt einen Großteil der Pflegedynamik bei den Pflegepersonen. Einerseits werden Pflegepersonen mit Pflegeerwartungen des sozialen Umfeldes

konfrontiert, andererseits wird ihnen eine zu ausschließliche Verantwortungsübernahme unterstellt. Die Autorinnen fordern einen Balanceakt, der Normierungsvorstellungen für Pflegesituationen bzw. Idealtypisierungen von Pflegeverhalten enthält. Zudem werden auch Anteile des Verhaltens von Pflegebedürftigen an einer spezifischen Pflegesituation dargestellt. Damit wird eine ambivalente Argumentation deutlich. Während einerseits die Hauptverantwortung für Probleme und Konflikte bei der Pflegeperson verortet wird, so wird andererseits auch die Bedeutung des Verhaltens der Pflegebedürftigen sowie des Umfeldes für die Entwicklung einer spezifischen Pflegesituation gesehen.

Das Verhältnis zur Öffentlichkeit wird über die Aufrechterhaltung von Normalität definiert. Soziale Isolation entsteht aus Schamgefühlen für eine Alzheimer-Erkrankung bzw. durch die Angst, nicht mehr normales Verhalten in der Öffentlichkeit zeigen zu können. Die Dynamik zum weiteren sozialen Umfeld wird wie folgt beschrieben:

„Erweitert man den Blick von der „Pflegedyade“ auf das soziale Umfeld, d. h., weitere Familienmitglieder, Freunde, Bekannte oder Nachbarn, so berichten die Pflegenden immer wieder von mangelndem Verständnis für ihre Situation: der Kranke wirke doch gesund, sehe gut aus und reagiere ganz normal, wird argumentiert. Diese für die Alzheimer-Krankheit typische Erscheinung – der Kranke reagiert auf Alltagsroutinen lange Zeit noch normal, kann kurze Kommunikationssequenzen floskelhaft bewältigen – lähmt Hilfsangebote des sozialen Umfelds. Wird Unterstützung doch angeboten und durchgeführt, sind die Helfer schnell aufgrund mangelnder Informationen über den richtigen Umgang mit den Kranken überfordert und ziehen sich zurück“ (ebd., S. 5).

An dieser Stelle wird deutlich, dass Bilder über Pflegebedürftigkeit oder Krankheit im engen Zusammenhang mit Bildern über eine scheinbare Normalität verknüpft sind. Eine Alzheimer-Erkrankung wird grundsätzlich mit Bildern über pathogenes Verhalten verknüpft. Für den Bereich Öffentlich versus Privat interessiert hier aber die Tatsache, dass scheinbar pathogenes Verhalten zu einer Spirale sozialer Isolation führt. Resultat dieser Dynamik ist dann die besondere Belastung der Pflegeperson.

Staat – Individuum

In den Ausführungen wird sozialen Netzwerken eine wichtige Bedeutung zur Bewältigung von Pflegesituationen zugesprochen. Doch als Teilnehmer/innen des Systems

werden ausschließlich unmittelbare Familienmitglieder und engere Kontaktpersonen wie Freunde, Verwandte und Nachbarn einbezogen. Eine Erweiterung des Systemgedankens findet lediglich auf die Angehörigenberatungsgruppe statt.

„Im längeren Verlauf wird die Gruppe selbst ein System, deren Mitglieder untereinander in Beziehung stehen und aufeinander in spezifischer Weise reagieren“ (ebd., S. 3).

Der Systemgedanke erfährt hier allerdings seine Grenzen. Kommunale Altenplanung, juristische Rahmenbedingungen oder sogar wissenschaftliche Konzepte werden nicht als Teil eines Systems betrachtet, das Wirkungen auf Pflegepersonen, Pflegebedürftige und die Pflegesituation insgesamt hat. Insofern werden eher individuelle und familiäre Aspekte thematisiert und der Zusammenhang zwischen Individuum und Staat dethematisiert. Wie bisher verdeutlicht wurde, haben gesellschaftliche, kulturelle, wissenschaftliche, sozialpolitische und -bürokratische Aspekte einen wesentlichen Einfluss auf häusliche Pflegesituationen und müssten demzufolge als Wirkfaktoren innerhalb einer systemischen Sichtweise aufgenommen werden. Durch die sehr eng gefasste Auffassung eines Pflegesystems wird nicht nur pflegenden Angehörigen und der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Familien eine hohe Verantwortung zugeteilt, sondern damit werden potentielle Möglichkeiten zur Lösung der Pflegeproblematik außerhalb der Familie verschlossen.

Macht- und Wissensordnungen

Für den Bereich der Macht- und Wissensordnungen wird deutlich, dass pflegende Angehörige nach diesem Konzept selbst einen großen Teil zum Gelingen einer Pflegesituation beitragen müssen. Die Fähigkeit, sich Informationen in Beratungsgruppen zu beschaffen, sich mit alten Familienkonflikten zu beschäftigen und personenzentrierte Umgangsformen mit der Alzheimer Erkrankung zu finden, werden als zentrale Voraussetzungen für die Bewältigung einer Pflegesituation vorgestellt.

Das Thema Macht wird zwar im Konzept kurz thematisiert, doch bleibt unklar, wer in Pflegesituationen am wirkmächtigsten ist. Einerseits wird die gesamte Pflegesituation über das Verhalten der Kranken definiert, das Scham, Wut und auch Aggression bei Pflegenden auslösen kann, andererseits wird die Form des Umgangs mit diesem Verhalten als potentiell mächtig beschrieben. Hier werden die unterschiedlichen Sub-

jektpositionen, aus denen die Beschreibung der Pflegesituation vorgenommen wird, überaus deutlich.

Die Analyse zeigt unterschiedliche Perspektiven des Textes. Entweder wird aus der Perspektive von Pflegepersonen oder von Pflegebedürftigen argumentiert. Eine dritte Sichtweise versucht eine Balance zwischen diesen Positionen herzustellen. Insofern sind die Macht- und Wissensordnungen auch differenziert zu bewerten.

3.2.3 Ein integratives Konzept

Wilz, Gabriele / Adler, Corinne / Gunzelmann, Thomas (2001): Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzkranken. Ein therapeutischer Leitfaden. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe.

Das Konzept von Wilz / Adler und Gunzelmann (2001) versteht sich als Therapiekonzept. Eine direkte Abgrenzung zwischen Beratungskonzepten und Therapiekonzepten wird im Text allerdings nicht vorgenommen. Dieses Konzept ist aus einer Kombination von theoretischer Reflexion, Empirie und praktischer Arbeit mit pflegenden Angehörigen entstanden. Die Autor/innen führten in der Alzheimer Beratung Leipzig von 1994 bis 1996 über 200 Einzelberatungen und Arbeit mit mehreren Angehörigengruppen durch (vgl. ebd., S. 15). Die Ausarbeitung des Konzepts entstand aus theoretischen Überlegungen zur Belastung und zur Belastungsverarbeitung von pflegenden Angehörigen, eigenen Forschungsergebnissen, aus qualitativen Interviews, Fragebogenerhebungen sowie aus quantitativen und qualitativen Tagebuchstudien. Als übergeordnete Ziele des Leitfadens nennen die Autor/innen folgende.

- „Die therapeutische Arbeit anhand des Leitfadens soll Angehörige dabei unterstützen,
- ein vertieftes Wissen und psychologisches Verständnis für den demenzkranken Menschen zu entwickeln, auf dem basierend sie mit diesem angemessen umgehen können,
 - Probleme im Pflegealltag systematisch zu analysieren und strukturierte Lösungen hierfür zu erarbeiten und umzusetzen,
 - den Krankheitsprozess auch unter einer systemischen Perspektive in seinen Auswirkungen auf das partnerschaftliche oder familiäre System zu verstehen und mit damit verbundenen Veränderungen umgehen zu lernen,

- Methoden zur Stressbewältigung zu erlernen,
- Selbsthilfepotentiale zu aktivieren und sich in der Gruppe gegenseitig zu unterstützen“ (ebd., S.15-16).

Grundprinzipien dieses Ansatzes entsprechen einer Kombination aus verhaltenstherapeutischen (kognitiv-behavioralen) Orientierungen und der systemischen Orientierung mit einer Sichtweise, die Demenz als „Familienkrankheit“ versteht (vgl. ebd., S. 17).

„Das theoretische Konzept des Leitfadens beruht auf psychotherapeutischen Prinzipien und Methoden, die im Wesentlichen aus der kognitiven Verhaltenstherapie und aus familiensystemischen Therapieansätzen stammen. Ergänzt werden diese durch ein psychoedukatives Vorgehen und durch Imaginationsübungen“ (ebd., S. 15).

Als therapeutische Grundhaltung und Einstellung wird die Auseinandersetzung des/der Therapeuten/in mit dem Thema Demenz genannt, eine intensive Reflexion des/der Therapeuten/in betreffend Eigenübertragungen und Gegenübertragungen skizziert, die Wahrnehmung von pflegenden Angehörigen als Experten aufgefasst und eine kompetenzorientierte Vorstellung des/der Therapeuten/in von Entwicklungen im Alter beschrieben. Für das vorbereitende Einzelgespräch wird die Grundhaltung des/der Therapeuten/in näher formuliert.

„Im Vordergrund steht die ausdrückliche Würdigung der von den Angehörigen gezeigten Pflegebereitschaft und der erbrachten Leistungen sowie die Anerkennung ihrer Belastungen in einer wertschätzenden, akzeptierenden Grundhaltung des/r Therapeuten/in“ (ebd., S. 44).

Das methodische Vorgehen gestaltet sich durch ein vorbereitendes Einzelgespräch mit Interessierten; danach erfolgt eine therapeutisch geleitete Gruppenphase. Es werden 25 Sitzungen in 14 tägigem Abstand angeboten. Die Dauer beträgt jeweils 1,5 Stunden und sollte für 6-10 Angehörige ausgerichtet sein. Nach der Gruppenphase ist die Weiterführung als Selbsthilfegruppe vorgesehen. Parallel zur Angehörigengruppe findet eine Betreuungsgruppe für die Demenzkranken statt.

Als spezifische Methoden werden psychoimaginative Entspannungsübungen eingesetzt. Informationen über die Krankheit Demenz und mögliche Verhaltensweisen im

Umgang mit der Erkrankung werden im Gruppenverlauf vorgestellt. Lösungen für alltägliche Probleme werden aufgezeigt. Eingefahrene Bewältigungsstrukturen der Pflegepersonen sollen durch kognitives Umstrukturieren und alternative Problemlösungsstrategien abgelöst werden. Darüber hinaus werden problematische Beziehungskonstellationen anhand des systemischen Denkens verdeutlicht. Probleme, die im Gruppenverlauf entstehen, werden zum Erlernen von alternativen Bewältigungsstrategien für die Teilnehmer/innen bewusstgemacht (vgl. ebd., S. 62).

Gleichheit – Differenz

Wilz / Adler / Gunzelmann beschreiben Demenzerkrankungen in ihren unterschiedlichen Entstehungszusammenhängen und Typisierungen, skizzieren aber typische Verhaltensweisen der Erkrankten für die jeweiligen Stadien. Insofern werden für die Erkrankung Demenz Differenzen und Gemeinsamkeiten aufgezeigt.

Im Blick auf Pflegepersonen werden pflegende Ehepartner/innen und pflegende Kinder unterschieden. Die unterschiedliche Beziehungssituation zu den Erkrankten führt sogar dazu, dass die Gruppenangebote speziell für Ehepartner/innen oder für Kinder angeboten werden.

„Aufgrund der unterschiedlichen Lebens- und Pflegesituationen von pflegenden Kindern einerseits und pflegenden EhepartnerInnen andererseits [] ist es sinnvoll, homogene Gruppen mit pflegenden EhepartnerInnen oder pflegenden (Schwieger-) Kindern/anderen Angehörigen (Enkel, Nachbarn usw.) zu bilden“ (vgl. ebd., S. 49).

Innerhalb des Leitfadens werden vielfältige Fallbeispiele zur Verdeutlichung des therapeutischen Ansatzes und der bestehenden Problemlagen aufgeführt. Eine Analyse der Fallbeispiele zeigt, dass in diesem Leitfaden vorwiegend die Situation von pflegenden Ehepartner/innen thematisiert wird. Nur ein Fallbeispiel beschreibt die Situation von pflegenden Töchtern²⁹.

Einerseits wird die unterschiedliche Situation von pflegenden Ehepartner/innen und pflegenden Kindern benannt, andererseits entwerfen Wilz / Adler / Gunzelmann ein Konzept, das vorwiegend auf die Situation von pflegenden Ehepartner/innen ausgerichtet ist. Die Pflegeübernahme in der Ehebindung stellt, anders als eine Eltern-Kind-Beziehung, die Frage nach der Freiwilligkeit und Selbstverständlichkeit einer

Pflegeübernahme in einem anderen Maße. Die Ausrichtung des gesamten Konzeptes ist insofern dann auch für pflegende Angehörige konzipiert, die auf alle Fälle eine Pflegesituation im häuslichen Bereich durchführen möchten.

Gleichheit wird in diesem Zusammenhang für den Umgang und die Bewältigung der Pflegesituation relevant. Das Konzept beschreibt Gleichheitsvorstellungen zwischen Pflegepersonen anhand professioneller Kriterien und repräsentiert idealtypische Umgangsweisen mit Erkrankten. Der Text enthält verschiedene Arbeitsblätter über Symptome einer Demenz im zeitlichen Verlauf (ebd., S. 74-77), Symptome einer Demenz im Hinblick auf mögliche Einflussfaktoren (S. 78) die „innere Welt“ demenzkranker Menschen (S. 79), Orientierungen: für den Umgang mit demenzkranken Menschen (S. 80); zur Förderung von Selbständigkeit (S.81); zur Unterstützung von Kommunikation (S. 82); zur Vermittlung von Sicherheit im Lebensraum (S. 83); zur Entwicklung von Verständnis (S. 84); zur Unterstützung des Selbst-Erlebens (S. 85); und zur Vermeidung von Konflikten (S. 86). Im Anschluss daran werden Literaturhinweise, Informationsadressen im Internet, Erfahrungsberichte von Angehörigen und Romane, Broschürenhinweise, Ratgeber und Publikationen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. unter der Rubrik: Hilfreiche Informationen für das Leben mit einem demenzkranken Menschen, aufgeführt (S.87-90). Über gleiche Erfahrungen mit Demenzkranken, d. h. über ähnliche Symptomausprägungen werden standardisierte Verhaltensweisen im Umgang mit der Erkrankung aufgelistet. Damit werden nicht nur spezifische Erwartungshaltungen an Pflegepersonen hervorgehoben, sondern damit findet eine Normierung des Denken, Handelns und Fühlens von Pflegepersonen statt. Differenz entsteht dann anhand der Abweichung von dieser Norm.

Geschlecht – Sexualität – Alter

Der Text verwendet eine differenzierte Umgangsweise mit der Kategorie Geschlecht. Durchgängig wird sowohl die weibliche als auch die männliche Sprachform zur Beschreibung von Erkrankten, Pflegepersonen und Therapeuten/innen benutzt. Die Kategorie Geschlecht wird allerdings nicht als grundlegende Analysekatgorie zur Beschreibung von Problemlagen und Therapieformen herangezogen. Das Konzept vermittelt in Bezug zur Kategorie Geschlecht den Eindruck von homogenen Problemlagen für Pflegebedürftige und für Pflegepersonen. Die geringe Bedeutung von pflegenden Töchtern zeigt die Grenzen des Konzeptes auf. Spezifische Widersprüche

und Problemlagen, von pflegenden Töchtern, werden hier nicht repräsentiert und demzufolge werden auch keine Lösungsmöglichkeiten für diesen Personenkreis aufgezeigt.

In Bezug zur Kategorie Sexualität wird deutlich, dass in Ehebeziehungen häusliche Pflege eine spezifische Form von Selbstverständlichkeit impliziert. Die Versorgung eines Ehemannes oder einer Ehefrau ist über die eheliche Beziehung auch im wissenschaftlichen Bereich der Therapiekonzeptionen eine fest verankerte Selbstverständlichkeit. Die Vorstellung von Familie wird über eine eheliche Beziehung definiert. Familie erscheint in dieser Vorstellung als traditionelle Versorgungseinheit, in der Ehepartner/innen die zentralen Verantwortungsträger/innen für Pflegeleistungen darstellen.

Die Kategorie Alter wird im Konzept ambivalent dargestellt. Einerseits werden die immensen Pflegeleistungen von Ehepartner/innen auch im hohen Alter anerkannt, andererseits wird auch in diesem Konzept die Thematisierung der Zusammenhänge von Alter und Kindheit nicht ausgelassen:

„Nun also kam sie in das weiße Land, wo es die Zeit nicht gab. Sie wusste nicht, wo ihr Bett stand oder wie alt sie war. Aber sie fand eine neue Art, sich zu verhalten, und bat mit demütigem Lächeln um Nachsicht. Wie ein Kind. Und wie ein Kind war sie weit offen für Gefühle und für alles, was an wortloser Verständigung zwischen Menschen möglich ist“ (Fredriksson 2000, S. 11 nach Wilz / Adler / Gunzelmann 2001, S. 11).

In diesem Zusammenhang wird die ambivalente Beziehungsdefinition für Pflegepersonen deutlich. Demenzkranke werden einerseits in einer Subjektposition als erwachsene Menschen gesehen, und andererseits in einer Subjektposition als Kind eingestuft. In dieser Beschreibung sollen Pflegepersonen dann mit „filialer Reife“ angemessen eine konstante Beziehungsdefinition entwickeln. Problematisch ist dabei, dass je nach Grad der Verwirrung eines Erkrankten Pflegepersonen eine wechselnde Subjektposition betreffend Rollen, Beziehungen und Themen einnehmen sollen, um auf eine Situation angemessen zu reagieren.

Moral – Subjektivität

Das Konzept von Wilz / Adler / Gunzelmann bewegt sich auf einer schmalen Gratwanderung im Spannungsverhältnis zwischen Moral und Subjektivität. Durch die Orientierung anhand professioneller Verhaltensweisen für den Umgang der Pflegepersonen mit den Demenzkranken werden nicht nur moralische Normen zum Umgang mit Demenzkranken etabliert, sondern die Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegeperson wird von einer familiären Beziehung in eine professionelle Pflegebeziehung umgedeutet. Damit werden spezifische Verhaltens-, Gefühls- und Denkformen für den Umgang und für die Beziehung zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigen aufgebaut. Parallel dazu werden damit sämtliche Begehrensformen von Seiten der Pflegeperson an die/den Erkrankte/n wegdefiniert. Wünsche und Bedürfnisse der Pflegeperson an die Adresse der / des Pflegebedürftigen sollen durch kognitives Umstrukturieren oder Lernen am Modell anderer Gruppenmitglieder verändert werden. Während dieses Modell der Subjektivität von Pflegebedürftigen keine Grenzen von Bedürftigkeit setzt, wird die Subjektivität der Pflegepersonen erheblich eingeschränkt. Die Alternative einer stationären Versorgung von Demenzkranken wird nicht als Selbstverständlichkeit im Umgang mit einer Erkrankung thematisiert, sondern lediglich im Kontext der Aufrechterhaltung der eigenen Kernfamilie diskutiert.

Im Konzept sind zwar Themen angesprochen, die Tabugrenzen durchbrechen wollen, z. B. die Frage des Umgangs mit Sterben, Belastungsgrenzen von Pflegepersonen und Zukunftsperspektiven nach dem Tod des Erkrankten, gleichzeitig bedienen die Autor/innen aber professionelle Tabugrenzen. Die Frage nach sexuellen Wünschen der Erkrankten und der Pflegepersonen werden ebenso wenig thematisiert wie die Gedanken an Selbstmord. Die grundsätzliche Frage, ob Pflegepersonen überhaupt bereit sind, häusliche Pflege zu verrichten, ob eine freie Entscheidung für oder gegen häusliche Pflege vorliegt, wird nur marginal gestreift.

Verantwortung – Autonomie

Wilz / Adler / Gunzelmann zeichnen ein Bild von pflegenden Angehörigen, das einen Opferstatus in Pflegesituationen überschreiten möchte:

„Pflegerische Angehörige von dementiell Erkrankten galten lange Zeit als die „versteckten Opfer“ der Demenz (Zarit et al. 1985). Zum einen wird damit ausgedrückt, dass die Leistungen in der Versorgung und Betreuung von demenzkranken Familienmit-

gliedern nicht in ihrem tatsächlichen Ausmaß wahrgenommen und gewürdigt wurden. Zum anderen umschreibt diese Bezeichnung die mangelnde Berücksichtigung der Tatsache, dass eine dementielle Erkrankung nicht nur den erkrankten Menschen selbst betrifft, sondern in erheblichem Ausmaß auch die Angehörigen“ (Wilz / Adler / Gunzelmann 2001, S. 16).

Pflegepersonen werden hier implizit in einer Gegenüberstellung von „versteckten Opfern“ und „realen Opfern“ eingestuft. Demnach entsteht durch eine dementielle Erkrankung ein Opferstatus bei Pflegepersonen. D. h. eine solche Erkrankung löst ein hierarchisches Verhältnis zwischen Erkrankten und Angehörigen aus. Durch die mangelnde Anerkennung von Leistungen innerhalb der Versorgung und Betreuung wird ein zusätzlicher Opferstatus von Angehörigen aufgezeigt, der ein hierarchisches Verhältnis zwischen Pflegepersonen und der Umwelt kennzeichnet.

Eine Demenzerkrankung verursacht in diesem Bild scheinbar >naturwüchsig< Verantwortungsleistungen in der Familie. In dieser Passage wird das Spannungsverhältnis von Verantwortung und Autonomie eindeutig zugunsten der Verantwortung gewichtet. Während demnach bisher die Leistungen von pflegenden Angehörigen nicht realitätsgerecht beurteilt und gewürdigt wurden, so wird nun hier die Verantwortlichkeit von Pflegepersonen hervorgehoben:

„Es würde der Komplexität der familiären Pflegesituation aber nicht gerecht werden, Angehörige lediglich in ihrer betreuenden, versorgenden und pflegenden Funktion zu sehen. Als Familienmitglieder sind sie Teil des Systems, das durch die dementielle Erkrankung verändert wird. Sie sind von diesen Veränderungen betroffen, gestalten aber auch selbst die Bedingungen mit, unter denen sich Auffälligkeiten des Verhaltens, Denkens und Erlebens dementiell erkrankter Angehöriger manifestieren“ (ebd., S. 16).

In dieser systemischen Sichtweise sind Pflegepersonen von den Auswirkungen einer dementiellen Erkrankung betroffen; gleichzeitig werden sie als Mitgestalter/innen der Erkrankung aufgefasst. Pflegepersonen wird in dieser Passage eine hohe Verantwortlichkeit für die eigene Situation und für die Situation von Demenzkranken zugesprochen. Parallel zu dieser Vorstellung kritisieren die Autor/innen ein mangelndes Bewusstsein von der eigenen Betroffenheit bei Pflegepersonen:

„Trotz ihrer Belastung bringen pflegende Angehörige, die Beratung aufsuchen, die eigene Betroffenheit in der Regel (zunächst) nicht als Problem vor. Vielmehr stellen sie meist die Verhaltensstörungen und Persönlichkeitsveränderungen des erkrankten Menschen in den Vordergrund und erwarten aus der Beratung vordringlich praktikable Lösungen, um damit im Alltag umzugehen. Dies ist verbunden mit konkreten Fragen zu Ursachen, Symptomatik und Verlauf der Erkrankung“ (ebd., S. 16).

Während einerseits Verantwortung von Familienmitgliedern als selbstverständlich angesehen wird, so wird andererseits die mangelnde Fähigkeit von Pflegepersonen herausgestellt, die eigene Situation realitätsgerecht einzuschätzen und Bedürfnisse zu äußern. Während so ausschließliche Verantwortung gegenüber Erkrankten repräsentiert wird, wird auch die mangelnde Autonomie von Pflegepersonen kritisiert. Dieser Argumentationslinie liegen Idealtypisierungen und Normvorstellungen von Pflegepersonen, von Familien und von Krankheitsverläufen zugrunde, die dazu führen, dass sämtliche Probleme und Konflikte als defizitorientiertes Verhalten von Pflegepersonen aufgefasst werden. In dieser Vorstellung bilden imaginäre optimale Pflegesituationen, Krankheitsverläufe und Vorstellungen von Bewältigungsverhalten die Basis für die Bewertung von Pflegepersonen.

Sorge – Begehren

Wilz / Adler / Gunzelmann entwickeln ein Konzept, das Sorgearbeit anhand von aktuellen wissenschaftlichen Forschungsarbeiten zur Krankheit Demenz beschreibt und an aktuellen pflegewissenschaftlichen Kenntnissen orientiert ist. Sorgearbeit für demenzkranke Menschen wird dadurch anhand professioneller Kriterien dargestellt, bewertet und reguliert. In diesem Sinne soll das Verhalten von Pflegepersonen durch die Ressourcen von Pflegebedürftigen bestimmt werden. Problembereiche in der Sorgearbeit werden in diesem Konzept als defizitäres Verhalten von Pflegepersonen bewertet und in der individuellen Eigenverantwortung belassen. Konfliktlösungen bestehen allein in einem veränderten Umgang der Pflegepersonen mit Alltagssituationen. Gleichzeitig stehen in diesem Konzept die Bedürfnisse bzw. Defizite der Erkrankten im Mittelpunkt der Therapiekonzeption. Das Hauptinteresse besteht in der Aufrechterhaltung und Verbesserung der Pflegesituation bzw. einer Hinauszögerung oder auch Vermeidung einer Heimunterbringung der Demenzkranken. Begehrensformen von Pflegepersonen werden zwar angesprochen, doch steht die Kanalisation von Wünschen und Bedürfnissen der Pflegepersonen mit dem Ziel einer Aufrechter-

haltung der Pflegesituation im Mittelpunkt der Interventionen. Während einerseits ein Bild von Pflegepersonen gezeichnet wird, die dringend nach Entlastung in der Beratung suchen, wird andererseits das Problem angesprochen, dass eigene Wünsche und Bedürfnisse der Pflegepersonen nicht wahrgenommen werden:

„Sowohl für den Aufbau der therapeutischen Beziehung als auch für den weiteren therapeutischen Prozess besteht eine wichtige stützende Funktion darin, dass die Angehörigen Raum zum Klagen erhalten“ (ebd., S. 44).

„Pflegerische Angehörige sind zwar be- und oft überlastet und leiden vielfach unter psychischen, psychosomatischen und körperlichen Beschwerden, sind aber keine PatientInnen mit einem umschriebenen Krankheitsbild. Sie erleben sich nicht als therapiebedürftig und dieses Selbstverständnis muss in der Beratung und Gruppenarbeit stets berücksichtigt werden“ (ebd., S. 54).

Das Spannungsverhältnis von Sorge und Begehren erscheint in dieser Sichtweise ambivalent. Wohl wird das Bedürfnis nach Klagen von Pflegepersonen hervorgehoben, jedoch soll das Klagen der Pflegepersonen u.a. durch das vorbereitende Einzelgespräch in spezifische Bahnen gelenkt werden, damit später der Verlauf der Gruppenarbeit nicht durch zuviel Klagen gestört wird. Im Konzept wird an unterschiedlichen Stellen der Versuch unternommen, Pflegepersonen in die Polarität krank versus gesund bzw. Patient/innen versus Menschen ohne Symptome zu kategorisieren, gleichzeitig wird aber auf die Schwierigkeiten dieser Kategorisierungen hingewiesen. Mit diesem Versuch werden spezifische Begehrensformen von Pflegepersonen mit medizinischen Begriffen versehen und in den Bereich des Pathologischen verschoben.

Öffentlich – Privat

Als ein zentrales Problemfeld von pflegenden Angehörigen wird die soziale Isolation bezeichnet. Das Therapiekonzept möchte über den Austausch zwischen Betroffenen Wege aus einer Isolation aufzeigen und durch die Gruppe Kontakte herstellen sowie die Möglichkeit von Solidarität zwischen Betroffenen herstellen. Damit strebt das Konzept einen Weg von Pflegepersonen aus der privaten Sphäre hin zu einer Öffnung nach außen an. Insgesamt verbleibt aber die primäre Verantwortung für die Pflegesituation bei den Pflegepersonen und den Familien, die Demenzkranke be-

treuen. Eine Öffnung der Verantwortungsübernahme nach außen wird durch den Einbezug von professionellen Helfer/innen und durch die Erweiterung des Helfer/innenkreises in das soziale Netzwerk angestrebt, aber die primäre Verantwortung für die Versorgung von Demenzkranken obliegt der Familie.

„Sie können dabei die Erfahrung machen, dass die Kranken in einer neuartigen sozialen Situation durchaus anders reagieren als im häuslichen Pflegealltag. Diese Erkenntnis kann in der Gruppe thematisiert werden und ein wichtiger Auslöser dafür sein, die Abhängigkeit „verwirrten“ Verhaltens von äußeren Bedingungen und vom Verhalten der Interaktionspartner der Kranken wahrzunehmen. So können sich die Angehörigen darüber klarer werden, inwiefern sie an der Entstehung problematischen Verhaltens durch ihr Verhalten mitbeteiligt sind“ (ebd., S. 114).

In dieser Passage wird deutlich, dass nicht nur die Versorgung von Demenzkranken, sondern selbst das Verhalten der Erkrankten über ein defizitäres Verhalten der Pflegepersonen erklärt wird. Die parallel stattfindende Betreuungsgruppe soll nicht nur die Betreuung der Demenzkranken gewährleisten, sondern gleichzeitig in der Angehörigengruppe optimale Verhaltensweisen im Umgang mit Demenzkranken aufzeigen. Eine Diskussion über politische oder gesellschaftliche Veränderungen zur Betreuung von Demenzkranken findet in diesem Konzept nicht statt.

Staat – Individuum

An einer Stelle im Text wird die gesellschaftspolitische Bedeutsamkeit der Situation und Beratung von pflegenden Angehörigen hervorgehoben:

„Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass ein differenziertes therapeutisches Gruppenangebot für pflegende Angehörige von DemenzpatientInnen eine effektive Form der Gesundheitsförderung und Prävention für diese Personengruppe darstellt. Angesichts der drohenden funktionellen Überlastung familiärer Hilfestrukturen und der bekannten negativen Folgen für die psychische und physische Gesundheit der pflegenden Angehörigen ist dies auch aus gesellschaftspolitischer Sicht von hoher Bedeutung“ (ebd., S. 39).

Diese Passage beschreibt einen direkten Zusammenhang zwischen Therapie, gesundheitlicher Situation von pflegenden Angehörigen und der gesellschaftspolitischen Bedeutung. Welche Bedeutung die Therapie und die psychische und physis-

sche Gesundheit für die Gesellschaft und damit Teilbereiche des Staates hat, wird nicht näher formuliert. Es ist davon auszugehen, dass Individuen gezwungen sind, therapeutische Angebote wahrzunehmen um eine Pflegesituation zu bewältigen. Damit nimmt die Beratung und Therapie von pflegenden Angehörigen eine vermittelnde Funktion zwischen Staat und Einzelnen ein. Von entscheidender Bedeutung ist dabei, dass nicht eine individuelle Unfähigkeit von Pflegepersonen zu dieser Situation führt, sondern extreme Überforderungen zu einer gesundheitlichen Gefährdung beitragen. Hier wäre es hilfreich den Einfluss kultureller, gesellschaftlicher, sozialpolitischer, bürokratischer und wissenschaftlicher Aspekte zur Erklärung der Überforderungssituation von Pflegenden näher zu berücksichtigen.

Macht- und Wissensordnungen

Das Konzept vermittelt die Botschaft, dass pflegende Angehörige durch richtige Gruppenberatung und Schulung eine Verringerung der Belastung in Pflegesituationen erfahren und dass Beratung dazu führt, Probleme in der häuslichen Pflege zu lösen. Insofern erhält in diesem Konzept Beratung und/oder Therapie einen großen Stellenwert für die Entlastung von pflegenden Angehörigen. Angehörigenberatung wird als wirkmächtig für die Situation in der häuslichen Pflege dargestellt. Die Vermittlung und die Aneignung von Wissen über die dementielle Erkrankung und über optimale Bewältigungsstrukturen erscheinen als wichtige Aspekte zur Bewältigung einer häuslichen Pflegesituation. In dieser Vorstellung erhalten die Pflegepersonen eine hohe wirkmächtige Position für die psychische und physische Situation der Erkrankten. Die Hauptverantwortung für die Situation der Erkrankten und der Pflegepersonen selbst obliegt den Pflegepersonen.

3.2.4 Resümee

Die Beratungskonzepte wurden nach deren historischer Verortung vorgestellt. Eine bedeutsame historische Entwicklung dieser Beratungskonzepte besteht darin, dass den Bedürfnissen von Pflegepersonen ein zunehmender Stellenwert zugesprochen wird. Während bei Bruder noch eine ausschließliche Orientierung an der Ausbildung filialer Reife besteht, so werden am Beispiel von Bayer-Feldmann und Greifenhagen sowie später bei Wilz / Gunzelmann / Adler nun Beratungskonzepte entwickelt, in denen der Subjektstatus von Pflegepersonen zunehmend Bedeutung innerhalb der Konzeption von Angehörigenberatung erlangt. Der mangelnde Subjektstatus von

Pflegepersonen sowie dessen ambivalente Konstruktion anhand der Bedürfnisse von Pflegebedürftigen, sind als eines der zentralen Problemfelder herkömmlicher Angehörigenberatung zu bewerten. Obwohl in den Konzepten zunehmend die prekäre Selbstsorge von Pflegepersonen thematisiert wird, so ist die Ausrichtung der Konzeptionen anhand idealtypisierender professioneller Normierungen und Normalisierungen von häuslicher Pflege Standard. Eine Gleichwertigkeit der Begehrensrelationen von Pflegepersonen und Pflegebedürftigen wird über eine spezifische Repräsentation von Pflegebedürftigkeit konzeptionell nicht verankert.

