

# WISO

August 2008

# Diskurs

Experten und Dokumentationen  
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

## Gender in der Pflege Herausforderungen für die Politik



Arbeitsbereich  
Frauen- und Geschlechterpolitik

Zukunft  
2020

FRIEDRICH  
EBERT  
STIFTUNG



Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

---

# **Gender in der Pflege Herausforderungen für die Politik**

Gertrud M. Backes

Ludwig Amrhein

Martina Wolfinger

## Inhalt

---

Vorbemerkung	3
1. Einleitung	5
1.1 Begründung und Inhalt der Expertise	5
1.2 Grundlegende Argumentationslinien	6
2. Pflege/Care älterer Menschen in Deutschland	7
2.1 Demographische und andere gesellschaftliche Rahmenbedingungen	7
2.2 Die Pflegeversicherung als gesetzlicher Rahmen	10
2.3 Daten zur Pflege älterer Menschen in Deutschland	13
2.4 Eckdaten zur Pflegebedürftigkeit in Deutschland	19
2.5 Fazit: Die Sorge- und Pflegearbeit in Deutschland und ihre Messung aus der Genderperspektive	21
3. Pflege und Sorge als geschlechtlich konnotierte Tätigkeiten	23
3.1 Bedeutungen von Geschlecht im Kontext von Pflege und Sorge	23
3.2 Bedeutungen von Sorge und Pflege	25
3.3 Genderbezogene Dichotomisierung und Hierarchisierung der Sorge	28
4. Private Sorge- und Pflgetätigkeit für ältere Menschen	32
4.1 Daten zur häuslichen Versorgung älterer Menschen	32
4.2 Umfang und Struktur der informellen Sorge- und Pflegearbeit	33
4.3 Problemfelder in der häuslichen Pflege älterer Menschen	43
4.4 Fazit: Geschlechterstrukturen in der häuslich-familiären Pflege älterer Menschen	46
5. Berufliche Sorge- und Pflgetätigkeit für ältere Menschen	48
5.1 Die ambulante und stationäre Versorgung älterer Menschen	48
5.2 Die berufliche Sorge- und Pflegearbeit von Frauen und Männern	49
5.3 Kompetenzentwicklung und Professionalisierung in der Altenpflege	51
5.4 Altenpflege als weiblich konnotierter Beruf	52
5.5 Belastungen und Konflikte der beruflich Pflegenden	53
5.6 Fazit: Die berufliche Pflege von Älteren als „gendered job“	54
6. Fazit	55
6.1 Geschlechterstrukturen in der privaten und beruflichen Pflege älterer Menschen	55
6.2 Forschungslücken und Forschungsbedarf	57
6.3 Perspektiven einer „geschlechtersensiblen Altenpflege“	57
Literatur	59
Informationen zu den Autorinnen und zum Autor	68

Die Expertise wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von den Autorinnen und dem Autor in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

## Vorbemerkung

---

Als Konrad Adenauer in den 50er Jahren sagte: „Kinder kriegen die Leute sowieso“ und mit diesem Argument verhinderte, dass ein wesentlicher Teil gesellschaftlicher Sorgearbeit von Frauen in die Sozialversicherung aufgenommen wurde, hatte er sich bitter getäuscht. Heute ist bekannt, dass die gesellschaftliche Verantwortung für die Kinderbetreuung und auch die soziale Absicherung derer, die sie leisten, ein entscheidender Faktor für die Geburtenrate ist. Der Teil der privaten und unbezahlten Sorgearbeit, nämlich die Sorgearbeit für Kinder, ist als politisches Gestaltungsfeld erkannt. Dem gegenüber wird ein anderer Teil der Arbeit, der ebenso privat und unbezahlt verrichtet wird, immer noch verdrängt: die Care-Arbeit für pflegebedürftige alte Menschen. Sie gilt als Aufgabe der Familie und bleibt in ihrer konkreten Form ein Tabu.

In Zukunft wird es aber nicht weniger, sondern mehr Pflegebedürftige geben, darin sind sich die Demographen einig. Angesichts dieser Entwicklung, aber auch der Veränderungen in den Geschlechterverhältnissen und den wachsenden Anforderungen an Mobilität, wird die private Pflegearbeit in Zukunft nicht mehr so geleistet werden können wie heute. So stellt sich sehr brennend die Frage, in welcher Form Menschen in Zukunft gepflegt werden sollen. Um diese Frage geht es in dieser Expertise, die als Beitrag zum Zukunftsprojekt 2020 der Friedrich-Ebert-Stiftung zu sehen ist.

Nur bei genauer Betrachtung der heutigen Realität im Pflegesektor können die richtigen Weichen für die Zukunft gestellt werden. Und zur genauen Betrachtung gehört auch die Geschlechterfrage in der Pflege: Wo werden Polarisierungen und Hierarchisierungen, also soziale Ungleichheiten über die Zuordnung zum Geschlecht hergestellt? Es ist bekannt, dass die heutige Arbeit im Pflegesektor überwiegend Arbeit von Frauen ist,

die sie privat und unbezahlt, in ehrenamtlicher Arbeit, aber auch in Schwarzarbeit, in semiprofessioneller und in professioneller Weise verrichten. Die *dominierende Form der heutigen Versorgung von Pflegebedürftigen ist die häusliche familiäre Betreuung durch Frauen*, die sich aber weder in der Statistik noch in der politischen Debatte widerspiegelt. Die vorliegende Expertise bringt Licht in dieses Dunkel. Sie zeigt auf:

### **1. Der Umfang der häuslichen Pflegearbeit wird im extremen Maße unterschätzt:**

Die Daten über die Lebenssituation pflegender Angehöriger sind völlig unzureichend, das spiegelt die gesellschaftliche Zuordnung zum privaten Raum wider, die privat pflegende Person wird *amtlich unsichtbar* gemacht. Dennoch weiß man, dass sie im Durchschnitt 36,7 Wochenstunden oder 5,2 Stunden am Tag pflegt. Der Umfang dieser Pflegearbeit ist so groß, dass die *Schaffung von 3,2 Millionen Erwerbsarbeitsplätzen in Vollzeit möglich wäre*. Der Wert dieser Arbeit kann mit 44 Milliarden Euro angesetzt werden, wenn man ein mittleres Lohnniveau unterstellt. Die Absicherung für diese Arbeit ist völlig unzureichend, denn über die Pflegeversicherung werden pro Tag nur 0,5 bis 1,8 Stunden Pflegearbeit finanziert. Das Verhältnis der privat Pflegenden zu den professionell Pflegenden beträgt drei zu eins.

### **2. Die geschlechtliche Ungleichheit zeigt sich bei Pflegenden und bei Gepflegten:**

Die Pflegenden sind überwiegend weiblich: *Zwei Drittel* der unbezahlten Pflegearbeiten werden *von Frauen, ein Drittel von Männern* geleistet. 90 Prozent der Pflegepersonen, die über die Pflegeversicherung sozialversichert sind, sind Frauen. Der Anteil der Männer an den Hauptpflegepersonen ist in den letzten Jahren allerdings gestiegen, wenn auch die Männer eher Pflegemanagement-

aufgaben als direkte Pflegearbeiten übernehmen. Die gesellschaftliche Tabuisierung der weiblichen Sorgearbeit für Pflegebedürftige führt dazu, dass auch die „atypische“ Pflegeleistung der Männer gering geschätzt wird, sie sind aber in der Pflege bereits eine quantitativ bedeutsame Minderheit. Aber auch im Blick auf die zu Pflegenden fallen Geschlechterdifferenzen und Ungleichheiten auf: *Alte und hochaltrige Männer* verfügen in der Regel über *Partnerinnen*, die sie pflegen, *alten und hochaltrigen Frauen fehlt in der Regel dieser Partner, weil er oft bereits verstorben ist.*

### 3. Die Pflegeversicherung stabilisiert die Geschlechterhierarchien:

Die sozialpolitischen Regelungen zur Pflegearbeit verstärken die Polarisierung und Hierarchisierung im Geschlechterverhältnis. Das hier angewandte Subsidiaritätsprinzip in der Pflege führt zu einer Verstärkung der geschlechtsbezogenen Macht- und Ungleichheitsstrukturen im Feld der Altenpflege.

Die heutige Gestaltung der Pflegeversicherung ist *einem familiaristischen Bild* verpflichtet, das dem männlichen Haupternährer und der Hausfrau und Mutter, später der weiblichen Hauptpflegeperson entspricht. Das durch die Pflegeversicherung gezahlte Pflegegeld hat nicht den Status von Entlohnung, gilt aber als Anreiz zur privaten Pflegearbeit und ist damit dem von konservativer Seite stark verteidigten Betreuungsgeld für die private Kleinkinderziehung vergleichbar.

Die Selbstverständlichkeit, mit der die Pflege von Angehörigen als Frauenarbeit wahrgenommen wird, nimmt real jedoch ab. Je höher der Bildungsstand und der Berufsstatus ist, desto weniger wird die Verpflichtung zu einer längerfristigen Pflege von Verwandten akzeptiert. Wenn aber die Pflegeversicherung auf die häusliche Pflegebereitschaft setzt, unterstützt sie die vormodernen Lebensentwürfe, die eher in ländlichen Regionen und den unteren Sozialschichten be-

heimatet sind. Sie wird *den modernen Lebensentwürfen von Frauen, aber auch von Männern, nicht gerecht.*

### 4. Professionelle Pflege ist durch Geschlechterhierarchie gekennzeichnet:

Die Pflegearbeit selbst ist geschlechtsbezogen zugeordnet: Die direkte Pflege des Körpers ist weiblich, die Managementaufgaben in der Pflege sind männlich konnotiert und besetzt. Das Pflegesystem gilt als weiblich und steht in der Anerkennung und der Bezahlung unter dem medizinischen System. Typische Merkmale für die *Diskriminierung von Frauenarbeit* kennzeichnen das Feld: Unterbezahlter Qualifikationseinsatz bei extremer Belastung, Teilzeitarbeit, prekäre Beschäftigung und die Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch Migrantinnen. *Männer in der Pflege erhalten eine patriarchale Dividende*, da sie häufiger in Führungspositionen im Pflegebereich arbeiten. Schon heute lässt sich ein eklatanter *Mangel an Fachkräften* in diesem typischen Frauenberuf feststellen, und die gegenwärtige Anzahl der Auszubildenden liegt weit unter dem absehbaren Bedarf. Und diese Bedarfsberechnungen beziehen die notwendigen Verschiebungen von privater zu professioneller Arbeit noch nicht mit ein.

Die hier vorgelegte Expertise soll ein erster Schritt zur Bewusstmachung und zur Sensibilisierung sein: Geschlecht ist gegenwärtig immer noch ein starker Faktor für die Zuordnung und Bewertung von Arbeit. Der schon jetzt wahrnehmbare Wandel in den Geschlechterverhältnissen muss jedoch einen Wandel in der Gestaltung dieser Arbeit nach sich ziehen. Das ist eine große Herausforderung für die Politik.

*Dr. Barbara Stiegler*

Leiterin Arbeitsbereich Frauen und  
Geschlechterpolitik

Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

# 1. Einleitung

## 1.1 Begründung und Inhalt der Expertise

Das Zentrum Altern und Gesellschaft (ZAG) der Hochschule Vechta – Universität (Lehrstuhl Prof. Dr. Gertrud M. Backes) ist von der Friedrich-Ebert-Stiftung mit einer Expertise zu Geschlechterstrukturen, insbesondere in der informellen, aber auch in der formellen Pflege älterer Menschen in Deutschland beauftragt worden. Eine Literatur- und Internetrecherche hat zwar ergeben, dass es zur Pflege älterer Menschen im Allgemeinen eine äußerst umfangreiche wissenschaftliche und sozialpolitische Literatur (u.a. von Sozial- und Berufsverbänden und Ministerien) gibt, jedoch nur wenige Studien zum Zusammenhang von (Alten-)Pflege und Geschlecht. Lediglich acht von insgesamt 262 Veröffentlichungen, die in die Bestandsaufnahme zur „Altenpflege in Deutschland“ (Informationszentrum Sozialwissenschaften 2003) eingeflossen sind, setzen sich explizit mit der Rolle von Geschlecht im Feld der Altenpflege auseinander. Vereinzelt finden sich Veröffentlichungen im Feld der Frauen- und Geschlechterforschung wie die Beiträge im Schwerpunktheft 2/3-2006 der Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien (Backes, Lasch 2006; Backes, Amrhein, Uhlmann 2006) oder die ins Deutsche übersetzte Monographie zu Geschlecht und Pflege von Miers (2001), die sich schwerpunktmäßig auf die berufliche Kranken- bzw. Gesundheitspflege im englischsprachigen Raum bezieht. Weiter gibt es erste Übersichtsarbeiten in der sozialwissenschaftlichen Alternswissenschaft (siehe u.a. Backes 2002, 2005a, 2005b; Backes, Wolfinger, Amrhein 2008).

Zusammenfassend lässt sich der Forschungs- und Diskussionsstand zur Verknüpfung von Geschlecht und Pflege im deutschsprachigen Raum als deskriptiv, nicht ausreichend tiefgründig und von blinden Flecken geprägt beschreiben. Dies betrifft sowohl die Untersuchung von Geschlechterverhältnissen in der privaten Pflege als auch in

der beruflichen – ambulanten wie stationären – Pflege. Wenn überhaupt, dann wird meistens nur auf der sozialstatistischen Oberfläche nach Geschlecht differenziert (und selbst da nicht durchgängig); grundlegende strukturelle Geschlechterdifferenzen, vor allem im Zusammenhang mit „Altern als gesellschaftlichem Problem“ (Backes 1997), bleiben dagegen unterbelichtet (vgl. dagegen Backes 1992, 1993, 1994). Spezifische Aussagen über Zusammenhänge zwischen Geschlecht, Alter, Lebenslage und der Ausgestaltung bzw. den Formen von Pflege und Pflegebedürftigkeit lassen sich auf der Basis des vorhandenen Datenmaterials nicht ohne Weiteres treffen. Kaum diskutiert wird, ob und wie Geschlechterhierarchien in der Pflege entstehen, wie sie sich gestalten und durch was sie gestützt, stabilisiert, verstärkt bzw. verändert werden. Erste Ansätze zur Begründung einer „geschlechtersensiblen Altenpflege“ sind bisher nur von Backes (2005a) entwickelt worden. Weitere Arbeiten in dieser Richtung sind erforderlich, denn Pflege und Pflegebedürftigkeit werden geschlechtsdifferenziert erlebt und Versorgungsformen sind nach Geschlecht verschieden und ungleich über den Lebensverlauf hinweg verteilt. Die geschlechtsspezifische Vergesellschaftung von Männern und Frauen in der „Lebensphase Alter“ (Backes, Clemens 2008) wirkt bis in die Gestaltung der (Alten-)Pflege hinein und hat konkrete Folgen für Pflegende und Pflegeempfänger(innen).

Im Mittelpunkt der Expertise sollen daher Fragen stehen, die sich mit der Pflege älterer Menschen als einer kontrovers bestimmten Tätigkeitsform auseinandersetzen, die insbesondere von Frauen, zunehmend aber auch von Männern ausgeübt wird und mit vergeschlechtlichten Konnotationen und Zuschreibungen versehen ist. Der Bericht gliedert sich in sechs Kapitel. Nach dieser Einleitung und einer kurzen Skizze der grundlegenden Argumentationslinien (Kap. 1) werden die demographischen, gesellschaftlichen und



rechtlichen Rahmenbedingungen der Pflege- und Sorgearbeit (Care) für ältere Menschen mit ihren familien- und genderpolitischen Auswirkungen diskutiert. Neben einer Genderanalyse der Konsequenzen der Pflegeversicherung für pflegende Familienmitglieder sollen auch die existierenden amtlichen und sozialwissenschaftlichen Datenquellen kritisch hinsichtlich der darin eingelagerten Gender- und Care-Modelle betrachtet werden. Danach folgt ein knapper sozialstatistischer Überblick über die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in Deutschland (Kap. 2). Die Modellvorstellungen hinsichtlich des Zusammenhangs von „Gender“ mit „Care/Pflege“ werden im Folgenden genauer untersucht und in die Kontexte der Frauen- und Geschlechterforschung, der angloamerikanischen und deutschen Care-Debatte sowie der Diskussion zu wohlfahrtsstaatlichen Gender- und Care-Regimen gestellt (Kap. 3). Auf dieser konzeptionellen Basis werden dann die wichtigsten Daten und Erkenntnisse insbesondere zur informell-familiären, aber auch zur formell-beruflichen Pflege- und Sorgearbeit für ältere Menschen präsentiert und genderkritisch interpretiert (Kap. 4 und 5), bevor ein Fazit zu Geschlechterstrukturen in der Pflege gezogen wird (Kap. 6).

## 1.2 Grundlegende Argumentationslinien

Der folgende Bericht zur formellen und informellen Pflege- und Sorgearbeit für ältere Menschen konzentriert sich auf die in dieses Feld eingelassenen Geschlechterstrukturen. In der Analyse haben sich zentrale Argumentationslinien herauskristallisiert, die vorab als Erkenntnis leitende Thesen vorgestellt werden.

1. In der formellen und informellen Care-Arbeit besteht eine grundlegende Struktur der primären Zuweisung der Arbeit an Frauen und sekundären an Männer, die Ausdruck der hierarchischen geschlechterspezifischen Arbeitsteilung in unserer Gesellschaft sowie entsprechender institutioneller Strukturen, Interaktions-, Handlungs- bis hin zu Motivationsstrukturen ist.
2. Die Geschlechterverhältnisse in der Pflege sind wie in anderen gesellschaftlichen Bereichen hierarchisch strukturiert, was von verschiedenen Autor(inn)en als „hierarchische Komplementarität“ (Backes 1999), „hegemoniale Männlichkeit“ und „patriarchale Dividende“ (Connell 1995) oder „männliche Herrschaft“ (Bourdieu 2005) bezeichnet wurde.
3. Hierarchische Geschlechterstrukturen verbinden sich mit anderen z.B. beruflichen (rechtliche und symbolische Herrschaft von Berufsgruppen) und sozialen Hierarchien und führen zu geschlechtsspezifischen Mustern der Kumulation bzw. Kombination von Bevor- und Benachteiligungen.
4. Diese Geschlechterstrukturen werden im beruflichen wie familiär-häuslichen Bereich im Lebensverlauf reproduziert und schlagen sich in einer gesellschaftlichen Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern („Geschlechterverhältnisse“) und damit verbundenen geschlechtsvermittelten Lebenslagen nieder.
5. „Care“ als Sorge- und Pflegearbeit für ältere Menschen ist eine geschlechtsvermittelte Tätigkeitsform, d.h. die Definitionen und Bewertungen der Care-Arbeit erfolgen über interaktiv, institutionell und gesellschaftlich hergestellte Geschlechtszuschreibungen und -darstellungen.
6. Geschlechterstrukturen in der Pflege sind nicht nur ein Resultat von bewussten Aushandlungs- und Definitionsprozessen, sondern entstehen auch als ungeplante und nicht-intendierte Folgen von sozialen Prozessen und von unbewußt-habitualisierten Verhaltensweisen.
7. Die Sorge- und Pflegearbeit in Deutschland findet in androzentrischen Lebenslauf-, Karriere- und Berufsstrukturen statt, die zur Diskriminierung von „abweichenden“ weiblichen und nicht dem androzentrischen Modell folgenden männlichen Arbeits- und Lebenszusammenhängen führen.



## 2. Pflege/Care älterer Menschen in Deutschland

Die Pflege- und Sorgearbeit für ältere Menschen in Deutschland ist ein wichtiger Teil der Herausforderungen, die sich als Folge des allgemeinen Strukturwandels der Gesellschaft, in die der soziale und demographische Strukturwandel des Alter(n)s als Teilprozess eingebettet ist, ergeben haben (vgl. Backes 1997). In diesem Kapitel soll daher zunächst der gesellschaftliche, rechtliche und institutionelle Kontext skizziert werden, der die von Frauen und Männern geleistete Pflege- und Sorgearbeit strukturell prägt. Anschließend werden grundlegende Fakten zur Pflege und Versorgung älterer Menschen in Deutschland vorgestellt, die als Basis dienen für die Auseinandersetzung über die Geschlechterdifferenzen und -ungleichheiten, die in diesen Pflege- und Versorgungsstrukturen eingelassen sind. Dabei kann gezeigt werden, dass nicht nur die rechtlich-institutionellen Regelungen der Pflegeversicherung, sondern schon die amtliche und sozialwissenschaftliche Erfassung von Pflege- und Sorgetätigkeiten einen „gender bias“ aufweisen, d.h. sozial ungleich nach Geschlecht strukturiert sind.

### 2.1 Demographische und andere gesellschaftliche Rahmenbedingungen

In einem PDF-Papier stellt das Bundesgesundheitsministerium aktuelle „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“ (BMG 2008b) zur Verfügung, die auch Daten zur Bevölkerungsentwicklung in Deutschland enthalten. Als Basis diente die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes (2006), wobei die mittlere Variante und ein Wanderungssaldo von 200.000 zugrunde gelegt wurden. Die Zahl der älteren Menschen (60 Jahre und älter) betrug im Jahr 2005 ca. 20,5 Millionen und wird bis zum Jahr 2030 auf ca. 28,5 Mio. Menschen ansteigen; analog wächst der Anteil älterer Men-

schen an der Gesamtbevölkerung von ca. 25% (2005) auf ca. 36% im Jahr 2030. Nach der Sterbetafel 2002/2004 hat ein neugeborener Junge eine Lebenserwartung von 75,9 Jahren, ein neugeborenes Mädchen entsprechend von 81,5 Jahren. Die fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren beträgt für Männer 20,0 Jahre, für Frauen 24,1 Jahre. Frauen haben also im Vergleich zu Männern weiterhin eine höhere Lebenserwartung. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit ist stark altersabhängig und unterscheidet die Gruppe der „jungen Alten“ (ca. 60-80) von den „alten Alten“ (ab 80): Während das Risiko der Pflegebedürftigkeit vor dem 60. Lebensjahr bei lediglich ca. 0,6% liegt, beträgt es zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr moderate 3,9%, nach dem 80. Lebensjahr dagegen beträchtliche 28,3%. Bei einer konstant bleibenden altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit prognostiziert das Statistische Bundesamt eine Zunahme der Pflegebedürftigen in der Pflegeversicherung in den nächsten dreißig Jahren um ca. die Hälfte, von 1,97 Mio. (2006) über 2,13 Mio. (2010) und 2,64 Mio. (2020) auf 3,09 Mio. pflegebedürftige Personen im Jahr 2030. Allerdings bietet diese aktuelle Kurzübersicht des BMG keine weitere Aufgliederung der Pflegebedürftigen nach Geschlecht, verdeutlicht aber an anderer Stelle die hohe Bedeutung von Frauen für die häuslich-familiäre Pflege: Demnach beträgt der Frauenanteil an den pflichtversicherten Pflegepersonen in der gesetzlichen Rentenversicherung über 90%, d.h. so hoch ist die Frauenquote derjenigen häuslich-familiären Pflegepersonen, die nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und mindestens 14 Stunden pro Woche einen Pflegebedürftigen der Stufe 1 oder höher versorgen und – gestaffelt nach Pflegestufe und zeitlichem Aufwand – Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt bekommen.

Hans-Peter Tews (1993; ebenso 1999) hat die gesellschaftlichen Begleiterscheinungen des demographischen Wandels, der spätestens seit Mitte der 1980er Jahre in allen westeuropäischen Industriegesellschaften zu beobachten ist, zusammenfassend als „Strukturwandel des Alters“ bezeichnet. Das „dreifache Altern“ – d.h. die Zunahme älterer Menschen in absoluten Zahlen und relativen Anteilen sowie die Zunahme der Hochaltrigkeit – bildet für Tews die demographische Determinante für quantitative und qualitative Veränderungen in vielen gesellschaftlichen Teilbereichen, die er prägnant als Verjüngung, Entberuflichung, Feminisierung und Singularisierung des Alters charakterisiert. Tews hat damit Stichworte geliefert, die sich in der sozialgerontologischen Forschung etabliert haben und zur überblicksartigen Beschreibung des demographischen Wandels genutzt werden. Problematisch ist allerdings seine These der „Feminisierung des Alters“ – sie folgt einer androzentrischen Logik, weil hier Frauen implizit als ein von männlichen Normalitätsstandards „abweichendes Geschlecht“ thematisiert werden. Einige seiner Argumente sollen im Folgenden kritisch dargestellt werden, und zwar als Beispiel für die Rolle der Gerontologie als Mitproduzentin androzentrischer Sichtweisen auf Alter und Altern (vgl. Calasanti 2004, Backes 2006b).

Tews (1993, 1999) schließt in seiner Strukturwandelthese von quantitativ-demographischen Unterschieden zwischen älteren Frauen und Männern auf qualitative soziale Geschlechterverhältnisse und -ungleichheiten. Die „Feminisierung des Alters“ zeige sich zunächst darin, dass mit steigendem Alter der Frauenanteil in den jeweiligen Altersgruppen immer stärker anwächst, wobei ältere und alte Frauen in jeder Altersgruppe eine höhere Morbidität aufweisen als die Männer, insbesondere im hohen Alter jenseits der 80 Jahre. Ältere Frauen nehmen nach Tews darüber hinaus häufiger an Angeboten der offenen Altenhilfe (z.B. Bildungsveranstaltungen) teil, übernehmen hauptsächlich die Pflegearbeit (familiär wie beruflich) und stellen das größte Kontingent an ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen dar (siehe Kapitel 2.2). Da Männer eine quantitative Minderheit in den

weiblich dominierten Arbeits- und Lebensräumen von Altenhilfe- und Altenpflegeeinrichtungen darstellen, würden sie dort Tews zufolge auch qualitativ benachteiligt. Dies zeige sich in der stationären Altenpflege beispielsweise in einer mangelnden Berücksichtigung ihrer geschlechtsspezifischen Betreuungs- und Freizeitbedürfnisse. Für diese Behauptung, die Tews aus den quantitativen Relationen heraus evident zu sein scheint, bleibt er allerdings einen sozialwissenschaftlichen Beleg schuldig; genauso plausibel könnte man von der relativen Seltenheit der Männer auf ihre Bevorzugung schließen. Die Ergebnisse der ethnologischen Einzelfallstudie „Fremde Welt Pflegeheim“ von Koch-Straube (1997) weisen z.B. darauf hin, dass das Pflegeheim zwar tatsächlich eine „Welt der Frauen“ ist, in der aber die klassische familiär-häusliche Rollenverteilung von versorgenden Frauen und umsorgten Männern reproduziert wird.

Eine weitere Begründung für Tews, von der Feminisierung des Alters zu sprechen, ist der für heute alte Kohorten empirisch durchaus evidente und für künftige – wenn auch in differenzierterer Ausprägung zu erwartende – Tatbestand, dass soziale Probleme im Alter überwiegend „weiblich“, d.h. zumeist Probleme von Frauen sind: Alte Frauen sind überproportional stark von Armut und schlechten Wohnbedingungen betroffen, da sie typischen, kumulativ wirkenden Benachteiligungen im Lebenslauf ausgesetzt sind. Vor allem aufgrund ihrer meist diskontinuierlichen Erwerbs- und Bildungsbiographien (Unterbrechung durch Kinder, Hausfrauendasein, niedrigere Formalbildung) bzw. nicht qualifikationsadäquaten Beschäftigungsformen konnten (werden) sie (vermutlich) weitaus geringere Rentenansprüche als Männer aufbauen, was vor allem für alleingebliene Witwen und geschiedene Frauen ein Armutsrisiko im Alter darstellt. Sie sind stärker von gesundheitlichen Einbußen betroffen, müssen damit im sehr hohen Alter weitgehend allein zurechtkommen und sind bei Hilfe und Pflege eher auf Unterstützung durch Dritte angewiesen (vgl. Backes 2007; Perrig-Chiello 2008; Backes, Amrhein, Lasch, Reimann 2006). Allerdings legt der so begründete Begriff der „Feminisierung“ des Alters die Bedeutungsgleichsetzung von Alter mit

sozialen Problemen nahe und ist insofern problematisch einzuschätzen. Ebenfalls als „Feminisierung“ wird der verrentungs- bzw. pensionsbedingte Wechsel von Männern aus der männerdominierten öffentlichen Erwerbs- und Berufssphäre in die frauendominierte private Haushalts- und Familiensphäre gedeutet, so z.B. von Kohli (1990). Als Folge dieser „strukturellen Feminisierung“ glichen sich im Alter die psychischen Eigenschaften von Frauen und Männern zunehmend aneinander an, was Kohli im Anschluss an Guttman als Prozess der „Androgynisierung“ alter Frauen und Männer bezeichnet. Männer entwickelten demnach „weibliche“ Eigenschaften und Fähigkeiten, zumindest als weiblich konnotierte Verhaltensweisen, aufgrund ihres Wechsels in den „weiblich“ geprägten privaten Raum, woraus auch auf eine „androgyn“ Angleichung von Geschlechtsrollen und einer zunehmend von Männern geleisteten Angehörigenpflege geschlossen werden könne. Auch diese Argumentation übersieht die Möglichkeit, dass Geschlechterstrukturen und geschlechterspezifische Verhaltensweisen im Alter sich zwar verändern können, ohne dass aber die „hierarchische Komplementarität“ der Geschlechterverhältnisse und der damit einhergehenden Lebenslagechancen (Backes 1999, 2007) grundlegend durchbrochen würde.

Ein weiteres Risiko für das privat-familiäre Pflegepotenzial stellt die von Tews (1993) beschriebene „Singularisierung“ dar: Die Wahrscheinlichkeit, ein unfreiwilliges „Singledasein“ führen zu müssen, erhöht sich mit zunehmendem Lebensalter durch Verwitwung oder Trennung bzw. Scheidung. Dies sei mit einer Tendenz zur „Entfamiliarisierung“ und sozialen Isolierung verbunden: Verwandtschafts- und Kontaktnetze des gestorbenen Ehepartners entfallen, ältere bzw. gleichaltrige Familienmitglieder und Freunde sterben, und soziale Kontakte sind bei Krankheiten und Behinderungen schwerer aufrecht zu erhalten. Diese Singularisierung ist wiederum hauptsächlich ein Phänomen von Frauen, die wesentlich häufiger als Männer von Verwitwung betroffen sind – Frauen überleben ihre Männer nicht nur, weil sie eine höhere Lebenserwartung haben, sondern weil sie in Partnerschaften zu-

sätzlich auch meistens einige Jahre jünger sind. So waren 2006 bereits 46% der 70-84jährigen Frauen und sogar 76% der mindestens 85jährigen Frauen verwitwet, während lediglich 15% der 70-84jährigen Männer und immer noch eine Minderheit von 44% der 85 Jahre und älteren Männer Witwer waren (Statistisches Bundesamt, zit. nach Hoffmann und Nachtmann 2008, S. 12). Während also alte und hochaltrige Männer mehrheitlich über Partnerinnen verfügen, die sich im Risikofall der Pflegebedürftigkeit um sie kümmern können, gilt das für Frauen nicht: Ihre Pflege und Versorgung muss dann mehrheitlich über andere Familienmitglieder und/oder professionelle Pflegepersonen sichergestellt werden.

Die steigende Lebenserwartung und die Verlängerung der Ruhestandsphase verändern aber nicht nur das individuelle Leben im Alter, sondern auch die Strukturen der Gesellschaft insgesamt. Nach Backes (1997) hat sich die Alters-thematik im Laufe der letzten eineinhalb Jahrhunderte von einem individuellen und sozial abgrenzbaren Problem zu einem gesamtgesellschaftlichen Problem entwickelt, das heute alle Teilbereiche der Gesellschaft – von der Ökonomie und Politik über Familie und Verwandtschaft bis hin zu Freizeit, Bildung und Kultur – erreicht hat. Die tradierten Institutionen, allen voran die sozialen Sicherungssysteme, sind – so Backes – mit ihren bisherigen Mitteln immer weniger dazu geeignet, die Ziele materielle Sicherung, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und individuelle Entfaltungsfreiheit im Alter erreichbar zu machen, so dass neue Lösungen für die „Vergesellschaftung des Alters“ (ebd.) gefunden werden müssen. Angesichts der existierenden Geschlechterstrukturen können diese Lösungen nicht geschlechtsindifferent sein, sondern müssen „geschlechtersensibel“ formuliert werden, wie Backes (2005) am Beispiel der Altenpflege aufzeigt.

Diese „normative und instrumentelle Unbestimmtheit des gesellschaftlichen Umgangs mit Alter(n)“ (Backes 1997) gilt auch für die bisherigen Strukturen der Altenpflege und -hilfe, die angesichts des gesellschaftlichen und demographischen Wandels an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit gelangt sind. In ihrer umfassenden Monographie zu „Pflegebedürftigkeit im Alter“

nennt Beate Röttger-Liepmann (2007) drei Ursachen für die Krise in der Versorgung älterer Menschen: Die demographische Entwicklung, die den Generationenvertrag verändere, die Gefährdung der sozialen Sicherungssysteme und die Tatsache, dass die Träger der Versorgung sich bisher nicht auf den strukturellen Wandel eingestellt hätten (ebd., S. 15). Ihre Befunde ordnet die Autorin in ein gesamtgesellschaftliches Bedingungsgefüge ein, das von der Bevölkerungsentwicklung einschließlich der Alters- und Morbiditätsstruktur, der staatlichen Altenhilfe- und Sozialpolitik mit ihren ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen sowie der Rolle der Familien mit ihren abnehmenden Pflegepotenzialen (als Folge von Singularisierung und Frauenerwerbstätigkeit) bestimmt wird. Aus diesen Faktoren ergeben sich die Anzahl der Pflegebedürftigen und Pflegepersonen und die Rolle der ambulanten und stationären Versorgung (ebd., S. 14).

## 2.2 Die Pflegeversicherung als gesetzlicher Rahmen

### 2.2.1 *Von der Einführung der Pflegeversicherung bis zur Pflegereform 2008*

Nach über zwanzigjähriger Diskussion verabschiedeten der Deutsche Bundestag und Bundesrat im Jahr 1994 das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Zunächst soll ein Abriss über zentrale Einzelregelungen gegeben werden, der insbesondere die Situation in der häuslich-familiären Pflege berücksichtigt und auf die aktuellen Änderungen im Rahmen der sogenannten „Pflegereform“ eingeht. Im folgenden Teilkapitel werden dann geschlechter- und familienpolitische Konsequenzen der Pflegeversicherung diskutiert.

Mit dem „Pflegeversicherungsgesetz“ (Pflege-VG) wurde das SGB XI geschaffen, das am 1. Januar 1995 in Kraft trat. Die Pflegeversicherung wurde als gesetzliche Pflichtversicherung im Umlageverfahren eingerichtet und soll eine einkommensunabhängige Grundversorgung für die Abdeckung von pflegebedingten Aufwendungen sicherstellen, die über die Leistungen der Sozial-

hilfe hinausgeht (vgl. dazu den Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ von 2005, S. 441–493; ebenso Röttger-Liepmann 2006, S. 160–171 und Dibelius, Uzarewicz 2006, S. 25–35). Seit dem 1. April 1995 werden Leistungen für die häusliche Pflege gewährt, seit dem 1. Juli 1996 auch für die dauerhafte Pflege in stationären Einrichtungen. Damit stellt das SGB XI in Verbindung mit weiteren pflegerelevanten Regelungen des Sozialgesetzbuches (insbesondere zur Krankenversicherung im SGB V und zur Sozialhilfe im SGB XII) die leistungsrechtliche Grundlage für die in Deutschland geleistete Pflegearbeit dar. Das SGB XI ist nicht nur deshalb so bedeutsam, weil es die Finanzierung von Pflegeleistungen regelt, sondern weil es darüber hinaus institutionelle Verantwortlichkeiten für die Leistungserbringung zuschreibt und einen spezifischen Begriff von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit rechtlich durchgesetzt hat. Insbesondere die eng an spezifische körperliche Verrichtungen orientierte Definition von Pflegebedürftigkeit hat massive Kritik hervorgerufen, da mit ihr psychosoziale Betreuungsleistungen, wie sie insbesondere für Demenzerkrankte nötig sind, nicht erfasst werden können. Das SGB XI bestimmt Pflegebedürftigkeit wie folgt:

„Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“

Das SGB XI sieht drei verschiedene Pflegestufen vor, nach denen die Sach- und Geldleistungen für die ambulante oder stationäre Versorgung gestaffelt gewährt werden. Je nach Häufigkeit und Umfang der Hilfeleistung, die jemand hinsichtlich Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung benötigt, erfolgt eine Einstufung in Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige), Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) oder Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige). Personen, deren Bedarfe unter- oder außerhalb dieser, an der zeitlichen Dauer von körperbezogenen Verrichtungen orientierten Festlegungen liegen (umgangssprachlich „Pflege-

stufe 0“), sind auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen, falls ihr eigenes Einkommen oder Vermögen nicht ausreichend ist. Hier sind vor allem die einkommensabhängigen Regelungen der „Hilfe zur Pflege“ (§ 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII) und der „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ (§§ 41 ff. SGB XII) zu nennen. Mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz vom 1. Januar 2002 sollten auch die psychosozialen Betreuungsbedarfe von häuslich gepflegten, insbesondere demenzkranken Personen, finanziell unterstützt werden. Allerdings konnte dieses Gesetz nur ein „Tropfen auf dem heißen Stein“ sein, da mit dem vorgesehenen Betreuungsbeitrag von 460 € pro Jahr (das sind lediglich 1,26 € pro Tag) die mehrheitlich weiblichen Pflegepersonen kaum entlastet werden konnten und paradoxerweise Pflegebedürftige der „Pflegestufe 0“ von diesen Leistungen ausgeschlossen waren (Dibelius, Uzarewicz 2006, S. 31 f.).

Das nach längerer Verzögerung im März 2008 verabschiedete und zum 1. Juli 2008 in Kraft tretende „Pflege-Weiterentwicklungsgesetz“ (siehe zum Folgenden BMG 2008c) soll eine Vielzahl dieser von Fachleuten kritisierten Systemfehler der Pflegeversicherung korrigieren (siehe Enquete-Kommission NRW 2005, S. 461–470) und eine finanzielle und organisatorische Entlastung der Situation von Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Pflegenden mit sich bringen. Zunächst werden die ambulanten Sachleistungsbeträge und das Pflegegeld in allen Stufen I bis III sowie die stationären Sachleistungen in den Stufen III und III+ schrittweise bis 2012 angehoben. Allerdings handelt es sich dabei um eher geringfügige Erhöhungen, die wohl kaum die bisherigen Kostensteigerungen kompensieren können (so betragen je nach Pflegestufe die Erhöhung des Pflegegelds zwischen 30 bis 35 € im Monat und der ambulanten Sachleistungen zwischen 66 und 118 € im Monat). Ab 2015 ist eine an die Preisentwicklung angepasste Dynamisierung dieser Leistungen im dreijährigen Rhythmus vorgeschrieben, ohne dass jedoch eine Berechnungsformel für die Höhe der Anpassungen angegeben wird. Zur Gegenfinanzierung werden die Beitragsätze zur Pflegeversicherung ab 1. Juli 2008 um 0,25% erhöht, von 1,7% auf 1,95% bzw. bei kin-

derlosen Personen von 1,95% auf 2,2%. Eine bedeutende Verbesserung im ambulanten Bereich gibt es für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Für den psychosozialen Betreuungsbedarf insbesondere von Demenzkranken ohne Pflegestufe wird zum 1. Juli 2008 der Betreuungsbetrag von jährlich 460 € auf jährlich 1.200 € (Grundbetrag) bzw. 2.400 € (erhöhter Betrag) angehoben, wobei erstmalig auch die Pflegebedürftigen der „Pflegestufe 0“ (chronisch Erkrankte) in den Leistungserhalt mit einbezogen werden. Mit diesem monatlichen Betreuungsbetrag von 100 € bis 200 € führt die Pflegereform 2008 faktisch eine neue Pflegestufe ein, die auch die psychosozialen sowie die zeitlich geringfügigeren körperbezogenen Sorge- und Pflegetätigkeiten von pflegenden Familienangehörigen berücksichtigt. Zudem wird der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung beschleunigt, indem die Vorversicherungszeit von 5 auf 2 Jahre verkürzt wird und die Frist, innerhalb der ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit begutachtet und entschieden werden muss, höchstens fünf Wochen (in besonderen Fällen nur eine Woche) betragen darf.

Neue Erleichterungen für berufstätige Angehörige sollen mit dem Anspruch auf „Pflegezeit“ – eine bis zu sechsmonatige Freistellung von der Arbeit für Pflegearbeit – und mit dem Anspruch auf eine kurzfristige Freistellung für bis zu 10 Arbeitstagen bei akut auftretenden Pflegesituationen geschaffen werden. In beiden Fällen wird das Gehalt der pflegenden Angehörigen zwar nicht weiterbezahlt, sie bleiben aber weiterhin sozialversichert; allerdings nicht mehr über den Arbeitgeber, sondern über die Pflegekassen (Arbeitslosen- und Rentenversicherung) und in der Regel über die Familienversicherung (Kranken- und Pflegeversicherung). Neben einer Vielzahl organisatorisch-institutioneller Regelungen, die die (teil-)stationären Einrichtungen und Leistungsträger betreffen und sich auf Fragen der Finanzierung, Qualitätssicherung und Entbürokratisierung beziehen, sollen auch die Angehörigen und Betroffenen organisatorisch unterstützt werden. Hierzu trägt vor allem der ab dem 1. Januar 2009 gesetzlich verankerte Anspruch auf eine umfassende und individualisierte Pflegeberatung bei, welche die Pflegekassen für die pflegebe-



dürftigen Versicherten und ihre Angehörigen bereitstellen müssen (Fallmanagement). Speziell qualifizierte Pflegeberater(innen) bzw. Fallmanager(innen) sollen die Versicherten und ihre Angehörigen bei allen Schritten der Antragstellung, der Pflegeorganisation und der Auswahl von Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen beraten und unterstützen und sich um alle dabei anfallenden Formalien kümmern (individuelle Versorgungsplanung). Sofern ein entsprechender Beschluss eines Bundeslandes vorliegt, wird dieses Fallmanagement organisatorisch eingegliedert in neu zu schaffende und vom Bund geförderte regionale „Pflegestützpunkte“. Damit sollen zentrale und wohnortnahe Anlaufstellen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen geschaffen werden, die sich um die bürokratischen Aspekte der Pflege und ihrer Organisation kümmern sollen.