Ein weiteres Problemfeld der Beratungskonzepte besteht in spezifischen Grundannahmen, die eine Kette von Konsequenzen für Angehörige implizieren: Bei Pflegebedürftigkeit werden selbstverständlich zuerst Familienmitglieder als potentielle Pflegepersonen angesprochen. Wenn weibliche Angehörige vorhanden sind, werden diese vorrangig als Pflegeperson definiert. Mit der Übernahme der Pflege ist dann immer eine Pflegeleistung verbunden, die an professionellen Standards orientiert ist. Die Orientierung an den Bedürfnissen von Pflegebedürftigen hat dabei höchste Priorität. Wenn Konflikte auftauchen, werden diese – trotz Systembetrachtung – als primäres Problem der Pflegeperson definiert. Die Pflegeperson trägt dabei die volle Verantwortung für die Lösung des Konfliktes. Dabei sind die Pflegepersonen für ihre Selbstsorge alleine verantwortlich.

Weitere Ergebnisse der Analyse werden in der zusammenfassenden Diskussion unter 3.4 thematisiert. Doch nun zuerst zum Pflegeversicherungsgesetz.

3.3 Pflegeversicherungsgesetz

Im Folgenden wird eine Diskursanalyse von relevanten Aspekten des Pflegeversicherungsgesetzes vorgenommen. Zuerst werden Veränderungen für Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen nach Einführung des Gesetzes beschrieben. Danach werden die Vorgaben zur Beratung problematisiert. Dem folgt eine Zusammenfassung der Wirkungen von Beratung. Zum Abschluss dieser Diskussionslinie werden kritische Positionen zum Pflegeversicherungsgesetz aufgezeigt.

3.3.1 Veränderungen durch das Pflegeversicherungsgesetz

Nach jahrelanger politischer Diskussion trat 1995 das Pflegeversicherungsgesetz in Kraft. Das Gesetz führte zu weit reichenden Veränderungen in der Pflege von alten Menschen. 2001 kam es zur Überarbeitung einiger Teilbereiche des Gesetzes und der Ausführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes. Zur inhaltlichen Einführung werden nun zuerst zentrale Aspekte des Gesetzes dargelegt und analysiert, und zwar unter impliziter Berücksichtigung der unter 2. genannten Diskussionslinien.

Das Pflegeversicherungsgesetz definiert Pflegebedürftigkeit nach verschiedenen Kriterien. Damit wird eine Unterscheidung von einer allgemeinen Bedürftigkeit bzw. Hilfebedürftigkeit und einer offiziellen Version von Pflegebedürftigkeit etabliert. Bedürfnisse, die durch die Ausführungen des Gesetzes nicht abgedeckt werden, bzw. einen spezifischen Schweregrad noch nicht erreichen, fallen in den Bereich der individuellen bzw. familialen Verantwortung und müssen selbstfinanziert werden. Darüber hinaus nimmt das Pflegeversicherungsgesetz eine Unterscheidung von Pflegestufen vor. Es werden die Pflegestufe 1, 2, 3 und Härtefälle unterschieden. Diese Stufen haben unterschiedliche Leistungshöhen bei Pflegegeld bzw. Sachleistungen oder Leistungen zur stationären Versorgung zur Folge. Pflegebedürftige erhalten nach der Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der Bewilligung durch die jeweilige Pflegekasse, Leistungen zur Finanzierung der Pflege.

Demzufolge wird eine Unterscheidung zwischen professioneller Pflege und ehrenamtlicher, familialer Pflege vorgenommen. Eine weitere Differenzierung von privaten Hauptpflegepersonen wird durch das Gesetz nicht ausgeführt. Vorkenntnisse in der Pflege, die Wohnortnähe der Pflegeperson zur / zum Pflegebedürftigen und der tatsächliche Pflegeaufwand werden im Hinblick auf die Leistungen nicht differenziert. Es

erfolgt auch keine Berücksichtigung der Aufgabe einer Berufstätigkeit der Pflegeperson. Außerdem sind der Gesundheitszustand, das Alter oder der Verwandtschaftsgrad der Pflegeperson für den Leistungsbezug nicht relevant.

Explizit wird im Gesetzestext keine Unterscheidung bezogen auf die Kategorie Geschlecht vorgenommen. Weder Pflegebedürftige noch deren Pflegepersonen werden aufgrund des Geschlechts unterschieden. Auch die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit und die Leistungsgestaltung erfolgen offiziell anhand geschlechtsneutraler Kriterien.

Die Kategorie Sexualität findet in der Selbstverständlichkeit familialer Pflege Berücksichtigung. Durch den Vorrang von „ambulant vor stationär“ gewinnt die heterosexuelle Familie durch eheliche und durch Generationen übergreifende Familienverbindungen eine wichtige Bedeutung für die Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen. Konkrete sexuelle Bedürfnisse von Pflegebedürftigen werden allerdings nicht im Pflegeversicherungsgesetz thematisiert.

Da sich die Definition von Pflegebedürftigkeit nicht auf alte Menschen beschränkt, sondern allgemeine Kriterien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Gesetz etabliert wurden, erfährt die Kategorie Alter eine Ausweitung. Insgesamt kommt es damit zu einer Entkoppelung von Pflegebedürftigkeit und Alter, da auch junge Menschen die Möglichkeit haben, Leistungen zu beziehen.

Das Pflegeversicherungsgesetz enthält verschiedene implizite, sich widersprechende Aussagen zu Moral und Subjektivität. Einerseits ist die ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen vorrangiges Ziel des Gesetzes, andererseits wird eine Wahlfreiheit bei Versorgungsleistungen suggeriert. Diese ist durch die enge Definition der Richtlinien zur Pflegebedürftigkeit und durch das Leistungsspektrum des Gesetzes nur bedingt gegeben. Häusliche Pflege wird als Zielvorgabe etabliert; auf der anderen Seite erfahren die Pflegepersonen ganz klare Reglementierungen betreffend die Form und den Umfang ihrer Pflegeleistungen. Subjektive Bedürftigkeiten und subjektive Schwerpunktsetzungen bei der Ausgestaltung von Pflegesituationen sind in den Begutachtungskriterien nicht vorgesehen und bleiben für den Bezug von Leistungen unberücksichtigt. Insgesamt ist die Ausrichtung des Pflegeversicherungsgesetzes mit

der Schwerpunktsetzung auf häusliche Versorgung durch familiäre Pflegepersonen als retraditionalisiertes Versorgungskonzept zu kennzeichnen, das traditionelle Normvorstellungen von Familie, Pflege und auch von Frauen und Männern festigt.

Im Pflegeversicherungsgesetz wird grundsätzlich die Möglichkeit eröffnet, die Versorgungsart für Pflegebedürftige frei zu wählen. Stationäre Versorgung, ambulante Versorgung oder Tagespflege stehen als Wahlmöglichkeiten zur Verfügung. Es ist auch möglich, Mischformen von Versorgungsleistungen einzusetzen. Damit wird Pflegebedürftigen und Pflegepersonen eine relativ hohe Autonomie für die Gestaltung von Pflegesituationen gesetzlich zugesprochen. Begrenzungen von autonomen Wahlmöglichkeiten werden durch unterschiedliche Regelungen vorgenommen. Zum einen führt die Leitlinie des Gesetzes „ambulant vor stationär“ dazu, zuerst häusliche Pflegekapazitäten zu erkunden und alle Möglichkeiten ambulanter Versorgung in Anspruch zu nehmen, bevor es zu einer stationären Pflegeübernahme kommt. Die freie Wahl zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erfährt dadurch eine Einschränkung. Damit wird zugleich Verantwortung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonen gesetzlich festgelegt. Eine weitere Einschränkung autonomer Pflegegestaltungen besteht in der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Der medizinische Dienst entscheidet nicht nur über die Stufe der Pflegebedürftigkeit, sondern auch ob Leistungen zur stationären Versorgung bewilligt werden. Grundsätzlich ist es nach dem Gesetz möglich, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen die Leistungen für eine stationäre Versorgung verwehrt und auf eine weiterwirkende häusliche Betreuung drängt. Eine weitere Einschränkung autonomer Pflegegestaltung wird durch die Pflichtbegutachtungen der Pflegesituation vorgenommen. Pflegebedürftige der Stufen 1 und 2 müssen halbjährige Pflichtberatungen nachweisen, Pflegebedürftige der Stufe 3 vierteljährliche Pflichtberatungen in Anspruch nehmen, um weiterhin Leistungen beziehen zu können. Mit diesen Pflichtberatungen wird die Qualität der Pflege von häuslichen Pflegepersonen kontrolliert, diszipliniert und reguliert. Wenn Mängel in der Versorgung auffallen, ist es möglich, die Leistungen der Pflegeversicherung zu kürzen und andere Betreuungsformen durch den medizinischen Dienst anzuweisen. Ein weiterer Aspekt zur Einschränkung von Autonomie liegt in der Leitlinie, dass Pflegeleistungen nach den aktuellen pflegewissenschaftlichen Kenntnissen erfolgen müssen. Damit wird eine fachwissenschaftliche Perspektive in häusliche Pflegesituationen transfe-

riert. Die Ausgestaltung häuslicher Pflege und die Beziehungen zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonen werden anhand professioneller Kriterien bewertet. Damit wird das Verhältnis von Verantwortung und Autonomie durch das Pflegeversicherungsgesetz definiert. Verantwortung erhält den Status einer Semiprofessionalisierung. Insgesamt werden Verantwortung und Autonomie von Pflegebedürftigen und deren Pflegepersonen damit anhand professioneller Kriterien normalisiert, normiert und diszipliniert.

Das Pflegeversicherungsgesetz legt mit seinen Richtlinien über die Definition von Pflegebedürftigkeit ein offizielles Verhältnis zwischen Sorge und Begehren von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen fest. Durch die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wird nicht nur das Sorgeverhältnis zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonen festgestellt, sondern auch die Form der Sorge festgelegt. Ebenso werden durch die Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen Begehrensformen von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen definiert. Für Pflegebedürftige wird festgelegt, wie viele Stunden an Betreuung und welche Form von Pflegeleistungen notwendig sind, und für die Pflegepersonen wird festgelegt, welche Leistungen zu erbringen sind und wie hoch die erbrachte Leistung zu honorieren und sozialversicherungspflichtig zu bewerten ist. Individuelle Wünsche und Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und von Pflegepersonen werden in diesem Modell nicht berücksichtigt, sondern erfahren eine Standardisierung. Die Standardisierung geht soweit, dass Minutenwerte für spezifische Tätigkeiten festgelegt werden. Gleichzeitig werden nur spezifische Tätigkeiten zur Pflege berücksichtigt. Die Bedürfnisse aus dem sozial-kommunikativen Bereich sind als Pflegeleistung nicht anerkannt. Alle Bedürfnisse und Wünsche, die über die minimalen Anforderungen hinausgehen, so z.B. Fahrten zu Freunden und Verwandten oder Theater- und Kinobesuche, müssen von den Pflegebedürftigen bzw. den Pflegepersonen selbst finanziert werden. D.h., dass die Erfüllung von spezifischen Begehrensformen im Bereich der Eigenverantwortlichkeit verbleibt. Dadurch entsteht eine soziale Ungleichheit zwischen denjenigen, die über ausreichende finanzielle Mittel verfügen, und denen, die den >Luxus< von Zusatzleistungen nicht selbst finanzieren können.

Das Spannungsverhältnis von Öffentlich versus Privat ist im Pflegeversicherungsgesetz ambivalent konstruiert. Während einerseits die familiäre Verantwortung für häus-

liche Pflege durch die Leitlinie „ambulant vor stationär“ im Gesetz etabliert wurde, so wird andererseits Pflege durchaus als gesellschaftlicher Verantwortungsbereich anerkannt. Insgesamt werden häusliche Pflegesituationen durch die Verwaltung der Pflegekassen, die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und die Pflichtberatung in einen öffentlichen Kontext gestellt. Während also die direkten Pflegetätigkeiten von privaten Pflegepersonen geleistet werden, werden die Berechtigung der Leistungsvergabe, die Dauer der Leistungen und die Kontrolle der Tätigkeiten von öffentlichen Organen übernommen. Grundsätzlich kam es durch das Pflegeversicherungsgesetz zu einer Öffnung von häuslicher Pflege in den öffentlichen Bereich, um dann die Pflegearbeit wieder in den privaten Bereich zu entlassen.

Mit der Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes begann eine historische Situation, in der der Staat Zugriff, Gestaltungsmöglichkeiten, Kontrollmechanismen und Regulierungsinstanzen gegenüber häuslichen Pflegesituationen aufgebaut hat. Individuelle und familiäre Pflegesituationen stehen mit dem Antrag auf Leistungen der Pflegekassen in einem unmittelbaren Kontext von staatlichen Festlegungen über den Pflegebereich. Dadurch wird nicht nur die Beziehung zwischen Individuen bestimmt, die Pflegesituationen gestalten bzw. daran beteiligt sind, sondern damit wird auch das Verhältnis zwischen Staat und Individuum durch den Gesetzestext bestimmt. Übermittlungsträger des Staates sind nun nicht mehr in erster Linie Hausärzte/innen, die Versorgungsverteilungen bei bekannten Patient/innen vornehmen, sondern unabhängige Gutachter/innen, die bedürftige Menschen nur kurz sehen und keine Beziehung zu Pflegebedürftigen und Pflegepersonen aufbauen können. In dieser anonymen Beziehung der Begutachtungssituation manifestiert sich ein spezifisches Verhältnis von Staat zu Individuen.

3.3.2 Beratung innerhalb des Pflegeversicherungsgesetzes

Beratung in Pflegesituationen wurde schon vor dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahre 1995 durchgeführt³⁰. Grundsätzlich ist es auch möglich, ohne die Ausführungen des Gesetzes eine Diskussion über praktische Angehörigenberatung und deren Konzeptionen zu führen. Allerdings werden durch die veränderte Gesetzeslage jetzt nur bestimmte Formen von Beratungsaktivitäten institutionell und finanziell unterstützt. Deshalb soll nun folgend die aktuelle Gesetzeslage in Bezug

auf Beratungsaktivitäten nach dem Pflegeversicherungsgesetz kurz vorgestellt werden.

3.3.2.1 Gesundheitsberatung zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit

In § 7 Abs. 1 SGB XI wird eine spezifische Gesundheitsberatung zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit gefordert:

„(1) Die Pflegekassen haben die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Beratung über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken“ (BMG 2006, S. 8).

In dieser Passage verlangt der Gesetzgeber eine umfassende öffentlichkeitswirksame Präventionsarbeit im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes. Obwohl Kursangebote zu gesundem Essen, Raucherentwöhnung, Stressreduzierung, Rückenschule, Entspannungstraining etc. eher aus dem Verantwortungsbereich der Krankenkassen präsent sind, wird hier Präventionsarbeit ausdrücklich als Aufgabe der Pflegekassen formuliert, damit einer Pflegebedürftigkeit vorgebeugt wird.

3.3.2.2 Informationsberatung

In § 7 Abs. 2 und 3 SGB XI wird eine Informationsberatung über Fragen, die mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängen, vorgeschrieben:

„(2) Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten. Mit Einwilligung des Versicherten haben der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Für die Beratung erforderliche personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung des Versicherten erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(3) Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebotes hat die zuständige Pflegekasse dem Pflegebedürftigen

spätestens mit dem Bescheid über die Bewilligung seines Antrages auf Gewährung häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste). Die Leistungs- und Preisvergleichsliste hat zumindest die für die Pflegeeinrichtung jeweils geltenden Festlegungen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80 sowie der Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel zu enthalten. Zugleich ist dem Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen“ (BMG 2006, S. 8).

Hier wird deutlich, dass die Informationsberatung nicht nur über die Leistungen der Pflegekassen und die Leistungen und Hilfen anderer Träger informieren soll, sondern die Informationsberatung soll auch andere Fragen, die mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängen, umfassen. Wichtig ist in dieser Passage, dass eine Meldung über Pflegebedürftigkeit an die Pflegekassen nur mit Einwilligung des Versicherten stattfinden darf. Auch die Daten für eine Beratung dürfen nur mit Einwilligung des/der Versicherten weiter geleitet und verarbeitet werden. Das hohe Maß an Selbstbestimmung des/der Versicherten wird auch im Wahlrecht über Pflegeleistungen im Gesetz verankert. Darüber hinaus sind die Pflegekassen nicht nur aufgefordert, mit dem Bescheid über einen Leistungsbezug eine Liste mit Pflegedienstleister/innen den Versicherten zu übermitteln, sondern auch eine persönliche Beratung über Pflegeleistungen anzubieten.

3.3.2.3 Beratung als Case-management zur Koordination von Hilfen

In § 12 Abs. 2 SGB XI wird eine Beratung im Sinne eines Case-managements beschrieben, die verschiedene Bereiche zur Versorgung von Pflegebedürftigen koordinieren soll:

„(2) Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere sicher, dass im Einzelfall ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen“ (BMG 2006, S. 10).

Eine Koordination von ambulanter und stationärer gesundheitlicher und sozialer Versorgung kann allgemein als case-management zusammengefasst werden. Von Bedeutung ist hierbei, dass nicht nur die Koordination zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, sondern auch die gesundheitliche und soziale Versorgung einbezogen werden sollen. In dieser Passage steht die Koordination von Hilfen für Pflegebedürftige in partnerschaftlicher Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen, ambulanten und stationären Träger/innen im Mittelpunkt. Während der erste Teil der Passage auf die Koordination einer sehr umfangreichen gesundheitlichen und sozialen Versorgung abzielt, bezeichnet der letzte Teil die Koordination einer Grundversorgung, die in vielen Fällen keine umfassende Pflege umfasst.

Der Gesetzestext schreibt vor, dass die Pflegekassen mit Trägern der ambulanten und stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung den Auftrag zur Koordination von Hilfen haben. Darunter fallen auch Überleitungen vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung oder in eine Pflegeeinrichtung oder Überleitungen von der häuslichen Umgebung oder einer Altenpflegeeinrichtung in ein Krankenhaus oder in eine medizinische Rehabilitation. In Bezug auf die soziale Versorgung können dann auch alle finanziellen und sozialrechtlichen Angelegenheiten für Pflegebedürftige unter diesen Koordinationsauftrag subsumiert werden. So z.B. Rentenanträge, Anträge auf gesetzliche Betreuungen, Anträge für Wohngeld, Umzüge etc.

3.3.2.4 Pflichtberatung

In § 37 Abs. 3 SGB XI wird eine Pflichtberatung für Pflegegeldbezieher/innen beschrieben:

„(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben,

1. bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich,

2. bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu

tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 16 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 26 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45 a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen“ (BMG 2006, S. 23).

Pflegebedürftige sind nach diesem Gesetzestext regelmäßig verpflichtet, eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Hier stellt sich die Frage, weshalb der Gesetzgeber diese Aufgabe den Pflegebedürftigen zumutet, die sicherlich bei Bettlägerigkeit in Pflegestufe III nicht mehr zu einer solchen Aktion im Stande sind. Zudem wird damit das Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Pflegepersonen in ein asymmetrisches, hierarchisches Verhältnis gesetzt. Die Pflegebedürftigen sollen eine Qualitätsüberprüfung beantragen, die von einer unabhängigen Pflegefachkraft durchgeführt wird, um die Qualität der Pflege, die pflegende Angehörige leisten, zu begutachten. Mit Hilfe einer regelmäßigen Hilfestellung und pflegefachlichen Unterstützung soll damit die Qualität in der häuslichen Pflege gesichert werden.

Als weitere Aspekte der Pflichtberatung ist § 37 Abs. 4 SGB XI aufzuführen. Darin wird das Verhältnis zwischen Beraterinnen, Pflegebedürftigen, Pflegepersonen und Pflegekassen noch stärker deutlich:

„(4) Die Pflegedienste sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Der beauftragte Pflegedienst hat dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei

einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird“ (BMG 2006, S 23).

Obwohl eine Begutachtung der Qualität der Pflege stattfinden soll, die von pflegenden Angehörigen geleistet wird, findet demnach die Beratung von Pflegepersonen keine Berücksichtigung. Es scheint, als sollen die Pflegebedürftigen begutachtet und beraten werden, obwohl doch die Pflege durch die Angehörigen geleistet wird. Mit der Focussierung auf die Pflegebedürftigen findet eine Dethematisierung der Arbeitsleistungen von pflegenden Angehörigen statt. Die professionellen Pflegekräfte haben die Möglichkeit, eine Unterversorgung von Pflegebedürftigen bei den Pflegekassen zu melden. Damit kann der Pflegegeldbezug unterbunden und eine andere Versorgungsart vorgeschlagen werden.

Ein ganz anderes Problemfeld besteht in der Qualifikation der Fachkräfte, die eine solche Beratung durchführen können. Der Gesetzgeber gibt vor, dass nur Pflegekräfte eingesetzt werden, „die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behindernungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen“ (BMG 2006, S. 23). Es gibt hier keine verbindlichen, juristischen Regelungen über das >spezifische Wissen< von Pflegekräften und vor allem keine Regelung darüber, was unter >besonderer Beratungskompetenz< zu verstehen ist.

In § 37 Abs. 5 SGB XI wurde nun allerdings festgelegt, wer über die Beratungsbesuche näher Richtlinien ausarbeiten kann:

„(5) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3“ (BMG 2006, S. 23-24)

Die Beratung zur häuslichen Pflege wird an dieser Stelle eindeutig als pflegerisches und medizinisches Aufgabengebiet definiert. Der Gesetzgeber hat in erster Linie Institutionen mit der Qualitätssicherung der Beratungsbesuche beauftragt, die dem medizinischen und pflegerischen Bereich angehören. Das Erfahrungs- und Wissens-

potential von Fachkräften aus dem Bereich der Sozialen Arbeit wurde hier nicht berücksichtigt. Damit wird die Beratung zur häuslichen Pflege nicht nur institutionell sondern auch inhaltlich strukturiert und eingegrenzt. Ein besonderes Problem dabei ist die geringe Bedeutung der Situation von pflegenden Angehörigen. In § 37 Abs. 6 wird hervorgehoben, dass die Beratungseinsätze von den Pflegebedürftigen selbst abzurufen sind und nicht von den Pflegepersonen:

„(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen“ (BMG 2006, S. 24).

Trotz der Pflegebedürftigkeit verpflichtet der Gesetzgeber die Betroffenen selbst Beratungsbesuche abzurufen. Es scheint als wäre der Gesetzgeber in erster Linie an der Pflegequalität und dem Wohlbefinden von Pflegebedürftigen interessiert. Die Situation von Pflegepersonen und deren Schwierigkeiten rücken damit in den Hintergrund. Die Folge ist eine Hierarchisierung und Marginalisierung zu Ungunsten von pflegenden Angehörigen.

3.3.2.5 Pflegeberatung als Kursangebot

In § 45 SGB XI Abs. 1, 2 und 3 wird eine Pflegeberatung in Form von Kursen für häusliche Pflegepersonen vorgesehen:

„(1) Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pfl egetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse können die Landesverbände der Pflegekassen und die Verbände der Ersatzkassen, soweit sie Aufgaben der Pflegeversicherung auf Landesebene wahrnehmen,

Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen schließen, die die Pflegekurse durchführen“ (BMG 2006, S. 27-28).

Auffällig ist an dieser Passage, dass der Gesetzgeber pflegende Angehörige in die Nähe von „sonstige[n] an einer ehrenamtlichen Pfl egetätigkeit interessierte[n] Personen“, rückt. Es wird keine direkte Gegenüberstellung oder Abgrenzung dieser Personengruppen vorgenommen, sondern es erscheint, als ob pflegende Angehörige eine Untergruppe von sonstigen ehrenamtlich Interessierten bilden. Problematisch ist an der Konnotation von pflegenden Angehörigen als >Untergruppe< ehrenamtlich Tätiger, dass diese Dienstleistungen nicht als Arbeit erscheinen. Zudem wird die Qualität der Arbeitsleistungen nicht als professionelle Tätigkeit bewertet, sondern in den Bereich der Ehrenamtlichkeit verschoben. Damit findet nicht nur eine Hierarchisierung zwischen pflegenden Angehörigen und professioneller Pflege statt, sondern es wird auch eine grundsätzliche Anerkennung professioneller Leistungen von pflegenden Angehörigen verwehrt. Außerdem findet mit dem Verweis der Arbeitsleistungen in ein ehrenamtliches Feld eine sozialrechtliche Deklassierung dieser Tätigkeiten statt. Als Folge können dann keine offiziellen Lohnansprüche, Krankenversicherungsschutz, Arbeitslosenversicherung, Kündigungsschutz etc. rechtlich eingefordert werden.

Ein ganz anderes Problemfeld besteht in der Ausrichtung der Kurse für pflegende Angehörige, die in einem relativ kurzen Zeitraum keine umfassende psychosoziale Schulung gewährleisten können. Beim Blick auf den Gesetzestext fällt auf, dass ein wesentliches Ziel darin besteht: „Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln“ (ebd., S. 27). Diese Beratungen sollen ausdrücklich praxisorientiert sein und die Weiterführung häuslicher Pflege stabilisieren. Im Zentrum steht demzufolge nicht die Gesamtsituation von Pflegepersonen sondern die Leistungsfähigkeit für die Pflege. Durch diese eingeschränkte Fokussierung können wesentliche Konflikaspekte und Problemstellungen der Pflegepersonen dethematisiert werden. Eine intensive Reflexion der Begehrenswünsche von Pflegepersonen, spezifischer Erwartungshaltungen des Umfeldes sowie moralischer Dilemmata sind mit einer solchen Beratungsorientierung nicht abgedeckt.

3.3.2.6 Rahmenbedingungen der Beratung

In § 7 Abs. 4 wird darauf hingewiesen, dass die Pflegekassen auch andere Träger mit Beratungstätigkeiten beauftragen können:

„(4) Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsangeboten anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung ist zu gewährleisten“ (BMG 2006, S. 8).

Dieser Passus ermöglicht die Kooperation der Pflegekassen mit anderen Trägern als >kann Vorschrift< („können“). Die Frage, wie viele solcher Kooperationen in Deutschland bestehen und unter welchen Bedingungen diese ausgehandelt werden, kann hier nicht beantwortet werden. Im nächsten Punkt zu den Wirkungen der Beratung wird allerdings deutlich, dass es eine fast unüberschaubare Vielfalt von Beratungsangeboten für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige gibt.

3.3.2.7 Resümee

Insgesamt können fünf verschiedene Beratungsausrichtungen innerhalb des Pflegeversicherungsgesetzes von einander unterschieden werden:

1. Eine allgemeine Gesundheitsberatung zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit nach § 7 Abs. 1 SGB XI.
2. Eine allgemeine Informationsberatung über Leistungen für Pflegebedürftige nach § 7 Abs. 2 SGB XI.
3. Eine Beratung im Sinne des Case-managements zur Koordination von Hilfen nach § 12 Abs. 2 SGB XI.
4. Eine Pflichtberatung in individueller Form nach § 37 Abs. 3 SGB XI.
5. Eine Pflegeberatung als Kursangebot nach § 45 Abs. 1 SGB XI.

Im Bereich Aufklärung und Beratung, der nach dem Gesetzestext des SGB XI Aufgabenhoheit der Pflegekassen ist, kann zwischen einer sozialen Beratung, die Informationen und Hilfestellungen vor und in Pflegesituationen vermitteln soll (§ 7 Abs. 1 u. 2 sowie § 12 Abs. 2 SGB XI), und einer inhaltlich ausgerichteten Pflegeberatung unterschieden werden (§ 37 Abs. 3 sowie § 45 Abs. 1,2,3 SGB XI).

„Während § 7 Abs. 1 SGB XI eher auf allgemeine primärpräventive Strategien zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit ausgerichtet ist, bezieht sich § 7 Abs. 2 SGB XI auf Beratungsaktivitäten, die direkt mit einer Pflegebedürftigkeit einhergehen. Darüber hinaus richten sich diese Angebote nicht wie § 7 Abs. 1 SGB XI nur an die Versicherten der jeweiligen Pflegekassen, sondern auch an die Angehörigen der Versicherten. So können diese Angebote auch von Töchtern, Schwiegertöchtern oder Schwestern etc., die selbst bei anderen Pflegekassen versichert sind, wahrgenommen werden“ (Becker 1997, S. 76).

Es fällt auf, dass nur an einer Stelle im Gesetzestext Beratung und Belastung von pflegenden Angehörigen thematisiert werden. Und zwar sollen Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen mit dem Ziel angeboten werden,

„soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern“ (BMG 2006, S. 27).

Hier fehlt eine Ausführung zu einer umfassenden psychosozialen Beratung, wie sie am Ende der Dissertation konzeptionell erarbeitet wird.

3.3.3 Wirkungen der Beratung

Um Wirkungen der Beratung für pflegende Angehörige im bundesdeutschen Kontext systematisch zu beschreiben, werden folgende Fragen bearbeitet:

1. Wer bietet Beratung für pflegende Angehörige an?
2. Wie haben sich die Angebote von Beratungsleistungen seit Einführung der Pflegeversicherung verändert?
3. Welche Unterschiede bestehen zwischen den Beratungsangeboten?
4. Zu welchen Ergebnissen kommt die Interventionsforschung über die Beratung von pflegenden Angehörigen?

3.3.3.1 Wer bietet Beratung für pflegende Angehörige an?

Bisher gibt es für den bundesdeutschen Bereich keine zusammenfassende Übersicht von Beratungsangeboten für pflegende Angehörige. Aufgrund von Einzelbeschreibungen ist allerdings davon auszugehen, dass es eine große Anzahl von Beratungsangeboten mit unterschiedlichen strukturellen Verankerungen gibt. Die Einrichtung

von „zentralen Anlaufstellen zur Information, Beratung und Leistungsvermittlung konnten bisher in Deutschland allerdings nicht flächendeckend etabliert werden“ (Schneekloth / Wahl 2005, S. 191). Schneekloth und Wahl unterscheiden innerhalb ihrer Untersuchung sechs Akteursebenen, die Information und Beratung für Hilfe- und Pflegebedürftige leisten: „Die kommunalen Sozialämter bzw. Seniorenämter, die Pflegekassen, ambulante Pflegedienste, Wohlfahrts- und Sozialverbände, Krankenhaussozialdienste sowie zentrale, trägerunabhängige Beratungsstellen“ (ebd.). Diese Systematisierung enthält Angebote für die Beratung von Pflegebedürftigen und auch von Pflegepersonen. Innerhalb der vorliegenden Untersuchung werden die Angebotsstrukturen für vier Regionen beschrieben: Münster, Nürnberg, Ortenaukreis und Dresden / Landkreis Ludwigslust / Landkreis Uelzen (vgl. ebd., S.191-200).

Beratung in Münster leistet seit 1993 ein Informationsbüro Pflege. Der Jahresbericht 2003 weist nach, dass 56% der Kontakte zur Beratungsstelle von Angehörigen und Freunden aufgenommen wurden. In der überwiegenden Anzahl werden Informationsfragen gestellt: „67% der Kontakte dauerten weniger als 10 Minuten, und nur 11% aller Kontakte erforderten mehr als 20 Minuten Bearbeitungszeit“ (ebd., S. 191). Parallel zu dieser Beratungsstelle leistet eine Gerontopsychiatrische Beratungsstelle Informationen, Beratung und psychosoziale Begleitung für psychisch kranke alte Menschen und ihre Angehörigen. Diese Beratungsstelle bietet Einzel- und Gruppenangebote bzw. Kurse für Angehörige an. „In vielen Fällen (60%) kann mit einer Beratung bereits geholfen werden, aber jeder fünfte Klient benötigte drei oder mehr Beratungen“ (ebd., S. 192). Zusätzlich werden vom Sozialamt der Stadt weitere Beratungsleistungen übernommen. Derzeit ist ein Netz von stadtteilnahen Beratungsstellen im Aufbau (vgl. ebd.).

Beratung in Nürnberg wird seit 1998 von einer Zentralen Anlaufstelle Pflege (ZAPf) durchgeführt. Zusätzlich „leistete die Beratungsstelle des Projektes Home Care während der Modellphase (Mai 2000 bis Juni 2003) umfassende Information und Beratung über alle Aspekte der medizinischen und pflegerischen Versorgung. [] Nach Auslaufen der Modellförderung richteten sich die Beratungsleistungen nun an Hausarztpatienten im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a ff SGB V. Weitere Beratung schwerpunktmäßig im medizinischen Bereich leistet die Netzleitstelle in Trägerschaft der Kassenärztlichen Vereinigung“ (ebd., S. 192). Zudem wurde eine

spezielle Beschwerde- und Schlichtungsstelle Pflege vom Seniorenamt der Stadt eingerichtet. „Die Aktivitäten der BStP umfassen die Klärung des Sachverhaltes sowie Intervention, Mediation, Schlichtung im Einzelfall und Veröffentlichung von Missständen“ (ebd., S. 192-193). Parallel dazu bietet die Gerontopsychiatrische Beratungsstelle Nürnberg des Vereins Angehörigenberatung e. V. Beratung und Unterstützung sowie ein Kursangebot für Angehörige von psychisch kranken älteren Menschen an (vgl. ebd., S. 193).