### 2.2.2 Gender- und familienpolitische Konsequenzen der Pflegeversicherung

Da die Regelungen der „Pflegereform 2008“ erst zum 1. Juli 2008 in Kraft treten, können ihre Auswirkungen auf die in Deutschland geleistete Sorge- und Pflegearbeit für ältere Frauen und Männer nur abgeschätzt werden. Davon unberührt bleiben zentrale Grundsätze der Pflegeversicherung, die wichtige strukturelle Weichen für die organisatorische und institutionelle Zuschreibung von Pflegeverantwortung gestellt haben und einige wichtige geschlechter- und familienpolitische Folgen aufweisen, die im Folgenden erläutert werden.

Die Verabschiedung der über Sozialversicherungsbeiträge finanzierten Pflegeversicherung (SGB XI) übertrug die gesellschaftliche Verantwortung für die Pflege älterer Menschen zunächst auf die Solidargemeinschaft. Gleichzeitig wurden die Leistungen des SGB XI im Sinne einer Teilkaskoversicherung begrenzt, d.h. es ist bei jeder Versorgungsform zusätzlich zur Sicherstellung der Grundversorgung stets ein Eigenanteil zu erbringen. Dabei genießt die ambulante und häusliche Pflege einen Vorrang vor der teilstationären, die wiederum der stationären Versorgung vorrangig ist. Die Unterbringung in ein Alten- und Pflegeheim soll nach Absicht des Gesetzgebers nur der

letzte Weg sein, wenn eine Pflege im vertrauten häuslichen Umfeld und mit Mitwirkung von Familienangehörigen, nahestehenden Personen und ehrenamtlich Tätigen nicht mehr möglich ist. Diese sozialpolitische Grundsatzentscheidung, die im Sinne des sozialethischen Subsidiaritätsprinzips die Erstverantwortung für die Pflege alter Menschen an die Familie delegiert, wirkt sich eher erhaltend oder gar verstärkend auf die geschlechtsbezogenen Macht- und Ungleichheitsstrukturen im Feld der Altenpflege aus und hat entsprechende Konsequenzen für Pflegenden und Pflegebedürftige.

Die Höhe des Pflegegeldes, das grundsätzlich an den Pflegebedürftigen ausgezahlt wird, erfüllt mit Blick auf den Zeitaufwand und die physischen und psychischen Belastungen der Hauptpflegerperson nicht den Status einer Entlohnung und kann daher keine adäquate Kompensation für den teilweisen oder vollständigen Verzicht auf eine berufliche Tätigkeit sein. Rentenversicherungsbeiträge, die nur für Pflegepersonen mit einer reduzierten Berufstätigkeit von maximal 30 Wochenstunden und einer Pflegetätigkeit von mindestens 14 Wochenstunden bezahlt werden, wie auch der „Pflegeurlaub“ und die neue Möglichkeit zur zeitlich befristeten Freistellung von der Arbeit („Pflegezeit“) fördern die Teilzeitarbeit bzw. den zeitweiligen oder vollständigen Ausstieg aus der beruflichen Tätigkeit der Pflegerperson. Dabei wird die Geschlechterspezifität der Übernahme von Pflegeverantwortung, der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege und der Gesundheits- und Altersvorsorge der Pflegenden nicht ausreichend beachtet – schließlich sind es die Frauen, die mehrheitlich die Hauptpflegeverantwortung tragen und damit primär von diesen Regelungen betroffen sind; auch scheinen die bestehenden Strukturen nicht förderlich für die hauptverantwortliche Pflegeübernahme durch berufstätige Männer zu sein. Hinter familienpolitischen Zielen verstecken sich also genderpolitisch relevante Zuweisungen:

„Wenn im politischen Diskurs über die häusliche Pflege stets die Familie als Leistungsträger im Vordergrund steht, so ist doch auch deutlich, dass der Gesetzgeber insbesondere Frauen als privat Pflegenden im Auge hatte. Durch Aufwertung

der informellen häuslichen Pflege mittels der gesetzlichen Veränderungen sollten diese motiviert werden, sich weiterhin diesen Aufgaben zu widmen.“ (Kreutzner 2006, S. 31)

Bisher gibt es – abgesehen vom Qualitätssicherungsbesuch in der häuslich-ambulanten Versorgung – keine institutionellen Angebote, die eine bewusste Planung und Entscheidung für eine Versorgungsform bzw. eine regelmäßige Überprüfung der Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie durch die Pflegenden unterstützen (vgl. Barkholdt, Lasch 2006; Wolfinger 2006). Hier läge eine wichtige Aufgabe für die von den Pflegekassen zu finanzierenden Fallmanager(innen) und – bei Vorliegen eines positiven Länderentscheides – auch der regionalen Pflegestützpunkte.

Das SGB XI greift auch in das Feld der beruflichen Pflegearbeit ein (siehe dazu Kapitel 5). Gesetzlich festgelegte Qualitätsanforderungen wie in § 80 SGB XI erzeugen eine Hierarchisierung von Tätigkeiten, die mit unterschiedlichen Qualifikationen verknüpft sind und die „indirekte Pflege“ gegenüber der „direkten Pflege“ bevorzugen. Gleichzeitig besteht eine Spannung zwischen Qualitätsanforderungen und den verhandelten und in ihrer Höhe begrenzten (ambulanten wie stationären) Leistungsentgelten – der Kostendruck infolge des Wirtschaftlichkeitsgebotes der Pflegeversicherung motiviert dazu, möglichst viele Tätigkeiten an kostengünstigere niedrig oder nicht qualifizierte (Teilzeit-)Kräfte zu delegieren. Dies führt auch zu beruflichen Hierarchisierungen der in der Pflege Beschäftigten, z.B. zwischen Pflegefach- und Pflegehilfskräften (vgl. Wolfinger 2006). Zudem führen Wirtschaftlichkeitszwänge infolge der Pflegeversicherung und Mängel in der Aufbau- und Ablauforganisation vor allem in den stationären Altenpflegeeinrichtungen zu höheren Arbeitsbelastungen des überwiegend weiblichen Personals. Dies fördert einen Anstieg an krankheitsbedingten Absenzen und führt zu einer erhöhten Personalfuktuation, die wiederum Rationalisierungsmaßnahmen und damit eine insgesamt niedrigere Pflegequalität zur Folge hat. Es entsteht eine Spirale, die den Druck auf die verbliebenen Arbeitskräfte zusätzlich erhöht (vgl. Amrhein 2002, 2005b).

## 2.3 Daten zur Pflege älterer Menschen in Deutschland

Bevor grundlegende Eckdaten zur Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in Deutschland präsentiert werden, stellt sich zunächst die Frage, welche Daten Grundlagen es für einen statistischen Überblick zur Pflege in Deutschland gibt, welche Definitionen zugrunde gelegt werden und wie und ob Geschlechterstrukturen darüber erfasst und erklärt werden können.

### 2.3.1 Amtliche Daten im Rahmen der Pflegeversicherung

Die Suche nach aktuellen und aussagekräftigen Daten zur Situation von Pflegenden und Pflegebedürftigen in Deutschland und zu den institutionellen Kontexten, in denen diese Sorge- und Pflegearbeit ausgeübt wird, zeigt eine erste Schwierigkeit. Die amtlichen Daten, die regelmäßig im Rahmen der Pflegeversicherung erhoben werden, beziehen sich auf die Pflegebedürftigen und die ambulanten und stationären Einrichtungen (einschließlich des Personals), in denen diese gepflegt werden. Damit sind zwei wesentliche Einschränkungen gesetzt: Zum einen existiert keine gesetzliche Pflicht, einen regelmäßigen Bericht über die Situation der nicht-professionellen Pflegepersonen in der familiär-häuslichen Versorgung vorzulegen. Die Beantwortung der Frage, wer in welchem Umfang mit welchen Belastungen welche Pflegetätigkeiten für Angehörige und Nahestehende leistet, bleibt damit unregelmäßig erhobenen empirischen Studien vorbehalten. Diese lassen sich zudem häufig nur schwer miteinander vergleichen und haben ihre spezifischen blinden Flecken. Zum anderen basiert die amtliche Berichterstattung auf der stark verrichtungs- und körperbezogenen Einstufung in Pflegestufen, die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen vorgenommen wird. Die Definition der Pflegestufen und die Regeln, nach denen die Einstufung praktisch vorgenommen wird, richten sich nach den sozialversicherungsrechtlichen Vorgaben der Pflegeversicherung und ihren Durchführungsbestimmungen. Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf, Pflegeleistungen und Pflege-



tätigkeiten werden im Rahmen einer gesetzlichen Auskunftspflicht erfasst, mit der vor allem die Ausgaben- und Einnahmeströme der Pflegeversicherung sowie das damit finanzierte Leistungsgeschehen erfasst werden sollen. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung des formellen und informellen Pflegegeschehens darf diese Daten nicht unkritisch verwenden, da in ihre Konstruktion bereits politische Definitionen, soziale Differenzen und insbesondere Genderstrukturen mit einfließen – schon die fehlende amtliche Berichterstattungspflicht über pflegende Angehörige, die ja überwiegend Frauen sind, ist Teil einer Geschlechterordnung in der Praxis der Berichterstattung.

Der § 109 des SGB XI ermächtigt die Bundesregierung dazu, die Erhebung einer Bundesstatistik mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung anzuordnen. Diese Ermächtigung umfasst „jährliche Erhebungen über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege“ (Absatz 1) sowie „jährliche Erhebungen über die Situation Pflegebedürftiger und ehrenamtlich Pflegenden“ (Absatz 2). Die auf dieser Basis im November 1999 erlassene Pflegestatistik-Verordnung („Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege“) schränkt die Bundesstatistik auf eine alle zwei Jahre vorzulegende Erhebung über Pflegeeinrichtungen (ambulant, teil- und vollstationär) und Pflegegeldleistungen ein. Damit hat der Gesetzgeber nur von Absatz 1 des § 109 SGB XI Gebrauch gemacht (und auch hier mit zahlreichen weiteren Einschränkungen), jedoch auf eine Erhebung über die Situation Pflegebedürftiger und ehrenamtlicher Pflegenden (darin eingeschlossen die Angehörigen) völlig verzichtet. In der Begründung zur Verordnung (Bundesratsdrucksache Nr. 483/99 vom 27. August 1999) werden hierfür datenschutzrechtliche Gründe geltend gemacht, „obwohl der Bund auch ein hohes Interesse an epidemiologischen Daten über die Situation der Pflegebedürftigen (wie etwa nach § 109 Abs. 2 SGB XI) sowie an Daten über in Anspruch genommene Leistungen, die Zahl der Leistungsempfänger oder die Beitragsentwicklung hat“ (ebd.). Zwar werden einige dieser Daten auch

über die Berichterstattungspflichten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) nach § 53a SGB XI sowie der Geschäftsstatistik der Pflegeversicherung nach § 79 SGB IV mit erhoben. Aber weder im zuletzt publizierten statistischen und finanziellen Bericht zur sozialen Pflegeversicherung (BMG 2006) – die Statistiken zur privaten Pflegeversicherung sind dort nicht mit erfasst – noch in den alljährlichen Pflegeberichten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) sind Daten zur Situation der pflegenden Angehörigen zu finden. Auch der mittlerweile „Vierte Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung“ (BMG 2008a), der alle drei Jahre nach § 10 Absatz 4 SGB XI vorgelegt werden muss, sowie der ebenfalls dreijährlich vorzulegende 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI zur „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ (MDS 2007) folgen einer Darstellungslogik, die zum einen auf die versicherten Leistungsempfänger (Pflegebedürftige) und auf die institutionellen Leistungserbringer (ambulante, teil- und vollstationäre Einrichtungen) fokussiert. Im Mittelpunkt dieser Berichte stehen die finanzielle, rechtliche und organisatorische Entwicklung der Pflegeversicherung und die Sicherstellung einer qualitativ zufriedenstellenden Versorgung durch die professionellen Leistungserbringer. In der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI wird die Pflege- und Sorgearbeit von Angehörigen nur indirekt über die Statistik zu Pflegegeldleistungen abgebildet, und selbst hier steht wiederum der Leistungen erhaltende Versicherte und nicht die informelle Pflegeperson, die die Pflegeleistung ganz oder teilweise erbringt, im Mittelpunkt (vgl. Pflegestatistik 2005 in: Statistisches Bundesamt 2007). Über Art, Umfang und Qualität der Pflege, die von Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern geleistet wird, und über deren Lebenssituation können aus den amtlichen Pflichtberichten keine Aussagen abgeleitet werden.

Die amtliche Statistik zur Pflege in Deutschland ist also eindeutig auf die Pflegeversicherten, darunter die Pflegebedürftigen als Leistungsempfänger, und die ambulanten und stationären Versorgungsträger zentriert und erfasst das Leistungsgeschehen in sozialer, finanzieller und or-

ganisatorischer Hinsicht. Da die amtliche Statistik den inhaltlichen Vorgaben der Pflegeversicherung folgt, sind auch die Daten zu den Pflegebedürftigen selbst eingeschränkt: Es werden nur die Leistungsempfänger der Pflegeversicherung erfasst, was eine Beantragung von Pflegeleistungen und die erfolgreiche Einstufung in eine der drei gesetzlichen Pflegestufen durch den MDK voraussetzt. Der Hilfe- und Pflegebedarf in der Bevölkerung wird also durch einen bürokratischen Begutachtungs- und Gewährungsprozess ermittelt (Prozessdaten) und nicht über ein sozialwissenschaftliches Datenerhebungsverfahren. Schließlich wird auch nicht die spezifische Lebenslage der Pflegebedürftigen einschließlich der familiären Betreuungs- und Versorgungsarrangements erfasst. Damit wird die häuslich-familiäre Pflege durch Angehörige insgesamt als Privatsache behandelt, über die es keine amtlichen Daten zu geben braucht bzw. sogar aus datenschutzrechtlichen Bedenken gar keine geben soll (siehe oben). Die privat erbrachte Pflege- und Sorgearbeit wird dem kritischen Blick der Öffentlichkeit entzogen, während die professionelle Pflegearbeit genau durchleuchtet wird, sowohl leistungsrechtlich als auch hinsichtlich der Pflegequalität. Im zweiten Bericht des MDS zur „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ (MDS 2007) wird die Arbeit der ambulanten und stationären Pflegedienste bewertet, nicht jedoch die Arbeit der Angehörigen und ehrenamtlichen Helfer. Zwar wird auch die Arbeit der pflegenden Angehörigen regelmäßig begutachtet (Pflegequalitätssicherungsbesuche durch einen ambulanten Dienst), aber entsprechende amtliche Qualitätsberichte über die Pflege der ca. 980.000 Pflegebedürftigen, die ausschließlich von Angehörigen zu Hause versorgt werden (Statistisches Bundesamt 2007, S. 11), sind nicht vorgesehen.

Hier zeigt sich eine allgemeine soziale Struktur, die zugleich auch eine Geschlechterordnung repräsentiert: Die Pflege- und Sorgearbeit im häuslichen Bereich der Familie gilt in Deutschland als Privatsache, die den Staat prinzipiell nichts angeht, auch dann nicht, wenn er sie stark fördert und mitfinanziert (Grundsatz der Pflegeversicherung „ambulant vor stationär“). Da die Hauptverantwortung für die familiäre Pflege aber

überwiegend von Frauen wahrgenommen wird (1996: 83%, 2002: 73%; vgl. Schneekloth 2006a, S. 79), wird dieser damit weiterhin typisch weiblichen Tätigkeit die gesellschaftliche Wahrnehmung (und damit Anerkennung) entzogen. Dies gilt auch für die zunehmende Zahl an Männern, die als Hauptpflegepersonen agieren (2002: 27%, ebd.) – auch ihre „private“ Arbeitsleistung wird so strukturell „verweiblicht“. Auch die soziale Form der häuslich-familiären Pflege, d.h. das „Pflegearrangement“ zwischen Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und professionellen Diensten, entzieht sich der Logik der amtlichen Berichterstattung: Die Pflegestatistik ist in einem soziologischen Sinne „individualisiert“, insofern sie nur Pflegebedürftige und Pflegepersonen kennt, aber keine „Pflegebeziehung“; entsprechende Daten darüber liegen nicht vor.

### 2.3.2 Sozialwissenschaftliche Daten und Studien

Daten über die informelle Pflege- und Sorgearbeit von Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern sind aus den amtlichen Berichtsstatistiken der Pflegeversicherung also nur rudimentär zu erhalten. Dagegen hat es im vergangenen Jahrzehnt eine Reihe sozialwissenschaftlicher Erhebungen und Sonderauswertungen gegeben, aus denen differenziertere Erkenntnisse gewonnen werden können. Zunächst sind hier die Sonderberichte des Statistischen Bundesamtes zu nennen, die auf der Basis zusätzlicher Datenquellen pflegerelevante Auswertungen bieten. In enger Verbindung zur Pflegestatistik stehen zwei Sonderberichte über die „Lebenslagen der Pflegebedürftigen“, die mit den Daten der amtlichen Mikrozensus der Jahre 1999 und 2003 gerechnet wurden (Statistisches Bundesamt 2002, 2004). Der Untertitel des Berichtes von 2004 „Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung“ deutet darauf hin, dass hier ergänzende Daten zur amtlichen Pflegestatistik geliefert werden sollen (in der Pflegestatistik-Verordnung wurde auf die regelmäßige Berichterstattung zur Situation Pflegebedürftiger bekanntlich verzichtet). Entsprechend wird auch der verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff der Pflegeversicherung verwendet, um eine Vergleichbarkeit mit der Pflegestatistik herzustellen.

Diese Sonderberichte zur „Lebenslage der Pflegebedürftigen“ ermöglichen soziodemographische und sozialepidemiologische Aussagen zu pflegebedürftigen Personen in der ambulanten und der stationären Versorgung. Gegliedert nach Alter, Geschlecht und Grad der Pflegebedürftigkeit wurden dabei Art der Versorgung (zu Hause, in Heimen), Familienstand, Haushaltsgröße, Lebensunterhalt sowie Art und Umfang der Hilfen im täglichen Leben erfasst. Allerdings wurde nicht erhoben, wer in welchem Umfang diese Hilfen zum täglichen Leben leistet, so dass auch die haushaltsbezogenen Daten des Mikrozensus keine Aussagen zu familiär-häuslichen Pflegearrangements erlauben. Eine weitere Sonderstudie des Statistischen Bundesamtes hatte die Zeitverwendung von Haushaltsmitgliedern zum Thema (Statistisches Bundesamt 2003). In dieser repräsentativen Zeitbudgeterhebung 2001/2002 wurde auch nach informellen Hilfeleistungen für andere Personen gefragt, darunter Alten- und Krankenpflege für nicht im Haushalt lebende (Schwieger-)Eltern (ebd., S. 20). Interessant sind hier weniger die relativ undifferenzierten Daten zur häuslichen Pflegearbeit (weder die Partnerpflege noch die Pflege von im Haushalt lebenden Eltern teile wurde abgefragt), sondern vielmehr eine wichtige methodische Erkenntnis. So berichten Engstler, Menning, Hoffmann und Tesch-Römer (2004) in ihrem Teilbericht zur Zeitverwendung älterer Menschen, dass *„die sich aus den Tagebuchdaten ergebenden Zeitsummen für informelle Hilfeleistungen erheblich unter den Zeitsummen liegen, die die Befragten im Personenfragebogen angeben. (...) Während die Erfassung der informellen Hilfeleistungen aus den Tagebuchanschriften also zu einer gewissen Unterschätzung dieser Aktivitäten führt, birgt die Erhebung mittels retrospektiv gehaltener Fragen zum durchschnittlichen Wochenumfang während der vergangenen vier Wochen die Gefahr der Überschätzung des zeitlichen Engagements im Selbsturteil der Befragten.“* (Engstler u.a. 2004, S. 229 und 235)

Da alle wichtigen sozialwissenschaftlichen Studien zur Pflege und Versorgung älterer Menschen (siehe im Folgenden) auf solchen Retrospektivfragen basieren, sind die Grenzen dieser Erhebungsform bei Fragen zur Häufigkeit und zum zeitlichen Umfang von Aktivitäten immer

mit zu bedenken: Einerseits besteht die Gefahr der zeitlichen Überschätzung der geleisteten Aktivitäten, andererseits können einzelne Personengruppen, insbesondere Frauen und Männer, ein unterschiedliches Antwortverhalten zeigen.

Auch die folgenden Erhebungen teilen das grundlegende Manko, dass sie keiner regelmäßigen Berichterstattungspflicht unterliegen und daher häufig wenig zeitnah sind. Darüber hinaus verwenden sie unterschiedliche Operationalisierungen und Messverfahren, so dass sie untereinander kaum vergleichbar sind. Sie unterscheiden sich insbesondere darin, ob empirisch klar zwischen Pflege- und Hilfebedürftigkeit getrennt (wie in der MuG III-Studie) oder beides in einer Frage zusammengefasst wird (wie in den Alterssurveys), ob diese Zuordnungen anhand eigener Kriterien im Sinne des SGB XI erfolgen (MuG III) oder nur anhand der subjektiven Selbsteinstufung der Befragten (SOEP, Alterssurveys) und ob alle informellen Versorgungs- und Betreuungspersonen erfasst werden (Alterssurveys, SOEP) oder der Schwerpunkt auf die Hauptpflegepersonen gelegt wird (MuG III).

Den bislang umfassendsten Überblick zur häuslichen und stationären Versorgung von hilfs- und pflegebedürftigen älteren Menschen liefern die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendlichen geförderten Repräsentativuntersuchungen zu den Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung (MuG I-IV). Erstmals wurden die MuG-Studien in den Jahren 1991 zur Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Privathaushalten (Schneekloth, Pothoff 1993) und 1994 zur Versorgung in Heimen (Schneekloth, Müller 1997) durchgeführt. Die jeweiligen Nachfolgeprojekte zur häuslichen Pflege von 2002 (Schneekloth, Wahl 2005) und zur stationären Pflege von 2005 (Schneekloth 2006c) wurden methodisch so angelegt, dass eine zeitliche Vergleichbarkeit und damit Aussagen zu Entwicklungstendenzen möglich waren. Neben der zentralen Erhebung von Repräsentativdaten wurden ergänzend auch qualitative Befragungen und vertiefende Analysen zu Bedingungen und Konsequenzen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und zur Situation pflegender Angehöriger vorgenommen (Halsig 1995, 1998; Schneekloth, Wahl 2006).

Damit gehen die MuG-Studien in ihrem Informationswert zwar weit über die amtliche Berichterstattung und über die Mikrozensusdaten hinaus, können aber aufgrund der bislang jeweils nur zwei Erhebungen im Intervall von 11 Jahren nur sehr grobe Trendbeschreibungen liefern. Da zwischen den Erst- und Zweiterhebungen die Einführung der Pflegeversicherung lag, konnten aber fundierte Analysen zu deren Auswirkungen auf die Versorgung von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen realisiert werden. Auch in den MuG-Studien orientierte sich die Definition von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit an den Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes (vgl. Schneekloth 2006a). Der Grad des Hilfe- und Pflegebedarfs wurde über vorliegende Beeinträchtigungen bei der Ausübung von 24 Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL/IADL-Liste) eingeschätzt; zusätzlich zu den drei Stufen der Pflegebedürftigkeit wurde auch ein Hilfebedarf unterhalb dieser Schwellen gemessen („Pflegestufe 0“). Auch wenn der Schwerpunkt der MuG-Studien bei den Pflegebedürftigen lag, wurden ebenfalls Merkmale der Pflegepersonen erfasst, insbesondere der privaten Pflegepersonen (neben den professionellen Pflegekräften). Da lediglich „Hauptpflegepersonen“ erfasst wurden, wird die Gruppe der weiter beteiligten „Nebepflegepersonen“ in diesen Statistiken nicht berücksichtigt. Diese Konzentration auf Hauptpflegepersonen kann dazu führen, dass der von Männern geleistete Beitrag in der häuslichen Pflege, der häufig in der Unterstützung der weiblichen Hauptpflegeperson liegt, unterschätzt wird (Künemund 2001, S. 92–104; Schupp, Künemund 2004). Weiter wurde in der 2002 durchgeführten MuG III-Studie zur häuslichen Pflege als Ergänzung zu den Surveydaten zur Versorgung von rund 3.000 Hilfe- und Pflegebedürftigen auch eine Zusatzstudie zu häuslichen Hilfs- und Pflegearrangements durchgeführt. Allerdings sind auch hier die pflegebedürftigen Frauen und Männer Bezugspunkt der Befragung, so dass die überaus wichtigen Daten zu Art und Umfang der erhaltenen Leistungen lediglich auf die gepflegte Person als Durchschnittswerte umgerechnet werden. Dazu wurden die Zeitbudgets von (nur!) 84 pflegebedürftigen Personen erhoben, d.h. es wurde abgefragt, welche Personen in welchem zeitlichen Umfang welche Dienstleistungen (u.a.

Pflege, medizinisch-therapeutische Behandlung, hauswirtschaftliche Versorgung, soziale und emotionale Unterstützung) für die gepflegte Person erbracht haben (Heinemann-Knoch u.a. 2006a, 2006b).

Aufgrund dieser methodischen Anlage sind keine direkten Vergleiche zwischen der Leistungserbringung von männlichen und weiblichen Pflegepersonen möglich. Zudem ist hier wie auch in der Hauptbefragung die statistische Aufgliederung der Hauptpflegepersonen nach Beziehung und Geschlecht unvollständig: Während zwischen Vater und Mutter sowie (Schwieger-)Töchtern und (Schwieger-)Söhnen differenziert wird, werden (Ehe-)Partner, Enkelkinder, weitere Verwandte und Freunde, Nachbarn und Bekannte, nicht nach Geschlecht getrennt betrachtet (ebd. S. 153 f.; Schneekloth 2006a, S. 79). Dieses Manko ist ein Indiz dafür, dass die Frage nach sozialen Geschlechterstrukturen in der Pflege und Versorgung älterer Menschen innerhalb der MuG-Studien keine Rolle spielt; vielmehr findet eine pflegewissenschaftlich und arbeitspsychologisch eingeschränkte Betrachtung der geleisteten Pflegequalität und der gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen bei der Ausübung von Pflegearbeit statt.

Die beiden repräsentativen Alterssurveys von 1996 (Kohli, Künemund 2000) und von 2002 (Tesch-Römer, Engstler, Wurm 2006), in denen jeweils über 3.000 40 bis 85 Jahre alte Personen aus Ost- und Westdeutschland befragt wurden, lassen in ihrem Frageteil zu familiären bzw. ehrenamtlichen Hilfe- und Pflegetätigkeiten offen, ob sich eine Person als Haupt- oder Nebepflegeperson ansieht (dies wurde im Alterssurvey 2002 erst in einem zweiten Schritt erhoben). Aufgrund der leicht unterschiedlichen Formulierung und Anordnung der Fragen im Fragebogen mit abweichenden vorgängigen Filterfragen sind die Antworten der beiden Studien nur grob vergleichbar, lassen jedoch genauere Rückschlüsse auf die Pflegeaktivitäten von Männern, die häufig eine unterstützende (Neben-)Pflege leisten, zu (vgl. Künemund 2001, 2006). Zwar sind mit den beiden Alterssurveys Aussagen über den zeitlichen Umfang der geleisteten Unterstützung möglich, nicht aber über ihre Art, da Betreuungs-, Hilfe- und Pflegetätigkeiten in einer Frage zusammen-

gefasst wurden. Diese Vor- und Nachteile gelten ebenfalls für die entsprechende Frage im Sozio-ökonomischen Panel (SOEP), die sich auf die pro Werktag in Stunden geleistete Versorgungs- und Betreuungsarbeit für pflegebedürftige Personen richtete (Schupp, Künemund 2004). Schließlich findet sich auch in der international vergleichenden SHARE-Studie (Health, Ageing and Retirement in Europe; vgl. Börsch-Supan u.a. 2005), die ca. 3.000 Befragte über 50 Jahre in der deutschen Teilstudie umfasst, eine vergleichbare Fragestellung (Stuck 2007). Die Aussagekraft ist hier ebenfalls eingeschränkt, schon aufgrund der Nichtberücksichtigung der unter 50jährigen. Zudem wurden zwei Fragen gestellt, und zwar nach der „Betreuung eines kranken oder behinderten Erwachsenen“ („Pflege“) und nach der geleisteten „Hilfe für Familienmitglieder, Freunde oder Nachbarn“ („informelle Hilfe“), die im Fall der familiären Pflege größere Überschneidungsbereiche aufweisen und semantisch nicht eindeutig auf die beabsichtigten Kategorien „Pflege“ bzw. „informelle Hilfe“ hinweisen. Schließlich wurde der zeitliche Umfang nur sehr grob mit „fast jeden Tag“, „fast jede Woche“ und „weniger häufig“ abgefragt. Auch hier ist eine differenzierte Betrachtung von Art und Umfang der geleisteten Tätigkeiten nicht möglich; Aussagen zu Geschlechterdifferenzen sind daher nur mit Vorsicht zu genießen.

Schließlich beschäftigen sich einige aktuelle Studien mit den spezifischen persönlichen Belastungen, die mit der familialen Pflege und Betreuung älterer Menschen verbunden sind, und dem daraus resultierenden Bedarf an wohlfahrtsstaatlichen Unterstützungsangeboten. Die Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER) untersucht an einer Ausgangsstichprobe von 888 pflegenden Angehörigen Unterschiede in der pflegebedingten psychophysischen und sozialen Belastung, differenziert nach Geschlecht, verwandtschaftlicher Beziehung und Stadium der Demenzerkrankung (Zank, Schack 2007). Die stresspsychologische Ausrichtung der Studie bedeutet zwar einen auf die individuelle Ebene eingeschränkten Blick auf die Problematik pfle-

gender Angehöriger, bietet aber dennoch wichtige Erkenntnisse für geschlechterspezifische Unterschiede im Umgang mit Pflegeanforderungen.

Dagegen ist die „Eurofamcare“-Studie zur Situation pflegender Angehöriger in 23 europäischen Ländern stärker sozialstrukturell ausgerichtet, indem sie neben den psychophysischen und sozialen Belastungen der Pflegenden auch die national unterschiedliche Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Entlastungsmaßnahmen im Bereich der familialen Pflege untersucht. Dabei wurden zum einen 23 nationale Hintergrundberichte zur familialen Pflege erstellt (für Deutschland vgl. Meyer 2006); zum anderen wurden in sechs europäischen Ländern (Deutschland, Griechenland, Italien, Polen, Schweden, Vereinigtes Königreich), die unterschiedliche Wohlfahrtssysteme und Care-Regimes repräsentieren, je ca. 1.000 pflegende Angehörige von älteren Menschen interviewt (vgl. Lamura u.a. 2006; Lüdecke u.a. 2006). Zuletzt untersuchen auch die EU-Projekte „CARMA“ (Care for the Aged at Risk of Marginalization) und „OASIS“ (Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity) die Rolle der Familie bei der Pflege und Versorgung älterer Menschen im Kontext der unterschiedlichen Wohlfahrtssysteme. Bei CARMA (vgl. Theobald 2006a, 2008) sind allerdings die nationalen Stichproben mit ca. 100 Befragten zu klein, um repräsentative Aussagen zur Situation pflegender Männer und Frauen und zur Struktur von Pflegearrangements treffen zu können, während bei OASIS (vgl. Tesch-Römer u.a. 2002) diese Fragestellung ganz fehlt – hier wurden nur die Konsequenzen für die Lebensqualität der betreuten älteren Menschen erforscht. Aus methodischer Sicht sind auch die letztgenannten Pflege- und Versorgungsstudien problematisch, da sie wie die meisten repräsentativen Surveys vom Konstrukt einer „Hauptpflegeperson“ ausgehen und keine inhaltliche Aufgliederung der verschiedenen Betreuungs-, Pflege- und Unterstützungsleistungen, die von Frauen und Männern geleistet werden, bieten.



## 2.4 Eckdaten zur Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Der folgende statistische Überblick zur Pflegebedürftigkeit soll verdeutlichen, wie viele pflegebedürftige Frauen und Männer im Sinne des SGB XI es in Deutschland gibt, auf welche Art ihre Versorgung und Betreuung erfolgt und welche Alters- und Geschlechterunterschiede dabei zu beobachten sind. Als Datengrundlage wird die alle zwei Jahre erhobene Pflegestatistik des Bundes nach § 109 SGB XI verwendet, die das letzte Mal im Jahr 2007 mit Daten aus dem Berichtsjahr 2005 veröffentlicht wurde (Statistisches Bundesamt 2007). Ebenfalls herangezogen wird ein aktueller Datenreport des „Deutschen Zentrums für Altersfragen“ (DZA) zu „Alter und Pflege“ (Hoffmann und Nachtmann 2008), der eine Sonderauswertung der amtlichen Pflegestatistiken der Jahre 1999, 2001, 2003 und 2005 auf der Basis eines Scientific Use Files mit Mikrodaten zu Leistungsempfänger(inne)n präsentiert.<sup>1</sup>

### 2.4.1 Pflegebedürftige im Sinne der Pflegeversicherung

Im Jahr 2005 gab es in Deutschland 2,13 Millionen Menschen, die im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftig waren. Gegenüber 1999 ist das eine Zunahme von ca. sechs Prozent, dennoch blieb der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung mit 2,6 Prozent relativ stabil (Pflegequote 1999: 2,5 Prozent). Mehr als vier von fünf Pflegebedürftige sind mindestens 65 Jahre alt (2005: 82%), ein Drittel der Pflegebedürftigen ist gar 85 Jahre und älter (2005: 33%). Die große Mehrheit der Pflegebedürftigen ist mit einem Anteil von über zwei Dritteln (68%) weiblich. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit steil an (vgl. Kap. 2.1): Von den 70- bis unter 75jährigen waren 2005 nur

4,9% pflegebedürftig, während der Anteil der Pflegebedürftigen in der Altersgruppe der 90- bis unter 95jährigen bei 61% lag. Das Pflegerisiko von Frauen unterscheidet sich bis zum 75. Lebensjahr nicht wesentlich von demjenigen der Männer, steigt danach aber im Vergleich deutlich stärker an: Ungefähr ab dem 80. Lebensjahr sind Frauen wesentlich häufiger pflegebedürftig als Männer. So liegt bei den 90- bis unter 95jährigen Frauen die Pflegequote mit 66% deutlich höher als bei den gleichaltrigen Männern, die auf 44% kommen.

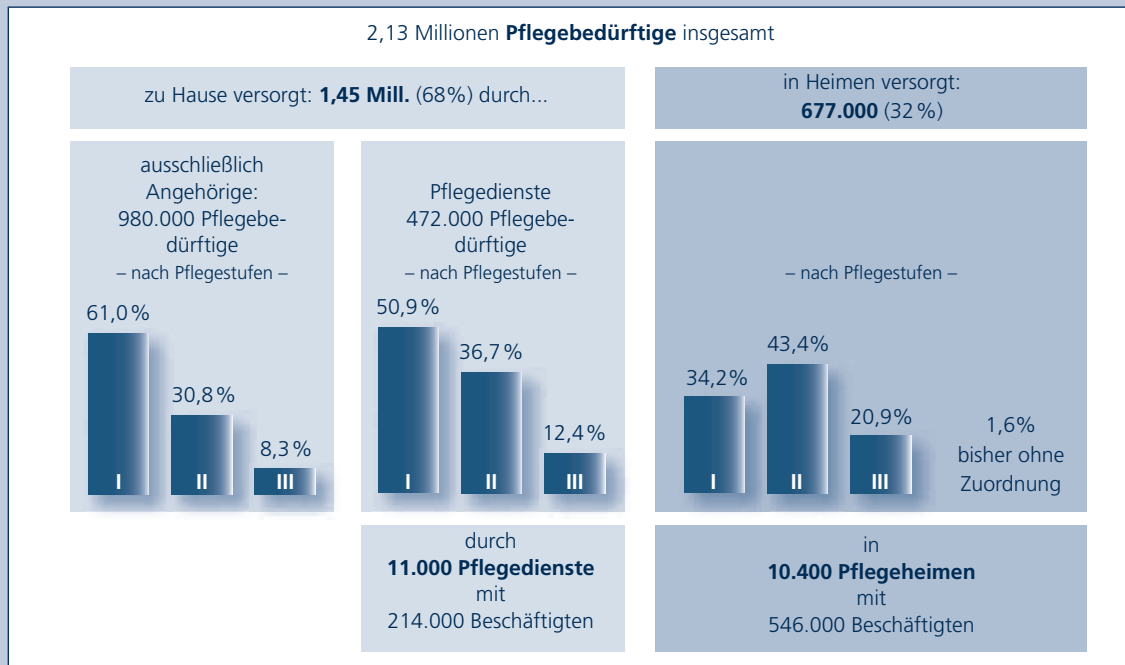
Frauen stellen also nicht nur bei den Pflegenden, sondern auch bei den Pflegebedürftigen die quantitative Mehrheit dar. Wie sind diese geschlechterspezifischen Unterschiede zu erklären? Hoffmann und Nachtmann (2008) erklären den höheren Anteil pflegebedürftiger Frauen mit der Tatsache, dass Frauen länger leben und der Pflegebedarf mit höherem Alter kontinuierlich ansteigt. Die höhere Lebenserwartung von Frauen begründe aber noch nicht, warum alte Frauen ein höheres Pflegerisiko aufweisen als Männer. Hierfür werden geschlechtsspezifische Krankheitsbilder und Gesundheitsbedingungen verantwortlich gemacht, aber auch die höheren Verwitwungsraten von Frauen und ein spezifisch weibliches Inanspruchnahmeverhalten, das bei alten Frauen zu einer schnelleren und häufigeren Beantragung einer Pflegestufe führen könne (ebd., S. 11 f.).

### 2.4.2 Aufteilung auf unterschiedliche Versorgungsarten

Wie verteilen sich die insgesamt 2,13 Millionen Pflegebedürftigen auf die unterschiedlichen Versorgungsformen? Abbildung 1 verdeutlicht, dass die häuslich-familiäre Betreuung pflegebedürftiger Personen, die teilweise durch ambulante Dienste unterstützt wird, in Deutschland die dominierende Versorgungsform ist.

<sup>1</sup> Die Daten der Pflegestatistik des Bundes nach § 109 SGB XI weichen geringfügig von den Zahlen ab, die von den Pflegekassen als Geschäftsstatistik übermittelt werden (z.B. BMG 2008a und 2008b). Für 2005 weist die amtliche Pflegestatistik rund 60.000 (= 3%) mehr Pflegebedürftige aus als die Geschäftsstatistiken der sozialen und der privaten Pflegeversicherung (SPV, PPV), wofür methodische Unterschiede der Datenerhebung verantwortlich sind (siehe Statistisches Bundesamt 2007, S. 27 f.).

Abbildung 1:

**Pflegebedürftige und ihre Versorgung im Jahr 2005 – „Eckdaten“ Pflegestatistik 2005**

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007, S. 11

Nach der Pflegestatistik 2005 wurden mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen (68%) zu Hause versorgt (vgl. zum Folgenden Statistisches Bundesamt 2007, S. 4 f.). Eine Zweidrittelmehrheit der häuslich Gepflegten (980.000) wurde zudem ausschließlich durch Angehörige (zu denen auch Nachbarn und Bekannte gehören können) versorgt, nur eine Minderheit (472.000) nahm teilweise oder vollständig die Hilfe von ambulanten Pflegediensten in Anspruch. Ungefähr ein Drittel aller Pflegebedürftigen (677.000 = 32%) befand sich 2005 dauerhaft in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim). Betrachtet man die häusliche, die ambulante und die stationäre Versorgung zusammen, so erfolgte in fast der Hälfte aller Fälle (46%) die Versorgung einer pflegebedürftigen Person ausschließlich durch Angehörige oder Verwandte, ohne Unterstützung durch professionelle Pflegekräfte aus dem ambulanten oder stationären Sektor. Der Frauenanteil wie auch der Altersdurchschnitt bei den Versorgten

ist in Pflegeheimen deutlich höher als in der häuslichen Pflege: 2005 waren von den zu Hause Versorgten 63% Frauen, im Heim dagegen bereits 77%. Dies liegt am höheren Durchschnittsalter der Heimbewohner und dem mit höherem Alter ansteigenden Anteil alleinlebender Frauen: Von den Heimbewohnern war ungefähr die Hälfte (46%) 85 Jahre und älter, bei den zu Hause Versorgten waren dies lediglich mehr als ein Viertel (27%). Hinsichtlich der Pflegestufe gilt, dass Schwerstpflegebedürftige eher im Heim versorgt werden: Der Anteil der Pflegebedürftigen in der höchsten Pflegestufe III betrug im Heim 21%, bei den zu Hause Gepflegten nur 10%.

Das deutsche Care-System kann schon aufgrund des hohen Anteils der familiär getragenen häuslichen Pflege als familialistisch bezeichnet und dem Typus des konservativen Wohlfahrtsregimes nach Esping-Andersen (1990) zugerechnet werden (dazu ausführlich Kapitel 3). Allerdings gibt es auch Anzeichen für einen Trend zur pro-



professionellen Pflege durch ambulante Dienste und in Pflegeheimen:

„Im Vergleich zu 1999 beträgt der Anstieg in den Heimen 18,0% (+ 103.000); bei den ambulanten Pflegediensten 13,5% (+ 56.000) und der Rückgang bei den Pflegegeldempfängern 4,6% (- 47.000). Durch diese Entwicklung sank auch der Anteil der zu Hause Versorgten von 71,6% im Jahr 1999 über 69,2% (2003) auf nun 68,2%.“ (Statistisches Bundesamt 2007, S. 4)

Inwiefern sich in diesen Zahlen tatsächlich auch eine Wende zu einem anderen Pflegeverständnis abbildet, kann rein statistisch nicht geklärt werden. Schließlich kann die höhere Versorgungsrate von pflegebedürftigen Personen in Heimen auch eine rein demographische Folge der höheren Anteile an hochaltrigen schwerpflegebedürftigen Frauen und Männern in der Gesamtbevölkerung sein.