Beratung im Ortenaukreis wird von fünf regional verteilten Beratungsstellen übernommen. „Diese sind in Offenburg und Kehl organisatorisch an das Seniorenbüro, in Achern an das Kreiskrankenhaus, in Lahr an das Sozialamt und im Kinzigtal an den Caritasverband angebunden. Die Beratungsstellen sehen ihre Aufgabe primär in der Information und Beratung der Klienten, weniger aber in einer umfassenden Fallbegleitung“ (ebd., S. 193).

Beratung in Dresden, dem Landkreis Ludwigslust und dem Landkreis Uelzen erfolgt noch nicht in trägerübergreifenden Beratungsstellen. In Dresden leisten 10 Ortsämter des Sozialamtes Information und Beratung. Hilfe- und Pflegeberatung wird auch von 5 Seniorenberatungsstellen freier Träger angeboten. Weiterhin bieten 11 Begegnungsstätten Information und Beratung. „Im Landkreis Ludwigslust leisten neben dem kommunalen „Fachdienst Soziales“ weiterhin 13 Beratungsstellen freier Träger Information und Beratung. Im Landkreis Uelzen leistet das in der Kreisstadt ansässige Sozialamt Information und Beratung für Hilfe- und Pflegebedürftige. Daneben bieten 5 freigemeinnützige Verbände innerhalb der Sozialberatung Informationen auch für ältere Menschen an“ (ebd., S. 194).

Aus meinen Erfahrungen ist die Systematisierung von Schneekloth / Wahl um mehrere Personengruppen und Angebotsstrukturen zu vervollständigen. Denn Beratung von pflegenden Angehörigen wird über die beschriebenen Angebote hinaus auch von Hausärzten/innen, Psychologen/innen und Psychiatern/innen in eigenen Praxen übernommen. Beratung und Therapie für pflegende Angehörige wird auch von Ärzten/innen und Psychologen/innen geleistet, die für gerontopsychiatrische und allgemeine Stationen in Krankenhäusern verantwortlich sind. Zudem findet in Hospizen, in Rehabilitationszentren oder innerhalb von Mutter-Kind-Kuren Beratung von Pflege-

personen statt. Außerdem übernehmen Krankenhauseelsorger/innen oder Pfarrer/innen in einzelnen Gemeinden Beratung.

Diese Darstellung zeigt die Heterogenität des Arbeitsfeldes der Beratung von Pflegepersonen auf. Es wird deutlich, dass die Zielgruppe nicht ausschließlich pflegende Angehörige sind, sondern auch Hilfen für alte pflegebedürftige Menschen angeboten werden. Während einige Beratungsangebote explizit Angehörige fokussieren werden von anderen Institutionen eher (potentielle) Pflegebedürftige angesprochen. In der Unüberschaubarkeit der Angebote und der nicht eindeutigen Positionierung für die Belange von pflegenden Angehörigen wird eine wesentliche Schwierigkeit des gesamten Arbeitsbereiches der Angehörigenberatung deutlich. Der Wechsel von Subjektpositionen, der an anderer Stelle schon angesprochenen wurde, zeigt sich hier in einer besonderen Weise. Es scheint, als ob in diesem Sozialen Bereich bisher nicht geklärt wurde, mit wessen Problemen sich Beratung vornehmlich beschäftigen sollte. Der Wechsel von Subjektperspektiven zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen zeigt sich nicht nur in der institutionellen Verankerung sondern auch der konzeptionellen Ausrichtung der Beratungsangebote.

3.3.3.2 Veränderungen der Angebote von Beratungsleistungen seit Einführung der Pflegeversicherung

Seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahre 1995 kam es nicht nur zur Gründung neuer Beratungsstellen sowie der Etablierung von Modellprojekten zur psychosozialen Beratung von pflegenden Angehörigen, sondern vor allem zum Ausbau von Schulungsangeboten für pflegende Angehörige. Die Pflegekassen bieten seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes bundesweit Schulungskurse für pflegende Angehörige an. Dazu bildet z.B. der bpa (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.) examinierte Pflegekräfte zu „Pflegeberatern“ aus. „Durch eine besondere Kooperation des bpa mit der Barmer und der Techniker Krankenkasse (TK) können bpa-Mitgliedsdienste bundesweit durch ihre entsprechend qualifizierten Pflegeberater Kurse für an ehrenamtlicher Pflege Interessierte oder häusliche Schulungen sowie Überleitungspflege anbieten. Nur diese speziellen Pflegedienste, die Mitglied im bpa sind, können von den Kooperationsvereinbarungen mit den Krankenkassen profitieren und diese Leistungen erbringen“ (bpa 2005, S. 33). Bei einem solchen Kurs werden Themen wie: „>rückenschonendes Arbeiten<, Maßnahmen zur

Körperpflege, Diabetes, Demenz, Alzheimer sowie allgemeine Informationen über Recht und Medikamente“ (ebd.) behandelt.

„Bestehende Beratungsangebote für Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen wurden verbessert und erweitert, insbesondere durch Ausbau beratender Hilfen im häuslichen Bereich. Da demenziell erkrankte Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen in besonderer Weise der Hilfestellung und Beratung im häuslichen Bereich bedürfen, um den mit hohen physischen und psychischen Belastungen verbundenen Pflegealltag besser bewältigen zu können, erhielten sie einen Anspruch auf einen zweiten Beratungsbesuch in dem gesetzlich vorgeschriebenen Intervall (d. h. bei Pflegestufe I und II zweimal halbjährlich, bei Pflegestufe III zweimal vierteljährlich). Im Interesse aller Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen wurde der in § 37 Abs. 3 SGB XI vorgesehene Pflege-Pflichteinsatz stärker als Beratungsbesuch ausgestaltet, der durch die Vorgabe eines bundeseinheitlichen Standards eine entscheidende Qualifizierung erfahren soll. Gemäß § 37 Abs. 5 SGB XI wurde den Spitzenverbänden der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene die Aufgabe übertragen, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche zu beschließen“ (Deutscher Bundestag 2004, S. 21)

Auffallend ist hier, dass insbesondere Institutionen aus dem pflegerischen und medizinischen Bereich mit den Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche beauftragt wurden. Obwohl Beratung von pflegenden Angehörigen auch ein Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit ist, wurde diese Fachdisziplin nicht explizit einbezogen. Daran wird die Schwerpunktsetzung des Gesetzgebers deutlich, der pflegerische und medizinische Aspekte in den Vordergrund der Beratung stellt und damit psychosoziale Aspekte marginalisiert.

In Bezug auf die Pflegekurse nach § 45 SGB XI ist für die Beratung von Pflegepersonen folgende Veränderung relevant:

„Die Pflegekurse haben eine wichtige Funktion zur Sicherstellung der Qualität der pflegerischen Versorgung der zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen und zur Erleichterung der Pflegetätigkeit für die pflegenden Angehörigen. Schon bisher war es den Pflegekassen möglich, sicherzustellen, dass neben der theoretischen Wissensvermittlung auch praktische Anleitung im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen erfolgt, soweit dies von dem Pflegebe-

dürftigen und den betroffenen Angehörigen gewünscht wird. Die bisherige Praxis der Pflegekassen beruhte insofern auf einer „Kann“-Vorschrift. Mit einer Änderung in § 45 SGB XI (nunmehr „Soll“-Vorschrift) wird die Möglichkeit von Schulungen im häuslichen Umfeld stärker betont und in das Blickfeld der Pflegekassen gerückt. Diese Änderung war Teil des zum 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQsG)“ (Deutscher Bundestag 2004, S. 21).

Demnach haben die Pflegekassen einen deutlichen Auftrag zur Schulung von pflegenden Angehörigen durch den Gesetzgeber erhalten. An dieser Passage wird deutlich, dass die Pflegekassen spezifische Erwartungshaltungen an die Qualität der häuslichen Pflege haben. Um diese Anforderungen zu gewährleisten, können sich Pflegepersonen beraten lassen. Die Entscheidung zur Beratung obliegt den Pflegebedürftigen und den Angehörigen. Wenn dann allerdings aus professioneller Sicht Mängel in der Pflege entstehen, können Leistungen gekürzt werden oder alternative Betreuungsvarianten angedroht werden. Pflegepersonen und Pflegebedürftige werden hiermit nicht nur mit professionellen Erwartungshaltungen bezüglich der Pflege konfrontiert, sondern auch mit einem Netz von bürokratischen Regulierungs- und Disziplinierungsvorgängen.

3.3.3.3 Unterschiede zwischen Beratungsangeboten

Bei den Angeboten für pflegende Angehörige kann zwischen „Pflegeberatung“ und „psychosozialer Beratung“ unterschieden werden.

„**Pflegeberatung**“ bezeichnet Kurse zur Schulung von pflegenden Angehörigen und Interessierten, häusliche Schulung von Einzelnen sowie partielle Beratungen für pflegende Angehörige zur Überleitung von Pflegebedürftigen aus dem Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung in die häusliche Umgebung. Als Pflegeberatung können auch die Beratungen zur Überprüfung der Pflegequalität von häuslicher Pflege bezeichnet werden.

Diese Form der Beratung fokussiert in erster Linie Problemstellungen der Versorgung von Pflegebedürftigen. Themenstellungen sind z. B., wie ein/e Pflegebedürftiger/e optimal im Bett gelagert wird und welche Rückenschonenden Techniken es dazu gibt. Oder wie Pflegebedürftige aus einem Bett in einen Stuhl gehoben werden können. Auch Methoden der Dekubitus-, Pneumonie-, Kontraktur- und Thrombosepro-

phylaxe sind darunter zu fassen. Weiterhin könnte eine angemessene Ernährung oder eine optimale Wundversorgung unter Pflegeberatung subsumiert werden. Sämtliche Aspekte also, die für eine praktische Versorgung von Pflegebedürftigen relevant sind.

„**Psychosoziale Beratung**“ bezeichnet eine umfassendere Form der Beratung, in deren Mittelpunkt nicht die Vermittlung von pflegerelevantem Wissen steht, sondern Probleme, Konflikte und Schwierigkeiten der Pflegepersonen mit der häuslichen Pflegesituation. Schneekloth und Wahl kommen für die vier beschriebenen Regionen zu dem Ergebnis: „[I]n keiner der hier untersuchten Regionen ist ein umfassendes Case Management als Regelstruktur etabliert. Einzelne Elemente, insbesondere der Information und Beratung, gehören zwar zur täglichen Arbeit der Beratungsstellen, aber eine Fallbegleitung wird, wenn überhaupt, nur in wenigen Fällen geleistet. Eine begleitende Unterstützung und Beratung von Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie Angehörigen ist jedoch nach Einschätzung der befragten Experten in den Regionen nicht nur im Ausnahmefall, sondern im Regelfall erforderlich“ (Schneekloth / Wahl 2005, S. 200). Die mangelnde personelle Ausstattung, d.h. zu geringe finanzielle Mittel, wird als ein Grund für diese Situation genannt (ebd., S.197).

Unter einer psychosozialen Beratung von Pflegepersonen könnte z. B. eine genauere Analyse der Pflegepotentiale von pflegenden Angehörigen, der Einbezug von eigenen gesundheitlichen Einschränkungen und der Auswirkungen für die Bewältigung der Pflege gefasst werden. Auch Ambivalenzen und Konflikte mit dem/der Pflegebedürftigen/e oder Probleme mit anderen Familienmitgliedern oder des Umfeldes könnten Themenstellungen dieser Beratungsform sein. Ein Fokus sollte hier auf der Belastungsqualität und den Bewältigungsformen von Pflegepersonen gerichtet sein. Das vorrangige Ziel ist eine gesundheitliche Förderung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen und nicht die Stabilisierung häuslicher Pflege.

3.3.3.4 Ergebnisse der Interventionsforschung

Ergebnisse der Interventionsforschung werden für den Bereich der Pflegeberatung, der psychosozialen Beratung und von Angehörigengruppen aufgezeigt. Dem folgen allgemeine Ergebnisse aus internationalen Untersuchungen. Mit der Beschreibung

soll lediglich die Heterogenität dieses Feldes angedeutet werden. Ein vollständiger Überblick kann hier nicht vorgenommen werden.

Pflegeberatung

Schneekloth und Müller fassen die Teilnahme von Hauptpflegepersonen an einem Pflegekurs der Pflegekasse aus ihrer Repräsentativerhebung von 1998 wie folgt zusammen:

„Auffällig ist, dass bisher nur 10% der Hauptpflegepersonen an einem von den Pflegekassen kostenlos angebotenen Pflegekurs teilgenommen haben. Bei Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen der Stufe I beträgt der Anteil 7%, bei Stufe II 11% und bei Stufe III immerhin 16%. Auch wenn ein Pflegekurs für pflegende Angehörige nur eine flankierende Maßnahme darstellen kann, so sollte der Wert eines derartigen Angebots nicht unterschätzt werden. Abgesehen von dem Erlernen praktischer Fertigkeiten ist auch der Erfahrungsaustausch, den derartige Kurse bieten, von elementarer Bedeutung. Um so bedauerlicher ist es, dass diese Angebote bisher so wenig wahrgenommen werden. [] Aller Erfahrung nach ist eine derartig geringe Inanspruchnahme nicht vorrangig aus einem „Desinteresse“ bei den pflegenden Angehörigen zu erklären. Zu wünschen wären bessere Informationen über diese für jede Pflegekasse verpflichtend vorgeschriebenen Kursangebote sowie eine bewusste Werbung, z.B. im Zusammenhang mit der Begutachtung durch die medizinischen Dienste (MDK) oder im Rahmen der Pflegeeinsätze der professionellen Pflegedienste“ (Schneekloth / Müller 2000, S. 57).

Es stellt sich hier die Frage, weshalb Pflegepersonen die Angebote der Pflegekassen in einem so geringen Maß in Anspruch nehmen. Die mangelnde Information über die Angebote wird hier als ein Hauptgrund genannt. Mit dem queer / feministischen Blick ist es möglich, noch weitere Hintergründe für diese Situation aufzuzeigen. Vielleicht ist nicht nur die fehlende Repräsentation des Subjektstatus von Pflegepersonen, sondern auch die Dethematisierung der genannten Spannungsverhältnisse von Gleichheit und Differenz, Moral und Subjektivität, Verantwortung und Autonomie, Sorge und Begehren, Öffentlich und Privat sowie Staat und Individuum ein Grund für die geringe Inanspruchnahme dieser Veranstaltungen.

Mit einem Blick auf die Ergebnisse der Belastungsforschung sind nicht die praktisch pflegerischen Aspekte zentrale Momente des Belastungserlebens von Hauptpflege-

personen sondern im Vordergrund stehen eher psychosoziale Themen, die mit den Diskurslinien bisher aufgezeigt wurden. Insofern könnte die bisherige Ausrichtung und Schwerpunktsetzung der Angebote auch ein Grund für die geringe Teilnahme sein. Dass deutet darauf hin, dass zentrale Problemstellungen in den Kursen bisher keine Berücksichtigung gefunden haben. Zudem könnten auch Ängste von Pflegepersonen vor Reglementierungen durch die Pflegekasse als Ursache der geringen Teilnahme herangezogen werden. Mit einer Schulung kann auch eine Irritation der Pflegerolle verbunden sein, die eher professionelle Standards berücksichtigt und lebensweltliche Aspekte dethematisiert. Indem das Denken, Handeln und Fühlen von pflegenden Angehörigen durch professionelle Kriterien reguliert, normiert und diszipliniert werden soll, kann so ein Widerstandspotential entstehen.

Psychosoziale Beratung

Luitgard Franke hat innerhalb der Gerontopsychiatrischen Beratung des Alexianer-Krankenhauses in Münster unterschiedliche Nutzerprofile von Ehepartner/innen und Kindern innerhalb der psychosozialen Beratung für Angehörige von Demenzkranken untersucht. Unterschiede zwischen Ehepartner/innen und Kindern von Demenzkranken bestehen zuallererst in dem unterschiedlichen Zugangsweg zur Beratungsstelle. „Ehegatten wurden eher von ÄrztInnen und Kliniken vermittelt (E 46,7%; K 19,0%)³¹; Kinder kamen eher über die Öffentlichkeitsarbeit (K 40,5%, E 26,7%)“ (Franke 2000, S. 230). Unterschiede werden auch bei der Art der Erstberatung beschrieben: „Ehegatten kamen fast immer allein zur Beratung (E 88,2%), Kinder zur Hälfte allein (K 58,0%); sonst meist mit anderen Familienmitgliedern derselben Generation, d.h. mit dem eigenen Ehepartner (K 20,5%) oder mit Geschwistern (K 15,9%)“ (ebd.). Unterschiede zwischen Ehepartner/innen und Kindern von Demenzkranken liegen auch hinsichtlich der Inhalte der Erstberatung vor. Für Ehepartner/innen ist das Thema „Psychosoziale Unterstützung“ mit 82,4% wesentlich bedeutsamer als für Kinder von Demenzkranken mit 57,8% (vgl. ebd.).

Franke systematisiert für die gesamte Stichprobe nachgefragte Themenbereiche im Beratungsbereich „Psychosoziale Unterstützung“ anhand einer Rangfolge mit folgenden Ergebnissen:

1. „Das eigene Leben“ (95 Nennungen);
2. „Beziehungen zum Kranken“ (72 Nennungen);
3. „Beziehungen zu Dritten“ (47 Nennungen);
4. „Reflexion belastender Gefühle“ (40 Nennungen);
5. „Entscheidungskonflikte“ (24 Nennungen) und
6. „Sterbebegleitung und Tod (5 Nennungen)“ (ebd., S. 232).

Diese Darstellung zeigt die Notwendigkeit einer umfassenden psychosozialen Beratung von pflegenden Angehörigen auf und verdeutlicht die präferierten Themenstellungen von Pflegepersonen. Die Auswertung der Gesamtstichprobe zeigt, dass der mangelnde Subjektstatus von pflegenden Angehörigen („das eigene Leben“) ein zentrales Problemfeld darstellt und Beratung hier besonders gefordert ist Hilfestellungen anzubieten. Außerdem wird Pflege als Beziehungsform problematisiert, indem „Beziehungen zum Kranken“ und „Beziehungen zu Dritten“ verstärkt angesprochen werden. Es wird auch deutlich, dass „belastende Gefühle“ und „Entscheidungskonflikte“ einen bedeutenden Einfluss auf die Situation von Pflegepersonen haben. D. h. häusliche Pflege ist nicht nur mit spezifischen Handlungen, sondern auch mit Denk- und Gefühlsweisen verbunden. Zudem müssen gleichzeitig Entscheidung getroffen werden, die oftmals mit Konflikten einhergehen. Hier ist anzunehmen, dass insbesondere moralische Dilemmasituationen, ein hohes Verantwortungsgefühl und die hohe Bedeutung der Bedürfnisse von Pflegebedürftigen sowie eine ausschließlich private Definition der Situation zu einer erhöhten Belastung beitragen.

Bei der näheren Betrachtung der Unterschiede zwischen Ehepartner/innen und Kindern fällt in Bezug auf die Themenverteilung auf, dass die Entscheidung für oder gegen die Fortsetzung der häuslichen Pflege eine typische Konfliktlage der Kinder ist (K 50%; E 4,3%). Als weitere typische Themen von pflegenden Töchtern oder Söhnen erwiesen sich die Themen emotionale Autonomie gegenüber dem Kranken (K 46,7%, E 13,0%) und Konflikte mit anderen Familienmitgliedern, die Pflege betreffend (K 40,0%, E 8,7%). Die Entwicklung einer neuen Rolle gegenüber dem Kranken hat besonders für pflegende Töchter und Söhne eine hohe Bedeutung (K 50%; E 34,8%). Im Gegensatz zu den Kindern wurden Ehepartner/innen häufiger zu ihren eigenen Erkrankungen beraten (E 34,8%, K 23,3%) und wurden von den Beraterinnen

scheinbar häufiger ermutigt, inner- und außerfamiliäre Hilfen anzunehmen (E 69,6%, K 50,0%) (vgl. ebd. 232-233).

An dieser Aufstellung wird die Notwendigkeit die Kategorie Sexualität und Geschlecht für die Analyse aufzunehmen, besonders deutlich. Denn eheliche Verbindungen haben einen bedeutenden Einfluss auf die Entscheidung für und die Gestaltung von häuslicher Pflege. Während für erwachsene Kinder die Entscheidung für oder gegen häusliche Pflege ein relevantes Thema ist, ist es für Ehepartner/innen selbstverständlich Pflegetätigkeiten zu übernehmen. Anders als für pflegende Kinder ist auch die Frage nach gesundheitlichen Einschränkungen und die Motivation Hilfen anzunehmen ein spezifisches Problemfeld von Ehepartner/innen. Damit wird deutlich, dass spezifische Beziehungs- und Begehrensformen zu unterschiedlichen Konsequenzen in der Gestaltung und Bewältigung von häuslicher Pflege führen. Insofern müssten diese dann auch in den Beratungsangeboten berücksichtigt werden.

Angehörigengruppen

Wilz / Adler / Gunzelmann haben nicht nur Ergebnisse von Evaluationsstudien über Angehörigengruppen zusammengefasst, sondern auch eine eigene Evaluation einer Angehörigengruppe durchgeführt (vgl. Wilz / Adler / Gunzelmann 2001, S. 36-39). In Studien zu Angehörigengruppen wird dabei die Wirksamkeit sowohl von Angehörigen und der Gruppenleitung als „übereinstimmend positiv beurteilt“ (ebd., S. 36 nach Toseland et al., 1989). Für Angehörige ist der Austausch mit anderen Betroffenen, die ähnliche Probleme haben ein bedeutsamer Aspekt dieser Gruppen. Zudem ist die Vermittlung von Information über die Krankheit und über Hilfsangebote sowie das Kennenlernen neuer Lösungswege im Umgang mit den Kranken für Angehörige sehr hilfreich (vgl. ebd.).

„Bourgeois et. al. (1996) beurteilen in einer Metaanalyse Befunde von Evaluationsstudien zur Effektivität von Angehörigengruppen. Zusammenfassend wurden folgende Effekte der Gruppeninterventionen gefunden: Reduktion der sozialen Isolation, verbesserte Qualität der sozialen Unterstützung, Reduktion von Depressivität, Ängstlichkeit und von Schlafstörungen, positive Effekte auf das Selbstwertgefühl und Kontrollerleben der Angehörigen, Prävention von Krisensituationen, Reduktion von physischen Beschwerden, effektiveres Coping, Hilfe bei der Lösung von Problemen, bessere Fähigkeiten im praktischen und emotionalen Umgang mit den Demenzkranken, Anstieg des Wissens und der Kompetenz in bezug auf die

Erkrankung und ein verbessertes Beziehungserleben zwischen Angehörigen und Demenzkranken“ (Wilz / Adler / Gunzelmann 2001, S. 36).

Wilz / Adler / Gunzelmann verweisen aber auch auf Studien von Toseland & Rossiter (1989) sowie auf Knight, Steven & Macofsky-Urban (1993), die keine oder nur geringe Verbesserungen für Teilnehmer/innen von Interventionsgruppen nachweisen (Wilz / Adler / Gunzelmann 2001, S. 36).

Um eine genauere Bewertung der Angehörigengruppen vornehmen zu können müssten nicht nur die behandelten Themen sondern auch die Variablen Sexualität und Geschlecht genauer betrachtet werden. Dabei wäre wichtig, ob gemischtgeschlechtliche Gruppen die gleichen Auswirkungen haben als gleichgeschlechtliche und ob Gruppen die ausschließlich für pflegende Ehepartner/innen oder erwachsene Kinder angeboten werden, bessere Effekte erzielen als gemischte Gruppen. Es wäre auch bedeutsam, welche Unterschiede zwischen betreuten Gruppen und solchen in denen keine Betreuung von Pflegebedürftigen angeboten wird, bestehen. Darüber hinaus müssten die Effekte von Angehörigengruppen mit Ergebnissen von Einzelberatungen genauer untersucht werden. Denn es liegt nahe, dass Einzelberatungen eher die spezifische Situation und subjektive Problemlage von Pflegepersonen berücksichtigen kann.

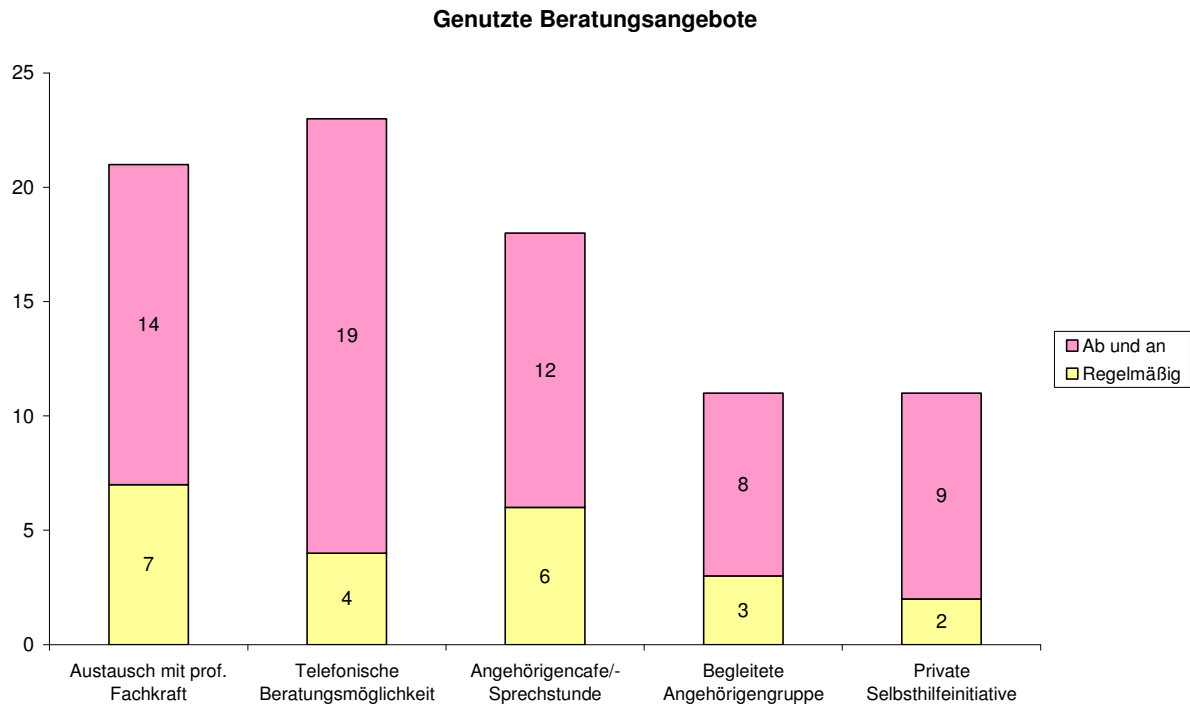
Die Untersuchungen, die keine oder nur geringe Verbesserungen bei Teilnehmer/innen feststellen zeigen in einem besonderen Maß die Notwendigkeit neuartige Modelle der Belastung und Beratung von Pflegepersonen zu entwickeln. Insofern könnte mit den vorliegenden Ausführungen die Möglichkeit bestehen eine innovative Form der Beratung von pflegenden Angehörigen aufzubauen, in denen die Diskussionslinien zentrale Aspekte für die Ausrichtung von Angehörigenberatung einnehmen.

Genutzte Beratungsangebote im Überblick

Die repräsentative Erhebung von Schneekloth / Wahl zeigt für den Erhebungszeitraum 2002, dass insgesamt nur 16% der Hauptpflegepersonen von Leistungsbezieher/innen der Pflegeversicherung in Privathaushalten regelmäßige Beratungsleistungen in Anspruch nehmen. Insgesamt lassen sich 37% dieses Personenkreises ab und an beraten. Die folgende Übersicht zeigt die Inanspruchnahme unterschiedlicher Beratungsangebote. Zu beachten ist hierbei, dass „[f]ast jede bzw. jeder zweite pfl-

gende Angehörige ist demnach in keinerlei externes Unterstützungsnetzwerk eingebunden“ (vgl. Schneekloth / Wahl 2005, S. 79).

Von Hauptpflegepersonen genutzte Beratungsangebote (in %) Jahresende 2002



TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002

(Schneekloth / Wahl 2005, S. 80; Überschrift und Farbmodifikation: R. B.)

Internationale Ergebnisse

Sörensen / Pinguart / Duberstein (2002) haben in einer Meta-Analyse 78 Interventionsstudien untersucht. Insgesamt hatten die Interventionen positive Effekte auf die Situation pflegender Angehöriger. „[W]obei psychotherapeutisch bzw. psychoedukativ orientierte Interventionsprogramme relativ den besten kurzzeitigen Erfolg zeigten. Die erzielten Effekte fielen allerdings bei pflegenden Angehörigen von an Demenz Erkrankten geringer aus“ (Schneekloth / Wahl 2005, S. 40). In einer narrativen Literaturanalyse kommen Schulz / O'Brien / Czaja / Ory et. al (2002) zu ähnlichen Ergebnissen. Sie „schlussfolgern, dass Interventionen bei pflegenden Angehörigen schon auf Grund des Ausmaßes dieser Pflegesituationen und damit Pflegebelastungen einen bedeutsamen Beitrag zu „Public Health“ leisten. Viel versprechend sind dabei auch Interventionskombinationen. So haben beispielsweise Gitlin, Winter, Corcoran, Dennis et al. (2003) im Zuge der nordamerikanischen Multi-Center-Studie REACH

(„Resources for Enhancing Alzheimer’s Caregiver Health) zeigen können, dass Wohnraumanpassungen in Verbindung mit Beratungsangeboten für pflegende Angehörige von an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen mit positiven Effekten verbunden sind“ (Schneekloth / Wahl 2005, S. 40).

Die ersten Ergebnisse des EUROFAMCARE Projekts zeigen, dass der gesellschaftliche Diskurs eines Landes und dessen sozialpolitische Maßnahmen eine potentielle Bedeutung für die Situation von pflegenden Angehörigen haben. Hilfsbedürftige und Pflegepersonen befinden sich demnach in einem kulturellen Spannungsfeld zwischen moralischen-sozialkulturellen Erwartungen und der gesellschaftlichen Anerkennung ihrer Situation. „Sie begegnen unterschiedlich stark einer moralisch-normativen Erwartung an ihre (potenzielle) Rolle, die in der Regel einem länderspezifischen sozialkulturellen Kontext entspringt“ (Kofahl et al. 2005, S.251). Interessant ist das Ergebnis, dass eine erhöhte psychosoziale Belastung entstehen kann, wenn hohe normative Erwartungen an familiäre Pflege gestellt werden und die gesellschaftliche Wertschätzung und Anerkennung gering ist (vgl. ebd.).

Die Inanspruchnahme von Diensten und Angeboten werden für den deutschen Kontext bei 4 % bis 13 % der pflegenden Angehörigen beziffert (vgl. Mnich / Döhner 2005, S. 267). Am meisten werden dabei medizinische und sozialrechtliche Beratungen in Anspruch genommen. „Fragt man, warum bisher nicht auf angebotene Dienste zurückgegriffen wurde, so wurden – neben der Tatsache, dass die Dienste bisher nicht benötigt wurden – insbesondere Vorbehalte von Seiten des hilfs- und pflegebedürftigen Angehörigen und hohe Kosten genannt. Weitere Gründe waren fehlende Informationen, schlechte Qualität, kein Vertrauen in die Arbeit, Nichtverfügbarkeit, Mobilitätsprobleme und große Entfernung“ (ebd.). Für den Zugang zu Diensten und Angeboten wird auf die hohe Bedeutung von medizinischen und pflegerischen Berufen hingewiesen sowie die wichtige Rolle von Familien, Freunden und Nachbarn betont. Als Schwierigkeiten beim Zugang zu Diensten werden bürokratische Prozeduren, finanzielle Gründe und mangelnde Informationen über verfügbare Dienste genannt. Der größte Bedarf an Unterstützung besteht bei Informationsangeboten und temporären Entlastungen. „Der Bedarf übersteigt die (subjektiv) verfügbaren Angebote meist um 50 Prozent und nicht selten um bis zu 100 Prozent. Unterhalb dieses allgemeinen Musters gibt es allerdings Gruppen [], bei denen der Bedarf zum Bei-

spiel an Urlaubsmöglichkeiten stärker gesättigt ist“ (ebd., S.268). Zudem wird darauf hingewiesen, dass bei spezifischen Pflegesituationen „vielerlei Bedürfnisse vorliegen, die auch auf ein Defizit von eher emotionaler Unterstützung hindeuten (wie die Möglichkeit über Probleme zu reden, mehr Zeit mit der Familie verbringen zu können, Hilfe bei Familienstreitigkeiten oder auch die Möglichkeit, eine Angehörigengruppe zu besuchen)“ (ebd.).