## 2.5 Fazit: Die Sorge- und Pflegearbeit in Deutschland und ihre Messung aus der Genderperspektive

Welches genderanalytische Fazit kann hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen der Pflege und Betreuung älterer Menschen in Deutschland einschließlich der zur Verfügung stehenden Daten gezogen werden? Zunächst hat die eingehende Betrachtung der Pflegeversicherung und der kürzlich verabschiedeten Pflegereform sehr deutlich gezeigt, dass in Deutschland weiterhin die Familie als Hauptort für die Pflege und Betreuung älterer Menschen im Sinne des Subsidiaritätsprinzips angesehen wird. Dies zeigen auch die Daten der Pflegestatistik 2005, die eindeutig belegen, dass die familiär-häusliche Betreuung pflegebedürftiger Personen die dominierende Versorgungsform in Deutschland darstellt. Das deutsche Care-System entspricht also weiterhin dem familialistischen Typus eines „konservativ-korporatistischen Wohlfahrtsregimes“ nach Esping-Andersen (1999), das die Hauptlast der Pflege- und Betreuungsarbeit den meist weiblichen Familienmitgliedern aufbürdet und primär in Unterstützungsangeboten für informelle Pflegearrangements

investiert (zu Gender- und Care-Regimes vgl. ausführlich Kap. 3.3).

Strukturell bleibt die bundesdeutsche Sozial- und Familienpolitik zumindest im Feld der Altenhilfe einem familialistischen Leitbild verhaftet, das kaum mit dem von der EU geforderten Doppelernährermodell zu vereinbaren ist (das selbst wiederum problematisch ist, insofern es nur die berufliche Erwerbsarbeit, nicht aber die familiäre Sorgearbeit in den Blick nimmt). Schon der sozialversicherungsrechtliche und sozialstatistische Begriff der „Hauptpflegeperson“ deutet auf die Komplementarität eines traditionell männlichen „Hauptnährers“ mit einer traditionell weiblichen „Hauptpflegerin“ hin. Hier zeigt sich schon begrifflich die von Backes (1999) beschriebene „hierarchische Komplementarität“ von Männern und Frauen: Während Männer vorwiegend als Nebenpflegepersonen angesehen werden, die ihre Unterstützungstätigkeit neben ihrer beruflichen Haupttätigkeit ausüben, wird Frauen die Hauptverantwortung für die familiäre Care/Sorge-Arbeit zugeschrieben und ihre berufliche Tätigkeit im Zweifel als nachrangig angesehen (vgl. dazu ausführlich Kap. 4).

Wie gesehen, unterstützen auch die amtlichen Statistiken dieses familialistische Modell, indem sie lediglich Daten zu den gepflegten Pflegeversicherten und den professionellen Pflegediensten und -einrichtungen regelmäßig und verpflichtend erheben, nicht aber zu den familiären Pflegepersonen – die damit amtlich unsichtbar gemacht werden. Schließlich reproduzieren auch viele sozialwissenschaftliche Surveys und Studien das Familien- und Geschlechtermodell der Pflegeversicherung, insofern sie die Konzepte und Definitionen der Pflegeversicherung zu Pflegestufen und Pflegepersonen verwenden, die eine starke Trennung von formeller und informeller Pflege implizieren, und auf eine genauere Betrachtung von Art und Umfang der geleisteten informellen Betreuung und Unterstützung einschließlich der dabei zu Tage tretenden Pflegearrangements verzichten. Schließlich gilt für die meisten sozialwissenschaftlichen Pflegeuntersuchungen, dass sie wenig geschlechtersensibel sind. Obwohl es Standard ist, Forschungsergeb-

nisse getrennt nach Geschlecht aufzugliedern und auf statistische Zusammenhänge mit anderen Kategorien hin zu untersuchen, verzichten die meisten empirischen Studien auf eine tiefergehende Analyse von Geschlechterverhältnissen und -beziehungen. Für sie trifft zu, was Toni Calasanti (2004) für den Umgang mit „Geschlecht“ in der gerontologischen Forschung geschrieben hat: Zwar werde „Geschlecht“ durchaus eine Rolle in der Forschung zugestanden, aber (wenn überhaupt) dann vorwiegend nur als sta-

tistisch-demographisches Unterscheidungsmerkmal und nicht als fundamentales gesellschaftliches Organisationsprinzip. Die Genderperspektive erschöpfe sich daher meist auf die „sozialen Probleme von Frauen“, während die grundlegenden Beziehungs- und Machtverhältnisse zwischen den Geschlechtern und ihre Verbindung mit anderen sozialen Ungleichheitskategorien wie Schichtzugehörigkeit, Nationalität oder Hautfarbe kaum thematisiert würden (vgl. auch Backes 2005b, 2006b).

### 3. Pflege und Sorge als geschlechtlich konnotierte Tätigkeiten

Geschlecht und Pflege/Sorge sind miteinander verwobene Kategorien, die im Folgenden genauer betrachtet werden sollen. Miers schreibt in ihrer Monographie zu „Sexus und Pflege“, dass „Männer und Frauen, die in der Pflege arbeiten, (...) tagtäglich mit den Tücken und Schwierigkeiten kultureller Annahmen über die Geschlechter, über die Pflege und über die Arbeit der Pflegenden leben“ müssen (Miers 2001, S. 30). Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen stellt die grundsätzliche Klärung des Begriffs Geschlecht dar, wie er heute gefasst wird. Darauf aufbauend werden wesentliche kulturelle Annahmen über Geschlecht expliziert und Begrifflichkeiten sowie Konzepte dargestellt, die zum Teil dazu genutzt werden, Zusammenhänge von Geschlecht und Pflege bzw. Sorge zu erschließen. Wesentlich ist dabei auch die Klärung, wie Care/Sorge in Abgrenzung zu Pflege für diese Expertise genutzt wird.

#### 3.1 Bedeutungen von Geschlecht im Kontext von Pflege und Sorge

##### 3.1.1 Geschlechterzuschreibungen und Geschlechterdifferenzen

Basierend auf der kulturell als „natürlich“ angenommenen Zweigeschlechtlichkeit (biologisches Geschlecht oder „sex“) wird Geschlecht im Alltag (re-)konstruiert und mit spezifischen Bedeutungen versehen. „Gender“ (soziales Geschlecht) erfasst die dabei wirksamen sozialen Zuschreibungen, Verknüpfungen, Differenzierungen, Hierarchisierungen und Selbstdefinitionen im Sinne von kognitiven und symbolischen Konstruktionen. Das soziale Geschlecht wird kulturell und historisch geformt, ist damit prinzipiell veränderlich und bezieht sich auf alles, was direkt oder indirekt mit Geschlecht verknüpft wird. Die

„Wirklichkeit“ des Geschlechts wird durch Menschen kognitiv und in ihrem unbewussten Tun ständig rekonstruiert und bildet den definitiven Rahmen, in dem eine sinnvolle Identität entwickelt werden kann, und in dem diese mit anderen in einer gegebenen Gemeinschaft auf der subjektiven Handlungsebene hergestellt und inszeniert wird („doing gender“; vgl. West, Zimmermann 1987; Villa 2006). Über diese in die kulturelle Annahme der Zweigeschlechtlichkeit eingelagerten Geschlechterdarstellungen und -zuschreibungen werden Differenzen zwischen den Geschlechtern hergestellt und gleichzeitig beide Geschlechter in ein komplementäres Verhältnis zueinander gesetzt.

##### 3.1.2 Geschlechterverhältnisse und Geschlechterhierarchien

Die Geschlechterverhältnisse wirken dabei wie bereits erwähnt weit über die Ebene des direkten Geschlechts hinaus:

*„Unter einem Geschlechterverhältnis ist das Ensemble von Arrangements zu verstehen, in denen Frauen und Männer durch Formen der Arbeitsteilung, soziale Abhängigkeitsverhältnisse und Austauschprozesse aufeinander bezogen sind. In diesem Ingesamt wird ihnen durch Abgleichung ihrer soziokulturellen Wertschätzung gesellschaftlicher Status und soziales Ansehen zugemessen. Der Modus dieser Relationalität, der angesichts sozialer Ungleichheitslagen zwischen den Genus-Gruppen auf zentralen Ebenen gesellschaftlicher Partizipation (Verteilung von bezahlter und unbezahlter, hoch dotierter und niedrig vergüteter Arbeit, soziale Sicherung, Prestige, Macht) als nicht egalitär zu charakterisieren ist, strukturiert private Lebenswelten, den Arbeitsmarkt, das Beschäftigungssystem, kulturelle Öffentlichkeiten und politische Arenen.“* (Becker-Schmidt 2004, S. 66)

Geschlecht wirkt demnach als soziale Kategorie über den gesamten Lebenslauf hinweg und

führt zu „geschlechtsspezifischen Vergesellschaftungsformen“ von Frauen und Männern, in Abhängigkeit von den jeweils geltenden historisch-kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Die Lebenslage stellt sich dabei als wesentlicher Einflussfaktor für die Ausgestaltung der geschlechtsspezifischen Vergesellschaftung über den Lebens(ver)lauf und die konkrete Ausgestaltung der „hierarchischen Komplementarität der Geschlechterverhältnisse“ (Backes 1999, vgl. auch Backes 2007) dar. Man kann in diesem Zusammenhang auch von einer „Kumulation der objektiven und subjektiven geschlechtsspezifisch hierarchischen Lebenslage“ (ebd.) im Lebens(ver)lauf sprechen. Diese Kumulation zeigt sich nicht nur in Form von eindeutigen Vorteilen und Benachteiligungen, sondern zeichnet sich durch Vielfalt und Gleichzeitigkeit von geschlechtsspezifischen Risiken und Chancen (im Alter) aus. Mithilfe dieses Konzeptes lassen sich die Risiken und Chancen geschlechtsspezifischer Vergesellschaftung und ihre Wirkung auf die objektive und subjektive geschlechtsspezifische Lebenslage erschließen, beispielsweise indem die Folgen der Berufswahl (z.B. eines Berufes, der als typischer Frauenberuf gilt) oder die Folgen von Statuspassagen und biographischen Entscheidungen (z.B. der Übernahme von familiärer Sorgearbeit) aus der Lebensverlaufsperspektive analysiert werden können.

Bourdieu (1982, 2005) führt mit seiner Theorie des Habitus, dem Konzept des korporalen Kapitals und seinen Ausführungen zur symbolischen (männlichen) Herrschaft weitere notwendige Werkzeuge ein, die zum Verständnis der über Geschlecht und Körper vermittelten Konnotationen von Pflege angewandt werden können. Der Habitus wird als Inkorporation der gesellschaftlichen Wechselbeziehungen, Normen, Logiken und Muster definiert. Er bildet sich über den Lebenslauf hinweg, durch die Teilhabe an sich überlappenden und dennoch unterscheidenden sozialen Räumen und Feldern und innerhalb der jeweiligen Schicht- bzw. Klassenlage. Der Zugang zu den sozialen Feldern wird dabei nicht nur über die Triade Beruf, Einkommen und (Aus-)Bildung geregelt. Nebenmerkmale und die damit zusammenhängenden Bedeutungskon-

struktionen, beispielsweise bezüglich Geschlecht oder Alter, können „im Sinne unterschwelliger Anforderungen, als reale und doch nie förmlich genannte Auslese- oder Ausschließungsprinzipien funktionieren“ (Bourdieu 1982, S. 176f).

Nach Bourdieu (2005, S. 22) dient die Sozialkategorie Geschlecht als Behälter für vergeschlechtlichte Interpretations- und Einteilungsprinzipien. Als Einteilungsprinzip erscheint die Zweigeschlechtlichkeit völlig natürlich, aber sie basiert auf einer mythischen Sicht der Herrschaft des Männlichen über dem Weiblichen und durchdringt subtil die soziale Realität. Damit verbundene Hierarchisierungen beschränken sich nicht nur auf die Geschlechtereinteilungen in Mann und Frau, sondern auch auf (unbewusst) damit verknüpfte soziale Felder, Gegenstände und Tätigkeiten. Diese meist unbewusst wirksamen Prinzipien äußern sich, indem beispielsweise Berufe, Tätigkeiten, Verantwortlichkeiten für soziale Räume (z.B. privat/öffentlich) oder auch die Zuschreibung bestimmter Fähigkeiten, Begabungen und Kompetenzen geschlechtstypisch begründet scheinen. Die zugeschriebenen Dispositionen treffen dabei häufig harmonisch mit der Position der Betroffenen zusammen, so dass sie durch ihre Erfüllung unbewusst zur Verfestigung der fundamentalen Geschlechterdichotomie beitragen. Diese androzentrische Sicht lässt sich historisch und kulturell bis zu Descartes und Platon zurückverfolgen, als wesentliche Vertreter der dualistischen Weltansicht, in der der Geist (= männlich) als dominierend über den Körper (= weiblich) definiert wird (siehe dazu auch Fausto-Sterling 2002, S. 20; Gildemeister 2001, S. 74; Uschok 2005, S. 324). Sowohl Alter als auch Pflege sind, so die Folgerung, eng mit dem Körper verknüpft und weiblich konnotiert. Die direkte körperliche Pflege und das „Vierte Alter“ werden deshalb im öffentlichen Diskurs weitgehend tabuisiert. Sie werden dem privaten und weiblichen Raum zugeordnet (vgl. Wolfinger 2006; Backes 2008).

Entstanden in der Männerforschung, wird das Konzept der „hegemonialen Männlichkeit“ (Connell 1995) vor allem in Bezug auf seine Reichweite inzwischen kontrovers diskutiert. Nach Meuser und Scholz (2005, S. 212) kann hegemoniale Männlichkeit definiert werden als

„ein generatives Prinzip der Konstruktion von Männlichkeit (...) das sich gleichermaßen, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, sowohl in perfekten Verkörperungen hegemonialer Männlichkeit (so es diese überhaupt gibt) als auch in den sehr viel häufiger verbreiteten untergeordneten Männlichkeiten auffinden lässt.“ Somit erfolgt die sich verändernde Konstruktion der hegemonialen Männlichkeit in sozialen Praktiken durch die Abwertung und Unterordnung sowohl von Frauen als auch von „untergeordneten Männlichkeiten“ (weit untergeordnet sind homosexuelle Männer) (vgl. Reimann, Backes 2006). Diese soziale Überlegenheit ist eingebettet in (oben bereits angedeutete) weit reichende differenzierende kulturelle Prozesse und beruht in einem hohen Maß auf Konsens. Hegemonie entsteht nicht zufällig, sondern ist das Resultat von erfolgreich angewendeten Strategien zur umfassenden Unterordnung von Frauen unter Männer. Unterschiedliche Interessen, die mit dem herrschenden Modell weitgehend übereinstimmen, werden von großen Gruppen von Männern in einer patriarchal organisierten Gesellschaft mobilisiert. Auch wenn das hegemoniale Männlichkeitsmodell für die Männer in der Regel unerreichbar bleibt, profitieren alle davon, weil sich die männliche Dominanz über Frauen institutionalisiert. Der männliche Machtvorteil wird als „patriarchale Dividende“ bezeichnet und begründet sich dadurch, dass sich verschiedene Männlichkeitsformen in ihrem Machtverhältnis gegenüber Frauen „einigen“. Unterschiedliche Modelle von Männlichkeit sind hierarchisch angeordnet und es gibt eine männliche „Koalition“ gegenüber Frauen, die allen Männern die Teilhabe an der hegemonialen Männlichkeit ermöglicht (Männerforschungskolloquium Tübingen 1995, S. 51).

### 3.2 Bedeutungen von Sorge und Pflege

Auf Basis dieser ersten begrifflichen Klärungen zu Geschlecht wird im Folgenden nachvollzogen, wie Sorge (Care) und Pflege definiert und als Konzepte voneinander abzugrenzen bzw. miteinander zu verknüpfen sind.

#### 3.2.1 Care als primär häuslich-private Tätigkeit von Frauen

„Care“ als Konzept und Begriff wurde ausgehend von den USA ab den 1980er Jahren diskutiert. Als Auslöser kann die in den 1970er Jahren geführte Debatte zu „Haus(frauen)arbeit“ gelten (siehe zur Historie: Eckart 2004). In der Diskussion um die Würdigung all jener Bereiche, Tätigkeiten und Bemühungen, die kulturell als weiblich konstruiert sind und damit dem privat organisierten Bereich zugeordnet werden, kommt der Frauen- und Geschlechterforschung eine wesentliche Rolle zu. Ostner und Beck-Gernsheim (1979) haben als Vorreiterinnen den Zusammenhang von Geschlecht und Arbeit anhand des Pflegeberufes in Westdeutschland untersucht. Sie kamen zu Ergebnissen, die verdeutlichen, wie vielschichtig sich die auf der Geschlechterdichotomie basierende Hierarchisierung äußert: Der Pflegeberuf weist zum einen eine große Nähe zur Hausarbeit auf und zum anderen entwickelte er sich historisch als notwendige Ergänzung zur männlich dominierten klinischen Medizin. Für Fähigkeiten, die in hausarbeitsnahen Tätigkeiten enthalten sind, fand Ostner die Bezeichnung des „weiblichen Arbeitsvermögens“. In ihrer gemeinsamen Studie distanzieren sich Ostner und Beck-Gernsheim (1979) zwar von dieser Bezeichnung, hielten aber aufgrund ihrer empirischen Ergebnisse an dem darin gefassten differenztheoretischen Sachverhalt fest (vgl. auch Emshoff 2000, S. 78; Ostner 2002).

Der Begriff des „weiblichen Arbeitsvermögens“ ging in die kritische Diskussion um die geschlechtsspezifische Zuschreibung bestimmter Tätigkeitsfelder in die Genderforschung ein. Eine grundlegende Annahme des „weiblichen Arbeitsvermögens“ ist, dass Beruf und Hausarbeit als Arbeitsformen idealtypisch gegenübergestellt sind. In den typischen „Frauenberufen“ treffen die – aufgrund gesellschaftlicher Zuschreibung – entsprechend entwickelten Arbeitsvermögen und die Anforderungen sowie Merkmale der Arbeit aufeinander. Zielrichtung der differenztheoretischen Argumentation ist dabei, das „Weibliche“ aufzuwerten, um so zu einer höheren Wertschätzung und besseren Entlohnung der Arbeit zu ge-



langen. Wesentliche Kritikpunkte daran sind, dass eine tendenziell biologistische Sichtweise auf Geschlecht und die daraus resultierenden Differenzen vorherrscht, denn es wird nicht hinterfragt, wie das Weibliche und die vermeintlich „natürlich“ darin eingelagerten Fähigkeiten hergestellt werden. Durch die Betonung des Weiblichen wird die Differenz aufrechterhalten, anstatt sich daraus zu lösen. Außerdem bietet der Ansatz des „weiblichen Arbeitsvermögens“ keine geeigneten Instrumente, um beispielsweise Ambivalenzen zu erfassen, die sich in der als typisch weiblich geltenden „doppelten Vergesellschaftung“ oder in der Berufswahl von Männern in der Pflege äußern können (vgl. Gildemeister und Wetterer 1992, S. 218 ff.; Stiegler 1998, 1999, 2004; Emshoff 2000, S. 78). Überdies trägt die Vorstellung, dass Angehörigenpflege bzw. spezifische Tätigkeiten in der beruflichen Pflege, die mit Intuition, Empathie etc. verknüpft werden, in den Bereich eines natürlichen „weiblichen Arbeitsvermögens“ (Ostner) fallen, zur Ansicht bei, dass sie deshalb keiner Kompetenzentwicklung oder adäquaten Entlohnung bedürfen (vgl. Backes, Wolfinger, Amrhein 2008). Die Bewertung von Sorge/Care als einer weiblichen Tätigkeitsform kann schließlich dazu führen, dass die „atypische“ Sorgearbeit der privat wie beruflich pflegenden Männer gering geschätzt wird, obwohl sie eine auch quantitativ bedeutsame Minderheit darstellen (vgl. Senf 1995; Sowarka, Au, Flascha 2004; Hammer, Bartjes 2005).

Wird heute der Begriff Sorge/Care im feministischen Sinne verwendet, steht die Berücksichtigung der Gesamtheit von Sorgearbeit als Teil der wirtschaftlichen Leistungserbringung im Mittelpunkt. Care-Arbeit/Sorge wird dann bezogen auf Arbeit in Haushalten und in personenbezogenen Dienstleistungsberufen untersucht (vgl. Theobald 2006b). Dazu zählen Hausarbeit, bezahlte Betreuung-, Pflege- und Erziehungsarbeit, aber auch der gesamte Komplex der als typisch weiblich geltenden Tätigkeiten wie beispielsweise das soziale Ehrenamt (vgl. Young 2001; Backes 2006a; Stiegler 2007). Grundsätzlich bietet der Diskurs zu Care/Sorge die Möglichkeit, sich kritisch reflexiv mit den Voraussetzungen der Arbeitsgesellschaft auseinander zu setzen und aus gesellschaftstheoretischer Perspektive zu diskutieren.