Die Wirkungen der Beratung wurden anhand von vier Fragen genauer betrachtet. Dabei fällt auf, dass Angehörigenberatung ein sehr vielschichtiger Arbeitsbereich ist. Dies zeigt sich nicht nur in der unterschiedlichen institutionellen Einbindung des Arbeitsfeldes, sondern auch in der inhaltlichen Schwerpunktsetzung. Die Veränderungen im Pflegeversicherungsgesetz zeigen, dass die Unterstützung für pflegende Angehörige vom Gesetzgeber ausgebaut wird und noch keine abschließende institutionelle und inhaltliche Festlegung dieses Arbeitsbereichs besteht. Grundsätzlich können Beratungsleistungen als >Pflegeberatung< oder >Psychosoziale Beratung< unterschieden werden. Wobei durch das Pflegeversicherungsgesetz tendenziell eher die Pflegeberatung favorisiert wird. Die Interventionsforschung macht darauf aufmerksam, dass insbesondere psychosoziale Themen für Pflegepersonen bedeutsam sind. Wie gezeigt wurde, werden bestehende Beratungsangebote nur wenig genutzt und erzielen teilweise nur geringe Effekte. Ein wesentlicher Grund hierfür ist die De-thematisierung von häuslicher Pflege als geschlechtlich codierter Arbeitsbereich. Außerdem ist die Fokussierung an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen ein Problemfeld der Angehörigenberatung. Da nicht die Interessen und Begehrensformen von Pflegepersonen im Mittelpunkt der Beratung stehen sondern tendenziell die Stabilisierung häuslicher Pflege angestrebt wird, sind für pflegende Angehörige Wege in das Hilfesystem verschlossen.

3.3.4 Kritik am Pflegeversicherungsgesetz

Seit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes gibt es eine breite Diskussion aus verschiedenen Disziplinen zur Ausrichtung und zur Umsetzung des Gesetzes. Kritik am Pflegeversicherungsgesetz wird aus den Bereichen der Frauenforschung, der Sozialen Gerontologie, der Politikwissenschaft, der Soziologie, der Sozialen Arbeit und der Pflegewissenschaft formuliert. Im Folgenden werden zentrale Kritikpunkte aus diesen Fachdisziplinen im Überblick vorgestellt; dabei werden wieder die unter 2. genannten Diskussionslinien herangezogen.

Gleichheit – Differenz

Das Spannungsverhältnis zwischen Differenz und Gleichheit wird von Strünck mit Bezug auf unterschiedliche Einkommensverhältnisse untersucht. Er beschreibt einen Umverteilungsmechanismus zugunsten höherer Einkommen, da die regressive Beitragsbelastung und die Inanspruchnahme bedarfsorientierter Leistungen die vermögenden Beitragszahler bevorzugt (vgl. Strünck 2000, S. 73). Zudem wird durch das Gesetz eine weiterwirkende soziale Ungleichheit zwischen verschiedenen ökonomischen Schichten verfestigt. Indem die Vermögensprüfung für Regel-Leistungen ausgeschaltet ist, bezeichnen Kritiker „die Pflegeversicherung daher auch als „Vermögens-Sicherungs-Gesetz“ oder „Gesetz zur Sicherung von Erbschaften“ (vgl. Pauly 1995). Der dadurch fehlende Eigenbetrag wird als sozialpolitisch falsche Entscheidung beurteilt (vgl. Hänlein 1996)“ (Strünck 2000, S. 73-74). Weitere Differenzen werden zwischen West- und Ostdeutschland im Gesetz deutlich. Dabei fallen unterschiedliche Bemessungsgrundlagen zur Beitragszahlung von Rentenversicherungsleistungen für pflegende Angehörige zwischen West- und Ostdeutschland auf. Hier wird eine soziale Ungleichbehandlung aufgrund einer geographischen Situation vorgenommen, obwohl die erbrachten Pflegeleistungen als gleichwertig gelten müssen.

Geschlecht, Sexualität, Alter

Das Pflegeversicherungsgesetz impliziert Normierungen zum Verhältnis der Geschlechter. „Diese Politik der „Generationen-Solidarität“ [] dient dazu, das in der Sozialpolitik verankerte Leitbild der Hausfrau und Mutter um die Aufgabe der Pflege älterer Menschen zu erweitern“ (Behning 1997, S. 108)³². Mit diesem Bild von Frauen als Pflegepersonen wird nicht nur die Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsarbeit erschwert, sondern dadurch entstehen vielfältige individuelle und familiäre Problem-

konstellationen. Durch diese Ausrichtung des Gesetzes wird ein traditionelles Geschlechterarrangement verfestigt, indem dem männlichen Geschlecht die Erwerbsarbeit zugeschrieben wird und dem weiblichen Geschlecht die Familien-, Haus- und Pflegearbeit überlassen bleibt. D.h. dass über einen spezifischen Generationenvertrag ein spezifischer Geschlechtervertrag festgeschrieben wird.

Eine – eher indirekte – Bezugnahme auf Sexualität erscheint nicht nur in der Verantwortung der Familie für Pflegesituationen, sondern kann auch in den Regelungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen gesehen werden. Darin wird die für die bundesdeutsche Sozialversicherungsgesetzgebung typische Ehezentriertheit erkennbar. „Implizit wird m. E. angenommen, dass diese Pflegepersonen³³ verheiratet sind und über einen Ehepartner oder eine Ehepartnerin kranken- und pflegeversicherungsrechtlich abgesichert sind“ (Behning 1997, S. 111).

Aussagen hinsichtlich der Kategorie Alter sind im Pflegeversicherungsgesetz mit der Form der Leistungsgestaltung und den Erwartungshaltungen an alte Menschen verknüpft. Das Pflegeversicherungsgesetz erwartet nicht nur eine hohe Bereitschaft, sich Informationen zu beschaffen, es wird auch von alten Menschen erwartet, spezifische Betreuungsformen zu bevorzugen. Eine freie Wahl des Leistungsbezuges wird zwar suggeriert, doch zeigt das Wirtschaftlichkeitsgebot deutliche Ausrichtungen und Grenzen der Wahlfreiheit. Alte Menschen sind durch die Leitlinie „ambulant vor stationär“ ideell verpflichtet, häusliche Pflege vor der stationären Betreuung zu bevorzugen. Darüber hinaus werden in Zukunft Pflegepersonen selbst über ein hohes Alter verfügen und sind damit besonders gefordert.

Moral – Subjektivität

Durch die Leitlinie „ambulant vor stationär“ wird eine Werteorientierung durch das Gesetz etabliert, die häusliche Pflege in ein hierarchisches Verhältnis zur stationären Versorgung setzt. Häusliche Pflege wird dadurch favorisiert und stationäre Versorgung wird als „Notlösung“ für die Versorgung von Pflegebedürftigen angesehen. Parallel dazu findet durch die Orientierung von Pflege anhand professioneller Standards eine Veränderung von Familienpflege und deren Bewertung statt. Klie betont, dass hier die Gefahr einer Kolonialisierung lebensweltlicher Pflege durch die Vorgaben der Pflegeversicherung und durch die Intervention von Fachpflegekräften gegeben ist

(vgl. Klie 2001, S. 52). In diesem Umfeld wird häusliche Pflege durch professionelle moralische Standards beeinflusst. Subjektverständnisse von Pflegepersonen und Pflegebedürftigen werden durch professionelle Normierungen geprägt. In der Beurteilung und Gestaltung von Pflege treffen damit lebensweltlich geprägte Wertvorstellungen und Qualitätsmaße auf die der Fachpflege und umgekehrt. Problematisch ist dabei, dass ein Aushandlungsprozess zwischen häuslichen Pflegepersonen und Fachpflegekräften in der Praxis aufgrund der begrenzten Rahmenbedingungen nicht wahrscheinlich ist. Damit bringt die Pflegeversicherung die professionelle Pflege in ein Spannungsverhältnis zur lebensweltlich orientierten Familienpflege (vgl. Blinkert / Klie 1999, S. 38). Darüber hinaus hat die Ausrichtung des Gesetzes zur Verrechtlichung und Ökonomisierung von Pflege Auswirkungen auf Hilfemixturen (vgl. Klie 2001, S. 55). Während einerseits ehrenamtliches Engagement gefördert werden soll, werden andererseits durch die Ökonomisierung von Hilfeleistungen semiprofessionalisierte Beziehungsstrukturen gefördert.

Verantwortung – Autonomie

Strünck kritisiert, dass eine eigenständige Rolle von pflegenden Angehörigen und Klienten im Pflegeversicherungsgesetz nicht vorgesehen ist. Er bemerkt, dass durch das Gesetz eine Rationalisierung von Pflege, eine Bürokratisierung durch Kontrollansprüche und ein inszenierter Wettbewerb ausgelöst werden (vgl. Strünck 2000, S. 204). Insgesamt etabliert das Gesetz einen Widerspruch zwischen der Selbstbestimmung und der Eigenverantwortung von Pflegebedürftigen. Die Selbstbestimmung von Leistungen nach § 2 SGB XI steht dabei der verpflichtenden Eigenverantwortung nach § 6 SGB XI entgegen (vgl. Becker 1997). Darüber hinaus werden einer Wahlfreiheit im Spannungsverhältnis von Verantwortung und Autonomie zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen durch das Wirtschaftlichkeitsgebot Grenzen gesetzt. Zusätzlich widerspricht das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 29 SGB XI dem Vorrang von Prävention und Rehabilitation nach § 5 SGB XI. Damit werden spezifische Hilfenformen zugunsten von Pflegebedürftigen verhindert. Problematisch ist hierbei der Widerspruch zwischen einer Grundversorgung und dem Anspruch auf Ganzheitlichkeit. Die Art und der Umfang der Leistungen der Pflegekassen als pflegerische Grundversorgung nach § 4 SGB XI widerspricht dem Anspruch auf ganzheitliche Pflege nach § 28 Abs. 4 SGB XI. Ein weiterer Widerspruch besteht zwischen der Leitlinie zum Vorrang häuslicher Pflege nach § 3 SGB XI und der Entscheidungsfrei-

heit bei Pflegeleistungen (vgl. Becker 1997, S. 78-79). Insgesamt wird mit der Ausrichtung des Gesetzes eine Standardisierung, Homogenisierung und Normierung von Pflegebedürftigkeit und deren Ausgestaltung vorgenommen. Mit dem Zwang zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wird jede/r Bezieher/in von Leistungen der Pflegeversicherung in einen Begutachtungs-, Beratungs- und Beurteilungszusammenhang gebracht, der die Pflegekulturen und die Kultur der Pflege beeinflussen (vgl. Blinkert / Klie 1999, S. 38). Ein schwerwiegendes Problem ist dabei die mangelnde ökonomische Basis für die Gestaltung der Pflegesituationen. Zum einen sind die Sachleistungen so konzipiert, dass diese für die Bezahlung professioneller Pflege nicht ausreichen, so dass vor allem Familienmitglieder aus erwerbseinkommensschwachen Schichten sich der häuslichen Betreuung von Pflegebedürftigen annehmen müssen. „Die schichtspezifische Spaltung der Gesellschaft erfährt mit dem Pflege-VG eine zusätzliche Erweiterung“ (Behning 1997, S. 115). Zum anderen besteht eine mangelnde soziale Absicherung von pflegenden Angehörigen, so dass eine Gleichstellung von Pflegearbeit und Erwerbsarbeit in Bezug auf die soziale Sicherung nicht gewährleistet ist. Private Pflegepersonen sind so mehrfach durch die Regelungen des Gesetzes benachteiligt. Die Übernahme von Verantwortung hat damit die Konsequenz der sozialen Benachteiligung und Marginalisierung von Pflegepersonen. Damit werden Möglichkeiten zur autonomen Gestaltung des eigenen Lebens und der Pflegesituation verhindert.

Sorge – Begehren

Durch die Ausführungen des Pflegeversicherungsgesetzes zur Festlegung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit wird eine spezifische Form der Sorge um Pflegebedürftige definiert. Die enge inhaltliche und zeitlich beschränkte Definition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI bezieht sich dabei auf eine defizitorientierte Vorstellung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit und entspricht in ihrem Wesen keiner ganzheitlichen Vorstellung von Pflege und Alter. Insgesamt werden spezifische Bedürfnisse von Pflegebedürftigen, die über den definierten Leistungskatalog des Gesetzes hinausgehen, nicht berücksichtigt. D. h. dass Begehrenformen von Pflegebedürftigen durch das Gesetz beschränkt werden. Blinkert und Klie betonen dabei, dass es im bundesdeutschen Pflegeversicherungsgesetz keinen Zusammenschluss gibt zwischen Pflegezeitbedarfsmessungsverfahren, den erbrachten Pflegeleistungen, den aus Expertensicht gewünschten Pflegeleistungen und Pflegezielen, den

zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen ausgehandelten Pflegeleistungen und den im Gesetz anerkannten Verrichtungen und Pflegemodi (vgl. Blinkert / Klie 1999, S. 69). Erschwerend ist insgesamt, dass durch die Ausführungen des Gesetzes die Beziehungsstrukturen zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonen standardisiert werden und damit das Verhältnis von Sorge und Begehren für die Beteiligten definiert wird. Die Vergütungssysteme strukturieren die Qualität der Leistungen, indem Zeitmarken vorgegeben werden. Durch die Standardisierung der Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegeperson können positive Effekte sowohl der Sorgearbeit, der Annahme von Sorge sowie die Begehrensformen von Pflegepersonen und Pflegebedürftigen unterbunden werden (vgl. Strünck 2000, S. 100). Dabei wird insgesamt Sorgearbeit nicht nach den Anforderungen und Leistungen entlohnt, sondern nach der Festlegung durch die Stufe der Pflegebedürftigkeit. Behning zeigt dabei die Zusammenhänge zwischen dem Pflegeaufwand und der Entlohnung auf. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass „[j]e belastender und zeitaufwendiger die Pflege wird, desto niedriger gestaltet sich also der Wert der geleisteten Pflegearbeit“ (Behning 1997, S. 110). Diese Zusammenhänge widersprechen jeglicher ökonomischen Theorie und ignorieren die Tatsache, dass mit steigendem Pflegeaufwand auch die Qualifikationen für die Übernahme von Pflegeleistungen steigen müssen (ebd.). Zusammenfassend wird deutlich, dass die Form von Sorge durch das Pflegeversicherungsgesetz standardisiert, homogenisiert und normiert wird und damit nicht nur spezifische Begehrensformen von Pflegepersonen, sondern auch von Pflegebedürftigen definiert werden.

Öffentlich – Privat

Durch das Pflegeversicherungsgesetz wird ein ambivalentes Verhältnis von häuslichen Pflegesituationen im Spannungsverhältnis von öffentlich und privat etabliert. Während einerseits häusliche Pflege als familiäres Aufgabengebiet durch die Leitlinie „ambulant vor stationär“ weiterhin festgeschrieben wird, wird andererseits durch die Begutachtungs-, Beratungs- und Kontrollmechanismen Pflege in einen öffentlichen Zusammenhang gebracht. Der Medizinische Dienst und die Pflegekassen haben mit den Vorgaben des Gesetzes einen unmittelbaren Zugang zu häuslichen Pflegesituationen und definieren damit das Verhältnis von öffentlich versus privat. In dieser Hinsicht ist die private Familienpflege direkt von öffentlichen Entscheidungen abhängig. Darüber hinaus wird durch die veränderten Institutionalisierungen innerhalb des Pfl-

geversicherungsgesetzes eine strukturelle Unterlegenheit von Pflegebedürftigen hervorgerufen. „Die Pflegeversicherung mit ihrer Neu-Institutionalisierung eines Verbändesystems von korporativen Anbietern und korporativen Nachfragern verstärkt sogar noch die in der Sozialpolitik-Forschung lang bekannte „strukturelle Unterlegenheit des Klienten“ (Tennstedt 1976, S. 153), obwohl sie ihnen über die Wahl zwischen Geld- und Sachleistungen sowie die Einführung von Wettbewerbsmechanismen erstmals einen stärkeren direkten Einfluss einräumt“ (Strünck 2000, S. 181).

Insgesamt ist das Verhältnis zwischen öffentlichen Pflegeanbieter/innen und Pflegebedürftigen durch das Gesetz undurchsichtiger geworden. Die Überschaubarkeit von Hilfsdiensten ist durch die angestrebte Konkurrenz zwischen den Pflegeanbietern nicht transparent geworden. Problematisch ist nicht nur die Intransparenz des Pflegemarktes, sondern auch die mangelnde Zusammenarbeit zwischen den Diensten und den Kostenträgern (vgl. Schölkopf 1999). Darüber hinaus wird durch das Gesetz das Verhältnis zwischen der Kommune und den Pflegebedürftigen bestimmt. Die vom Medizinischen Dienst vorgenommene Einstufung hat verbindliche Konsequenzen für die Kommune als Finanziers der Hilfen zur Pflege nach § 68 BSHG. Wenn nun ein Empfänger nach den Richtlinien zur Pflegebedürftigkeit nicht leistungsberechtigt ist, so darf auch das kommunale Sozialamt keine Leistungen nach § 68 BSHG gewähren. Damit wird die Kommune unter einen erheblichen Legitimations- und Erklärungsdruck gegenüber Bürger/innen gesetzt (vgl. Stünck 2000, S. 88). Für Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen werden häusliche Pflegesituationen in einem direkten Bedingungsgefüge von gesetzlichen Regelungen und den angrenzenden Institutionen verhandelt und sind damit öffentlich verortet.

Staat – Individuum

Das Pflegeversicherungsgesetz etabliert eine spezifische Beziehungsform zwischen Staat und Individuum. Durch die Begutachtungs-, Beratungs- und Kontrollsysteme bezüglich einer Pflegebedürftigkeit werden Betroffene und Pflegepersonen letztlich durch staatliche Institutionen wie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und die Pflegekassen verwaltet. Dieses System, das der Sicherung und Entwicklung von Pflegequalität in der Familienpflege dienen soll (vgl. Blinkert / Klie 1999, S. 39), enthält nun aber Aspekte, die die individuelle Pflegebedürftigkeit und Pflegeleistung kontrollieren, regulieren und disziplinieren. Es ist möglich, dass jederzeit eine Meldung

an die Pflegekasse erfolgen kann und damit Leistungen beschränkt werden können. Darüber hinaus findet durch das Budgetprinzip der Leistungsgestaltung und der Pauschalisierung und Deckelung von Leistungen nicht nur eine spezifische Definition von individueller Bedürftigkeit statt, sondern damit wird auch eine bestimmte Ausrichtung des Sozialversicherungsprinzipes bewirkt, die Aspekte des Umbaus des Sozialstaates anzeigt. Im Pflegeversicherungsgesetz wird das in der Krankenversicherung prägende Finalprinzip außer Kraft gesetzt (vgl. Strünck 2000, S. 62). Mit dieser Ausrichtung ist die individuelle Verantwortlichkeit und Eigeninitiative von Pflegebedürftigen und deren Pflegepersonen bzw. den betroffenen Familien besonders gefordert. Die über die Leistungen des Gesetzes bestehenden Anforderungen werden damit in den individuellen und familialen Verantwortungsbereich transformiert. Letztlich ist das Spannungsverhältnis zwischen Staat und Individuum nicht nur durch die Definition einer Grundversorgung von staatlicher Seite bestimmt, sondern durch die Begutachtungs-, Beratungs- und Kontrollmechanismen findet in der häuslichen Pflege auch eine Standardisierung, Homogenisierung und Normierung von Pflegebedürftigen und deren Pflegepersonen statt.

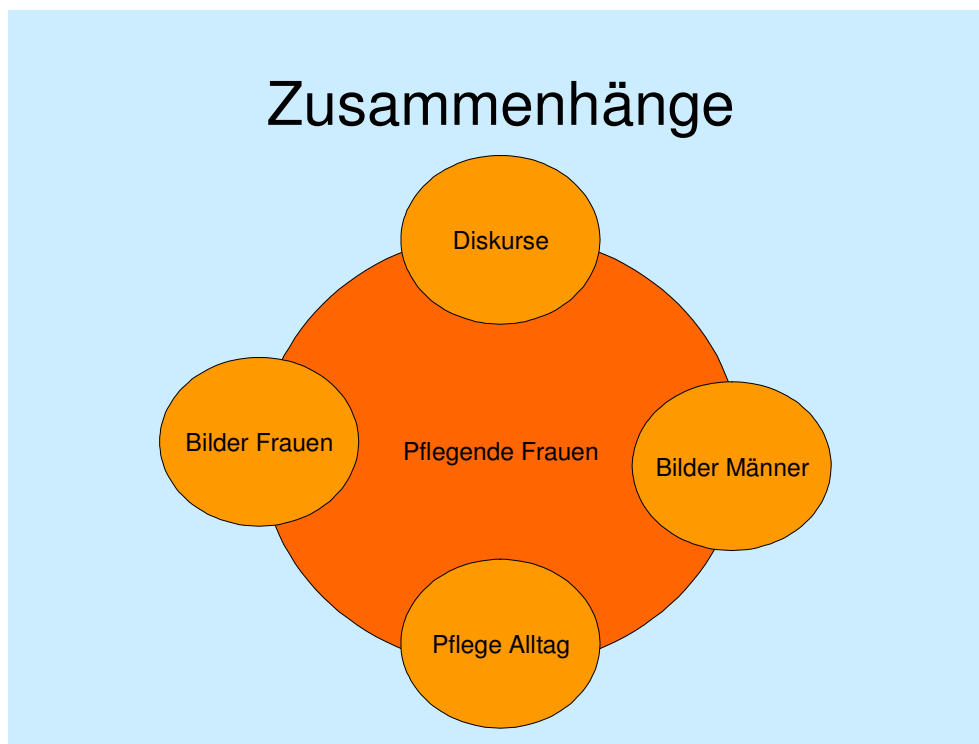
Wissens- und Machtdiskurse

Aufgrund der Vorgabe des Gesetzes, Pflegeleistungen nach den professionellen Standards auszurichten, sowie dem hohen Bürokratisierungsgrad, wie dies mit dem Antrags- und Leistungsbezug einhergeht, sind Pflegebedürftige und Pflegepersonen in einem hohen Maße gefordert, sich Informationen über die Verfahren zu beschaffen. Nicht nur die Antragsstellung bei der Pflegekasse, sondern auch die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst kann für die Betroffenen eine Hürde darstellen. Da die Betroffenen in den meisten Fällen über die Kriterien zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit nicht informiert sind, kann es zu einer falschen Darstellung der Bedarfssituation kommen. Die Bürokratisierung setzt einen hohen Wissensstand über das Gesetz und über professionelle Pflegestandards bei Pflegepersonen und/oder Pflegebedürftigen voraus. Wenn Betroffene keine Leistungen beantragen kommt es auch nicht zu einer Erstattung. Das setzt ein Wissen über das Leistungsspektrum des Gesetzes voraus. Zusätzlich etabliert das Pflegeversicherungsgesetz ein Begutachtungs-, Beratungs- und Kontrollsystem, indem der Medizinische Dienst der Krankenkassen, die ambulanten Dienste und die Pflegekassen mit einem hohen Maß an Macht ausgestattet werden. Diese entscheiden nicht nur über das Vorliegen

einer Pflegebedürftigkeit bzw. deren Stufe, sondern damit auch über die Höhe der Leistungen. Die Berater/innen der ambulanten Dienste können bei den Beratungsbesuchen Sanktionen erteilen, indem eine unsachgemäße Pflege festgestellt wird. Damit können Leistungen durch die Pflegekasse gekürzt und unterlassen werden. Die Eigenständigkeit von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen ist innerhalb dieser Machtdiskurse marginal.

3.4 Diskussion

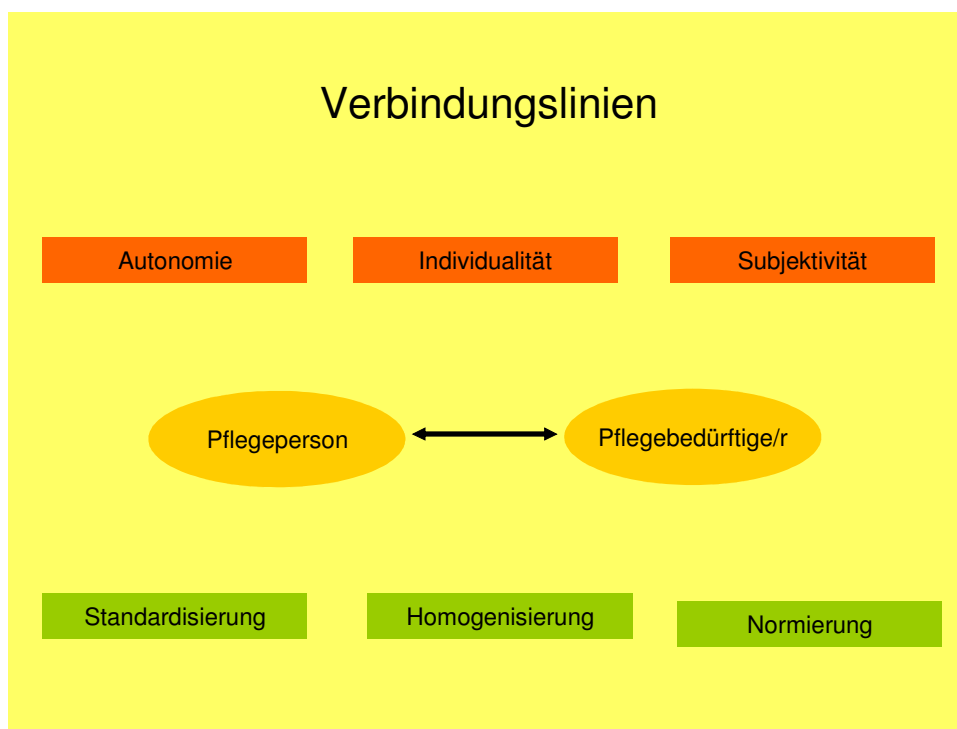
Die Diskursanalyse der Belastungsforschung, der Angehörigenberatungskonzepte und des Pflegeversicherungsgesetzes kommt zu sehr vielschichtigen Ergebnissen.



Es konnte gezeigt werden, dass Bilder von häuslicher Pflege eng mit Bildern über Frauen verknüpft sind. Die Selbstverständlichkeit, mit der die Einbindung von familialer Pflege gefordert wird oder subtil in den Texten enthalten ist, etabliert ein Bild von Frauen, das eine hohe Form von Empathie, ein hohes Maß an Engagement, eine hohe zeitliche Flexibilität und eine hohe Bereitschaft zur Übernahme von häuslicher Pflege enthält. Während einerseits das Bild einer privaten familialen Krankenschwester für die Gewährleistung häuslicher Pflege gezeichnet wird, in deren Mittelpunkt die Versorgung von Pflegebedürftigen anhand professioneller Kriterien steht, werden andererseits die gesundheitlichen Gefährdungspotentiale in den Bereich der privaten

Verantwortung verwiesen. Während für Männer häusliche Pflege als gelebte Form von Subjektivität erscheint wird ignoriert, dass Pflege von Frauen oft bis über den Rand ihrer physischen und psychischen Kapazitäten hinaus geleistet wird und mit massiven gesundheitlichen Gefährdungen verbunden ist. Zwar wird wohl der Mangel, eigenes Begehren entfalten zu können, in den Texten als Problem gesehen, gleichwohl wird aber den weiblichen Pflegepersonen kein eigenständiger Subjektstatus zugesprochen, der eine Form von Begehren ermöglichen könnte.

Weiterhin konnte gezeigt werden, dass Bilder von Pflegebedürftigkeit mit Bildern über Pflegepersonen verknüpft sind. Zwar konkurrieren die Pflegebedürftigen teilweise mit den Pflegepersonen um Autonomie, Individualität und Subjektivität, es fällt aber auf, dass eine Standardisierung, Homogenisierung und Normierung von Pflegebedürftigkeit mit der von Pflegepersonen verbunden ist.



Darüber hinaus ist deutlich geworden, dass häusliche Pflegepersonen in einer individualisierten, globalisierten Gesellschaft eine Arbeit leisten, die nur ein geringes Maß an Autonomie, Individualität und Subjektivität ermöglicht. Die in individualisierten Gesellschaften mögliche Wahlfreiheit ist für den häuslichen Pflegebereich nur sehr eingeschränkt gegeben. Spezifische Beziehungsstrukturen zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonen, moralische Verpflichtungen, Erwartungshaltungen des Umfelds

des, ökonomische Erwägungen und spezifische Repräsentationen über Frauen, Pflege und Familie verhindern eine freie Entscheidung der Pflegepersonen für oder gegen häusliche Pflege. Im Untersuchungsgegenstand wurde zudem deutlich, dass in diesem Themenfeld in unterschiedlichen Qualitäten eine Standardisierung, Homogenisierung und Normierung von häuslichen Pflegesituationen (re)produziert wird. Von erheblicher Bedeutung ist hierbei die Verflechtung der Repräsentationen über Pflegepersonen und Pflegebedürftige, die gleichermaßen von diesen kulturellen, gesellschaftlichen, rechtlichen und wissenschaftlichen Diskursen in ihrem Subjektstatus berührt sind.

Als Ergebnis der Analyse kann ein alternatives Modell zur Belastung pflegender Angehöriger wie folgt beschrieben werden:



Belastung von Pflegepersonen wird nach diesem Modell nicht nur durch eine Standardisierung, Normierung und Homogenisierung von häuslichen Pflegesituationen und den damit verbundenen Erwartungshaltungen hervorgerufen, sondern auch durch die Prozesse der Normalisierung, Disziplinierung, Pathologisierung, Marginalisierung und Feminisierung häuslicher Pflege.

Obwohl die Anzahl pflegender Männer steigt, zeigte sich in der Diskursanalyse, dass der Arbeitsbereich nicht nur sprachlich einer **Feminisierung** unterliegt, sondern auch stabile moralische Erwartungshaltungen an Frauen zur Übernahme häuslicher Pflege vorherrschen. Deutlich wird die Feminisierung häuslicher Pflege insbesondere auch an der Konzeption der Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Mit einer Entschädigung für aufgewendete Leistungen werden pflegende Angehörige in die Nähe von ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen gerückt, ohne dass sie damit einen umfassenden sozialrechtlichen Versicherungsschutz erhielten. Mehr noch: dieses Modell setzt eine sozialrechtliche Absicherung in Form einer ehelichen Verbindung voraus, um dann überhaupt erst Pflegeaufgaben übernehmen zu können. Diese Voraussetzungen, auf denen die Konzeption der Pflegeversicherung aufbaut, sind an traditionellen, heterosexuellen Vorstellungen von Familie und Generationenbeziehungen orientiert. Die Konsequenz ist eine selbstverständliche Erwartungshaltung an Frauen, häusliche Pflegearbeit für Pflegebedürftige zu übernehmen.

Die **Marginalisierung** häuslicher Pflege zeigt sich nicht nur in den wenigen wissenschaftlichen Untersuchungen, die sich insbesondere mit der Problemsituation von weiblichen Pflegepersonen beschäftigen, sondern auch in der Marginalisierung von Konzeptionen für die Beratung pflegender Frauen. Zudem findet sowohl in der Konzeption von Idealtypisierungen für den häuslichen Pflegebereich, wie auch in der besonderen Bedeutung, die männliche Pflegepersonen in Beschreibungen erfahren, eine Marginalisierung von weiblichen Pflegepersonen statt. Durch die geringen finanziellen Leistungen des Pflegeversicherungsgesetzes für geleistete Pflegearbeit häuslicher Pflegepersonen gilt dies auch in ökonomischer Hinsicht.

Eine **Pathologisierung** häuslicher Pflege ergibt sich insbesondere durch Konzeptvorschläge der Angehörigenberatung und der Belastungsforschung. Im Fokus dieser Texte stehen in der Regel nicht die geleistete Arbeit, sondern die Mängel und Problemfelder von Pflegepersonen. Problematisch ist hierbei, dass die Belastungen nicht im Blick auf die hohen Anforderungen der Versorgung definiert, sondern als individuelles Versagen, Missgeschick oder psychisches Defizit der Pflegepersonen konnotiert werden. Mit diesem defizitorientierten, psychologischen Blick, der soziale, kulturelle, gesellschaftliche, rechtliche und wissenschaftliche Aspekte ausschließt, wird eine Pathologisierung von meist weiblichen Pflegepersonen vorgenommen.

Eine **Disziplinierung** resultiert im häuslichen Pflegebereich aus den Begutachtungen im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes; sie zeigt sich auch in der Analyse von spezifischen Problemfeldern in Beratungskonzepten und Beratungssituationen. Schon die Begutachtung zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit ist sowohl für Pflegebedürftige als auch für Pflegepersonen als Disziplinierung zu werten, weil damit entschieden wird, wer offiziell bedürftig ist und wer nicht. Nicht eine subjektiv empfundene Bedürftigkeit ist Anlass für einen Leistungsbezug, sondern die Erfüllung >objektiver< Kriterien entscheidet für Pflegebedürftige und Pflegepersonen über die Leistungen. Zudem bildet die Pflichtberatung einen besonderen Disziplinierungsvorgang. Denn bei der Feststellung von Mängeln innerhalb der Pflege besteht die Möglichkeit der Gutachter/innen, eine Meldung an die Pflegekasse vorzunehmen, aufgrund deren Leistungen der Pflegeversicherung gekürzt oder gar unterbunden werden können. Eine Disziplinierung in den Beratungskonzepten liegt darin, dass Idealtypisierungen von Pflegepersonen und Pflegeverhalten vorgenommen werden. Verhaltensweisen, die diesen Vorstellungen nicht entsprechen, werden damit negativ bewertet oder verurteilt. Dieser Versuch der Etablierung von normkonformem Verhalten kann als ein Disziplinierungsvorgang gelten. Zudem findet auch in den Beratungsangeboten eine Disziplinierung statt. Da nicht die Wünsche und Bedürfnisse der Pflegepersonen im Mittelpunkt der Beratung stehen, sondern lediglich punktuelle Problemfelder zur Stabilisierung häuslicher Pflege thematisierbar sind, werden Pflegepersonen zur passenden Schwerpunktsetzung in den Beratungsthemen gezwungen.

Eine **Normalisierung** in der häuslichen Pflege ist in der Leitlinie >ambulant vor stationär< enthalten. Häusliche Pflege wird damit zur vorherrschenden Norm in der Versorgungsstruktur verankert. Zudem ist mit der Etablierung der Richtlinien zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit eine Normalisierung verbunden. Denn darin ist die Definition enthalten, welche Pflegepersonen ein juristisches Anrecht auf Geld und andere Leistungen haben. Eine Normalisierung ist zudem in den hohen Erwartungen zu erkennen, die weiterhin Frauen in selbstverständlicher Weise mit Pflegeerwartungen konfrontieren. Mit Blick auf die hohen Belastungsqualitäten von Pflegepersonen ist auch in der Akzeptanz dieser Situation und dem Unterlassen einer Intervention von politischer Seite eine Normalisierung zu erkennen. Es scheint, als ob die hohe

Belastungsqualität von Pflegepersonen keine Notwendigkeit zu umfassenden Interventionen begründet.

Eine **Homogenisierung** von Pflegepersonen erwächst aus der Einteilung von Pflegebedürftigen in Pflegestufen. Damit werden drei Gruppen von Pflegepersonen anhand des Pflegeversicherungsgesetzes von einander unterschieden. Die Belastungsforschung differenziert im Unterschied dazu zwischen weiblichen und männlichen Pflegepersonen sowie zwischen pflegenden Töchtern, Söhnen, Schwiegertöchtern und pflegenden Ehepartner/innen. In den Konzepten zur Angehörigenberatung liegt überwiegend eine Unterscheidung zwischen pflegenden Kindern und Ehepartner/innen vor. Kulturelle oder generationsspezifische Variablen, gesellschaftliche oder ökonomische Aspekte sowie moralische Unterschiede werden zur Differenzierung von pflegenden Angehörigen nicht thematisiert.

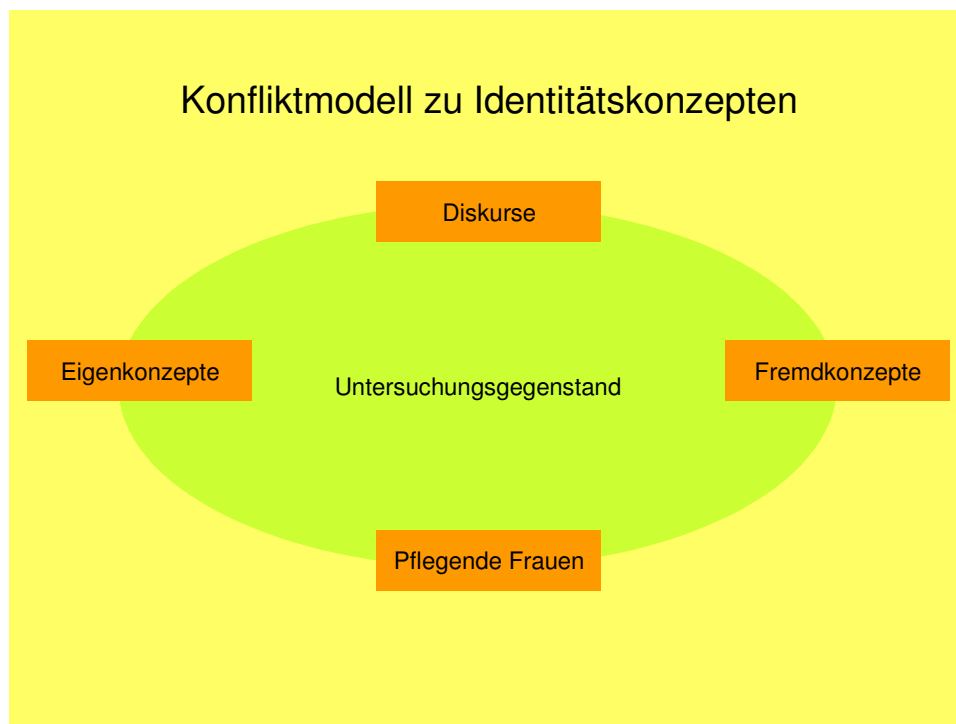
Die **Normierung** von Pflegepersonen ist im Pflegeversicherungsgesetz mit der Beantragung von Pflegegeld verbunden. Damit sind Pflegepersonen verpflichtet, eine festgelegte Stundenanzahl von Pflegeleistungen, die an die Pflegestufen gebunden ist, abzuarbeiten. Durch die Pflichtberatungen unterliegen Pflegepersonen dann der Ausrichtung ihrer Pflegeleistungen anhand professioneller Pflegestandards. D.h. lebensweltliche Vorstellungen von häuslicher Pflege stehen in einem unmittelbaren Begutachtungskontext mit professionellen Pflegestandards. Damit findet eine Normierung häuslicher Pflege anhand professioneller Kriterien statt. Innerhalb der Belastungsforschung und der Angehörigenberatungskonzepte liegt eine Normierung von Pflegepersonen durch die selbstverständliche Einbindung von Familienmitgliedern vor. Nicht eine freie Entscheidung für oder gegen häusliche Pflege ist hier die Norm, sondern eine selbstverständliche Definition meist weiblicher Familienmitglieder als Hauptpflegepersonen erscheint als die theoretische und praktische Norm. Innerhalb der theoretischen und praktischen Beratungskontexte ist zudem die Vorstellung von Problemfeldern, als defizitorientierte Handlungskompetenz von Pflegepersonen, eine zusätzliche Normierung.

Die **Standardisierung** von Pflegepersonen wird nicht nur durch die Auswahl spezifischer Variablen innerhalb der Pflegestatistiken vorgenommen, in der kulturelle, biographische oder moralische Aspekte wenig Berücksichtigung finden, es wird auch in

den theoretischen und praktischen Beratungskontexten eine Standardisierung von Verhaltensweisen zur häuslichen Pflege konzeptionell und praktisch verankert. Das Konzept der „emotionalen Autonomie“ enthält deutliche Standardisierungen für den Umgang mit dementiell erkrankten alten Menschen. In einigen Texten scheint auch eine Standardisierung von Pflege- und Bewältigungsstrategien anhand männlicher Verhaltensweisen auf.

Die Diskursanalyse zeigt neben einer alternativen Vorstellung von einem Belastungsmodell auch eine alternative Vorstellung von einem Konfliktmodell.

Wie gezeigt wurde, enthalten die Texte des Untersuchungsgegenstandes Repräsentationen über weibliche und männliche Pflegepersonen. Diese Repräsentationen orientieren sich an Idealtypisierungen von Pflegepersonen. Diese Idealtypisierungen wiederum beruhen auf spezifischen Vorstellungen über Identitäten von pflegenden Frauen und Männern. Auf einer abstrakten Ebene können Konflikte dann als Folge einer Diskrepanz zwischen Eigenkonzepten und Fremdkonzepten innerhalb der Diskurslinien anhand des Untersuchungsgegenstandes aufgefasst werden.



Im Untersuchungsgegenstand wird deutlich, dass die unterschiedlichen Diskurslinien je spezifische Fremdkonzepte betreffend pflegende Angehörige enthalten. Konflikte

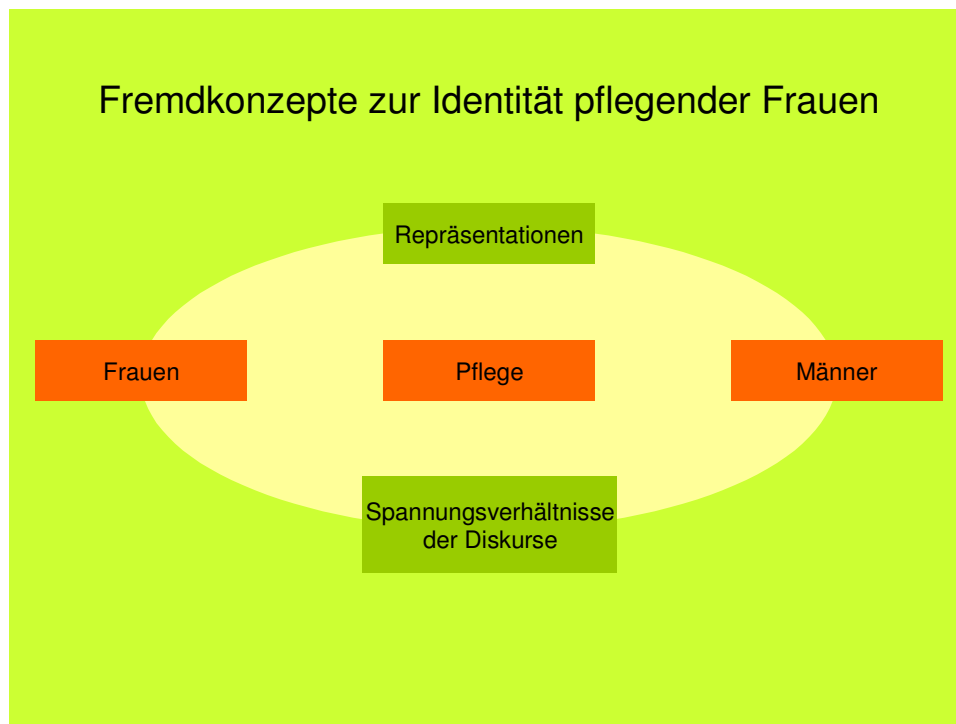
von pflegenden Frauen sind insgesamt im Spannungsverhältnis dieser Fremdkonzepte und der vorhandenen Eigenkonzepte zu erklären. D.h. dass Widersprüche, Ambivalenzen, Brüche und Spannungen der Diskurslinien und der Fremdkonzepte sich im Bereich der Eigenkonzepte manifestieren und dann bei pflegenden Frauen Konfliktpotentiale erzeugen. Zum besseren Verständnis wird dieser Vorgang anhand von einem Beispiel verdeutlicht:

Beispiel:

Eine pflegende Ehefrau von 75 Jahren versorgt ihren pflegebedürftigen Ehemann in einer Drei-Zimmer-Wohnung im dritten Stock. Das Ehepaar ist seit 50 Jahren innig mit einander verbunden. Für die Frau ist die Versorgung des Ehemannes nicht nur eine Pflicht, sondern eine Form, ihre Verbundenheit jeden Tag zu zeigen. Das Ehepaar hat keine Kinder. Aufgrund eines Unfalls bricht sich die Frau ein Bein und kann die Wohnung nicht mehr verlassen. Sie kann die Einkäufe nicht mehr erledigen, nicht mehr kochen, die Wohnung nicht mehr putzen, die Wäsche nicht mehr waschen, aufhängen, bügeln und vor allem den Ehemann beim Waschen, Anziehen und sonstigen Versorgungungen nicht mehr unterstützen. Deshalb schaltet sie eine Beratungsstelle ein, um sich ausführlich über alternative Betreuungsmöglichkeiten zu informieren. Der Berater schlägt vor, einen ambulanten Dienst einzuschalten und Freund/innen sowie Nachbar/innen für Unterstützungsleistungen zu gewinnen. Alle Personen, die sich an der Beratung und Versorgung beteiligen, haben spezifische Vorstellungen über die Art und Form der Versorgungsleistungen. Sie haben spezifische Vorstellungen über Hygienestandards, über die Zubereitung von Essen, über die Art sich zu kleiden, die Wohnung sauber zu halten, über Verhaltensweisen von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen, über auftretende Konfliktfelder. Sie haben Vorstellungen darüber, wie dieses Ehepaar seine Zeit verbringt, wie der Tag zu strukturieren ist, auch darüber, ob Sexualität im Alter stattfinden kann und wie das geschehen kann. D.h. das Verhalten aller Personen ist durch Repräsentationen über Geschlecht, Alter und Sexualität gekennzeichnet. Die Repräsentationen über diese pflegende Frau und auch über den pflegebedürftigen Ehemann sind Fremdkonzepte von Pflegeidentitäten. Nach einiger Zeit wird die Ehefrau sehr unglücklich über die vielen Bemerkungen und über die unterschiedlichen Veränderungsvorschläge der professionellen Pflegekräfte und der Nachbar/innen sowie Freund/innen. Sie wendet sich wieder an den Berater. Nicht ihre Wünsche und Bedürfnisse stehen dann im Mit-

telpunkt der Beratung, nicht ihre Trauer über all das, was sie nicht mehr selbst leisten kann, findet Berücksichtigung, sondern allein die Versorgung ihres Ehemannes ist Zentrum der Beratung. Und unter dieser Perspektive besteht für den Berater kein Problem. Alles scheint in Ordnung. Die Wohnung ist ordentlich, der Ehemann ist sauber gekleidet und sieht gut genährt aus. Nur die Ehefrau ist unglücklich.

Die Diskursanalyse zeigt, dass im Untersuchungsgegenstand Repräsentationen über Frauen, Männer und Pflege enthalten sind. Diese Repräsentationen weisen Fremdkonzepte über Frauen, Pflege und Männer auf. In diesen Fremdkonzepten werden Spannungsverhältnisse der Diskurse (re)produziert.



Ein zentrales Spannungsverhältnis ist im Bereich **Gleichheit versus Differenz** in einer unterkomplexen Vorstellung von Differenz über Pflegepersonen zu erkennen. Es besteht die Tendenz, Pflegepersonen nicht nach geschlechtsspezifischen, biographischen, sozialen, kulturellen, gesellschaftlichen und gesundheitlichen Aspekten zu unterscheiden sondern vorwiegend anhand der Beziehung zu Pflegebedürftigen zu definieren. Damit werden zentrale Aspekte der Lebensgestaltung und Existenzweisen von Frauen und Männern ignoriert und dethematisiert.

Für den Bereich **Moral versus Subjektivität** ist ein Spannungsverhältnis in der Ambivalenz von Moralauffassungen begründet. Wenn die Bedürftigkeit von Pflegepersonen betrachtet wird, so werden Verantwortung und Sorgearbeit von meist weiblichen Familienmitgliedern gefordert bzw. selbstverständlich vorausgesetzt. Wird allerdings auf die Perspektive von Pflegepersonen focussiert, so wird auf die Autonomie und die Bedürfnisse von Pflegepersonen verwiesen. In dieser Ambivalenz sind die Ausführungen des Untersuchungsgegenstandes angelegt. Entweder bewegt sich die Argumentation nach der einen oder anderen Seite. Insgesamt zeigt die Analyse ambivalente und widersprüchliche Formen der Subjektkonstituierung von Pflegepersonen in der häuslichen Pflege von Angehörigen auf. Der Zwang und die Selbstverständlichkeit zur Versorgung von pflegebedürftigen Familienmitgliedern bilden einen wesentlichen Aspekt innerhalb der Subjektivierungsweisen für die meist weiblichen Pflegepersonen. Die Brüchigkeit zwischen dem Verhältnis von Moral und Subjektivität verdeutlicht auch ein spezifisches Verhältnis von Moral und Ethik. Wenn mit Moral vorwiegend die Frage, wie eine Person handeln sollte und mit Ethik die Frage, was eine Person für ein gutes Leben benötigt, gefasst wird, dann kann festgestellt werden; Pflegepersonen werden nicht nur von ihrer Umwelt mit moralischen Wertungen konfrontiert, sondern unterliegen einem ständigen Spannungsverhältnis zwischen moralischen und ethischen Erwägungen. Auffallend dabei ist, dass die Situation von Pflegebedürftigen eher aus einer ethischen Perspektive betrachtet wird. Durch diese Spaltungen, die insbesondere mit der geschlechtlichen Codierung des Arbeitsfeldes zusammenhängen sowie der Dethematisierung von moralischen und ethischen Aspekten, ist die fehlende Repräsentation von Subjektivität, Autonomie oder Begehrensformen bei Pflegepersonen zu erklären.

Innerhalb der Diskurslinie **Verantwortung versus Autonomie** liegt ein zentrales Spannungsverhältnis im Primat der Aufrechterhaltung häuslicher Pflege vor. Nicht die Wünsche und Bedürfnisse von Familienangehörigen stehen im Mittelpunkt der Entscheidungsprozesse in Pflegesituationen, sondern die Stabilisierung und Aufrechterhaltung häuslicher Pflege ist das übergeordnete Ziel der Belastungsforschung, der Beratungskonzepte und des Pflegeversicherungsgesetzes. Zugleich verdeutlichen aber die Ergebnisse repräsentativer Untersuchungen über die Belastungsqualität von Hauptpflegepersonen, dass es dringender Veränderungen bedarf, um die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen zu verbessern.

Im Bereich **Sorge versus Begehren** wurde deutlich, dass die Ausrichtung des Pflegeversicherungsgesetzes anhand einer minimalen Grundversorgung eine Konkurrenz um Bedürfnisse zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen auslöst. Die Einführung des Begriffs >Begehren< eröffnet dem gegenüber eine ganz andere Perspektive auf die Situation von Pflegepersonen und auf Pflegebedürftigkeit. Die Öffnung des häuslichen Pflegediskurses mit dem Begriff >Begehren< ist im Gegensatz zur Orientierung an einer Grundversorgung auf die Sicherung eines guten und glücklichen Lebens für Pflegepersonen und Pflegebedürftige ausgerichtet.

Die Diskurslinie **Öffentlich versus Privat** verweist anhand der Leitlinie >ambulant vor stationär< auf ein weiteres Spannungsverhältnis in der häuslichen Pflege. Diese Leitlinie des Pflegeversicherungsgesetzes bedeutet übersetzt >privat vor öffentlich<. Daraus ergibt sich eine Verantwortungsdelegation für Pflegeleistungen an Familienmitglieder und in Folge an Frauen. Zugleich sind staatliche Institutionen von Pflegeanforderungen befreit und vorwiegend mit Kontroll- und Disziplinierungsmaßnahmen beauftragt. Dieses Problemfeld könnte mit einer neuen Leitlinie >freie Wahl von Pflegeleistungen für alle< aufgehoben werden.

Die Diskussion um **Staat versus Individuum** zeigte, dass der häusliche Pflegebereich in besonderem Maße von neoliberalen Umstrukturierungen des Sozialstaates betroffen ist. Während einerseits häusliche Pflege durch das Pflegeversicherungsgesetz und spezifische Institutionen eine staatliche Aufgabenhoheit geworden ist, wird andererseits die Ausführung von Pflege in individuelle und familiäre Verantwortungsbereiche entlassen. Häusliche Pflege hat nicht nur eine partielle Ökonomisierung von privaten Beziehungen erfahren, es wird von Pflegepersonen und Pflegebedürftigen gleichzeitig ein unternehmerisches Handeln erwartet. Dieses zeigt sich in der Antragsstellung, der Beschaffung von Informationen und der gesamten Gestaltung der Pflegesituation. Die Privatisierung und Ökonomisierung des Arbeitsbereiches ist zudem mit einer Anonymisierung verbunden, da Begutachtungsleistungen nicht von Hausärzten/innen, sondern von unabhängigen Gutachtern des MDK vorgenommen werden.

4. Konturen feministischer Angehörigenberatung

Ich habe einen Traum...

*dass häusliche Pflege Freude bereitet
und nicht Einsamkeit, Schmerz und Belastung ist.*

Ich habe einen Traum...

*dass häusliche Pflege Gesundheit fördert
und nicht zur Isolation, zu Scham und Krankheit führt.*

Ich habe einen Traum...

*dass häusliche Pflege Grenzen respektiert
bei Pflegenden und Pflegebedürftigen
und nicht unrealistische Erwartungen
zu Wut, Verzweiflung und Aggression führt.*

Ich habe einen Traum...

*dass häusliche Pflege irgendwann
die Anerkennung, die Würde und den Respekt bekommt
die sie selbst jeden Tag aufs Neue leistet.*

(R.B.)

Eine queer / feministische Form von Angehörigenberatung ist zuallererst durch Geschlechter problematisierende politische Bildungsarbeit gekennzeichnet und ist an einer Veränderung von Repräsentationen in Bezug auf Geschlecht und Sexualität orientiert. Die Strategien der VerUneindeutigung und Destabilisierung von Geschlecht und Sexualität bilden dabei übergeordnete Ansatzpunkte innerhalb der Auffassung von der Repräsentation als Intervention. Für die praktisch ausgerichtete Konzeption von Angehörigenberatung erscheint mir ein Konzept des >Gender Management< geeignet. Eine solche konzeptionelle Ausrichtung könnte Elemente feministischer Therapie mit Ansätzen des Gender Training und Case Management verbinden. Um das Konzept des >Gender Managements< näher zu konturieren, werden im Folgenden zuerst zentrale Aspekte feministischer Therapie, des Gender Trainings und des Case Managements vorgestellt, um dann Konturen des >Gender Managements< auszuarbeiten.

4.1 Feministische Therapie

Feministische Beratung und Therapie bieten eine Alternative zu herkömmlichen Therapieformen. Der androzentrische Blick herkömmlicher Konzepte bedeutet nicht nur eine Entwertung weiblicher Gefühlsweisen und Bewältigungsstrategien sowie weiblicher Sexualitäts- und Begehrensformen, sondern codiert Weiblichkeit gleichsam mit Minderwertigkeit und Zweitrangigkeit (vgl. Dorst 1994b, S. 66). Innerhalb feministischer Beratung und Therapie bilden dem gegenüber Frauen den zentralen Ansatzpunkt des Denkens und Handelns. Im Mittelpunkt stehen „Frauen mit ihren historischen Erfahrungen des Leidens, ihrem psychischen, geistigen und körperlichen Unterdrückt-Sein, ihrer Reduzierung und Beschränkung auf ein von Männern zugemessenes Maß“ (ebd.). Ein Ziel besteht darin, die Zuständigkeit für das eigene Leben und die eigenen psychischen Prozesse von Frauen zurück zu gewinnen. In diesem Zusammenhang macht Dorst darauf aufmerksam, dass in der geschichtlichen Entwicklung insbesondere Frauen die Trägerinnen der Heilkunst waren und erst im Zuge der Aufklärung Medizin, Psychotherapie und Heilkunst zu einer männlichen Domäne wurden. Feministische Therapie umfasst insofern auch den Diskurs „um eine >Psychoarchäologie der Wiedergewinnung des matriarchalen Bewusstseins< (G. Weiler, 1985)“ (Dorst 1994b, S. 67). Neben dieser Rückbesinnung auf geschichtliche Wurzeln des Heilens besteht die Hauptaufgabe der Therapeutinnen in der Wegbegleitung von Frauen in Krisenzeiten und der heilsamen Intervention. Als bedeutsam wird in diesem Zusammenhang die therapeutische Macht des Diagnostizierens und die Definitionsmacht über die Bezeichnung und Repräsentation von Krankhaftem und Normabweichungen herausgestellt. Feministische Therapie bietet mit einer spezifischen Perspektive eine Alternative zu herkömmlichen Therapieformen an. „Sie versteht und diagnostiziert die Leiden der Frauen im Entfremdungszusammenhang weiblicher Lebenssituationen: Sie begreift diese nicht einfach als individuelle Störungen oder persönliches Versagen, sondern auch als Ausdrucksform gesellschaftlicher Verhältnisse“ (Dorst 1994b, S. 67). „Der Reduzierung auf den weiblichen >Dienstleistungskörper<, der für viele Zwecke verfügbar ist, wird ein Wiederfinden der leiblichen Identität als Leib, der ich bin, als Einheit und Ganzheit von Körper, Geist und Seele entgegengesetzt“ (ebd., S. 70). Ein zentrales Ziel ist hierbei „die Befreiung und Entfaltung des gesamten Lebens- und Energiepotentials, das in Frauen verborgen und unterdrückt ist“ (ebd., S. 68).

Feministische Therapie ist insgesamt eher eine Orientierung als eine Therapieform. Sie findet in Kombination mit den unterschiedlichsten Therapiemethoden statt. Von tiefenpsychologischen Orientierungen über verhaltenstherapeutische Richtungen bis hin zu Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Körpertherapie etc. finden feministische Ausrichtungen Einzug in die Beratungs- und Therapiepraxis. Dabei bildet eine geschlechtsdifferente Kontextsensibilität für hegemonial maskuline Normierungen und Normalisierungen auf weibliche Existenzweisen eine Gemeinsamkeit aller feministisch orientierter Therapieformen.

Dorst fasst die Werte eines feministischen Beratungs- und Therapieansatzes wie folgt zusammen:

- „die persönliche Autonomie von Frauen in allen Bereich ihres Lebens,
- das Selbstverständnis und die Selbstdefinition von Frauen,
- die Betonung der Selbstverantwortung für eigene Handlungen,
- die Wertschätzung weiblicher Fähigkeiten und Kompetenzen, insbesondere der Beziehungsfähigkeit von Frauen,
- eine neue Sichtweise weiblicher Sexualität als Form, eigene Wünsche und Bedürfnisse zu entdecken und zu leben“ (Dorst 1994b, S. 69-70).

Freytag beschreibt darüber hinaus weitere Merkmale feministischer Therapie. Im Gegensatz zu anderen Therapieformen kennzeichnet sie feministische Therapie als eine politische, kritische und frauenfreundliche Therapieform (vgl. Freytag 1994, S. 74). Unter dem Gesichtspunkt **>politische Therapie<** wird die Orientierung der Psychologie, Psychotherapie und anderer Wissenschaften anhand des Idealtypus´ eines weißen, heterosexuellen, christlichen Mittelstandsmannes kritisiert. „Sein Umgang mit Sprache, mit Gefühlen, mit Zeit, mit Macht, mit dem Körper, mit dem Anderen Gipfelt sich als das Maß für den Menschen schlechthin auf“ (ebd., S. 75). Erfahrungen, die diesen Idealtypisierungen entgegenstehen oder von ihnen abweichen, werden nicht repräsentiert oder als defizitär abgewertet. „[D]ies gilt gleichermaßen für Frauen, Schwarze, Homosexuelle und Unterschichtsangehörige“ (ebd.). Das Politische daran ist, dass die Orientierung herkömmlicher psychologischer und therapeutischer Diskurse innerhalb hegemonialer Machtverhältnisse aufgezeigt wird. Die mangelnde Repräsentation und Partizipation von Frauen innerhalb von Therapieformen

und anderen gesellschaftlichen Bereichen zeigt sich in der Analyse androzentrischer und patriarchaler Strukturen. Zudem bezieht feministische Therapie „auch ausdrücklich Stellung gegen die Normalität gesellschaftlicher Verhältnisse, die Frauen auf den zweiten Platz verweisen (z. B. gegen die übliche Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern; gegen die gängige soziale Organisation von Mutterschaft; gegen die Institution Kleinfamilie, gegen Zwangsheterosexualität und gegen die Politik der sexuellen Beherrschung..)“ (ebd.). Freytag beschreibt den Prozess der Verinnerlichung androzentrischer und patriarchaler Wertsetzungen als Vorgang, mit dem schon kleine Mädchen konfrontiert werden. „Frauen werden in dieser Kultur auf vielfache Weise abgewertet, beschränkt, übergangen, missverstanden und eingeschüchtert“ (ebd.). Mit der Verinnerlichung hegemonialer Werte sind für Frauen schmerzhaftes Widersprüche und Konflikte verbunden: „Um ein begrenztes Aufenthaltsrecht in der patriarchalen Kultur zu erhalten, zahlen sie den Preis der Entfremdung von ihrer Lebendigkeit und Würde wie auch von der Solidarität mit anderen Frauen – im schlimmsten Fall ist der Preis Krankheit, Verrücktheit und Tod“ (ebd., S. 75-76). Nicht nur die Problematisierung von Ungleichheiten innerhalb der Geschlechterverhältnisse ist ein Ausgangspunkt feministischer Therapie, sondern darüber hinaus bildet auch die Thematisierung von Ungleichheiten in Bezug auf Ethnie, Religion, sexuelle Orientierung und körperliche Fähigkeiten von Frauen, einen zentralen Aspekt dieses therapeutischen Verständnisses. Die kritische Auseinandersetzung mit Androzentrismus, Sexismus, Rassismus, Klassismus und Antisemitismus bilden zentrale Ansatzpunkte feministischer Therapie als politische Therapie.

Als **>kritische Therapie<** zeigt feministische Therapie den androzentristischen Charakter der Psychologie als Wissenschaft auf. Hier wird nicht nur der geringe Anteil von Frauen in hohen Positionen des Wissenschaftsbetriebes kritisiert, sondern vor allem die Ausrichtung der Psychologie an Rationalisierung, Objektivität und Kontrolle in Zusammenhang mit männlichen Wertsetzungen aufgezeigt (vgl. Freytag 1994, S. 77). „Nun kann der Psychologe sich dem Forschungsobjekt „Frau“ gegenüber gleichsam genauso verhalten wie der Ehemann „seiner“ Frau gegenüber – nämlich sie mit seinem Denksystem beherrschen, kontrollieren, schlimmstenfalls pathologisieren, auf jeden Fall aber im Status des „Objekts“ belassen“ (ebd.). Das Problematische daran ist, dass Frauen damit der Subjektstatus verwehrt wird. Über diesen kritischen Ansatz hinaus wird die Prämisse vertreten, „dass jeder Aspekt einer Theorie den Stem-

pel patriarchalen Denkens trägt und damit zum Brennpunkt einer kritischen Überprüfung werden kann und muss“ (ebd., S. 78). Insbesondere sollten die Mutterfixiertheit psychologischer Theorien und die Androgynitätskonzepte problematisiert werden.

Kritische Therapie reflektiert nicht nur die hohe Bereitschaft von Frauen, Schuld für persönliche Konflikte und problematische Situationen zu übernehmen, sondern auch deren Bereitschaft, sich psychotherapeutisch begleiten zu lassen. Kritische Therapie beschäftigt sich darüber hinaus mit Missbrauchssituationen zwischen Therapeuten und Klientinnen und thematisiert männliche Dominanz in der Leitung von Beratungsstellen, Ausbildungsgängen, Kliniken, Forschungsprojekten und Berufsverbänden (vgl. ebd., S. 79).

Als Alternative zu herkömmlichen Therapieangeboten wird innerhalb des therapeutischen Settings sowohl die ungleiche Machtposition zwischen Therapeutin und Klientin problematisiert als auch Gleichheit in Bezug auf das Geschlecht angesprochen. Das Besondere innerhalb dieser therapeutischen Beziehung besteht darin, dass „in der Übertragungsbeziehung mit der Therapeutin, für eine Frau eine korrigierende Erfahrung möglich werden [soll]: eine Beziehung, in der sie gleichermaßen ihre Einzigartigkeit bewahren kann wie auch prinzipielle Verbundenheit spüren und in ihrer Entwicklung unterstützt wird, ohne dominiert oder alleingelassen zu werden“ (ebd., S. 80).

Voraussetzungen für eine **>frauenfreundliche Therapie<** sind eine große Wertschätzung und ein großes Interesse am eigenen Geschlecht. Diese Aspekte sind mit einem hohen Maß an Reflexionsbereitschaft und –fähigkeit über hegemoniale männliche Diskurse und ihre Auswirkungen auf Frauen verbunden. Die therapeutische Beziehung zwischen Frauen ist dabei eine besondere Herausforderung: „Im Spiegel der anderen begegnet eine Frau ihrer eigenen Abwertung von Weiblichkeit: Sie wird eine andere Frau für genauso unbedeutend, negativ konkurrenz, inkompetent und uninteressant halten wie sich selber“ (ebd., S. 81). Um eine positive Form weiblicher Selbst- und Fremdwahrnehmung zu entwickeln und eine Anerkennung von Stärken aufzubauen, ist feministische Therapie eine deutliche Alternative zu herkömmlichen Therapieorientierungen.

4.2 Gender Training

Gender Training bezeichnet eine spezifische Art von Fortbildung. Auf internationaler Ebene werden Gender Trainings seit den 1980er Jahren durchgeführt. Bei allen Unterschieden in der theoretischen Verortung, Konzeption und Durchführung besteht ein gemeinsames Ziel in der Veränderung von Geschlechterverhältnissen für eine gerechtere Gesellschaft (vgl. Frey / Kirleis 2004, S. 9). „Ende der 1980er / Anfang der 1990er Jahre kam Gender Training als Methode der Sensibilisierung zu Geschlechterfragen und zum Erlernen genderbewusster Analyse- und Planungsmethoden in der Entwicklungspolitik auf“ (ebd.). In der Bundesrepublik Deutschland wurde Gender Training in den 1990er Jahren als Methode auch in anderen Bereichen eingeführt und methodisch weiterentwickelt. Insgesamt gibt es keine einheitliche Definition oder einheitliche Konzeption von Gender Training, sondern sehr heterogene Vorstellungen über Ansätze, theoretische Prämissen und didaktische Prinzipien für Gender Trainings. „Der Grundkonsens besteht darin, >Gender< als eine soziale Kategorie zu verstehen, die in der Gesellschaft immer wieder durch soziale Prozesse neu ausgehandelt und konstruiert wird, nicht nur auf individuell-persönlicher Ebene, sondern auch auf der Ebene gesellschaftlicher Strukturen, in Institutionen, Normen und Symbolen“ (ebd., S. 11). Unterschiede der Gender Trainings bestehen sowohl in den angewendeten Methoden als auch in den theoretischen Positionen. Während einerseits mit Rastern und Checklisten eine kritisch, reflektierte Arbeit durchgeführt wird, so wird andererseits Gender Training als gemeinsamer Lernprozess verstanden, der nicht eingegrenzt werden sollte. „Auch die theoretischen Ansätze sind verschieden verortet. Dies betrifft insbesondere die Positionen zum Verständnis und zur Definition des Verhältnisses zwischen biologischem Geschlecht (Sex) und sozialem Geschlecht (Gender). Auch die Einbeziehung anderer Forschungs- und Arbeitsbereiche wie zum Beispiel interkulturelle Kommunikation, Anti-Rassismus-Arbeit, feministische Bildungsarbeit, Schwulen- und Lesbenarbeit oder Entwicklungszusammenarbeit führt zu unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen und Herangehensweisen“ (ebd.).