Eine wesentliche Lücke innerhalb der Diskussion um Care als Tätigkeit in Verbindung mit Geschlecht, und hier insbesondere auf das Feld der Pflege bezogen, bleibt zu konstatieren: Im aktuellen Diskurs erfolgt lediglich eine marginale Beachtung der im häuslichen Umfeld und hier meist unentgeltlich stattfindenden privaten Care-Arbeit. Twigg (2000, S. 393) hingegen kommt in ihrer Analyse der anglophonen Literatur zu Care zu einer konträren Einschätzung. Ihrer Auffassung nach wurde die Care-Debatte konzeptionell in den 1980er und 1990er Jahren vor allem aus der informellen Pflege heraus entwickelt und verzerrt – so ihre Meinung – das Verständnis für bezahlte Pflegearbeit. Eine wesentliche Gefahr sieht sie darin, dass Care im Sinne eines Halo-Effektes nicht von ihrer spezifischen Bewertung und von der Qualität des Warmen und Liebenden zu lösen sei. Damit wäre Care als Begriff für die Analyse der informellen Pflege zu diffus. Diese Einschätzung mag als einführende Erläuterung genügen, um im Folgenden die von uns gewählte Verwendung des Care- bzw. Sorgebegriffs in Abgrenzung zu Pflege einschätzen zu können.

### 3.2.2 Konnotationen des Care-Begriffs

Der Diskurs um „Care“ findet in Deutschland hauptsächlich im Rahmen der Professionalisierungs- und Akademisierungsdebatte von Pflege statt und orientierte sich vor allem zu Beginn stark an der anglo-amerikanischen Pflegefachliteratur. Anhand der Literaturstudie von Kohlen und Kumbruck (2008) werden im Folgenden die unterschiedlichen Konnotationen von Care im anglophonen Diskurs kurz dargestellt.

Eine der ersten Vertreterinnen des Diskurses war Gilligan. Unter „Care-Ethics“ verstand sie, aus sozialwissenschaftlich und entwicklungspsychologischer Perspektive, ein Moralverständnis bzw. einen Rahmen für moralische Entscheidungen. Care wird dabei nicht als genuin pflegerisches Konzept verstanden, sondern als Perspektive der Verbundenheit definiert, wonach Individuen nicht autonom, sondern in ihrem Netzwerk von Beziehungen zu betrachten sind. Gilligan gab den Anstoß zur Diskussion des Verhältnisses von postulierter Fürsorge- zur Gerechtigkeitsperspektive. Auf Basis der grundsätzlichen Annahme,

dass biologisch determinierte Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen, belegte Gilligan empirisch, dass Care als Zuweisung von typischen Eigenschaften zu Geschlechtern erfolgt: Eine fürsorgliche Haltung sei demnach typisch weiblich. Dies führte sie zu einer Dichotomie zwischen einer Ethik der Gerechtigkeit und einer Ethik der Fürsorge, die aus der Verknüpfung von Care (= Fürsorge) mit Justice (= Gerechtigkeit) und deren Korrelation mit Geschlecht resultiert.

Nodding definiert Care als explizit feminin konnotiert. Sie plädiert dafür, spezifisch weibliche Werte und Intuition zu berücksichtigen. Demnach sei Care eine fürsorgliche Haltung und natürliche Neigung und werde verstanden als Ethik der Aufmerksamkeit. Care sei relational, also auf Beziehung basierend zu verstehen und demnach kein individuelles Attribut oder eine Tugend (und damit nicht nur auf Frauen beschränkt). Care habe jeder Mensch in seinem Leben erfahren und könne sich innerhalb eines Kontextes dafür entscheiden bzw. motivieren, Care zu geben. Damit beinhaltet Care ihrer Auffassung nach eine motivationale Basis und erhält normative Geltung, indem Care durch Anerkennen und Wertschätzen des In-Beziehung-Stehens entsteht (vgl. Kohlen, Kumbruck 2008, S. 8 ff.).

Care wird in den weiterführend entwickelten Konzepten der anglo-amerikanischen Pflegewissenschaft als Hauptmotiv (Leininger), als karitativ transzendentes Beziehungshandeln (Watson) bzw. als grundlegendes feminines Verständnis und gleichzeitig konstitutives Element von professioneller Pflege definiert, das in einem Spannungsfeld zur aktuellen Regulierung durch Bezahlung und zum Pflegenotstand steht (Fry), oder nach Benner und Wrubel als grundlegende Haltung des In-der-Welt-Seins und damit als ontologisches Konzept gefasst (vgl. Kohlen und Kumbruck 2008). Der Ansatz von Benner und Wrubel fokussiert darauf, dass eine sorgende Haltung (im Sinne Heideggers) die Basis der Pflegepraxis bildet und durch die Auseinandersetzung

mit Sorge die entsprechenden Kompetenzen entwickelt werden können. Ihrer Auffassung nach ist der Diskriminierung und Abwertung pflegerischer Tätigkeit nur zu begegnen, indem die Konnotation von Pflege als Frauenarbeit aufgehoben wird. Damit befinden sie sich auch in dem bereits beschriebenen Dilemma, dass sie die Annahme der Zweigeschlechtlichkeit zum Ausgangspunkt ihrer Forderung der Aufhebung der Geschlechtersegregation nehmen und damit Dichotomien verfestigen.

Der Diskurs um Care/Sorge fokussiert auch in Deutschland hauptsächlich auf die berufliche Pflege und hier vor allem auf die kritische Reflexion der Einschränkung des Pflegeethos durch wirtschaftliche Rahmenbedingungen.

*„Care im umfassenden Sinne meint nicht nur das Zusammenführen von informell und professionell im Wesentlichen von Frauen ausgeübter Sorge- und Pflegetätigkeit im Lebenszyklus (Kindheit – Alter, Gesundheit – Krankheit), sondern ebenso sozialpädagogische und sozialarbeitsbezogene Tätigkeit in besonderen Lebenslagen [...]. Umfang und Art und Weise von Care unterliegen – ebenso wie die Definitionen dieser Bereiche selbst – gesellschaftlichem Wandel und politischen Entscheidungen über öffentliche und private Zuständigkeiten und damit über Ausmaß und Bedeutung von Ausbildungen sowie über bezahlte und unbezahlte Tätigkeiten.“* (Fraser 1994, zit. nach Kreutzner 2006: 27)

Zusammenfassend gehen wir davon aus, dass Care/Sorge eine *conditio humana* darstellt und nicht als geschlechtsgebundene Eigenschaft zu sehen ist. Damit beinhaltet Care/Sorge als Konzept zugleich eine zu entwickelnde und zu kultivierende menschliche Eigenschaft, die Beziehung des Menschen mit der Welt und den Dingen (im Kontinuum von Abhängigkeit und Autonomie), sowie eine berufliche wie private Kompetenz, die entwickelt und entlohnt werden kann. Care/Sorge als Tätigkeit und Arbeit ist in allen gesellschaftlichen Feldern relevant.<sup>2</sup>

2 Wobei die Trennung zwischen privatem und beruflichem Feld im Folgenden als analytisch vorgenommen verstanden werden soll: Die Trennung von Öffentlichkeit und Privatem stellt sich als fortdauernder Prozess immer neuer Grenzziehungen dar, woraus eine hierarchisch aufeinander bezogene Komplementarität entsteht. Dabei werden die Interdependenzen der beiden Felder häufig vernachlässigt diskutiert (was im Folgenden im Fokus stehen wird) (vgl. Eckart 1990, S. 13).



### 3.2.3 Konnotation des Pflege-Begriffs

Der Pflege-Begriff hat ebenfalls vielfältige Konnotationen, aus denen sich aber weder die Zielrichtung noch die konkrete konzeptionelle Ausgestaltung von Pflege ableiten lassen (zur Diskussion siehe u.a. Dibelius und Uzarewicz 2006, S. 74–100; Schroeter und Rosenthal 2005, S. 20 ff.). Für diese Expertise ist Pflege im Sinne des SGB XI von zentraler Bedeutung. Der Begriff der Pflege lässt sich dabei lediglich indirekt über die erhebliche oder in höherem Maße erforderliche Hilfe für die Pflegebedürftigen bei den „gewöhnlichen oder wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“, die „auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate“ gegeben sind, ableiten (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Demnach zählen zu den Tätigkeitsbereichen in der Pflege nach SGB XI: Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung. Dabei bezieht sich Pflege nach SGB XI sowohl auf die häuslich-familiär organisierte Pflege als auch auf die berufliche Pflege im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich.

Aus berufssoziologischer Sicht steht die Pflege alter Menschen im Zusammenhang mit der Verberuflichung der „direkten“ bzw. „primären“ Pflege und der Professionalisierung der „indirekten“ bzw. „sekundären“ Pflege. Pflege wird also meist als spezifische Dualität beschrieben: „Direkte“ Pflege wird als körpernahe, direkt personenbezogene Dienstleistung verstanden, wohingegen unter „indirekter“ Pflege alle körperfernen Tätigkeiten subsumiert werden, zu denen medizinisch-ärztliche Assistenz, organisatorische und administrative Tätigkeiten sowie aus berufssoziologischer Sicht das Pflegemanagement und die Pflegewissenschaften zählen (Dibelius, Uzarewicz 2006; Raabe 2006; Voges 2002). Diese Dualismen spiegeln nicht nur Kategorisierungen bestimmter Tätigkeiten, sondern auch die Gestaltung spezifischer Ausbildungen und die Zuordnung der beruflichen Tätigkeit zu einer hierarchisch definierten Position innerhalb des Feldes.

Damit ist das über konzeptionelle und begriffliche Definitionen geschaffene Spannungsfeld zwischen Pflege und Care bzw. Sorge zumindest in seinen Grundelementen expliziert. Her-

vorzuheben ist, dass (1) Care/Sorge von uns als Tätigkeitsform angesehen wird, die sowohl im häuslich/privaten Bereich als auch im beruflichen Feld der (Alten)Pflege verortet ist, und (2) Care/Sorge anderes bzw. mehr umfasst als Pflege (hier im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes).

### 3.3 Genderbezogene Dichotomisierung und Hierarchisierung der Sorge

Auf Basis der vorgenommenen Begriffsdefinitionen und vorgestellten Konzeptionen geht es im Folgenden um die Analyse der geschlechtsbezogenen und über Gender vermittelten Dichotomisierung und Hierarchisierung der Sorgearbeit für ältere Menschen. Das deutsche Wohlfahrtsregime wird dahingehend analysiert, welches Genderregime, auch in seiner historisch-kulturellen Entwicklung, darin eingelagert ist. Durch die Verwendung des Genderregime-Konzeptes wird es möglich, die länderspezifische Varianz im komplexen Zusammenwirken von staatlichen und nicht staatlichen Institutionen mit dem Handeln sozialer Akteure und dem Wirken normativer Leitbilder (nicht nur arbeitsmarktbezogen) zu erfassen (Betzelt 2007, S. 5). Das Genderregime bezieht sich demnach auf die Wechselwirkungen von sozialstaatlicher Struktur (polity), sozialpolitischen Inhalten und Programmen (policies), darin stattfindenden Politikprozessen (politics) und der tatsächlichen sozialen Praxis (practice). Genutzt im Sinne eines begrifflichen und analytischen Rahmens, lässt sich dadurch erfassen, wie in (sich transformierenden) Wohlfahrtsregimes Geschlechterstrukturen (re-)produziert werden und wie sie auf die Lebenslagen von darin involvierten Frauen und Männern einwirken (vgl. Fraser 2001). Private/familiäre und berufliche Sorgetätigkeiten sind in diesen Rahmen eingebettet und die beteiligten Personen und Organisationen müssen als Akteure wahrgenommen werden. Dabei ist zu fragen, wie sich geschlechtliche Arbeitsteilung gestaltet und verändert und in welchem Ausmaß die soziale Sicherung für die Sorgearbeit individualisiert bzw. der familiären Sphäre zugeordnet wird.

Tabelle 1:

**Typen von Wohlfahrtsregimes**

	<b>Liberal</b>	<b>Konservativ</b>	<b>Sozialdemokratisch</b>
<b>Kommodifizierung</b>	hohe Re-Kommodifizierung liberale Arbeitsethik	mittlere De-Kommodifizierung (für Familienernährer)	hohe De-Kommodifizierung
<b>Privatisierung</b>	hohe private Ausgaben für Alter/Gesundheit	niedrig–mittel Zwangssozialversicherung	niedrig–mittel Soziale Grundsicherung
<b>Familialisierung</b>	marginale Bedeutung	zentrale Familienorientierung	marginale Bedeutung
<b>Konzeption von Gerechtigkeit</b>	hohe Ungleichheit Leistungsgerechtigkeit	Stabile soziale Ungleichheit Korporatistisch Bedarfsgerechtigkeit	Geringe soziale Ungleichheit Verteilungsgerechtigkeit
<b>Beispiele</b>	USA, Großbritannien	Deutschland, Italien	Dänemark, Schweden

Quellen: Esping-Andersen 1999; Opielka 2006; eigene Zusammenstellung

### 3.3.1 Wohlfahrtsregimes

Esping-Andersen (1990, 1999) als prominenter Vertreter der komparativen Wohlfahrtsstaatenforschung unterscheidet drei Typen von Wohlfahrtsstaaten – den liberalen, den konservativen (konservativ-korporatistischen) und den sozialdemokratischen (universalistischen). Die Wohlfahrtsregimes werden hinsichtlich ihrer Ziele und Leistungen typologisch unterschieden, wie die Tabelle 1 verdeutlicht. Deutschland ist demnach als „konservativ-korporatistisch“ zu bezeichnen.

### 3.3.2 Genderregimes

Das Konzept des Genderregimes entstand in den 1990er Jahren innerhalb der feministischen vergleichenden Wohlfahrtsstaatenforschung und wurde zunächst aus der kritischen Reflexion der Typologisierungen von Wohlfahrtsstaaten durch Esping-Andersen entwickelt (einen Überblick über den Diskursverlauf bietet die Literaturstudie von Betzelt 2007). In der feministischen Sozialstaats-

forschung wurde die Kritik an dieser Typologie zum Anlass genommen, um die gesellschaftliche Reproduktion und Institutionalisierung der Geschlechterordnung zu untersuchen (vgl. Kreuzner 2006). Dabei sind zwei Haupt-Diskurslinien entstanden. Einmal steht die Thematisierung der Sorgearbeit im Mittelpunkt und wird in Art der bereits diskutierten Care-Debatte geführt (Fraser 2001, siehe Betzelt 2007). Zum anderen ist die zweite Diskurslinie auf die Weiterentwicklung der Modell-Typologien ausgerichtet, basierend auf der Kritik an der klassischen vergleichenden Wohlfahrtsstaatenforschung. Zentrale Kritikpunkte richten sich auf die Erwerbsarbeitszentrierung (= Androzentrismus) und auf die Messung der nationalen Wohlstandsproduktion durch das Sozialprodukt. Die aus der Genderperspektive erweiterten Konzeptionen basieren auf der Annahme, dass private Sorgearbeit als soziale Dienstleistung, neben der Warenwirtschaft des Privatsektors, der staatlichen Dienstleistungsökonomie und der Non-Government-Organisationen (NGOs), zur nationalen Wohlfahrtsproduktion beitragen. Haushal-

Tabelle 2:

**Typologie personenbezogener sozialer Dienstleistungen**

	Dienstbotenmodell	Familienmixmodell	Dienstleistungsmodell
Kommodifizierung	Hohe Frauenbeschäftigung	Disemployment-Strategie  Niedrige Frauenbeschäftigung	Hohe Frauenbeschäftigung v.a. im Dienstleistungsbereich
Privatisierung	Anstieg marktförmiger Dienstleistungen im Niedriglohnssektor mit starker Polarisierung (hinsichtlich Klasse, Ethnie, Geschlecht sowie innerhalb des jeweiligen Geschlechts)	Relativ hoher Anteil familialisierter, sozialstaatlicher Leistungen qua Steuerpolitik und Transferzahlungen  Mittleres Maß (oft geringfügiger) Niedriglohnarbeit im Sorgebereich	Ausgebaute öffentliche Dienste, professionelle Sorgearbeit
Konzeption von Gerechtigkeit		Relativ hohes durchschnittliches Niveau des Lebensstandards, hohe Transfer-/ Versicherungsleistungen	Geringe soziale Ungleichheit  Bei hoher Steuerquote und Bürokratisierung
Beispiele	USA	Deutschland	Schweden

Quelle: Gottschall 2001; eigene Darstellung

te sind daher als Produzenten und nicht nur als Empfänger von Wohlfahrt zu berücksichtigen (vgl. Gottschall 2001, Young 2001). Darauf aufbauend und in Analogie zu den drei Wohlfahrtstypen lassen sich drei Typen personenbezogener sozialer Dienstleistungen (und darin gefasst auch Sorgearbeiten) unterscheiden: Das Dienstleistungsmodell, das Dienstbotenmodell und das Familienmixmodell. Die Tabelle 2 gibt wiederum einen Überblick.

Deutschland galt bis in die 1980er Jahre hinein als dem Familienmixmodell zugehörig. Bis dahin wurde weitgehend unhinterfragt auf die Familie für das Erbringen wohlfahrtsstaatlicher Leistungen vertraut und das „männliche Familien-Ernährermodell“ und das Familieneinkommensmodell vertreten. Auch wenn Frauen zunehmend in den Arbeitsmarkt integriert waren, wurde ihnen die Rolle als Zuverdienerin zuge-

schrieben und ihre Zuständigkeit überwiegend dem Bereich der nicht marktförmigen Arbeit zugeordnet (vgl. zur Kritik Pfau-Effinger 1999, Young 2001; siehe auch Stiegler 2007). Seit Mitte der 1990er Jahre werden aufgrund der „Krise des Sozialstaates“ (eng gekoppelt mit der wirtschaftlichen Krise) und der zunehmend gestellten „Demographiefrage“ sowie auf Basis einer Europäisierung der Sozialpolitik durch die EU neue politische Steuerungselemente angewendet, die zu einer Annäherung zwischen den unterschiedlichen Wohlfahrtsmodellen führen. Diese Annäherungen beziehen sich vor allem auf die Reprivatisierung der Versorgungsleistungen und auf die zunehmende Verpflichtung aller arbeitsfähigen Erwachsenen (auch der sorgetätigen Frauen) zur Erwerbsarbeit (Ostner 2002). Dabei wird zunehmend eine neue „Reziprozität“ vertreten und in national verschiedenem Maße durch-

gesetzt (siehe zur weiterführenden Analyse: von Wahl 2005, MacRae 2006). Die damit verknüpften Maßnahmen zielen auf eine Aktivierung (workfare) und Re-Kommodifizierung ab. Entsprechend dem damit verknüpften Leitbild des „Zwei-Verdiener-Modells“<sup>3</sup> (adult-worker-modell) erwirbt jede(r) Erwachsene(r) die eigene soziale Sicherung über Erwerbstätigkeit. Kritisch zu sehen ist, dass selbst bei den gendersensiblen Modellen die Trennung zwischen öffentlicher, meist vergüteter Arbeit, und privater, meist unbezahlter Tätigkeit bestehen bleibt. Weiterhin werden aus dieser Differenzierung gerade auch durch gegenwärtige sozialpolitische Maßnahmen weiterhin Hierarchisierungen (re-)produziert. Begründen lässt sich dies zum einen durch die ungleichgewichtige Thematisierung der Sorgearbeit im Verhältnis zur Thematisierung der Erwerbsarbeit. Zum anderen werden Lebensrisiken für nicht Erwerbstätige, unter der Prämisse der Aktivierung, auf niedrigem Niveau abgesichert und diese verbunden mit einer zunehmenden Disziplinierung gewährt (= Individualisierung). Autonomie wird gefordert, ohne die darin liegende Abhängigkeit und dafür notwendige Sorge/Care ausreichend zu thematisieren (vgl. Dingeldey 2006, Stiegler 2007; siehe für eine weiterführende Differenzierung Pfau-Effinger 1999):

Fürsorge „ist beeinflusst von sozialen Machtverhältnissen und unterliegt formellen und informellen Regeln, Gewohnheiten und Interpretationen, sie ist weit reichend verbunden mit der

Geschlechterordnung und mit den Deutungen und Bewertungen nach Geschlechterstereotypen.“ (Eckart 2004, 28)

Die Politik regelt die Bedingungen der fürsorglichen Praxis und umgekehrt müssen sich die Institutionen (mit ihren jeweiligen Genderregimen) an veränderte gesellschaftliche Zielvorstellungen anpassen und die Kriterien politischen Handelns danach ausrichten. Diese wechselseitige Beeinflussung kann nicht im Sinne einer Ursache-Wirkungs-Analyse erschlossen werden, denn nicht zuletzt sind auch kulturelle Werte und Leitbilder von wesentlicher Bedeutung für die Handlungsebene (vgl. Pfau-Effinger 2000; Schulz-Nieswandt 2006). Auf Basis ihrer qualitativen Forschung zu den lebensweltlichen Konflikten in der familialen Pflege argumentieren Gröning und Radtke-Röwekamp (2007), dass eine Analyse dabei nicht auf der Ebene von Aggregaten (Frauen pflegen Alte) enden dürfe, sondern auch praktische soziale Verhältnisse und Beziehungen sowie Formen und Gründe der Verantwortungsübernahme – also die soziale Praxis – einzubeziehen sei. In Deutschland mit seinen spezifischen kulturellen Gegebenheiten ist die Sorgearbeit für ältere Menschen sowohl im häuslich-privaten Bereich als auch im beruflich-professionellen Sektor von sozialpolitischen Regelungen durchdrungen, die sich wiederum auf die geschlechtsbezogene und über Gender vermittelte Dichotomisierung und Hierarchisierung von Sorgetätigkeiten auswirken.