Edda Kirleis verortet Gender Training im Kontext feministischer Theorie. Dabei bildet feministische Theorie die Grundlage, auf der Gender Training aufbaut. Vielfach werden dabei Elemente aus der Frauenarbeit übernommen und adaptiert. Eine zentrale Aufgabe besteht nach Kirleis in der Analyse und Betrachtung von Maskulinität. „Angesichts der Tatsache, dass wir uns in Gesellschaften befinden, in denen das Masku-

line als dominant konstruiert, Männlichkeit mit Macht assoziiert wird, ist dies eine zentrale Aufgabe von Gender Training“ (Kirleis 2004, S. 22). In diesem Verständnis wird es möglich, gezielt Frauen oder Männer zu fördern. Dabei wird eine Veränderung von geschlechterbezogenem und Geschlechteridentitäten transformierendem Handeln angestrebt. Dieser Ansatz versteht Gender als soziale und kulturelle Kategorie, die Weiblichkeit und Männlichkeit definiert. Die Definitionen von Weiblichkeit und Männlichkeit werden als kontextsensibel und veränderbar verstanden. Ziel des Transformativen Gender Trainings ist eine Veränderung von Individuen und Gesellschaften zu bewirken. Die polarisierende Konstruktion von Geschlecht wird als Machtinstrument verstanden, das individuelle Entfaltungsmöglichkeiten einschränkt und gesellschaftliche Unterdrückungsmechanismen etabliert und legitimiert. Kirleis formuliert zwei strategische Ziele des Gender Trainings:

- „Alle Menschen sollen die Möglichkeit haben, sich aufgrund ihrer Gaben, Interessen und Neigungen zu entwickeln und zu entfalten, ihren Lebensweg und ihre soziale Rolle in der Gesellschaft entsprechend zu wählen, ohne dabei aufgrund ihres Geschlechts eingeengt zu werden.
- Die Menschen sollen befähigt werden, ungerechte Machtverhältnisse in Frage zu stellen und so zu verändern, dass Macht teilbar wird. Sie sollen dabei insbesondere verstehen lernen, dass die Konstruktion von Geschlecht ein Faktor (in Interaktion mit anderen Faktoren) ist, der zur Legitimierung ungerechter Machtverhältnisse genutzt wird“ (Kirleis 2004, S. 23-24).

Dieses Verständnis von Gender Training beruht auf der Prämisse, dass eine partizipative Gesellschaft mit der Beteiligung von Frauen und Männern voraus gesetzt wird, in der Entscheidungen des Lebens von den Beteiligten selbst getroffen werden. Zudem sollen Normen und Werte des Zusammenlebens ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Selbstentfaltung ermöglichen. Im Mittelpunkt dieses Gender Trainings steht zum einen das Verständnis von Geschlecht als soziales Konstrukt und zum anderen die Analyse von Herrschaft, Macht und Empowerment im Zusammenhang mit Geschlecht. Insgesamt wird die Aufdeckung und Veränderung von Machtverhältnissen in unterschiedlichsten Bereichen angestrebt.

Für die praktische Umsetzung werden drei Spannungsbögen beschrieben. Ein Spannungsbogen besteht zwischen den über Jahrtausend gewachsenen Strukturen, Institutionen, Organisationen, gesellschaftlichen Symbolen, Werten und Normen einerseits und der Vorstellung von Gender als veränderbar und neu aushandelbar andererseits.

Der zweite Spannungsbogen liegt zwischen den individuellen Erfahrungen der Teilnehmer/innen und der Gesellschaft als Ganzem. Dabei werden die Unterschiede mit den Erfahrungen von Frau-Sein genau so herausgestellt wie die Unterschiede bei den Erfahrungen mit Mann-Sein.

Der dritte Spannungsbogen dieses Gender Trainings erstreckt sich zwischen weiblichen und männlichen Eigenschaften und Rollenzuweisungen. Dieser Spannungsbogen focussiert auf Individuen, Systeme und Strukturen. Es wird dabei angenommen, dass nicht nur eine geschlechtliche Orientierung von individuellen Verhaltenweisen und Beziehungsformen vorliegt, sondern auch eine geschlechtliche Codierung von Organisationen und Staaten.

Eine Methode zur Bearbeitung der Spannungsbögen ist die Arbeit mit Bildern von Frauen und Männern. Damit wird es möglich, individuelle Erfahrungen und gesellschaftliche Stereotypisierungen von Geschlecht herauszuarbeiten. Zugleich ist es möglich, kontextuelle Unterschiede des Frau-Seins und des Mann-Seins zu thematisieren. Darüber hinaus können Machtdimensionen des Verhältnisses zwischen den Geschlechtern verdeutlicht werden. Eine weitere Methode wird in der Arbeit zu Femininität und Maskulinität von Machtverhältnissen auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen gesehen. Die Teilnehmer/innen sollen durch ausgewählte Beispiele lernen, wie Eigenschaften und Rollen mit gesellschaftlichen Codes bewertet werden. Zentral ist hierbei die Thematisierung einer binären, hierarchischen Verteilung von maskulinen und femininen Eigenschaften und Rollen. Zudem wird Körperarbeit als Methode des Gender Trainings vorgestellt: „Ein Denkmal der Weiblichkeit / Männlichkeit in einer Gruppe zu bauen, lebende Skulpturen in Paararbeit zu formen, die Positionen von Unterdrückung oder Machtausübung physisch erfahrbar machen“ (Kirleis 2004, S. 34) sind Möglichkeiten der Analyse.

Eine Erweiterung der Analyseebenen über Gender hinaus hat Naila Kabeer mit dem >Social Relation Framework< entwickelt. Mit diesem Analyseraster wird es möglich, Beziehungen zwischen Haushalt, lokaler Gemeinschaft, Markt und Staat aus einer Gender Perspektive zu betrachten. Fünf Fragen strukturieren diese Analyse:

- „1. Wie werden Dinge getan? (Regeln, Verfahren)
 2. Was wird von wem getan? (Aktivitäten, Arbeitsteilung)
 3. Was wird genutzt, was wird produziert? (Ressourcen)
 4. Wer gehört dazu, wer wird ausgeschlossen? (Partizipation)
 5. Wer entscheidet, wessen Interessen werden berücksichtigt? (Macht und Einfluss)“
- (Kirleis 2004, S. 32).

Darüber hinaus entwickelt Anne Marie Goetz eine Klassifizierung, mit der es nicht nur möglich ist, die Konstruktion von Feminität und Maskulinität auf einer symbolischen Ebene zu analysieren, sondern auch strukturelle Machtverhältnisse zwischen Frauen und Männern kenntlich zu machen. Diese Klassifizierung unterscheidet folgende Analyseebenen:

- „Geschichte der Organisation
- Werte und Normen, Leitbilder
- Organisationskultur
- Beziehungen: Teilnehmende / Mitglieder, Mitarbeitende, Ausgegrenzte
- Arbeitszeit, Arbeitsort(e), Vereinbarkeit mit anderen Aufgaben
- Sexualität in Organisationen
- Strukturen
- Anreize, Anerkennung, Leistungsbewertung“ (Kirleis 2004, S. 32).

Gender Training zielt auf eine Veränderung von persönlichen Einstellungen und Handlungsweisen. Diese Fortbildungen sollen durch Reflexion alternative Handlungsoptionen aufzeigen. Dazu werden nicht nur individuelle, sondern auch gesellschaftliche und institutionelle Codierungen um Geschlecht analysiert. Maßgebend ist dabei der Slogan der internationalen Frauenbewegung: „Das Persönliche ist politisch“ (Kirleis 2004, S. 36). Es gilt hierbei „aus der politischen Verortung in der inter-

nationalen Frauenbewegung heraus in konkrete gesellschaftliche Kontexte durch Bewusstseinsbildung und Befähigung zu politischem Handeln hineinzuwirken“ (ebd.).

Darüber hinaus beschreibt Saskia Morell eine queere Sicht auf die Praxis der Gender Trainings. Auf der Grundlage poststrukturalistischer feministischer Theorie erfährt in diesem Ansatz die Auseinandersetzung mit Identität einen besonderen Stellenwert. Queere Kritik versteht Identitäten als soziale Konstruktionen, die als Macht- und Herrschaftsinstrumente eingesetzt werden. Die Normen der Heterosexualität und Zweigeschlechtlichkeit bilden die Grundlage für sexuelle Geschlechterrollen und Geschlechtererwartungen an Frauen und Männer sowie für Selbstbilder von Weiblichkeit und Männlichkeit. Eine queere Sichtweise versucht diese Normalitäten in Frage zu stellen und deren Konstruktions- und Konstituierungsweisen aufzuzeigen. Morell definiert Gender als subjektiv gefasste Geschlechtsidentität und als „die Vielzahl gesellschaftlicher Zuschreibungen auf und Erwartungen an den als >männlich< oder >weiblich< gesehene(n) Geschlechtskörper. Gender umfasst also die Vorstellung von Männern und Frauen als Konstrukte, als Kultur und aber auch als biologische Existenzen“ (Morell 2004, S. 139). Die Auseinandersetzung mit gesellschaftlich hegemonialer Heterosexualität als einem Teil der Konstruktion von Gender ist ein zentraler Focus dieser Perspektive von Gender Trainings. Neben der Thematisierung geschlechtlicher Arbeits- und Raumteilungen, geschlechtsspezifischer symbolischer Ordnungen oder androzentrischer Wertehaltungen bildet die Analyse um die „Institution der Zwangsheterosexualität“ (ebd., S. 143) einen wesentlichen Aspekt innerhalb dieser Konturierung. In diesem Sinne geht es nicht nur um eine Sensibilisierung für lesbische, schwule oder transgender Lebensweisen, sondern es wird auch für heterosexuelle Lebensweisen möglich, gesellschaftliche Einschränkungen aufgrund der Institution der Zwangsheterosexualität zu thematisieren. Die Aufgabe eines Gender Trainings ist demnach die Analyse von Heteronormativität und die Beteiligung einzelner an der heterosexuellen Ordnung. Morells „genderpolitische Vision zielt dabei auf die Freiheit des Geschlechts-Ausdrucks und des Begehrens jenseits der etablierten Geschlechtergrenzen: Sich unabhängig vom Geschlecht, unabhängig von Kleider- und Verhaltensordnungen für gemeinsam vertretene Werte einzusetzen, ermöglicht auf Dauer eine Anerkennung und Wertschätzung von Andersartigkeiten und stellt eine Vielfalt der Geschlechter ohne Macht- und Gewaltausübung gegen >das Andere< als lebenswerten Gesellschaftsentwurf in den Mittelpunkt“ (ebd., S. 147).

Methoden dieser Sichtweise des Gender Trainings ermöglichen eine intensive Auseinandersetzung mit Normierungen betreffend >Weiblichkeit< und >Männlichkeit<. Diese können im Austausch über die eigene Lebensgeschichte, mit einem Gender-Quiz, durch Gender-Foto-Collagen oder durch Verkleidungen thematisiert werden (vgl. ebd., S. 148-150). Für die Praxis fordert Morell:

- „Der Begriff der >Normalität< sollte kritisch erfahrbar gemacht werden.
- Gender TrainerInnen müssen für die Thematik >Sex/Gender/Begehren< sensibel sein. Gerade wenn sie nicht selbst lesbisch, schwul oder transgendered sind, sollten sie ihren möglicherweise heterozentrierten Blick unter die Lupe nehmen, um die Fallstricke einer heteronormalen Gruppendynamik zu erkennen.
- >Queere< Perspektiven gehören in die Praxis der Gender Trainings und sollten Bestandteil jeder Ausbildung zum Gender Trainer und zur Gender Trainee sein. Andernfalls laufen Gender Trainings Gefahr, Stereotypen von Männlichkeit und Weiblichkeit zu reproduzieren“ (Morell 2004, S. 150)

Da häusliche Pflege in der Mehrzahl von Frauen geleistet wird und auch die Art der Tätigkeiten als >typische Frauenarbeit< bewertet werden, kann eine geschlechterkritische Reflexion der Zuschreibungen, Normierungen und auch der Heteronormativität des Arbeitsfeldes Entwicklungsmöglichkeiten von pflegenden Angehörigen sowie weiteren an der Pflege beteiligten Personen bieten. Damit ist nicht nur die Grundlage für eine eigenständige Entscheidung für die Übernahme von Pflēgetätigkeiten gegeben, sondern damit werden auch zentrale Aspekte des Belastungserlebens transparent. Erwartungshaltungen, moralische Standards, Ambivalenzen sowie Begehrensformen können mit einer solchen Methode näher betrachtet werden und Handlungsalternativen eröffnen.

4.3 Case Management

Case Management ist ein methodischer Ansatz, der eine spezielle Art und Weise des Vorgehens bei Hilfen im Einzelfall darstellt. Dieser Ansatz bezieht sich auf das persönliche Lebensmanagement unterstützungsbedürftiger Menschen. Hilfebedürftige werden als Hauptakteure in der Bewältigung von Alltagsproblemen betrachtet. Case Management versucht insgesamt, die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung hilfebedürftiger Menschen zu fördern und zu begleiten. Die Berater/innen haben die Aufgabe, Information, Zusammenführung, Koordination und Evaluation von Hilfeleistungen für unterstützungsbedürftige Menschen zu organisieren (vgl. Wendt 2004, S. 44). Der Prozess des Case Management für die Einzelfallhilfe wird anhand von sechs Phasen skizziert:

- „1. Zugangseröffnung (outreach) und Vorklärung
2. Assessment als Situations- und Bedarfsklärung in Abgleichung mit Anforderungen
3. Planung: Zielbestimmung, Prüfung der Mittel und Wege, Entscheidung
4. Kontrollierte Umsetzung (Monitoring)
5. Evaluation des Vorgehens und seiner Ergebnisse
6. Rechenschaftslegung (verantwortliche Berichterstattung) gegenüber Nutzern und Auftraggebern“ (Wendt 2004, S. 46).

Case Management ermöglicht eine systematische Herangehensweise an problematische Lebenssituationen. Ein wichtiger Vorteil dieser Methode besteht in der Transparenz, Mitbestimmung und Bedarfsorientierung für hilfebedürftige Menschen. Problemlagen können damit in einer strukturierten Weise bearbeitet werden, wobei ein wichtiger Aspekt in der Evaluation und der Rechenschaftsablegung besteht. Die Wirksamkeit der Beratung kann so eingeschätzt und bewertet werden und damit direkt Veränderungen der Beratungsstrategien bewirken. In der Beratung von pflegenden Angehörigen kann es dabei zu einer Überschneidung von Case Management und Care Management kommen. Wenn die Übernahme häuslicher Pflege durch pflegende Angehörige nicht mehr zu leisten ist, kann parallel zu einer Beratung von Pflegepersonen die Organisation von alternativen Betreuungsformen für Pflegebedürftige im Rahmen eines Care Managements wahrgenommen werden.

4.4 Gender Management – Ein neuer Ansatz für die Beratung

Nach der Diskursanalyse und der Vorstellung feministischer Therapie, des Gender Trainings und einer Kurzbeschreibung des Case Managements möchte ich einen Ansatz des >Gender Managements< als Alternative zur Beratung von pflegenden Angehörigen vorschlagen. Ein solcher Ansatz kombiniert Elemente aus der feministischen Therapie, des Gender Trainings und des Case Managements. Dabei wird im besonderen Maße auf die Situation von pflegenden Angehörigen focussiert. Sicherlich ist die Situation von Pflegebedürftigen auch zu berücksichtigen, aber den Mittelpunkt der Beratung bilden die Situation und das Befinden von Pflegepersonen. Die Wünsche, Bedürfnisse und Begehrensformen, die Probleme, Konflikte und Überforderungen der Pflegepersonen sind die Basis einer solchen Beratungsausrichtung. Eine grundlegende Prämisse geht davon aus, dass häusliche Pflege ein geschlechtlich codierter Arbeitsbereich ist. Nicht nur der Zugang zur Übernahme der Pflege, sondern auch die Gestaltung und Bewältigung dieser Arbeit wird geschlechtsspezifisch zugeschrieben und angeeignet. Deshalb sollte die Kategorie Geschlecht und Sexualität eine zentrale Basis für die Beratung darstellen. Diese wichtige Bedeutung wird durch den Einbezug des Begriffs >Gender< wie in Saskia Morell im Gender Training definiert, hier besonders hervorgehoben.

Vorrangiges Ziel dieser Beratung ist die Stabilisierung und Verbesserung der gesundheitlichen Situation von weiblichen und männlichen Pflegepersonen. Eine zentrale Prämisse besteht in der freien Entscheidungs- und Wahlmöglichkeit der Pflegepersonen für oder gegen häusliche Pflege bzw. für Zwischenlösungen von häuslicher Pflege.

>Gender Management< kann damit die Aspekte feministischer Therapie als politische, kritische und frauenfreundliche Therapie in den Beratungskontext übernehmen und damit insbesondere subjektive Existenzweisen von Frauen in einem gesellschaftspolitischen und fachspezifischen Kontext kritisch verorten. Konflikte und Problemstellungen von Pflegepersonen werden nicht als individuelles Versagen bewertet, sondern als Ergebnisse widersprüchlicher gesellschaftlicher Diskurse. Die Spannungspotentiale der Diskurslinien gewinnen bei der Konflikt- und Belastungsanalyse sowie bei der Beratung eine besondere Bedeutung.

Die Berücksichtigung des Gender Trainings ermöglicht Beratungen nicht nur als Zweierbeziehung zwischen Pflegeperson und Berater/in aufzufassen, sondern auch Gruppenangebote durchzuführen. Thematisch sind damit Normierungen, Hierarchisierungen, Diskriminierungen und Marginalisierungen im Gender Training zu erfassen. So können hegemoniale Konstruktionen um Geschlecht, Sexualität und Alter bearbeitet werden; dies kann zu einer realitätsgerechten Einschätzung der eigenen Situation führen. Die Wünsche, Bedürfnisse und Begehrensformen von Pflegepersonen können damit bewusst erlebt werden und bilden so die Grundlage für Entscheidungen über häusliche Pflegeleistungen.

>Gender Management< sollte einen psychischen Raum schaffen, in dem eine Entschleunigung und Bewusstwerdung über häusliche Pflegesituationen möglich werden. Nicht Entscheidungsdruck und Entscheidungszwang zur Gewährung und Stabilisierung von Pflegeleistungen sind hier der Mittelpunkt der Beratung, sondern eine intensive Wahrnehmung von Wünschen, Möglichkeiten und Grenzen in der Pflegesituation.

Der Einbezug von Aspekten des Case Managements kann den Beratungsprozess strukturieren helfen. Im Unterschied zum klassischen Verständnis dieses Ansatzes steht hier allerdings die Analyse von Geschlecht, Sexualität und Alter im Mittelpunkt. Diese Aspekte werden im traditionellen Verständnis von Case Management eher de-thematisiert. Zugleich kann die Bedeutung der Hilfesuchenden als handelnde und entscheidende Subjekte vom Case Management übernommen werden.

>Gender Management< ermöglicht darüber hinaus unterschiedliche Zielgruppen anzusprechen. Nicht nur pflegende Angehörige können somit gezielt gefördert werden, sondern auch Mitarbeiter/innen von Institutionen, Verbänden, Vereinen und anderen gesellschaftlichen und politischen Organisationen, die direkt oder indirekt für den Pflegebereich Verantwortung tragen, können mit speziellen Fortbildungen geschult werden.

Ein übergeordnetes Ziel des >Gender Managements< besteht in der Transparenz der Situation von pflegenden Angehörigen. Das Bewusstmachen der enormen Belastung von Pflegepersonen, die Transparenz der hohen Anforderungen an häusliche

Pflege sowie ein kontextsensibles Verständnis von Konflikten und Problemstellungen sollten zentrale Momente eines solchen Beratungs- und Fortbildungsansatzes bilden.

Mit diesem Ansatz wird es möglich, spezifische Verhältnisse von Gleichheit und Differenz zu thematisieren und produktiv zu verändern. Dabei ist es möglich, bei unterschiedlichen Pflegepersonen gleiche Belastungsmomente und Erfahrungen zu berücksichtigen, gleichzeitig aber auch die verschiedensten Differenzen zwischen Betroffenen zu problematisieren.

Der Blick auf das Verhältnis von Moral und Subjektivität kann insbesondere Frauen helfen, hegemoniale Erwartungshaltungen zur Übernahme von Pflegeleistungen zu erkennen und eine eigene Position zur Pflegesituation zu entwickeln. Die Förderung von Subjektivität der Pflegepersonen ist dabei ein zentraler Ansatzpunkt. Die Empfindsamkeit für eigene Wünsche und Bedürfnisse zu erhöhen, ist ein Ziel dieser Beratungsausrichtung.

Indem die Übernahme von Verantwortung thematisiert und die bisher geleistete Arbeit focussiert und reflektiert werden, können autonome Räume sowohl für das eigene Leben als auch für die weiterwirkende Pflegesituation geschaffen werden. Dabei ermöglicht ein geschlechtsdifferenter Blick auf die Übernahme von Pflegeverantwortung nicht nur Frauen ein gestärktes Selbstbewusstsein aufzubauen, sondern dies kann auch Männern eine Möglichkeit bieten, häusliche Pflege als neue Herausforderung und Beziehungsform auszuprobieren.

Das Spannungsverhältnis von Sorge und Begehren zu problematisieren, kann für Pflegepersonen eine wichtige Entlastung darstellen. Nicht nur Sorge um Pflegebedürftige, sondern die Begehrensformen und –relationen der pflegenden Angehörigen bewusst zu machen kann eine Möglichkeit bieten, gesundheitliche Beschwerden zu reduzieren und das Wohlbefinden von Pflegepersonen zu verbessern. In dieser Sichtweise ist häusliche Pflege nicht eine private Angelegenheit, sondern eine Beziehungsform und Arbeitsleistung, die durch öffentliche Initiativen und Aktionen dringend Unterstützung erfahren sollte. Dem Staat als Regulierungsinstanz kann dabei eine wichtige flankierende Funktion zukommen, um individuelle und familiale Pflegesituationen zu verbessern.

5. Ausblick

Mit der vorgestellten Diskursanalyse ist es möglich, einen fächerübergreifenden Blick auf die Situation und Beratung von pflegenden Angehörigen zu entwickeln. Damit können fachspezifische Grenzen der Geschlechterforschung, Sozialen Gerontologie, Pflegewissenschaft und Sozialpädagogik überschritten werden. Zugleich verbindet dieser Blick Ergebnisse der unterschiedlichen Fachdisziplinen und positioniert das Thema der Beratung von pflegenden Angehörigen in einen dann gemeinsamen Raum angrenzender Fachdisziplinen. Die Art dieser Positionierung basiert auf einer >ver-queer-enden< Sichtweise. Während einerseits die inhaltliche Systematisierung anhand der Diskurslinien eine Strukturierungsmöglichkeit für zentrale Problemfelder des Themenbereichs bietet, so bilden andererseits die Fragen um Normierungs- und Normalitätsverfahren innerhalb der Analyse von Geschlechterbeziehungen, Sexualität und Begehrensformen einen zentralen dekonstruktiven Analysepfad. Zusätzlich zu diesen queer / feministischen Fragestellungen konnten dann auch Fragen um die Analyse von Alter – im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit – in der Analyse aufgenommen werden.

Ein queer / feministischer Blick auf das Themenfeld ist nicht nur ungewöhnlich, vielleicht auch eine große Herausforderung für die Leser/innen, vor allem aber eine Möglichkeit, den gesamten Arbeitsbereich der Beratung von pflegenden Angehörigen alternativ zu denken. Bei allen Erfolgen, die die neue Frauenbewegung für Frauen und Männer erreichen konnte, ist ein Blick auf Hierarchisierungs-, Marginalisierungs- und Diskriminierungsweisen innerhalb der häuslichen Pflege durch Frauen mehr als angebracht.

Mit der vorliegenden Untersuchung wurden nicht nur verschiedene theoretische Positionen verbunden, um daraus eine queer / feministische Diskursanalyse für den häuslichen Pflegebereich zu entwickeln, sondern mit dieser Methode konnten zentrale Fragestellungen der Belastungsforschung, der Angehörigenberatungskonzepte sowie des Pflegeversicherungsgesetzes analysiert und diskutiert werden. Darauf aufbauend wurde eine geschlechtergerechte Form von Angehörigenberatung mit den Konturen des Gender Managements ausgearbeitet.

Vielleicht ermöglicht die Alternative eines queer / feministischen Blicks weibliche und männliche Pflegepersonen als Subjekte zu erkennen, als Frauen und Männer mit unterschiedlichen Existenzweisen. Vor allem aber als Frauen und Männer, die trotz der anspruchsvollen Arbeit häuslicher Pflege das Recht auf ein gutes, erfülltes Leben haben.

Obwohl nun eine hohe Form von >Achtsamkeit< in Bezug auf Geschlecht, Sexualität und Alter für den häuslichen Pflegebereich anzustreben ist, sind die Forderungen nach einer allgemeinen Ausweitung bürgerschaftlichen Engagements (vgl. Blinkert / Klie 2004) aus der hier dargestellten Perspektive doch als problematisch einzuschätzen. Denn diese Forderungen bedeuten nicht nur in der Konsequenz eine Verantwortungsverschiebung von staatlichen Institutionen auf soziale Netzwerke, sondern sie ignorieren auch die empirische Tatsache, dass bürgerschaftliches Engagement entlang der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung organisiert ist und im Bereich der Pflege vorwiegend von Frauen geleistet wird (vgl. Rudolf 2003). Eine Ausweitung der ehrenamtlichen Arbeit von Frauen zu fordern, enthält insgesamt eine Repräsentation als >Arbeitstier Frau<. Frauen sollen nicht nur Kinder nach aktuellen pädagogischen Standards fördern, sie sollen nicht nur eine anziehende, anspruchsvolle, immer bereite Ehefrau sein, sie sollen darüber hinaus berufstätig sein und sie sollen nicht nur ihre Mütter, Väter, Schwiegermütter und Schwiegerväter, sondern dann auch noch im Rahmen bürgerschaftlichen Engagements ihre Nachbarn oder andere alte Menschen pflegen. Diese Forderungen sind nicht nur ein Verstoß gegen das Gleichheitsgebot im Grundgesetz, sondern auf einer moralisch-symbolischen Ebene auch ein Verstoß gegen die Würde von Frauen.

Gemeinsamkeiten der Geschlechterforschung, Sozialen Gerontologie und Sozialpädagogik bewegen sich um die Beschreibung und Analyse von sozialen Ungleichheiten, sozialen Ausgrenzungen, Diskriminierungen und Marginalisierungen in Bezug auf (alte) Frauen und Männer. Es wurde deutlich, dass im Primat der Stabilisierung häuslicher Pflege zukunftsweisende, kreative, vor allem realitätsgerechte Innovationen für die Versorgung von pflegebedürftigen Frauen und Männern verhindert werden. Deshalb ist hier besonders Vorsicht geboten: Im Ruf nach traditionellen, familiären Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige alte Menschen werden nicht nur Potentiale von Versorgungsmöglichkeiten verdunkelt, sondern damit werden Frauen

und Männern Chancen auf ein Selbstbestimmtes Leben nach eigenen Wünschen, Bedürfnissen, Wertvorstellungen und Begehrensformen genommen.

Angrenzende Fachdisziplinen sind insbesondere mit dieser Arbeit dazu aufgerufen, eine ausführliche Debatte über Geschlecht, Sexualität und Alter zu führen. Dabei stellt sich die dringende Frage, wie diese Disziplinen Moral und Gerechtigkeit thematisieren, ebenso wie die Frage, ob es innerhalb einer hoch differenzierten Gesellschaft überhaupt möglich und sinnvoll ist, normierende Vorstellungen über Moral und Gerechtigkeit für häusliche Pflegesituationen zu etablieren.

Die vorliegende Arbeit ist ein Plädoyer für eine kontextsensible Diskussionsweise um häusliche Pflege von Angehörigen. Wie aufgezeigt wurde, gibt es sehr unterschiedliche Existenzweisen von Pflegepersonen und Pflegebedürftigen. Es gibt Pflegepersonen, die über ihre gesamten Potentiale hinweg alles für die Versorgung von Pflegebedürftigen leisten und sich damit massiv physisch und psychisch gefährden. Wenige Pflegepersonen finden eine Balance zwischen Selbstsorge und Fremdsorge. Es gibt aber auch solche Menschen, die sich überhaupt nicht für die Versorgung von nahen Angehörigen interessieren und die Verantwortung und Pflegearbeit verweigern.

Um der extremen Überforderung pflegender Angehöriger zu begegnen, sind alle Entscheidungsträger/innen aus Wissenschaft, Politik und Gesellschaft aufgefordert umgehende Entlastungsangebote aufzubauen und für die Bevölkerung transparent werden zu lassen. Bisher ist es dem Gesetzgeber - trotz der Regelungen zur Beratung von Hauptpflegepersonen - nicht gelungen Beratungsangebote in Deutschland flächendeckend bekannt zu machen. Nicht nur die mangelnde Information über bestehende Beratungsstrukturen, sondern auch die mangelnde Überschaubarkeit und institutionelle Einbindung der Angebote erschweren den Zugang für Pflegepersonen. Hier sind dringende Veränderungen geboten. Die Pflegekassen könnten z. B. mit bestehenden Beratungsstellen zusammen arbeiten und bundesweit >Beratungsstellen für pflegende Angehörige< aufbauen. Damit könnten nicht nur die Strukturen für Betroffene transparenter werden, sondern damit könnte man auch fachliche Kompetenz bündeln.

Zusätzlich sind angrenzende Fachdisziplinen gefordert, innerhalb dieser hoch differenzierten Gesellschaft und unterschiedlicher Existenzformen Antworten auf die Frage zu entwickeln, wie in der Zukunft die Versorgung von Pflegebedürftigen zu bewältigen ist. Die bisherige Strategie der privaten Sorge vor öffentlicher Sorge ist aufgrund der hohen Belastungsqualität von Pflegepersonen keine wirkliche Lösung zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit. Es bleibt deshalb zu hoffen, dass diese Fachdisziplinen vielfältige, innovationsfreudige und vor allem personenzentrierte Formen der Betreuung entwickeln, damit nicht nur Männer, sondern auch Frauen ein erfülltes Leben führen können.

Anmerkungen

¹ Die Begriffe >pflegende Frauen und Männer<, >pflegende Angehörige< und >Pflegerpersonen< werden im Folgenden synonym benutzt. Darunter werden all diejenigen Personen gefasst, die in einer vertrauten und näheren Beziehung zu pflegebedürftigen Menschen stehen oder gestanden haben. Neben Familienangehörigen können dies auch Freunde/innen, Nachbarn/innen oder andere nahe stehende Personen wie z.B. Arbeitskollegen/innen sein.

² „Die Fülle der vorgelegten Befunde kann man z.B. schon daran ersehen, dass Pinquart und Sörensen (2003) in einer Meta-Analyse insgesamt 228 Studien analysieren konnten, die alle, wenngleich mit unterschiedlichen Gruppen von Pflegebedürftigen (vor allem an Demenz erkrankten versus nicht an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen) und Unterschieden in anderen Studienmerkmalen, Aussagen zum Zusammenhang zwischen Merkmalen der Pflegesituation und der erfahrenen Belastungen und Depressivität auf Seiten der pflegenden Angehörigen machen konnten“ (Schneekloth / Wahl 2005, S. 40).

³ Die Veränderungen von der Frauenforschung zur Geschlechterforschung werden von Andrea Maihofer (2003) näher beschrieben.

⁴ Geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang und der Bewältigung der Pflege werden ausführlich von Braker et. al. (1988), von Barusch / Spaid (1989), Kruse (1994) thematisiert.

⁵ Der Arbeitsbereich Pflege wurde mit Blick auf die Situation von Frauen näher von Ostner / Krutwa-Schott (1981), Ostner / Beck-Gernsheim (1979), Seubert (1993), Beck-Gernsheim (1993) untersucht. Historische Untersuchungen des Pflegebereichs wurden von Steppe (1996), Bischoff (1992) und von Schmidbaur (2002) vorgenommen.

⁶ Die ursprüngliche Hervorhebung in diesem Zitat erfolgte in Form von Anführungszeichen und wurde hier durch eine andere Markierung hervorgehoben.

⁷ Als materielle Ressourcen beschreibt Backes: „(bei privater Pflege: Einkommen, Wohngröße, -form, -ausstattung, -lage, technische Hilfsmittel; im Pflegeberuf: entsprechende Arbeitsbedingungen und Bezahlung; Pflegegeld im Rahmen der kommenden Pflegeversicherung entlastet vor allem beruflich integrierte Pflegende und trägt u. U. zur Verschärfung des Konfliktes erwerbsloser Pflegender bei“ (Backes 1994, S. 122). Unter immateriellen Ressourcen werden folgende genannt: „(Berufe, die zeitliche Flexibilität erlauben, unterstützende Personen im Umfeld; entsprechende Qualifikationsprofile, Weiterbildungsmöglichkeiten etc.); Aufbrechen der arztfixierten Verantwortlichkeit: Zuwachs an Verantwortung und Ansehen mit Zuwachs zu Kompetenz“ (ebd.).

⁸ Der Begriff >Repräsentation< der von Behning verwendet wird, ist von dem Begriff, den Engel verwendet, zu unterscheiden. Behning platziert ihre Studie in den Bereich der demokratietheoretischen Geschlechterrepräsentationsforschung (vgl. Behning 1999, S. 20). Es erfolgt eine Unterscheidung zwischen Akteuren/innenspezifischen Geschlechterrepräsentationskodes von Mann und Frau, d.h. der Sichtweise von politischen Entscheidungsträgern/innen auf Männer und Frauen sowie allgemeinen sozio-kulturellen Repräsentationen von Männern und Frauen. Die Ausgangsfrage dieser Studie ist: „Inwieweit wandeln sich institutionell verankerte und damit kulturell-hegemoniale Wirklichkeitskonstruktionen von Mann und Frau sowie die mit ihnen verbundenen Zuschreibungspraxen von Arbeitsbereichen, Sphären und ihre ökonomische Absicherung durch den Wandel der sozio-kulturellen Repräsentationen von Männern und Frauen?“ (ebd., S. 21). Zwar thematisiert Behning poststrukturalistische und diskurstheoretische Aspekte zum Verständnis von Repräsentationen, aber die Ergebnisse der Analyse bleiben auf die Aspekte männlich / weiblich, öffentlich / teilöffentlich / privat und Markt / Familie bzw. Haushalt beschränkt. Im Gegensatz zu diesem Ansatz benutzt Engel den Begriff der Repräsentation nicht nur als Analyseinstrument sondern gleichsam auch als politische Interventionsform. „Die Verflechtung semiotischer und diskurstheoretischer Perspektiven ermöglicht sowohl die zeichen- und sprachtheoretischen Funktionsmechanismen des Repräsentationsprozesses sowie die darin wirksamen Machtverhältnisse in Betracht zu ziehen als auch Repräsentationen als Teil gesellschaftlicher Macht- und Herrschaftsverhältnisse zu analysieren“ (Engel 2002, S. 133-134). Eine nähere Erläuterung dieses Verständnisses von Repräsentation erfolgt unter 1.2 Queer / Feministische Theorie.

⁹ Neben Michel Foucault werden Jacques Derrida, Julia Kristeva, der späte Roland Barthes, Jacques Lacan, Jean-Francois Lyotard, Gilles Deleuze, Felix Guattari und Luce Irigaray als HauptvertreterInnen des Poststrukturalismus bezeichnet (vgl. Hofmann 2002) auch Weedon (1991); Raab (1998).

¹⁰ Im Folgenden werden die Zitate nach der neuen Rechtschreibung überarbeitet.

¹¹ Bedeutende Vertreterinnen des feministisch orientierten Poststrukturalismus sind Luce Irigaray und Judith Butler (1991; 1993a; 1993b; 1997a; 1997b; 2001a; 2001b). Für den deutschsprachigen Kontext sind Birgit Wartenpfehl (1996; 1999; 2000) und Encarnación Gutiérrez Rodríguez (1996) wichtige Vertreterinnen. Für den Bereich der deutschsprachigen Pädagogik sind die Ausführungen von Bettina Fritzsche (2001) und Andrea Schmidt (2000) bedeutsam.

¹²Eine deutsche Einführung in „Queer Theory“ bietet Jagose (2001). Einen Einblick in deutsche Diskussionen zu „Queer“ ist bei Hark (1993; 2004; 2005), quaestio (2000); Kraß (2003) zu finden.

¹³„queer bedeutet im amerikanischen Englisch adjektivisch soviel wie >seltsam, sonderbar, leicht verrückt<, aber auch >gefälscht, fragwürdig<; als Verb wird es gebraucht für >jemanden irreführen, etwas verderben oder verpfuschen<, substantivisch steht es z.B. für >Falschgeld<. Umgangssprachlich ist queer ein Schimpfwort für Homosexuelle, spielt also mit der Assoziation, dass Homosexuelle so was wie Falschgeld sind, mit dem die straight world, die Welt der >richtigen< Frauen und Männer, arglistig getäuscht werden soll. Allerdings wird dadurch auch der Effekt erzeugt, Hetero- sei zu Homosexualität wie >natürliches< Original zur Kopie (vgl. Butler 1991a, 22f.). Die politisch wie theoretisch motivierte Verwendung des Begriffs queer spielt auf all diese Bedeutungen an und kehrt sie gegen die >natürliche Ordnung der Dinge<. Die Positionierung am Rand der Kultur, als sonderbar und seltsam, als das Falschgeld der offiziellen Währung geschlechtlicher und sexueller Repräsentationen wird strategisch affirmiert und als Ausgangspunkt genommen, um die dominante Ordnung der Repräsentationen von Geschlecht und Sexualität zu verpfuschen und den Effekt des >Natürlichen< zu zerstören“ (Hark 1993, S. 103).

¹⁴ „Anne McClintock widerspricht Freud und Lacan in einer an Marx geschulten Argumentation: >Fetische sind keineswegs nur ein Phallus-Ersatz< vielmehr könnten sie als körperlich-imaginär ausgetragene, persönlich unlösbare und >auf ein Objekt (oder eine Person)< verschobene gesellschaftliche Widersprüche verstanden werden; Ziel sei die >symbolische Kontrolle über ansonsten unaushaltbare Ambivalenzen< []. Weil der Fetischismus (freilich verschobene) gesellschaftliche Widersprüche ohne >Reduktion auf ein einziges ursächliches Trauma oder eine psychische Krankheit des Subjekts< [] zum Ausdruck bringe, sei darin ein Moment subjektiver Selbst-Ermächtigung in der Perspektive politischer Handlungsfähigkeit enthalten“ (Wagenknecht 2004, S. 198).

¹⁵ Backes verweist auf die negative Konnotation von Pflegenden: „Der jahrelange Mangel an Pflegekräften – nicht nur in der Altenpflege – zeigt m. E. auch, wie wenig attraktiv inzwischen die „öffentliche“ Extremvariante Pflege ist. (Florence Nightingales sind zu „Problemfiguren mit Helferkomplex“ verkommen)“ (Backes 1994, S. 121).

¹⁶ Die Ausführungen zur Gouvernementalität basieren vorwiegend auf einem Aufsatz von Michel Foucault (2000). Näher Beschreibungen bieten Rose (2000) und Kessler (2005).

¹⁷ Foucault beschreibt den Begriff des Dispositivs wie folgt: „ Was ich unter diesem Titel festzumachen versuche ist erstens ein entschieden heterogenes Ensemble, das Diskurse, Institutionen, architekturelle Einrichtungen, reglementierende Entscheidungen, Gesetze, administrative Maßnahmen, wissenschaftliche Aussagen, philosophische, moralische oder philanthropische Lehrsätze, kurz: Gesagtes ebenso wie Ungesagtes umfasst. Soweit die Elemente des Dispositivs. Das Dispositiv selbst ist das Netz, das zwischen diesen Elementen geknüpft werden kann. Zweitens möchte ich in dem Dispositiv gerade die Natur der Verbindung deutlich machen, die zwischen diesen heterogenen Elementen sich herstellen kann“ (Foucault 1978, S. 119-120) „Das Dispositiv ist also immer in ein Spiel der Macht eingeschrieben, immer aber auch an eine Begrenzung oder besser gesagt: an Grenzen des Wissens gebunden, die daraus hervorgehen, es gleichwohl aber auch bedingen. Eben das ist das Dispo-

sitiv: Strategien von Kräfteverhältnissen, die Typen von Wissen stützen und von diesen gestützt werden“ (ebd., S. 123).

¹⁸ Diskussionsbeiträge zum Thema „Gleichheit versus Differenz“ liefern: Knapp (1988); Gerhard / Jansen / Maihofer / Schmid / Schultz (1990); Irigaray (1991); Benhabib / Butler / Cornell / Fraser (1993); Kahlert (1999); Becker-Schmidt / Knapp (2000); Feministische Studien (2005).

¹⁹ Die Ausführungen beziehen sich auf die Veröffentlichungen von Carol Gilligan (1982; 1984; 1987). Diskussionsbeiträge dazu liefern Maihofer (1988; 1994; 1995; 1998) und Conradi (2001). Dazu ist auch der Sammelband von Nunner-Winkler (1991) und von Horster (1998) interessant.

²⁰ Weibliche Autonomie wird z.B. von Bast (1991) problematisiert.

²¹ Den Themenbereich Fürsorge und Sorge diskutieren u.a.: Chamberlayne (1996); Rampf (1997); Sevenhuijsen (1997); Brückner (2000, 2001); Eckart (1999; 2000).

²² „Solidarität in Gefahr?“ Ist der Titel der Kasseler-Pflegestudie. Vergleiche dazu Blinkert / Klie (2004)

²³ Nach einer Infratest Prognose wurden 1994 insgesamt 1.165,7 Mio. Pflegebedürftige im ambulanten und teilstationären Bereich versorgt. 1995 waren es aufgrund der Daten der amtlichen Pflegestatistik und der Einführung der Pflegeversicherung mit 1.056,1 Mio. etwas weniger, um dann ab 1996 kontinuierlich zu steigen. Denn 1996 waren es 1.190,8 Mio. 1997 dann 1.254,0 Mio. und 1998 wurden 1.275,1 Mio. Pflegebedürftige im ambulanten und teilstationären Bereich versorgt (vgl. Schneekloth / Müller 2000, S. 16). Die Zunahme der Pflegebedürftigkeit im Alter resultiert aus der demographischen Entwicklung, d.h. der Zunahme von Hochaltrigkeit im Alter, die u.a. durch verbesserte Lebensbedingungen sowie einer verbesserten medizinischen Versorgung entstanden ist.

²⁴ Diese Analyse problematisiert in erster Linie Ergebnisse einzelner Untersuchungen. Einen Überblick über verschiedene empirische Methoden zur Untersuchung der

Belastungsqualität von pflegenden Angehörigen ist bei Wilz / Kalytta / Küssner (2005) zu finden.

²⁵ Die Kasseler Pflegestudie nimmt eine Unterscheidung von >vormodernen< und >modernen< Lebensorientierungen vor: „In einer groben Betrachtung und wenn eher die Extrembereiche berücksichtigt werden, lassen sich soziale Aggregate abgrenzen, die sich in verschiedenem Maße den Idealtypen „Verlierer-Milieus“ und „Gewinner-Milieus“ zuordnen lassen. Zu den „Verlierer-Milieus“ zählen solche Gruppen, die einerseits über geringes strukturelles Kapital verfügen und andererseits einen eher „vormodernen Lebensentwurf“ haben, d. h. ihr Lebensstil, ihr Habitus, ist nur wenig den auf Flexibilität und Individualisierung angelegten Bedingungen spätmoderner Gesellschaften angepasst. Für die „Gewinner-Milieus“ ist dagegen ein relativ hohes strukturelles Kapital charakteristisch und ein mit den Bedingungen spätmoderner Gesellschaften hoch kongruenter Lebensentwurf“ (Blinkert / Klie 2004, S. 112-113). Anhand dieser Klassifizierung „ergibt sich der folgende Zusammenhang: „Solidarität im Nahbereich“ in der Form einer Bereitschaft zur häuslichen Pflege von Angehörigen lässt sich am ehesten in sozial unterprivilegierten Gruppen beobachten, bei den „Verlierern von Modernisierungsprozessen“, und auch bei denen, die in ihrem Lebensentwurf an den Modernisierungsprozess weniger gut angepasst sind. Der Gegenpol dazu sind die gut Angepassten, die „Gewinner-Milieus“, also Leute mit relativ hohem strukturellem Kapital und einem auf moderne Bedingungen zugeschnittenen Lebensentwurf. Die Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen wird von ihnen nur ungern selber übernommen. Man vertraut sehr viel mehr auf die beruflich geleisteten Hilfen in Heimen“ (ebd., S. 116).

²⁶ Hier bezieht sich Gräbel auf seine Publikation „Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter“ (2. Auflage). Egelsbach: Hänself-Hohenhausen. Im Literaturverzeichnis ist diese unter Gräbel Elmar (1998a) angegeben.

²⁷ Im Original sind die Auslassungen mit drei Punkten ohne Klammern gekennzeichnet.

²⁸ Im Zitat heißt es wörtlich „exponentiellen Zunahmer“ (BfFSFuJ 2002, S. 207). Da es sich hierbei anscheinend um einen Druckfehler handelt, wurde eine Korrektur vorgenommen.

²⁹ Um eine Analyse des Konzeptes von Wilz / Adler und Gunzelmann vornehmen zu können, werden die Fallbeispiele aus dem Text in einer Tabelle systematisiert. Dabei werden vier Personengruppen voneinander unterschieden: Demenz-Erkrankte, pflegende Ehepartner/innen, pflegende (Schwieger-)Kinder, Nichten und pflegende Angehörige ohne Angabe des Verwandtschaftsgrades. Die Auflistung unterscheidet außerdem Frauen und Männer. Dabei werden die persönlichen Angaben aus den Beispielen soweit möglich mit dem Alter, dem Namen und der Seite auf der das Beispiel im Text vorkam, systematisiert. Es ergibt sich folgende Verteilung:

Beispiele	Frau	Mann
Demenz Erkrankte	76. jähr., S. 22 78 jähr., S. 71 Frau B., S. 115 Frau D., S. 118 Frau A., S. 118 Frau K., S. 119	82 jäh. Demenzkranker, S. 22 Herr K., S. 107 Herr K., S. 108 Herr P., S. 117 Herr F., S. 118
Pflegende Ehepartner/innen	Frau H., S. 25 Frau Sch., S. 25 Frau L., S. 26 Frau Sch., S. 26 Ehefrau 67 jähr., S. 44 Frau Z. 56. jähr., S. 56-57 Frau T. 60 jähr., S. 66 Frau H. 57 jähr., S. 93 Frau M. 76 jähr., S. 100 Frau A. 60 jähr., S. 101 Frau R. 58 jähr., S. 101 Frau M. 76 jähr., S. 101 Frau A., S. 102 Frau M., S. 102 Frau St., S. 107 Frau P 30 jähr., S. 108 Frau F. 57 jähr., S. 108 (geschieden) Frau S. 74 jähr., S. 110 Frau F. 78 jähr., S. 111-112 Frau P. 38 jähr., S. 121	Herr L., S. 25-26 Herr. H. 74 jähr., S. 38-39 Herr K. 69 jähr., S. 55-56 Herr M. 63 jähr., S. 66 Herr W. 68 jähr., S. 92 Herr W. 68 jähr., S. 94 Herr W., S. 96 Herr W., S. 97 Herr W., S. 98 Herr W. 68 jähr., S. 102 Herr T. 71 jähr., S. 103

Pflegende (Schwieger-) Kinder und Nichten	Frau E. (Schwiegertochter), S. 26 Nichte 56. jähr., S. 44. Frau B. 63 jähr., S. 46, (Schwiegertochter) Frau P. 42 jähr., S. 105 (Schwiegertochter), Tochter Herr D., S. 107 Frau W. (Schwiegertochter u. Sohn), S. 109	Herr S. 64 jähr., S. 39 Herr S., S. 107-108
Pflegende Angehörige ohne Angabe des Verwandtschaftsgrades	Frau S., S. 64 Frau M., S. 64 Frau K., S. 65 Frau M., S. 65 Frau R., S. 65 Frau R. 58 jähr., S. 101.	Herr T., S.65 Herr O, S. 102

³⁰ Beratung von Pflegepersonen wurde vor Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes z.B. in Wiesbaden von den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter der Landeshauptstadt Wiesbaden durchgeführt. In Hamburg wurde 1991 eine Bundesarbeitsgemeinschaft der Alten- und Angehörigen-Beratungsstellen gegründet, die ihren Sitz bei der Beratungsstelle „Die Brücke“ in Hamburg hat (vgl. Becker 1997).

³¹ E = Ehegatten; K = Kinder

³² Behning bezieht sich in diesen Ausführungen auf den vierten Familienbericht der Bundesregierung von 1986. „Die Familie wird in diesem Bericht, entgegen der im Grundgesetz verankerten Bestimmung (Art. 6 GG), „nicht nur als Zweigenerationenfamilie, sondern als soziale Einheit von drei und mehr Generationen“ begriffen (BT-Drucks. 10/6145, S. 11)“ (Behning 1997, S. 108) Weitere Ausführungen zur „Generationen-Solidarität“ finden sich in diesem Bericht auf S. XV (vgl. ebd.).

³³ Behning unterscheidet die Pflegepersonen nach den Pflegestufen. Während Pflegepersonen bei Pflegebedürftigkeit der Stufe I noch erwerbstätig sein können und sich damit selbst sozialversicherungsrechtlich absichern können, ist diese Möglichkeit bei Pflegestufe II eingeschränkt. „Für die, die sich der Pflegearbeit der Klientele der Pflegestufe III annehmen, die zumeist eine Rund-um-die-Uhr-Pflege benötigen, kann eine Vereinbarkeit von Pflege und Beruf als unmöglich angesehen werden. Daher kann man nicht davon ausgehen [], dass die beiden letztgenannten Gruppen

von Pflegepersonen erwerbstätig und damit eigenständig kranken- und pflegeversichert sind“ (Behning 1997, S. 111).

³⁴Das Literaturverzeichnis wurde mehrheitlich mit vollständig ausgeschriebenen Vornamen erstellt, um auf das Geschlecht der Autoren/innen hinzuweisen. In wenigen Ausnahmefällen konnten die Angaben zum Vornamen trotz intensiver Recherche nicht ermittelt werden.

³⁵ Das Erscheinungsjahr dieser Literaturangabe wurde von Brigitte Dorst im Text mit 1985, im Literaturverzeichnis jedoch mit 1980 angegeben. Siehe auch die Neuauflage: Weiler, Gerda (1996): *Der enteignete Mythos: eine feministische Revision der Archetypenlehre C. G. Jungs und Erich Neumanns*. Königstein / Taunus: Ulrike Helmer.



Literaturverzeichnis³⁴

Adler, Corinne / Wilz, Gabriele / Gunzelmann, Thomas (1996): „Frei fühle ich mich nie“ – Frauen pflegen ihren an Demenz erkrankten Ehemann, Vater oder Mutter. In: Gesundheitswesen, 58, Sonderheft 2, S. 125-131.

Althoff, Martina / Bereswill, Mechthild / Riegraf, Birgit (2001): Feministische Methodologien und Methoden. Traditionen, Konzepte, Erörterungen. Lehrbuchreihe zur sozialwissenschaftlichen Frauen- und Geschlechterforschung der Sektion Frauenforschung in der deutschen Gesellschaft für Soziologie. Band 2. Opladen: Leske + Budrich.

Aner, Kirsten / Richard, Nicole (2004): Männliche Sexualität im Heim – Stolpersteine, Felsen und Wege. In: NOVA, Heft 5, S. 9-11.

Arnold, Doris (2001): Das Verhältnis zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis: Anmerkungen aus feministischer Sicht. In: Pflege & Gesellschaft, 6. Jg., Nr. 1, S. 18-30.

Axeli Knapp, Gudrun (Hg.) (1998): Kurskorrekturen. Feminismus zwischen Kritischer Theorie und Postmoderne. Frankfurt am Main; New York: Campus.

Backes, Gertrud M. (1993): Pflegende Frauen. Wie kann Pflege humanisiert werden? In: Sozial Extra, Dezemberausgabe, S. 2-5.

Backes, Gertrud M. (1994): Balancen pflegender Frauen – zwischen traditioneller Solidaritätsnorm und modernen Lebensformen. In: Zeitschrift für Frauenforschung, 12. Jg., Heft 3, S. 113-128.

Backes, Gertrud M. (2002): „Geschlecht und Alter(n) als künftiges Thema der Alter(n)ssoziologie. In: Backes, Gertrud M. / Clemens, Wolfgang (Hrsg.): Zukunft der Soziologie des Alter(n)s. Opladen: Leske + Budrich, S. 111-148.

Bartholomeyczik, Sabine (2001): Pflege als Frauenberuf. In: Martin, Bärbel (Hg.): Frauen in der Gesundheitsversorgung. Lage: Hans Jacobs, S.31-53.

Barusch, Amanda S. / Spaid, Wanda M. (1989): Gender differences in caregiving: why do wives report greater burdens? In: The Gerontologist, Vol. 29, No. 5, 667-676.

Bast, Christa (1991): Weibliche Autonomie und Identität. Untersuchungen über die Probleme von Mädchenerziehung heute. Weinheim; München: Juventa.

Bauhardt, Christine / Wahl von, Angelika (Hrsg.) (1999): Gender and Politics. „Geschlecht“ in der feministischen Politikwissenschaft. Opladen: Leske + Budrich.

Bayer-Feldmann, Claudia / Greifenhagen, Annette (1995): Gruppenarbeit mit Angehörigen von Alzheimer-Kranken – ein systemischer Ansatz. In: Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie, Nr. 45, S. 1-7.

Beck, Brigitte (1998): Die Lebenssituation von erwerbstätigen Pflegenden – Ergebnisse qualitativer Untersuchungen. In: Naegele, Gerhard / Reichert, Monika (Hrsg.): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege: nationale und internationale Perspektiven. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie. Band. 7. Hannover: Vincentz, S. 61-81.

Becker, Regina (1997): Häusliche Pflege von Angehörigen: Beratungskonzeptionen für Frauen. Frankfurt am Main: Mabuse.

Becker-Schmidt, Regina / Knapp, Gudrun-Axeli (2000): Feministische Theorien. Zur Einführung. Hamburg: Junius.

Beck-Gernsheim, Elisabeth (1993): Apparate pflegen nicht. Zur Zukunft des Alters. In: Klose, H.-U. (Hrsg.): Altern der Gesellschaft. Köln: Bund, S. 258-279.

Beck-Gernsheim, Elisabeth (1996): Generation und Geschlecht. In: Liebau, Eckart / Wulf, Christoph (Hrsg.): Generation. Versuche über eine pädagogisch-anthropologische Grundbedingung. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, S. 24-41.

Behning, Ute (1997): Richtungswechsel in der Sozialversicherungspolitik? Zur Anerkennung von nicht-professionellen häuslichen Pflegeleistungen durch das Pflege-Versicherungsgesetz. In: dies (Hg.): Das Private ist ökonomisch. Widersprüche der Ökonomisierung privater Familien- und Haushalts-Dienstleistungen. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung. Berlin: Edition Sigma, S. 103-117.

Behning, Ute (1999): Zum Wandel der Geschlechterrepräsentationen in der Sozialpolitik. Ein policy-analytischer Vergleich der Politikprozesse zum österreichischen Bundespflegegeldgesetz und zum bundesdeutschen Pflege-Versicherungsgesetz. Opladen: Leske + Budrich.

Behnke, Cornelia / Meuser, Michael (1999): Geschlechterforschung und qualitative Methoden. Qualitative Sozialforschung Band 1. Opladen: Leske + Budrich.

Benhabib, Seyla / Butler, Judith / Cornell, Drucilla / Fraser, Nancy (1993): Der Streit um Differenz. Feminismus und Postmoderne in der Gegenwart. Fischer: Frankfurt am Main.

Bischoff, Claudia (1992): Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt am Main; New York: Campus.

Blessing, Annemie (1992): Geschichte der Feministischen Therapie. In: Bilden, Helga (Hg.in): Das Frauentherapie Handbuch. München: Frauenoffensive, S.47-57.

Blinkert, Baldo / Klie, Thomas (1999): Pflege im sozialen Wandel. Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung. Hannover: Vincentz. Im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg. FIFAS, Freiburger Institut für Angewandte Sozialwissenschaft e.V.

Blinkert, Baldo / Klie, Thomas (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demographischen und sozialen Wandel. Die „Kasseler-Studie“. Hannover: Vincentz.

BMfFSFuJ.(1995): Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Schriftenreihe Band 49, Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.

BMfFSFuJ. (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Berlin.

BMG (2006): Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung. (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. IS. 1014) Stand: Zuletzt geändert durch Art 7 G v. 20.7.2006 I 1706. Internetadresse http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_11/index.html: Ein Service der juris GmbH: www.juris.de

Boegner, A. / Pickartz, A. (1998): Die Pflege chronisch Kranker in der Familie. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen. In: Pflege, 11, S. 319-323.

Bornemann, Cornelia / Hoeltz, Jürgen (1996): Gesundheitliche Situation und präventives Verhalten von Frauen in den alten und neuen Bundesländern. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 4. Jg., Heft 1, S.70-81.

Bourgeois, Michelle S. / Schulz, Richard / Burgio, Louis (1996): Intervention for caregivers of patients with Alzheimer`s Disease: A review and analysis of content, process, and outcomes. International Journal of Aging and Human Development, 43, S. 35-92.

bpa (2005): „Fit für die häusliche Pflege“. Bad Harzburger Landfrauen liessen sich im Rahmen von Pflegeschulungen des BPA und der Krankenkassen Barmer und TK ausbilden. In: bpa magazin, 02 / 2005, S. 33.

Bracker, Maren / Dallinger, Ursula / Karden, Gabriele / Tegethoff, Ulrike (1988): Die Pflegebereitschaft der Töchter. Zwischen Pflichterfüllung und eigenen Lebensan-

sprüchen. Herausgegeben von der Bevollmächtigten der Hessischen Landesregierung für Frauenangelegenheiten: Wiesbaden.

Braun, Helga / Jung, Dörthe (1997) (Hrsg.): Globale Gerechtigkeit? Feministische Debatte zur Krise des Sozialstaats. Hamburg: Konkret Literatur.

Breuer, Anne (1996): Die rentenversicherungsrechtliche Absicherung der nichtprofessionellen Pflegekräfte – ein Beitrag zur Aufwertung der familialen Pflegeleistungen oder eine Mogelpackung? In: Streit, Heft 2, S. 60-62.

Brody, Elaine M. (1981): „Women in the Middle“ and Family Help to Older People. *The Gerontologist* 21, S. 471 – 480.

Bröckling, Ulrich / Krasmann, Susanne / Lemke, Thomas (2000): Gouvernamentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Brückner, Margit (1992): Feministische Soziale Arbeit. In: Bauer, Rudolph (Hrsg.): Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens. Band A-F. München; Wien; Oldenbourg: Oldenbourg, S. 180-185.

Brückner, Margrit (2000): Care-Work jenseits von Caritas. In: *Feministische Studien*, 18. Jg., extra Heft, S. 43-53.

Brückner, Margrit (2001): Geschlechterverhältnisse im Spannungsfeld von Liebe, Fürsorge und Gewalt. In: Brückner, Margrit / Böhnisch, Lothar (Hrsg.): Geschlechterverhältnisse. Gesellschaftliche Konstruktionen und Perspektiven ihrer Veränderung. Weinheim; München: Juventa, S. 119-178.

Brückner, Margrit (2003): Care. Der gesellschaftliche Umgang mit zwischenmenschlicher Abhängigkeit und Sorgetätigkeiten. In: *neue praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, 33. Jg., Heft 2, S. 162-171.

Bruder, Jens (1988): Filiale Reife – ein wichtiges Konzept für die familiäre Versorgung kranker, insbesondere dementer alter Menschen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 1. Jg., Heft 1, S. 95-101.

Bublitz, Hannelore (Hg.) (1998): Das Geschlecht der Moderne. Genealogie und Archäologie der Geschlechterdifferenz. Frankfurt am Main; New York: Campus.

Bublitz, Hannelore (2001): Differenz und Integration. Zur diskursanalytischen Rekonstruktion der Regelstrukturen sozialer Wirklichkeit. In: Keller, Reiner / Hirsland, Andreas / Schneider, Werner / Viehöver, Willy (Hrsg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden. Opladen: Leske + Budrich, S. 225-260.

Bublitz, Hannelore (2002): Judith Butler zur Einführung. Hamburg: Junius.

Bührmann, Traude (2000): Faltenweise. Über Last und Lust des Älterwerdens. Berlin: Krug & Schadenberg.

Butler, Judith (1991): Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Butler, Judith (1993a): Kontingente Grundlagen: Der Feminismus und die Frage der >Postmoderne<. In: Benhabib, Seyla / Butler, Judith / Cornell, Drucilla / Fraser, Nancy (Hrsg.): Der Streit um Differenz. Feminismus und Postmoderne in der Gegenwart. Frankfurt am Main: Fischer, S. 31-58.

Butler, Judith (1993b): Ort der politischen Neuverhandlung. Der Feminismus braucht „die Frauen“, aber er muss nicht wissen „wer“ sie sind. In: Frankfurter Rundschau, 27.07.1993, S. 10.

Butler, Judith (1997a): Körper von Gewicht. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Butler, Judith (1997b): Das Ende der Geschlechterdifferenz? In: Huber, Jörg / Heller, Martin (Hrsg.): Interventionen 6. Konturen des Unentschiedenen. Basel; Frankfurt am Main: Stroemfeld, S. 25-43.

Butler, Judith (2001a): Antigones Verlangen: Verwandtschaft zwischen Leben und Tod. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Butler, Judith (2001b): Psyche der Macht. Das Subjekt der Unterwerfung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Chamberlayne, Prue (1996): Fürsorge und Pflege in der britischen feministischen Diskussion. In: Feministische Studien, 14. Jg., Heft 2, S. 47-60.

Conradi, Elisabeth (2001): Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt am Main; New York: Campus.

Davies, Bronwyn (1992): Frösche und Schlangen und feministische Märchen. Hamburg: Argument.

De Lauretis, Teresa (1993): Der Feminismus und seine Differenzen. In: Feministische Studien, 11. Jg., Heft 2, S. 96-102.

Deutscher Bundestag (2002): Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“. Drucksache 14 / 8800. Bonn: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.

Deutscher Bundestag (2004): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Drucksache 15 / 4125. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.

Diezinger, Angelika / Kitzer, Hedwig / Anker, Ingrid / Bingel, Irma / Haas, Erika / Odierna, Simone (Hg.) (1994): Erfahrung mit Methode. Wege Sozialwissenschaftlicher Frauenforschung. Schriftenreihe der Sektion Frauenforschung in der deutschen Gesellschaft für Soziologie. Band 8. Freiburg Breisgau: Kore.

Dinkel, R.-H. / Hartmann, K. / Lebok, U. (1997): Langfristige Veränderungen in der Verfügbarkeit häuslicher Unterstützungspotentiale aufgrund familiärer Strukturverschiebungen – Eine Modellrechnung. In: Gesundheitswesen, 59, Sonderheft 1, S. 49-54.

Dorst, Brigitte (1994a): Weibliches Erbe Therapie. Aspekte feministischer Psychotherapie. In: Schlangenbrut. Streitschrift für feministisch und religiös interessierte Frauen, 12. Jg., Heft 46, S. 19-21.

Dorst, Brigitte (1994b): Frauengemäße Psychotherapie. In: Zeitschrift für Frauenforschung, 12. Jg., Heft 4, S.65-73.

Eckart, Christel (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, Christel (2000): Zeit zum Sorgen. In: Feministische Studien, 18. Jg., Heft extra, S. 9-24.

Eickenberg, Hans-Udo / Hurrelmann, Klaus (1997): Warum fällt die Lebenserwartung von Männern immer stärker hinter die der Frauen zurück? Medizinische und soziologische Erklärungsansätze. In: Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie (ZSE), 17. Jg., Heft 2, S. 118-134.

Engel, Antke (2002): Wider die Eindeutigkeit. Sexualität und Geschlecht im Fokus queerer Politik der Repräsentation. Reihe >Politik der Geschlechterverhältnisse< Band 20. Frankfurt am Main; New York: Campus.

Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (1993): Familiäre Betreuung abhängiger alter Menschen in den Ländern der Europäischen Gemeinschaften. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

Fahrenberg, Brigitte (1992): Folgen des Strukturwandels. Beratungs- und Bildungsarbeit mit Frauen als Vorbereitung auf das Altern. In: Niederfranke, Annette (Hrsg.): Altern in unserer Zeit: Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche am Institut für Gerontologie, Heidelberg. Heidelberg; Wiesbaden: Quelle & Meyer, S.151-163.

Feministische Studien (2000): Fürsorge – Anerkennung – Arbeit, 18. Jg., Heft extra, Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Feministische Studien (2005): Indifferenz gegenüber Differenzen, 23. Jg., Heft 2. Stuttgart: Lucius & Lucius.

Fischer, Gisela C. / Rohde, Johann J. / Tewes, Uwe / Schug, S. H. (1995): Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann. Schlussbericht zum interdisziplinären Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.

Foucault, Michel (1978): Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit. Berlin: Merve.