3 Auch hier gibt es aus feministischer Sicht inzwischen eine weiterführende Differenzierung: Neben dem traditionellen „male breadwinner/female caregiver“ (Familienernährermodell) Modell wird das „male breadwinner/female part-time earner“ (modernisiertes Ernährermodell mit weiblichem Zuverdienst), das „dual earner/state caregiver“ (starke staatliche Entlastung durch Betreuungsinfrastruktur), das „dual earner/marketised caregiver“ (stark privatwirtschaftlich organisierte Betreuungsinfrastruktur) und das partnerschaftlich-egalitäre Modell des „dual earner/dual caregiver“ unterschieden.

## 4. Private Sorge- und Pfllegetätigkeit für ältere Menschen

Die meisten älteren Menschen werden in Privathaushalten gepflegt, mit dem Ziel einer möglichst langen Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung (Schneekloth, Wahl 2005). Wie schon in Kapitel 2.4 gezeigt, stellen Frauen in der häuslichen Pflege sowohl die Mehrheit bei den Pflegebedürftigen als auch bei den Pflegepersonen. Im Folgenden soll genauer analysiert werden, welche Genderstrukturen im Feld der informellen Sorge und Pflege älterer Menschen existieren. Zu Beginn werden Eckdaten zur häuslich-ambulanten Versorgung von älteren Pflegebedürftigen präsentiert. Im Mittelpunkt steht dann die Frage, wie die Haupt- und Nebenverantwortung für die Pflegearbeit von Angehörigen zwischen Männern und Frauen zugewiesen wird, in welchem zeitlichen Umfang welche Tätigkeiten von ihnen übernommen werden und welchen ökonomischen Wert die informelle Sorge- und Pflegearbeit für ältere Menschen aufweist. Anschließend wird der Blick auf zentrale Problemfelder der häuslichen Pflegearbeit gelegt, die bislang vor allem für Frauen konfliktreich sind. Hierzu gehören neben der Frage nach dem zukünftigen familiären Pflegepotenzial die weiter problematische Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege sowie die gesundheitlichen und sozialen Belastungen der Hauptpflegeperson. Abschließend wird ein Fazit hinsichtlich der Geschlechterordnung in der häuslich-familiären Pflege gezogen.

### 4.1 Daten zur häuslichen Versorgung älterer Menschen

Die folgende Übersicht aus der 2002 durchgeführten MuG III-Studie zu „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten“ (vgl. Schneekloth, Wahl 2005; siehe Kap. 2.3.2) zeigt, dass die Familie im Zentrum der häuslich-ambulanten Versorgung von Pflegebedürftigen steht (deshalb kann die häusliche Pflege auch als häuslich-familiäre Pflege bezeichnet werden).

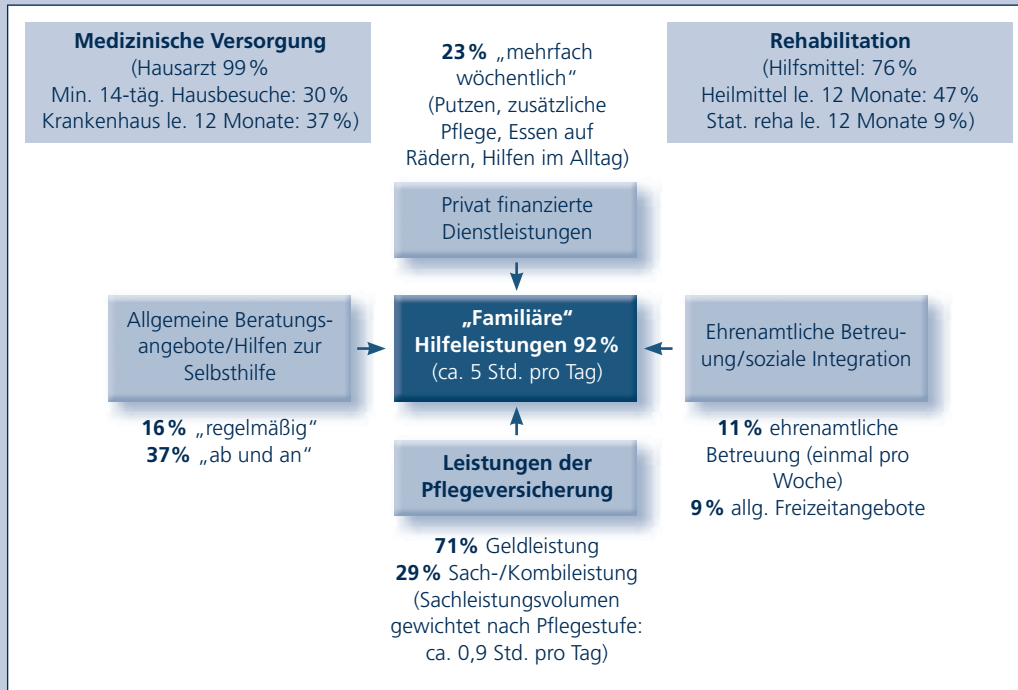
Familiäre Hilfeleistungen durch Angehörige oder Bekannte erhielten 92% aller Pflegebedürftigen, d.h. nur 8% wurden ausschließlich von ambulanten Diensten versorgt. Umgekehrt wurden 71% der Pflegebedürftigen in Privathaushalten ausschließlich privat versorgt, d.h. sie erhielten ihr gesamtes Pflegebudget in Form von monatlichen Geldleistungen der Pflegeversicherung, mit der selbst beschafften Pflegekräften eine Aufwandsentschädigung gezahlt werden kann (Pflegegeld). Dagegen bezogen nur 29% der Pflegebedürftigen von der Pflegeversicherung Sachleistungen bzw. eine Kombination aus Geld- und Sachleistungen (Kombileistungen).<sup>4</sup> Eine multivariate statistische Analyse zeigt, dass vor allem Haushalte mit nicht kompensierbaren besonderen Bedarfslagen<sup>5</sup> sowie Haushalte mit hohem Einkommen signifikant häufiger professionelle Sachleistungen in Anspruch nehmen (Schneekloth 2006a, S. 84). Ebenfalls abhängig vom Haushaltseinkommen werden zudem 23% der Pflegebedürftigen (teilweise mehrfach in der Wo-

4 Diese Zahlen entsprechen der oben zitierten Pflegestatistik 2005, in der ein Anteil von 68% aller häuslich versorgten Pflegebedürftigen ausschließlich von Angehörigen gepflegt wurde, während lediglich 32% ambulante Pflegedienste in Anspruch nahmen.

5 Pflegebedürftige mit höherer Pflegestufe, Pflegebedürftige mit intensivem medizinischen Behandlungs- bzw. Versorgungsbedarf, allein lebende Pflegebedürftige, Pflegebedürftige ohne ständig verfügbare Hauptpflegeperson.

Abbildung 2:

**Häuslich-ambulantes Versorgungssystem. Pflegebedürftige in Privathaushalten (nach Inanspruchnahme in %). Daten: MuG III 2002**



Quelle: Schneekloth 2006b, S. 407

che) zusätzlich mit selbst finanzierten und beschafften Hilfen versorgt (z.B. Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, weitere Pflegeleistungen).

Eine nach Pflegestufen gewichtete Umrechnung der jeweils monatlich gewährten Sachleistungen nach § 36 SGB XI ergibt, dass damit pro Tag nur 0,5 bis 1,8 Stunden an ambulanten Pflegeeinsätzen finanziert werden kann (Schneekloth 2006b, S. 407 f.). Damit liegt in Deutschland die Hauptverantwortung für die häusliche Pflege älterer Menschen in der Familie, entsprechend dem konservativen Wohlfahrtsmodell von Esping-Andersen (1999):

*„Die professionelle Pflege stellt von daher eine komplementäre Ergänzung der privaten Betreuung und Versorgung dar. Sie kann und soll auch nicht die familiäre Versorgung ersetzen, sondern dient dazu, die häusliche Betreuung abzustützen und Spielräume*

*für nachhaltig wirksame Arrangements zu schaffen. Der ‚größte Pflegedienst in Deutschland‘ ist und bleibt die Familie.“* (Schneekloth 2006b, S. 408).

Wer dabei welche Pflegeleistungen in welchem Umfang übernimmt und welche Geschlechterunterschiede dabei auftreten, soll im Folgenden untersucht werden.

#### 4.2 Umfang und Struktur der informellen Sorge- und Pflegearbeit

Dieses Kapitel soll bewusst machen, wer die Lasten der häuslichen Pflege und Versorgung trägt, wie immens der zeitliche und sachliche Arbeitsaufwand dafür ist und welcher ökonomische Wert für diese informelle, d.h. privat erbrachte Sorge- und Pflegearbeit anzusetzen ist.



#### 4.2.1 Begriffsklärungen: Pflegende Angehörige und Pflegearrangements

Bevor entsprechende Daten zu Umfang und Struktur der informellen Sorge- und Pflegearbeit vorgestellt werden, sollen einige zentrale Begriffe geklärt werden. Martha Meyer (2006, S. 10) weist darauf hin, dass die Konstrukte *pflegende Angehörige* und *informelle Pflegepersonen* angesichts der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklung nicht mehr allein auf nähere und fernere Familienmitglieder bezogen werden können, sondern auch Freunde, Bekannte, Nachbarn und andere (ehrenamtlich) in das sogenannte „Pflegearrangement“ eingebundene Personen umfassen sollten; diesem moderneren Verständnis schließen wir uns auch deshalb an, weil dadurch ein differenzierterer Blick auf die Geschlechterordnung in der häuslichen Pflege möglich wird. Unter einem *Pflegearrangement* verstehen Blinkert und Klie (2006)

*„(...) eine typische Konfiguration von Akteuren verschiedener Art, die das Ziel verfolgen, einen bestimmten Grad der Versorgung zu realisieren. Wichtige Akteure und damit Bestandteile von Pflegearrangements sind Familienangehörige. Andere Akteure kön-*

*nen sein: Pflegedienste, Nachbarn, Ehrenamtliche, Haushaltshilfen, Menüdienste etc.“* (Blinkert, Klie 2006, S. 424)

Im Weiteren unterscheiden die Autoren die Mitglieder von Pflegearrangements danach, ob sie zum „informellen Sektor 1“ (Angehörige, Familie), zum „informellen Sektor 2“ (Nichtfamilienmitglieder), zum „formellen Sektor 1“ (professionelle Anbieter) oder zum „formellen Sektor 2“ (weitere Anbieter) gehören:

Tabelle 3 zeigt, dass die Fixierung auf „Hauptpflegepersonen“ kritisch ist und besser durch eine Betrachtung des ganzen Netzwerks aus Haupt- und Nebenpflegepersonen sowie formellen Anbietern ersetzt werden sollte. Auch die strikte Unterscheidung zwischen formeller und informeller Versorgung ist problematisch, denn bereits ein Drittel der familiär-häuslichen Pflegearrangements (vgl. Kap. 2.4) stellen eine Mischform aus beiden dar. Anstelle der ausschließlichen Alternative „selbst pflegen“ oder „pflegen lassen“ treten Arrangements eines Pflegemixes, bei dem häuslich Pflegende durch ambulante Pflegedienste unterstützt werden (Blüher 2004). Als wichtige Rahmenbedingungen hierfür sind die gesetzlichen Möglichkeiten der Pflegeversiche-

Tabelle 3:

#### Am Pflegearrangement beteiligte Sektoren und Akteure

Bezeichnung	Typische Akteure	Beispiele
<b>Informeller Sektor 1</b>	Angehörige, Familie	Tochter, Sohn, Ehefrau, Schwiegertochter, Schwiegersohn, Nefte, Nichte, Vater...
<b>Informeller Sektor 2</b>	Freunde, Bekannte, Nachbarn, Ehrenamtliche	Eine gute Freundin, der Nachbar Herr X, Hand in Hand e.V.,...
<b>Formeller Sektor 1</b>	Professionelle Pflegekräfte, -dienste, sonstige prof. Anbieter	Pflegfachkraft, Krankenschwester, Physiotherapeut...
<b>Formeller Sektor 2</b>	Sonstige berufliche und/oder kommerzielle Anbieter	Ich-AG, polnische Haushaltshilfe, Putzfrau, Frisör, Menüdienst...

Quelle: Blinkert, Klie 2006, S. 424



rung zur Kombination von Sach- und Geldleistungen und die durch die Pflegereform 2008 eingeführte einzelfallorientierte Beratung und Begleitung von pflegenden und gepflegten Personen (case management) zu nennen. Die Inanspruchnahme und Leistungsfähigkeit häuslich-familiärer Pflegearrangements hängen dabei von vielen sozialen Faktoren ab. Aktuelle Studien zeigen, dass neben dem Geschlecht der Pflegeperson auch ihre (Aus-)Bildung, Berufstätigkeit und finanziellen Spielräume darüber entscheiden, ob häuslich-private oder institutionelle Versorgungsformen gewählt werden (Blinkert, Klie 2004). Dabei zeigen sich je nach sozialem Milieu typische Unterschiede hinsichtlich der Informiertheit über Angebote und der aktiven Steuerung des Pflegegeschehens (Heusinger, Klünder 2004; Heusinger 2006).

#### 4.2.2 *Übernahme von häuslicher Pflegeverantwortung bei Männern und Frauen*

Umfangreiche Daten darüber, welche Personen die häuslich-familiäre Versorgung und Pflege älterer Menschen tragen, finden sich wiederum in den beiden Infratest-Studien zur Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Privathaushalten von 1991 (Schneekloth, Pothoff 1993) und 2002 (Schneekloth, Wahl 2005; Schneekloth 2006a, 2006b). Allerdings schränken diese Studien den Blick auf die Hauptpflegepersonen ein, Nebenpflegepersonen werden dagegen nicht erfasst (siehe Kap. 2.3); zudem fehlt hier eine durchgängige Differenzierung nach Geschlecht. Auch werden die Daten nur auf die Ebene der Pflegearrangements von Pflegebedürftigen bezogen, nicht auf die Ebene der Bevölkerung. Deshalb werden ergänzend die Auswertungen der beiden Alterssurveys (Künemund 2001; 2006) und des Sozioökonomischen Panels (SOEP) (Schupp, Künemund 2004) diskutiert.

Wichtige Antworten auf die Frage, wer von wem gepflegt wird und wie sich die entsprechenden Zahlen im Zeitvergleich geändert haben, liefern die Infratest-Studien zum Hilfe- und Pflege-

bedarf in Privathaushalten von 1991 und 2002. Die meisten privaten Hauptpflegepersonen sind 55 Jahre und älter (2002: 60%), d.h. in der Regel pflegen ältere Menschen im „dritten Alter“ alte Menschen im „vierten Alter“ (Schneekloth 2006b, S. 77 ff.). 26% der Pflegenden in 2002 befinden sich im jüngeren Rentenalter (65–79 Jahre), und ein steigender Anteil der Pflegenden (1991: 3%, 2002: 7%) ist selbst hochaltrig (80 Jahre und älter). Darüber darf jedoch nicht der beträchtliche Anteil an jüngeren Hauptpflegepersonen vernachlässigt werden, auch wenn er rückläufig ist. Insbesondere viele derjenigen, die bis zu 54 Jahre alt sind (1991: 35%, 2002: 37%), aber auch diejenigen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren (1991: 26%, 2002: 27%) dürften großen Doppelbelastungen ausgesetzt sein, bei der gleichzeitig Sorgearbeit für Kinder/Jugendliche und ältere Personen geleistet werden muss und/oder die Vereinbarkeit von Beruf und Familienpflege problematisch ist („Sandwichsituation“).

Innerhalb der privaten Pflegearrangements haben sich Veränderungen vollzogen, die auf einen langfristigen Strukturwandel der häuslich-familiären Pflege hindeuten könnten. Zwar ist die häusliche Pflege weiterhin eine Domäne der Frauen (2002: 73 %).<sup>6</sup> Aber der Anteil der Männer an den Hauptpflegepersonen ist im Vergleich zu 1991 von 17 % auf 27 % angestiegen, wobei vor allem der Anteil der pflegenden Söhne von 3% in 1991 auf 10% in 2002 zugenommen hat. Schneekloth (2006b, S. 408) verortet die männlichen Hauptpflegepersonen vor allem dort, wo mehrere Helfer und/oder professionelle Hilfen in das Pflegearrangement eingebunden sind. In diesem Fall würden die männlichen Hauptpflegepersonen stärker die Rolle des Pflegemanagements übernehmen („indirekte Pflege“) und die körperbezogenen Hilfeleistungen den professionellen Diensten überlassen („direkte Pflege“) (ebd.). Auch der klassische Versorgungstyp der Partner(innen)pflege ist von 37% in 1991 auf 28% in 2002 zurückgegangen. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen und ihres zumeist niedrigeren Alters in Ehebeziehungen ist zu vermuten, dass es

6 Die Eurofamcare-Studie (Lamura u.a. 2006) kommt für Deutschland auf einen vergleichbaren Frauenanteil von 76% (1003 Befragte im Jahr 2004); auch in den übrigen fünf europäischen Ländern der Stichprobe liegen die Anteile zwischen 72% und 81%.

meistens Frauen sind, die ihre Ehemänner pflegen, während die umgekehrte Situation seltener sein dürfte (leider weisen die Infratest-Studien hier keine nach Geschlecht getrennten Zahlen aus). Abgelöst als wichtigste Beziehungsform wurde die Partner(innen)pflege von der Kinderpflege durch Töchter und Söhne, die zwischen 1991 und 2002 von 29% auf 36% gestiegen ist und inklusive Schwiegertöchter sogar einen Anteil von 42% aufweist. Dabei ist für diesen Anstieg allein der Zuwachs an Söhnen als Hauptpflegepersonen verantwortlich, der Anteil pflegender Töchter ist mit 26% konstant geblieben. Schließlich ist auch der Anteil an nichtfamiliären Hauptpflegepersonen (Freunde, Bekannte, Nachbarn) von 4% in 1991 auf 8% in 2002 gestiegen. Den Anstieg von Söhnen und Nichtfamilienmitgliedern als Hauptpflegepersonen führt Schneekloth auf die Anreizwirkung der Pflegeversicherung zurück:

*„Diese Entwicklung dürfte vor allen Dingen durch die Einführung der Pflegeversicherung induziert worden sein. Die Inanspruchnahme der sog. Geldleis-*

*tung führt dazu, insbesondere vor dem Hintergrund der gemäß § 37.3 vorgesehenen Beratung durch professionelle Pflegedienste zur Sicherstellung der Qualität der häuslichen Pflege, dass verstärkt auch andere Familienangehörige die Rolle der Hauptpflegeperson übernehmen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Partnerin oder der Partner der pflegebedürftigen Person selber bereits gebrechlich ist.“* (Schneekloth 2006b, S. 408)

Tabelle 4 fasst die wichtigsten Zahlen noch einmal zusammen.