Foucault, Michel (1981): Archäologie des Wissens. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, Michel (1988): Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, Michel (1998): Die Ordnung des Diskurses. Frankfurt am Main: Fischer.

Foucault, Michel (2000): Die >Gouvernementalität<. In: Bröckling, Ulrich / Krasmann, Susanne / Lemke, Thomas (Hrsg.): Gouvernementalität der Gegenwart. Frankfurt / Main: Suhrkamp, S. 41-67.

Franke, Alexa (2001): Gesundheits- und Krankheitstheorien der Klinischen Psychologie und ihre Anwendung auf Frauen. In: Franke, Alexa / Kämmerer Annette (Hrsg.): Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe, S. 11-49.

Franke, Luitgard (2000): Psychosoziale Beratung für Angehörige Demenzkranker. Erste Konturen der unterschiedlichen Nutzerprofile von EhepartnerInnen und Kindern. In: Entzian, Hildegard / Giercke, Klaus Ingo / Klie, Thomas / Schmidt, Roland (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 228-243.

Fredriksson, Marianne (2000): Hannas Töchter. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.

Frey, Regina / Kirleis, Edda (2004): Einleitung. In: Netzwerk Gender Training (Hg.): Geschlechterverhältnisse bewegen. Erfahrungen mit Gender Training. Königstein / Taunus: Ulrike Helmer, S. 9-18.

Freytag, Gabriele (1992): Grundlagen der Feministischen Therapie. In: Bilden, Helga (Hg.in): Das Frauentherapie Handbuch. München: Frauenoffensive, S. 11-35.

Freytag, Gabriele (1994): Was ist Feministische Therapie? In: Zeitschrift für Frauenforschung, 12. Jg., Heft 4, S. 75-83.

Fritzsche, Bettina / Hartmann, Jutta / Schmidt, Andrea / Tervooren, Anja (Hrsg.) (2001): Dekonstruktive Pädagogik. Erziehungswissenschaftliche Debatten unter poststrukturalistischen Perspektiven. Opladen: Leske + Budrich.

Fuchs, Judith (1998): Ressourcen für die Pflege im häuslichen Bereich: Pflegebereitschaft von Personen, die selbst nicht pflegen. In: Gesundheitswesen, 60, S. 392-398.

Fuchs, Judith (1999): Die Situation der Pflegenden. In: NDV. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 79 Jg., Heft 10, S. 337-341.

Geisen, Thomas (2004): Identitätspolitik. In: Haug, Wolfgang Fritz (Hrsg.): Historisch-Kritisches Wörterbuch des Marxismus. Band 6 / I, Hamburg: Argument, S. 671-680.

Gerhard, Ute / Jansen, Mechthild / Maihofer, Andrea / Schmid, Pia / Schultz, Irmgard (Hrsg.) (1990): Differenz und Gleichheit. Menschenrechte haben (k)ein Geschlecht. Frankfurt am Main: Ulrike Helmer.

Gilleard, C. J. / Boyd, W. D. / Watt, G. (1982): Problems in Caring for the Elderly Mentally Infirm at Home. *Arch. Gerontology and Geriatrics*, 1, S. 151-158.

Gilligan, Carol (1982): *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge; London: Harvard UP.

Gilligan, Carol (1984): *Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau*. München; Zürich: Piper.

Gilligan, Carol (1987): Moralische Orientierung und moralische Entwicklung. In: Nunner-Winkler, Gertrud (Hg.): *Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Ethik*. Frankfurt am Main; New York: Campus, S. 79-108.

Gitlin, Laura N. / Winter, Laraine / Corcoran, Mary / Dennis, Marie P. / Schinfeld, Sandy / Hauck, Walter W. (2003): Effects of the home environmental skill-building program on the caregiver-care recipient dyad: 6-month outcomes from the Philadelphia REACH Initiative. *Gerontologist*, 43, (4), S. 532-546.

Goodrich, Thelma Jean / Rampage, Cheryl / Ellman, Barbara / Halstead, Kris (1991): *Feministische Familientherapie*. Frankfurt am Main; New York: Campus.

Gräbel, Elmar (1998a): *Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter*. Deutsche Hochschulschriften 1134. Egelsbach: Dr. Markus Hänsel-Hohenhausen.

Gräbel, Elmar (1998b): *Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31 Jg., Heft 1, S. 52-56.

Gräbel, Elmar (1998c): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31. Jg., Heft 1, S. 57-62.

Gräbel, Elmar (2000): Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 13. Jg., Heft 2, Bern: Hans Huber, S. 85-94.

Gröning, Katharina (1993): Beratung für Frauen. Überlegung für eine Konzeption auf der Basis sozialpädagogischer und feministischer Theorien und Praxen. In: Neue Praxis, 23 Jg., Heft 3, S. 227-248.

Gunzelmann, Thomas (1991a): Die Versorgung dementiell erkrankter älterer Menschen durch die Familie – Stand der Forschung und Entwicklung eines psychosozialen Beratungskonzeptes. Dissertation: Erlangen-Nürnberg.

Gunzelmann, Thomas (1991b): Problemsituation und Beratung von Angehörigen dementiell erkrankter älterer Menschen: Stand von Forschung und Praxis. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 4. Jg., Heft 1, S. 41-56.

Gutiérrez Rodríguez, Encarnación (1996): Frau ist nicht gleich Frau, nicht gleich Frau, nicht gleich Frau ... Über die Notwendigkeit einer kritischen Dekonstruktion in der feministischen Forschung. In: Fischer, Ute Luise / Kampshoff, Marita / Keil, Susanne / Schmitt, Mathilde (Hrsg.): Kategorie: Geschlecht. Empirische Analysen und feministische Theorien. Opladen: Leske + Budrich, S. 163-190.

Hänlein, Andreas (1996): Einige „pflegerechtliche“ Gedanken. In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen, 32, S. 21-27.

Haller, Gerda / Reiter, Ludwig / Ahlers, Corina (1995): Verhalten sich systemische Therapeutinnen und Therapeuten geschlechts- oder situationsspezifisch. Ergebnisse einer vergleichenden Kasuistik. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 13. Jg., Heft 4, S. 271-274.

Halsig, Norbert (1998): Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger: Möglichkeiten der Intervention. In: Kruse, Andreas (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie. 16. Aufl. Band 2: Intervention. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe, S. 211-231.

Hare-Mustin, Rachel T. (1979): Ein feministischer Ansatz in der Familientherapie. In: Familiendynamik. Interdisziplinäre Zeitschrift für Praxis und Forschung, 4. Jg., Heft 4, S. 206-229.

Hark, Sabine (1993): Queer Interventionen. In: Feministische Studien, 11. Jg., Heft 2, S. 103-109.

Hark, Sabine (2001): Feministische Theorie – Diskurs – Dekonstruktion. Produktive Verknüpfungen. Keller, Reiner / Hirsland, Andreas / Schneider, Werner / Viehöver, Willy (Hrsg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden. Opladen: Leske + Budrich, S. 353-371.

Hark, Sabine (2004): Lesbenforschung und Queer Theorie: Theoretische Konzepte, Entwicklungen und Korrespondenzen. In: Becker, Ruht / Kortendiek, Beate (Hrsg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 104-111.

Hark, Sabine (2005): Queer Studies. In: von Braun, Christina / Stephan, Inge (Hrsg.): Gender@Wissen. Ein Handbuch der Gender-Theorien. Köln; Weimar; Wien: Böhlau: S.285-303.

Heckhausen, Heinz (1980): Motivation und Handeln. Berlin; Heidelberg; New York: Springer.

Hedtke-Becker, Astrid / Schmidtke, Claudia (Hrsg.) (1985): Frauen pflegen ihre Mütter. Eine Studie zu Bedingungen häuslicher Altenpflege. Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.

Hedtke-Becker, Astrid (1999): Die Pflegenden pflegen. Gruppen für Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen; eine Arbeitshilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Helfferrich, Cornelia (1993): Das unterschiedliche „Schweigen der Organe“ bei Frauen und Männern – subjektive Gesundheitskonzepte und „objektive“ Gesundheitsdefinitionen. In: Franke, Alexa / Broda, Michael (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese Konzept. Tübingen: dgvt, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, S. 35-65.

Helfferrich, Cornelia (1994): Quo vadis, Frauengesundheitsforschung? Warum es so nicht weitergeht, warum es weitergeht und wie es weitergehen könnte. In: Zeitschrift für Frauenforschung, 12. Jg., Heft 4, S. 7-19.

Helfferrich, Cornelia (1995): Aufwind in der Krise. Geschichte und Perspektiven der Frauengesundheitsforschung. In: Dr. med. Mabuse, Heft 95, S. 23-25.

Hofermann, Christine (2005): „Der Prozess unserer eigenen lebenslänglichen Inkarnation“. Ein Gespräch mit Prof. Dr. Regina Ammicht-Quinn zu Begehren und Sexualität in der christlichen Tradition. In: Schlangenbrut. Zeitschrift für feministisch und religiös interessierte Frauen, 23. Jg., Nr. 90, S. 5-8.

Höpflinger, Francois (2002): Generativität im höheren Lebensalter. Generationssoziologische Überlegungen zu einem alten Thema. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 35, Heft 4, S. 328-334.

Hofmann, Sabine (2002): Poststrukturalismus. In: Kroll, Renate (Hrsg.): Metzler Lexikon. Gender Studies. Geschlechterforschung. Stuttgart; Weimar: J. B. Metzler, S. 317-319.

Holz, Petra. (2000): Pflegende Angehörige. In: Wahl, Hans-Werner / Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 353-358.

Holzleithner, Elisabeth (2003): Einschlüsse – Ausschlüsse – Verschiebungen: Facetten von Queer Legal Theory. In: Politix. Zeitschrift des Instituts für Politikwissenschaft der Universität Wien, Heft 14, S. 8-11.

Horster, Detlef (Hrsg.) (1998): Weibliche Moral – ein Mythos? Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Irigaray, Luce (1991): Ethik der sexuellen Differenz. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Jagose, Annamarie (2001): Queer Theory. Eine Einführung. Berlin: Querverlag.

Kahlert, Heike (1999): Differenz als Positivität. Zum Bündnis von Feminismus und Postmoderne. In: Bauhardt, Christine / von Wahl, Angelika (Hrsg.): Gender and Politics. „Geschlecht“ in der feministischen Politikwissenschaft. Opladen: Leske + Budrich, S. 83-102.

Karl, Fred (1994): Soziale Gerontologie als Wissenschaft, Studium, Beruf und Praxisforschung. In: Karl, Fred / Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.): Soziale Gerontologie – Wissenschaft und Praxis. Kasseler Gerontologische Schriften: Band 15. Kassel: Gesamthochschulbibliothek, S. 9-28.

Karl, Fred (1999): Gerontologie und Soziale Gerontologie in Deutschland. In: Jansen, Birgit / Karl, Fred / Radebold, Hartmut / Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim; Basel: Beltz, S. 20-46.

Karl, Fred (2000): Zugehende stadtteilbezogene Altenarbeit. In: Wahl, Hans-Werner / Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer, S. 249-254.

Keller, Reiner / Hirsland, Andreas / Schneider, Werner / Viehöver, Willy (2001): Zur Aktualität sozialwissenschaftlicher Diskursanalyse. Eine Einführung. In: dieselben (Hrsg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden. Opladen: Leske + Budrich, S. 7-27.

Kessl, Fabian (2005): Der Gebrauch der eigenen Kräfte. Eine Gouvernementalität Sozialer Arbeit. Weinheim; München: Juventa.

Kirleis, Edda (2004): Gender Training – Ein Beitrag zur Transformation von Machtverhältnissen. In: Netzwerk Gender Training (Hg.): Geschlechterverhältnisse bewegen. Königstein / Taunus: Ulrike Helmer, S. 21-37.

Knapp, Gudrun-Axeli (1988): Die vergessene Differenz. In: Feministische Studien, 6. Jg., Heft 1, S. 12-31.

Knight, B. G. / Steven M. L. / Macofsky-Urban, F. (1993): A Meta-analytic Review of Interventions for Caregiver Distress: Recommendations for Future Research. The Gerontologist, 33, S. 240-248.

Koch, Chris (1992): Die Therapeutische Beziehung. In: Bilden, Helga (Hg.in): Das Frauentherapie Handbuch. München: Frauenoffensive, S.36-46.

Koch-Straube, Ursula (2000): Beratung in der Pflege – eine Skizze. In: Pflege & Gesellschaft, 5. Jg., Heft 1, S. 1-3.

Koch-Straube, Ursula (2001): Beratung in der Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Hans Huber.

Kofahl, Christopher / Nolan, Mike / Mestheneos, Elisabeth / Triantafillou, Judy (2005): Welche Unterstützung erfahren betreuende Angehörige älterer Menschen in Europa. In: Klie, Thomas / Buhl, Anke / Entzian, Hildegard / Hedtke-Becker, Astrid / Wallrafen-Dreisow, Helmut (Hrsg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt am Main: Mabuse, S.241-258.

Kohli, Martin (1989): Moralökonomie und >Generationenvertrag<. In: Haller, Max (Hrsg.): Kultur und Gesellschaft: Verhandlungen des 24. Deutschen Soziologentages. Frankfurt / Main: Campus, S. 532-555.

König, Eckard / Zedler, Peter (2002): Qualitative Forschung. Weinheim; Basel: Beltz.

Kraimer, Klaus (2004): Von Fall zu Fall. Die Fallrekonstruktion in der Sozialen Arbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 151 Jg., Heft 2, S. 50-52.

Kraß, Andreas (Hg.) (2003): Queer Denken. Gegen die Ordnung der Sexualität (Queer Studies). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Krüll, Marianne (1987): Feministisches Denken als Kritik am Sexismus in der Familientherapie und in der Gesellschaft. In: Massing, Almuth / Weber, Inge (Hrsg.): Lust und Leid. Sexualität im Alltag und alltägliche Sexualität. Berlin; Heidelberg; New York: Springer, S. 79-102.

Kruse, Andreas (1994): Die psychische und soziale Situation pflegender Frauen. Beiträge aus empirischen Untersuchungen. In: Zeitschrift für Gerontologie, 27 Jg., Heft 1, S. 42-51.

Kunz, G. & Lüschen, G. (1993): Strukturreform und Pflegeproblematik im ärztlichen Meinungsbild. Erste Ergebnisse einer sozialwissenschaftlichen Untersuchung. Deutsches Ärzteblatt, 90, B-1441-1445.

Lamprecht, P. / Bracker, M. (Hrsg.) (1992): Die Pflegebereitschaft von Männern. 50 Jahre kann man nicht einfach beiseite schieben. Kassel: Selbstverlag der Interdisziplinären Arbeitsgruppe für Angewandte Soziale Gerontologie.

Leisering, Lutz (2002): Entgrenzung und Remoralisierung. Alterssicherung und Generationenbeziehungen im globalisierten Wohlfahrtskapitalismus. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 35, Heft 4, S. 343-354.

Lemke, Thomas / Krasmann, Susanne / Bröckling, Ulrich (2000): Gouvernementalität, Neoliberalismus und Selbsttechnologien. Eine Einleitung. In: Bröckling, Ulrich / Krasmann, Susanne / Lemke, Thomas (Hrsg.): Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 7-40.

Link, Jürgen (1995): Diskurstheorie. In: Haug, Wolfgang Fritz (Hrsg.): Historisch-kritisches Wörterbuch des Marxismus. Band 2, Hamburg: Argument, S. 743-748.

Lorber, Judith (1999): Gender - Paradoxien. Opladen: Leske + Budrich.

Lorenz-Krause, Regina / Uhländer-Masiak, Elisabeth (Hrsg.) (2003): Frauengesundheit. Perspektiven für Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Hans Huber.

Ludwig-Körner, Christiane (1994): Möglichkeiten und Grenzen „feministischer Psychotherapie“. In: psychosozial, 17. Jg., Heft 1, S.107-118.

Maihofer, Andrea (1988): Ansätze zur Kritik des moralischen Universalismus. Zur moraltheoretischen Diskussion um Gilligans Thesen zu einer >weiblichen< Moralauffassung. In: Feministische Studien, 6. Jg., Heft 1, S. 32-52.

Maihofer, Andrea (1990): Gleichheit nur für Gleiche ? In: Gerhard, Ute / Jansen, Mechthild / Maihofer, Andrea / Schmid, Pia / Schulz, Irmgard (Hrsg.): Differenz und Gleichheit. Menschenrechte haben (kein) Geschlecht. Frankfurt am Main: Ulrike Helmer, S. 351-367.

Maihofer, Andrea (1994): Moral als hegemonialer Diskurs. In: Kramer, Nicole / Menzel, Birgit / Möller, Birgit / Standhartinger, Angela (Hrsg.): Sei wie das Veilchen im Moose ... Aspekte feministischer Ethik. Frankfurt am Main: Fischer, S. 195-227.

Maihofer, Andrea (1995): Geschlecht als Existenzweise. Frankfurt am Main: Ulrike Helmer.

Maihofer, Andrea (1998): Der Mythos von der einen Moral. Zu Gertrud Nunner-Winklers Kritik an Gilligans Thesen von den zwei Moral. In: Horster, Detlef (Hrsg.): Weibliche Moral – ein Mythos? Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 99-119.

Maihofer, Andrea (1998): Replik auf die Repliken von Gertrud Nunner-Winkler und Herta Nagl - Docekal. In: Horster, Detlef (Hrsg.): Weibliche Moral – ein Mythos? Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 154-161.

Maihofer, Andrea (2003): Von der Frauen- zur Geschlechterforschung. Modischer Trend oder bedeutsamer Perspektivenwechsel? In: Widerspruch. Beiträge zu sozialistischer Politik, 23. Jg., Heft 44, S.135-145.

Markert, Dorothee (2005): Das Begehren befreien. Zum Ansatz des italienischen Differenzfeminismus. In: Schlangenbrut. Zeitschrift für feministisch und religiös interessierte Frauen, 23. Jg., Heft 90, S. 13-16.

McClintock, Anne (1995): Imperial Leather. Race, Gender and Sexuality in the Colonial Contest, London; New York.

Mnich, Eva / Döhner, Hanneli (2005): Familiäre Pflege von älteren Menschen in Deutschland. Welche Bedarfe an unterstützenden und entlastenden Angeboten werden durch die verschiedenen Pflegesituationen bestimmt? In: Klie, Thomas / Buhl, Anke / Entzian, Hildegard / Hedtke-Becker, Astrid / Wallrafen-Dreisow, Helmut (Hrsg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 259-272.

Morell, Saskia (2004): Das Thema >Heterosexualität< im Gender Training – Eine queere Sicht auf die Praxis des Gender Trainings. In: Netzwerk Gender Training (Hg.): Geschlechterverhältnisse bewegen. Königstein / Taunus: Ulrike Helmer, S. 137-155.

Morris, R. G. / Morris, L. W. / Bitton, P. G. (1988): Factors Affecting the Emotional Wellbeing of the Caregivers of Dementia Sufferers. Brit. J. Psychiatry, 153, S. 147-156.

Niederehe, George / Frugé, Ernest (1984): Dementia and Family Dynamics: Clinical Research Issues. Journal of Geriatric Psychiatry, 17, S. 21-56.

Nunner-Winkler, Gertrud (Hg.) (1991): Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Ethik. Frankfurt am Main; New York: Campus.

Nünning, Ansgar (Hg.) (1998): Metzler Lexikon Literatur- und Kulturtheorie. Ansätze – Personen – Grundbegriffe. Stuttgart; Weimar: Metzler, S. 82-86 u. 143-146.

Ostner, Ilona / Beck-Gernsheim, Elisabeth (1979): Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt am Main; New York: Campus.

Ostner, Ilona / Krutwa-Schott, Almut (1981): Krankenpflege – ein Frauenberuf? Frankfurt am Main: Campus.

Parks, Susan Hillier / Pilisuk, Marc (1991): Caregivers Burden: Gender and the Psychological Costs of Caregiving. *Am. J. Orthopsychiatry*, S. 501-508.

Pauly, Mark V. (1995): Almost Optimal Social Insurance for Long-Term Care. In: Eisen, Roland / Sloan, Frank A. (eds.): *Alternatives for Ensuring Long-Term Care*. Dordrecht, S. 123-147.

Pinquart, Martin / Sörensen, Silvia (2002): Interventionseffekte auf Pflegende Dementer und andere informelle Helfer: Eine Metaanalyse. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 15. Jg., Heft 2, S. 85-100.

Pinquart, Martin / Sörensen, Silvia (2003): Predictors of caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58, S. 112-128.

Pratt, Clara C. / Schmall, Vicki L. / Wright, Scott / Cleland, Marilyn (1985): Burden and Coping Strategies of Caregivers to Alzheimer's Patients. *Family Relations*, 34, S. 27-33.

Pühl, Katharina / Schultz, Susanne (2001): Gouvernamentalität und Geschlecht. Über das Paradox der Festschreibung und Flexibilisierung der Geschlechterverhältnisse. In: Hess, Sabine / Lenz, Ramona (Hrsg.): *Geschlecht und Globalisierung. Ein kulturwissenschaftlicher Streifzug durch transnationale Räume*. Königstein / Taunus: Ulrike Helmer, S. 102-127.

Pühl, Katharina (2004): Neoliberale Paradoxien? Geschlechtsspezifische Veränderungen durch sozialpolitische Reregulierungen als Herausforderung feministischer Theorie. In: Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien, 22. Jg., Heft 2 + 3, S. 40-50.

quaestio (hg.) (2000): Berger, Nico j. / Hark, Sabine / Engel, Antke / Genschel, Corinna / Schäfer, Eva: Queering Demokratie. Sexuelle Politiken. Berlin: Querverlag.

Raab, Heike (1998): Foucault und der feministische Poststrukturalismus. Dortmund: edition ebersbach.

Raab, Heike (2003): Sexuelle Politiken im Spätkapitalismus. Aspekte queerer Kapitalismuskritik. In: Politix. Zeitschrift des Instituts für Politikwissenschaft der Universität Wien, Heft 14, S. 12-13.

Raab, Heike (2003): Queering (Dis)abled Theories and Politics. In: Hermes, Gisela / Köbsell, Swantje (Hrsg.): Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu denken. Dokumentation der Sommeruni 2003. Kassel: bifos e.V., S. 137 – 141.

Rampf, Renate (1997): Kann die Care-Perspektive auf sozialstaatliche Fragestellungen übertragen werden? In: Braun, Helga / Jung, Dörthe (Hg.): Globale Gerechtigkeit? Feministische Debatte zur Krise des Sozialstaats. Hamburg: Konkret Literatur, S. 96-112.

Richterich, Lukas (1993): Postmoderne Psychotherapie. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 11. Jg., Heft 1, S. 23-31.

Rose, Nikolas (2000): Tod des Sozialen? Eine Neubestimmung der Grenzen des Regierens. In: Bröckling, Ulrich / Krasmann, Susanne / Lemke, Thomas (Hrsg.) (2000): Gouvernamentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 72-109.

Rosenkranz, Doris / Schneider, Norbert F. (1997): Familialer Wandel und Pflege älterer Menschen – Auswirkungen der Generationendynamik. In: Sozialer Fortschritt, 6-7, S. 145-150.

Rudolf, Brigitte (2003): Bürgerschaftliches Engagement im Wandel – Perspektiven für ein neues Geschlechtermodell? In: Feministische Studien, 21. Jg., Heft 1, S. 123-136.

Saake, Irmhild (1998): Theorien über das Alter. Perspektiven einer konstruktivistischen Altersforschung. Opladen; Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Sauer, Birgit (1997): Krise des Wohlfahrtsstaats. Eine Männerinstitution unter Globalisierungsdruck? In: Braun, Helga / Jung, Dörthe (Hg.): Globale Gerechtigkeit? Feministische Debatte zur Krise des Sozialstaats. Hamburg: Konkret Literatur, S. 113-147.

Sauer, Birgit (2001a): „Feminisierung“ eines männlichen Projekts? Sozialstaat im Zeitalter der Globalisierung. In: Appelt, Erna / Weiss, Alexandra (Hg.): Globalisierung und der Angriff auf die europäischen Wohlfahrtsstaaten. Hamburg; Berlin: Argument, S. 67-83.

Sauer, Birgit (2001b): Die Asche des Souveräns. Staat und Demokratie in der Geschlechterdebatte. Frankfurt am Main; New York: Campus.

Schmidbaur, Marianne (2002): Vom „Lazaruskreuz“ zu „Pflege aktuell“. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903-2000. Königstein / Taunus: Ulrike Helmer.

Schmidt, Andrea (2000): Dichotomie – Dekonstruktion – Differenz. Ein Beitrag zur kritischen Reflexion von Theorie und Praxis außerschulischer Arbeit mit Mädchen. Dissertation: Technische Universität Berlin.

Schmidt, Andrea (2002): Balanceakt Mädchenarbeit. Beiträge zu dekonstruktiver Theorie und Praxis. Frankfurt am Main; London: IKO.

Schneekloth, Ulrich / Potthoff, Peter (Hrsg.) (1993): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Band 20.2. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.

Schneekloth, Ulrich / Müller, Udo (Hrsg.) (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums für Gesundheit, durchgeführt von I+G Gesundheitsforschung, München und Infratest Burke Sozialforschung, München. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band. 127. Baden-Baden: Nomos.

Schneekloth, Ulrich / Wahl, Hans Werner (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München: Internetadresse: <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/mug>

Schölkopf, Martin (1999): Altenpflegepolitik in der Bundesrepublik Deutschland: Zwischen Bedarfsdeckung und Marginalisierung. Eine Analyse der Expansion der Pflegedienste im Bundesländervergleich. Universität Konstanz: Dissertation.

Schütze, Yvonne (1995): Ethische Aspekte von Familien- und Generationenbeziehungen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 8. Jg., Heft 1-2, S. 31-38.

Schulz, Richard / O'Brien, Alison / Czaja, Sara / Ory, Marcia / Norris, Rachel / Martire, Lynn M. / Belle, Steven H. / Burgio, Lou / Gitlin, Laura / Coon, David / Burns, Robert / Gillagher-Thompson, Dolores / Stevens, Alan (2002): Dementia caregiver intervention research: In search of clinical significance. *The Gerontologist*, 42, (5), S. 589-602.

Schwarzer, Uwe / Brune, Diethelm (2004): Dem Patienten dienen. Case Management im Gesundheitswesen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 151 Jg., Heft 2, S. 60-61.

Seifert, Ruth (1992): Entwicklungslinien und Probleme der feministischen Theoriebildung. Warum an der Rationalität kein Weg vorbeiführt. In: Knapp, Gudrun-Axeli / Wetterer, Angelika (Hg.): Traditionen Brüche. Entwicklungen feministischer Theorie. Freiburg Breisgau: Kore, S.255-285.

Seubert, Heike (1993): Zu Lasten der Frauen. Benachteiligung von Frauen durch die Pflege alter Eltern. Pfaffenweiler: Centaurus.

Sevenhuijsen, Selma (1997): Feministische Überlegungen zum Thema Care und Staatsbürgerschaft. In: Braun, Helga / Jung, Dörthe (Hg.): Globale Gerechtigkeit? Feministische Debatte zur Krise des Sozialstaats. Hamburg: Konkret Literatur, S. 74-95.

Shields, C. G. (1992): Family interaction and caregivers of Alzheimer`s disease patients: Correlates of depression. Family Process, 31, S. 19-33.

Silverstein, Olga / Carter, Betty / Papp, Peggy / Walter, Marianne (1989): Auf dem Weg zu einer feministischen Perspektive in der Familientherapie. In: Zeitschrift für systemische Therapie, 7. Jg., Heft 2, S. 118-130.

Sörensen, Silvia / Pinqart, Martin / Duberstein, Paul (2002): How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. The Gerontologist, 42, (3), S. 356-372.

Statistisches Bundesamt (2000): Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050. Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Steppe, Hilde (Hrsg.)(1996): Krankenpflege im Nationalsozialismus. Frankfurt am Main: Mabuse.

Strünck, Christoph (2000): Pflegeversicherung – Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung. Opladen: Leske + Budrich.

Szydlik, Marc (1999): Erben in der Bundesrepublik Deutschland. Zum Verhältnis von familialer Solidarität und sozialer Ungleichheit. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Jg. 51, Heft 1, S. 80-104.

Tesch-Römer, Clemens / Motel-Klingebiel, Andreas / von Kondratowitz, Hans-Joachim (2002): Die Bedeutung der Familie für die Lebensqualität alter Menschen im Gesellschafts- und Kulturvergleich. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 35, Heft 4, S. 335-342.

Toseland, R. W. / Rossiter, C. M. / Labrecque, M. S. (1989): The effectiveness of peer-led and professionally led groups to support family caregivers. The Gerontologist, 29, S. 465-471.

Wacker, Evelin (2004): Fallmanagement in der Altenarbeit. Beispiel: die Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörige in Fellbach. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Jg. 151, Heft 2, S. 65-67.

Wagenknecht, Peter (2004): Heteronormativität. In: Haug, Wolfgang Fritz (Hrsg.): Historisch-Kritisches Wörterbuch des Marxismus. Band 6 / I, Hamburg: Argument, S.189-206.

Wartenpfehl, Birgit (1996): Destruktion – Konstruktion – Dekonstruktion. Perspektiven für die feministische Theorieentwicklung. In: Fischer, Ute Luise / Kampshoff, Marita / Keil, Susanne / Schmitt, Mathilde (Hrsg.): Kategorie: Geschlecht. Opladen: Leske + Budrich, S. 191-209.

Wartenpfehl, Birgit (1999): Dekonstruktive Bestimmungen von Geschlecht – Identität – Differenz jenseits metaphysischer Gewissheiten. Herausforderungen für feministische Politik und Wissenschaft. In: Bauhardt, Christine / von Wahl, Angelika (Hrsg.): Gender and Politics. „Geschlecht“ in der feministischen Politikwissenschaft. Opladen: Leske + Budrich, S. 65-82.

Wartenpfehl, Birgit (2000): Dekonstruktion von Geschlechtsidentität – Transversale Differenzen. Opladen: Leske + Budrich.

Weedon, Chris (1991): Wissen und Erfahrung. Feministische Praxis und poststrukturalistische Theorie. Zürich: eFeF.

Weiler, Gerda (1985): Der enteignete Mythos. Eine notwendige Revision der Archetypenlehre C. G. Jungs. München.³⁵

Wendt, Wolf Rainer (2004): Case Management in Deutschland. Viel gelobt, noch zu wenig praktiziert. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 151 Jg., Heft 2, S.43-49.

Wendt, Wolf Rainer (2005): Case Management. Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: Löcherbach, Peter / Klug, Wolfgang / Remmel-Faßbender, Ruth / Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. München: Ernst Reinhardt, S. 14-39.

Wichterich, Christa (2003): Femme global. Globalisierung ist nicht geschlechtsneutral. AttacBasis Texte 7. Hamburg: VSA – Verlag.

Wilz, Gabriele / Adler, Corinne / Gunzelmann, Thomas (2001): Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzzkranken. Ein therapeutischer Leitfaden. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe.

Wilz, Gabriele / Kalytta, Tanja / Küssner, Christine (2005): Quantitative und qualitative Diagnostik von Belastungen und Belastungsverarbeitung bei pflegenden Angehörigen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und psychiatrie, 18. Jg., Heft 4, S. 259-277.

Wirtz, Ursula (1991): Therapeutische Arbeit mit Frauen. Eine Einführung. In: Voigt, Diana / Jawad-Estrak, Hilde (Hrsg.): Von Frau zu Frau. Feministische Ansätze in Theorie und Praxis psychotherapeutischer Schulen. Reihe Frauenforschung Band 17. Wien: Wiener Frauenverlag, S. 7-13.

Wissert, Michael (2005): Case Management mit alten pflegebedürftigen Menschen. Lehren aus einem Modellversuch. In: Löcherbach, Peter / Klug, Wolfgang / Remmel-Faßbender, Ruth / Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. München: Ernst Reinhardt, S. 199-215.

Zarit, S. H. / Reever, K. E. / Bach-Peterson, J. (1980): Relatives of the Impaired Elderly. *The Gerontologist*, 20, S. 649-655.

Zarit, S. H. / Orr, N. K. / Zarit, M. (1985): *The hidden victims of Alzheimer`s disease. Families under stress.* New York: New York University Press.

Zur Person

Regina Becker



Foto: Petra A. Killick

Diplom-Pädagogin und Krankenschwester, verfügt über langjährige Berufserfahrung in der stationären Altenpflege. Seit 20 Jahren beschäftigt sie sich mit gerontologischen Fragestellungen. Zuletzt baute sie einen Sozialen Dienst in einem Altenwohn- und Pflegeheim auf. Von 2003 - 2005 führte sie Lehraufträge an der Universität Bremen im Studiengang „Lehramt Pflegewissenschaft“ durch. Zurzeit ist sie als Diplom-Pädagogin selbständige Unternehmerin. Sie bietet Vorträge, Fortbildungen, Lehraufträge und Begleitungen zu pflegerelevanten Themen an. Ihr Programmangebot ist unter: www.pflegende-frauen.de veröffentlicht.

Weiterer Kontakt über: info@pflegende-frauen.de.

Die vorliegende Dissertation wurde von Prof. Dr. Fred Karl an der Universität Kassel (Institut für Sozialpädagogik und Soziologie der Lebensalter) und Prof. Dr. Andrea Maihofer der Universität Basel (Zentrum für Gender Studies) begleitet.