Obwohl häusliche Pflegearrangements durchschnittlich ungefähr zwei private Helfer umfassen und nur ein Drittel der Arrangements (2002: 36%) von einer Hauptpflegeperson alleine getragen wird, fehlen in den Infratest-MuG-Studien Angaben über diese zusätzlichen Helfer (die ebenfalls nur teilweise nach Geschlecht differenziert werden). Einen anderen Weg wählten daher Schupp und Künemund (2004): Sie haben mit Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) den Anteil pflegender Männer und Frauen in der Gesamtbevölkerung (also nicht nur innerhalb von Pfl-

Tabelle 4:

#### Veränderungen in den häuslich-familiären Pflegearrangements

In %	MuG I: 1991	MuG III: 2002
Zahl der einbezogenen Helfer		
Niemand	9	8
1 Person	28	36
2 Personen	29	29
3 und mehr Personen	34	27
Durchschnitt (nur Arrangements mit privaten Helfern)	2,4	2,1
Private Hauptpflegepersonen		
(Ehe)-Partner	37	28
Eltern	14	13
Tochter	26	26
Schwiegertochter	9	6
Sohn	3	10
Sonstige Verwandte	7	9
Nachbarn/Bekannte	4	8
Geschlecht		
Männlich	17	27
Weiblich	83	73
Altersdurchschnitt (in Jahren)	57,2	58,5

Quelle: Schneekloth 2006b, S. 409

Tabelle 5:

### Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Personen in der Zeitbudgeterhebung des Statistischen Bundesamts und im SOEP

Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Personen Anteil der jeweiligen Gruppe in %			
	Zeitbudget- Erhebung <sup>(1)</sup> 2001/02	SOEP <sup>(2)</sup>	
		2001	2003
Erwachsene insgesamt <sup>(3)</sup>	5	6	6
Westdeutschland	5	5	6
Ostdeutschland	4	7	8
Männer	4	4	5
Frauen	7	7	8
Altersgruppen in Jahren			
16 bis 39	4	2	4
40 bis 74	8	8	9
75 Jahre und älter	[5]	5	6

[ ] Fallzahl unter 30 Personen

(1) Geben Sie bitte an, welche (privaten) Hilfen für Alten- und Krankenpflege Sie innerhalb der letzten vier Wochen für Personen außerhalb des eigenen Haushalts geleistet haben und wie viele Stunden pro Woche Sie aufgewendet haben.

(2) Wie sieht gegenwärtig Ihr normaler Alltag aus? – Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Personen.

(3) 16 Jahre und älter

Quellen: Zeitbudgeterhebung 2001/2002, Statistisches Bundesamt und SOEP; Berechnungen des DIW Berlin.

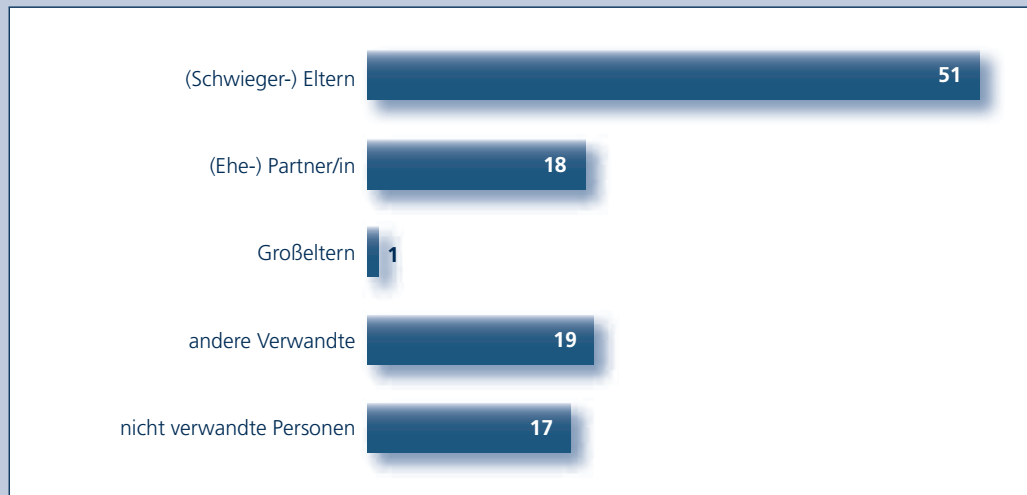
Quelle: Schupp und Künemund 2004

gearrangements) ermittelt, wobei die Art der Unterstützung, z.B. als Haupt- oder Nebenpflegeperson, offen blieb. Nach ihren Ergebnissen beteiligten sich im Jahre 2003 rund 5% aller erwachsenen Männer und knapp 8% aller Frauen an der Versorgung Pflegebedürftiger; vergleichbare Anteile von 4% und 7% finden sich in der Zeitbudgeterhebung 2001/02, hier wurde jedoch nur die Betreuung von Nichthaushaltsmitgliedern erfasst (vgl. Statistisches Bundesamt 2003). Dabei betrug der tägliche Zeitumfang bei pflegenden Männern 2,7 Stunden (2001: 2,3), bei pflegenden Frauen 3,0 Stunden (2001: 3,1 Stunden). Nach dem Urteil der Autoren pflegen Männer damit zwar weniger häufig und in einem geringeren Umfang als Frauen, würden sich aber zu einem erheblichen Anteil ebenfalls aktiv an der Betreuung Hilfs- und Pflegebedürftiger beteiligen. Allerdings bleibt hier unklar, welche Tätigkeiten von den Befragten als Beteiligung definiert wur-

den und wie diese nach Geschlecht unterschiedlich verteilt waren.

Genauere Daten über die unterschiedliche Beteiligung der (mindestens 40 Jahre alten) Frauen und Männer an familiären bzw. ehrenamtlichen Hilfe- und Pflegeleistungen für ältere Menschen liefern die Auswertungen der beiden Alterssurveys von 1996 und 2002, die Künemund (2001, 2006) vorgenommen hat. Der wichtigste methodische Unterschied zu den MuG-Studien – neben des Einbezugs aller Pflegepersonen, nicht nur der hauptverantwortlichen – liegt darin, dass die Daten in den Alterssurveys direkt auf der Ebene der pflegenden Personen erhoben wurden und nicht wie in den MuG-Studien indirekt über die Ebene der gepflegten Personen (Künemund 2006, S. 304). Dadurch sind beiden Studien allerdings streng genommen nicht vergleichbar, denn es wird jeweils etwas anderes gemessen – in den MuG-Studien die personelle Zusammensetzung

Abbildung 3:

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

In dieser Abbildung sind die Anteile der von den 40- bis 85jährigen gepflegten bzw. betreuten Personen dargestellt (Anteile in %). Zu sehen ist unter anderem, dass der überwiegende Teil der Pflegenden die eigenen Eltern oder Schwiegereltern pflegt und betreut.

Daten: Alterssurvey Replikationsstichprobe 2002, gewichtet, Mehrfachnennungen der Pflegepersonen möglich.

Quelle: DZA 2006, S. 3

von Pflegearrangements, in den Alterssurveys und Zeitbudgeterhebungen die Beteiligung der Bevölkerung an Betreuungs- und Pflegeaktivitäten.

Im Jahr 2002 haben 11% der 40–85jährigen Befragten hilfe- und pflegebedürftige Personen in Privathaushalten betreut (1996: 12%). Die Wahrscheinlichkeit dafür war bei Frauen ungefähr doppelt so hoch wie bei den Männern – während 15% aller 40-85jährigen Frauen als Pflegepersonen fungierten (1996: 14%), galt dies für 8% aller 40-85jährigen Männer (1996: 10%). Dieser Geschlechterunterschied ist am höchsten bei den 40-54jährigen, wo die Pflege der (Schwieger-)Eltern im Mittelpunkt steht, dagegen geringer in den höheren Altersgruppen, wo die Pflege des (Ehe-)Partners zunehmend in den Vordergrund tritt (Künemund 2006, S. 305). Deutlicher noch als in der MuG III-Studie zeigen die Daten des Alterssurveys 2002, dass die Mehrheit der über 40jährigen Pflegepersonen die eigenen (Schwieger-)Eltern betreut, die Partner(innen)pflege also nachrangig ist).

Die Anteile derjenigen Pflegepersonen, die sich als Hauptpflegepersonen bezeichnen (diese Frage wurde nur 2002 gestellt), ist je nach Geschlecht, Alter und Herkunft (Ost-West) unterschiedlich: Während pflegende Frauen in der mittleren Altersgruppe der 55–69jährigen mit 72% am häufigsten auch die Hauptverantwortung für die Pflege übernehmen (gegenüber 62% in der jüngsten Gruppe der 40–54jährigen und 59% in der ältesten Gruppe der 70–85jährigen), so steigt der Anteil der Hauptpflegepersonen unter den pflegenden Männern über alle drei Altersgruppen deutlich an, von 42% über 53% auf 70%. Dabei ist ein markanter Geschlechterunterschied zwischen Ost- und Westdeutschland zu beobachten: Im Osten bezeichnen sich mit 82% deutlich mehr pflegende Frauen als Hauptpflegepersonen im Vergleich zu den 62% der pflegenden Frauen im Westen; umgekehrt geben im Osten mit 45% weniger Männer an, Hauptpflegepersonen zu sein als im Westen mit 52%. Während in Ostdeutschland die Geschlechterunterschiede in dieser Frage stark sind, sind sie in Westdeutschland eher moderat.

Künemund fasst die Ergebnisse, die tendenziell mit den MuG-Studien übereinstimmen, so zusammen:

*„Insgesamt lässt sich aber festhalten, dass Frauen insgesamt betrachtet häufiger und auch zeitlich intensiver mit Pfl ege t ä t i g k e i t e n b e f a s s t s i n d . D i e s e D i f f e r e n z z w i s c h e n M ä n n e r n u n d F r a u e n n i m m t a l l e r d i n g s ü b e r d i e A l t e r s g r u p p e n h i n w e g b e t r a c h t e t a b ( . . . ) . I n A n b e t r a c h t d e r s t e i g e n d e n E r w e r b s b e t e i l i g u n g d e r F r a u e n w i e a u c h d e r z u k ü n f t i g e r w a r t b a r g e r i n g e r e n Z a h l a n T ö c h t e r n u n d S c h w i e g e r t ö c h t e r n w i r d d i e F r a g e n a c h d e r B e t e i l i g u n g d e r M ä n n e r i n d i e s e m B e r e i c h s i c h e r n o c h a n B e d e u t u n g g e w i n n e n .“* (Künemund 2006, S. 306)

Der Autor führt die geringere Beteiligung von Männern an Pfl ege t ä t i g k e i t e n n u r z u e i n e m T e i l a u f t r a d i t i o n e l l e R o l l e n m u s t e r z u r ü c k , i n s b e s o n d e r e h i n s i c h t l i c h d e r s t ä r k e r e n P f l e g e v e r a n t w o r t u n g v o n T ö c h t e r n i m V e r g l e i c h z u S ö h n e n u n d i m B l i c k a u f d i e g e r i n g e r e P a r t i z i p a t i o n v o n F r a u e n a m A r b e i t s m a r k t , d i e s i e d a h e r h ä u f i g e r f ü r P f l e g e a r b e i t e n p r ä d e s t i n i e r t e r s c h e i n e n l a s s e n . Z u m a n d e r e n T e i l s e i e n e s d e m o g r a p h i s c h b e d i n g t e G e l e g e n h e i t s s t r u k t u r e n , d i e d a z u f ü h r t e n , d a s s M ä n n e r s e h r v i e l s e t n e r i n d i e S i t u a t i o n g e r a t e n , i h r e P a r t n e r i n p f l e g e n z u k ö n n e n ( u n d z u m ü s s e n , d i e V e r f . ) a l s u m g e k e h r t : F r a u e n h a b e n e i n e h ö h e r e L e b e n s e r w a r t u n g a l s M ä n n e r u n d s i n d i n d e r ( E h e - ) B e z i e h u n g z u m e i s t d i e J ü n g e r e , s o d a s s ä l t e r e n h i l f s - u n d p f l e g e b e d ü r f t i g e n M ä n n e r n s e h r v i e l h ä u f i g e r e i n e L e b e n s p a r t n e r i n a l s p o t e n z i e l l e H a u p t p f l e g e p e r s o n z u r V e r f ü g u n g s t e h t a l s u m g e k e h r t ( v g l . K ü n e m u n d 2 0 0 1 , S . 9 5 f . ) .

Abschließend bleibt festzuhalten, dass weder die amtlichen Statistiken noch die verschiedenen diskutierten Repräsentativbefragungen Daten darüber liefern, wie viele Männer und Frauen insgesamt private Pfl ege- und S o r g e a r b e i t p r o J a h r l e i s t e n u n d i n w e l c h e m z e i t l i c h e n U m f a n g s i e d i e s t u n . W ä h r e n d i n d e n a m t l i c h e n S t a t i s t i k e n g a r k e i n e Z a h l e n z u d e n P f l e g e p e r s o n e n z u f i n d e n s i n d , b e t r a c h t e n d i e M u G - S t u d i e n z u r h ä u s l i c h e n P f l e g e n u r d i e ( n i c h t h i n r e i c h e n d n a c h G e s c h l e c h t d i f f e r e n z i e r t e ) p e r s o n e l l e Z u s a m m e n s e t z u n g v o n P f l e g e a r r a n g e m e n t s , n i c h t a b e r d i e Ü b e r n a h m e v o n P f l e g e a u f g a b e n i n d e r G e s a m t b e v ö l k e r u n g . L e t z t e r e s v e r s u c h e n z w a r d i e r e p r ä s e n t a t i v e n S u r v e y s , d i e a b e r a u f g r u n d d e r S t i c h p r o b e n g r ö ß e

u n d - z u s a m m e n s e t z u n g n u r g r o b e S c h ä t z u n g e n a u f d i e G r u n d g e s a m t h e i t h i n e r l a u b e n u n d z u d e m a u f b e s t i m m t e A l t e r s g r u p p e n e i n g e s c h r ä n k t s i n d ( A l t e r s s u r v e y s : 4 0 – 8 5 j ä h r i g e , S H A R E - S t u d i e : ü b e r 5 0 j ä h r i g e ) .

Mit Hilfe einer eigenen Modellrechnung lassen sich aber zumindest ungefähre Zahlen abschätzen. Dazu verwenden wir die Daten über die Leistungsbezieher der Sozialen und der Privaten Pfl ege v e r s i c h e r u n g f ü r E n d e 2 0 0 2 ( S c h n e e k l o t h 2 0 0 6 a , S . 6 4 ) u n d v e r b i n d e n s i e m i t d e n D a t e n z u r A n z a h l d e r H e l f e r i n P f l e g e a r r a n g e m e n t s a u s d e r I n f r a t e s t e r h e b u n g 2 0 0 2 ( e b d . , S . 7 5 – 8 1 ) . E n d e 2 0 0 2 w u r d e n i n s g e s a m t 1 , 3 9 7 M i l l i o n e n P f l e g e b e d ü r f t i g e z u H a u s e v e r s o r g t . I n s o f e r n 9 2 % d a v o n d u r c h n a h e A n g e h ö r i g e p f l e g e r i s c h v e r s o r g t w u r d e n , k ö n n e n w i r d i e G e s a m t z a h l d e r H a u p t p f l e g e p e r s o n e n i n 2 0 0 2 a u f  $1,397 \times 0,92 = 1,269$  M i l l i o n e n s c h ä t z e n . B e i e i n e m F r a u e n a n t e i l v o n 7 3 % w ä r e n d a s 9 2 6 . 0 0 0 F r a u e n u n d 3 4 3 . 0 0 0 M ä n n e r i n 2 0 0 2 , d i e f ü r d i e f a m i l i ä r - p r i v a t e P f l e g e h a u p t v e r a n t w o r t l i c h w a r e n . B e z i e h t m a n a l l e w e i t e r e n H e l f e r m i t e i n , d a n n l ä s s t s i c h a u c h d i e G e s a m t z a h l d e r P e r s o n e n s c h ä t z e n , d i e s i c h h a u p t v e r a n t w o r t l i c h o d e r u n t e r s t ü t z e n d a n d e r f a m i l i ä r - h ä u s l i c h e n P f l e g e b e t e i l i g t e n . I n 2 0 0 2 b e t r u g d i e d u r c h s c h n i t t l i c h e A n z a h l d e r H e l f e r i n h ä u s l i c h - f a m i l i ä r e n P f l e g e a r r a n g e m e n t s 2 , 1 P e r s o n e n ( b e z o g e n a u f d i e A r r a n g e m e n t s m i t m i n d e s t e n s e i n e m H e l f e r ) . F o l g l i c h h a b e n i n 2 0 0 2 i n s g e s a m t  $1,269 \times 2,1 = 2,665$  M i l l i o n e n P e r s o n e n P f l e g e - u n d S o r g e a r b e i t e n f ü r ä l t e r e A n g e h ö r i g e g e l e i s t e t ( e i n e w e i t e r e A u f g l i e d e r u n g n a c h G e s c h l e c h t l a s s e n d i e D a t e n n i c h t z u ) . A b z ü g l i c h d e r H a u p t p f l e g e p e r s o n e n s i n d d a s d a n n  $2,665 - 1,269 = 1,396$  M i l l i o n e n M ä n n e r u n d F r a u e n , d i e z u s ä t z l i c h z u r H a u p t p f l e g e p e r s o n u n t e r s t ü t z e n d t ä t i g w u r d e n .

#### 4.2.3 Umfang der informellen Pfl ege- und S o r g e a r b e i t v o n M ä n n e r n u n d F r a u e n

Wie viel Zeit wenden Männer und Frauen für ihre informelle S o r g e - u n d P f l e g e a r b e i t f ü r A n g e h ö r i g e a u f u n d a u f w e l c h e T ä t i g k e i t e n w i r d d i e s e v e r t e i l t ? Z u n ä c h s t w e r d e n e n t s p r e c h e n d e D a t e n a u s d e r M u G I I I - S t u d i e v o r g e s t e l l t u n d m i t d e n R e s u l t a t e n a u s d e m S O E P u n d d e n b e i d e n A l t e r s -



surveys verglichen. Da aus diesen Daten noch kein Bild über Struktur und Inhalte der geleisteten Sorge- und Pflegearbeiten gewonnen werden kann, werden ergänzend Ergebnisse aus der zusätzlich zur MuG-Hauptstudie erhobenen Zeitbudgeterhebung von 84 Pflegearrangements sowie aus der Eurofamcare-Studie präsentiert (zu methodischen Implikationen und Problemen vgl. Kap. 2.3).

Laut der MuG III-Studie haben private Hauptpflegepersonen im Jahr 2005 durchschnittlich 36,7 Stunden pro Woche bzw. 5,2 Stunden pro Tag für die Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und allgemeine soziale Betreuung von Pflegebedürftigen aufgewandt (bei sonstigen Hilfebedürftigen liegen die Werte bei 14,7 Stunden pro Woche bzw. 2,1 Stunden täglich). Die Mittelwerte für den geleisteten täglichen Gesamtaufwand liegen bei 4,2 Stunden in Pflegestufe 1, bei 6,1 Stunden in Pflegestufe 2 und bei 7,7 Stunden in Pflegestufe 3, wobei die individuellen Angaben erheblich streuen, je nach Pflegestufe, Art des Pflegebedarfs, Art der Beziehung und der räumlichen Nähe (Schneekloth 2006a, S. 78 ff.; Schneekloth 2006b, S. 406). Insgesamt erfordern kognitiv beeinträchtigte Pflegebedürftige mit durchschnittlich 39,7 Stunden einen höheren wöchentlichen Zeitaufwand als kognitiv unbeeinträchtigte Pflegebedürftige mit 33,7 Stunden.

Während nach dem Pflegeversicherungsgesetzt (SGB XI) die anerkannten Pflegezeiten in der Pflegestufe I bei 45 Minuten bis unter 2 Stunden liegen und bis zur Pflegestufe III auf mindestens 4 Stunden ansteigen (laut Gesetz ist hier Pflege rund um die Uhr erforderlich), ist der tatsächlich geleistete Zeitumfang, den die Pflegenden selbst für ihre geleistete Arbeit angeben, also deutlich höher. Die private häusliche Pflege ist damit immer noch ein „Fulltimejob“, auch wenn der Anteil der „rund um die Uhr verfügbaren“ Hauptpflegepersonen mit 64% im Jahr 2002 gegenüber 78% im Jahr 1991 rückläufig ist (Schneekloth 2006a, S. 80). Leider weist der Bericht keine nach Frauen und Männern getrennten Durchschnitts-

werte auf; hinsichtlich des Geschlechts der Hauptpflegeperson wie auch der pflegebedürftigen Person hätten sich aber keine statistisch signifikanten Unterschiede gezeigt (Schneekloth 2006b, S. 407).

Schupp und Künemund (2004) weisen in ihrer Sekundäranalyse des SOEP nach Männern und Frauen getrennte Zeitwerte aus. Der im Vergleich zu MuG III geringere tägliche Zeitaufwand, der für pflegende Männer im Jahr 2003 2,7 Stunden<sup>7</sup>, für pflegende Frauen 3,0 Stunden beträgt, dürfte vor allem darin begründet sein, dass das SOEP nicht nur auf Hauptpflegepersonen beschränkt ist und sowohl auf die Betreuung von hilfs- wie auch von pflegebedürftigen Personen abzielt.

Umfassendere Daten stellen wiederum die beiden Alterssurveys 1996 und 2002 bereit. Leider erfolgt nur im Bericht von Künemund (2001, S. 92–104) eine Auswertung des zeitlichen Umfangs von Pflegetätigkeiten, so dass im Folgenden nur die Daten des Alterssurveys 1996 berücksichtigt werden können. Der durchschnittliche Zeitaufwand, den 40–85jährige Pflegepersonen für die Betreuung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen in 1996 aufbringen, ist mit 81 Stunden pro Monat beträchtlich. Männer wenden mit 84 Stunden im Monat sogar etwas mehr Zeit auf als Frauen mit durchschnittlich 79 Stunden (wobei diese Zahlenangaben auf die jeweils 10% der Männer bzw. 14% der Frauen bezogen sind, die hilfs- und pflegebedürftige Menschen betreuen, d.h. insgesamt ist der von Frauen geleistete Zeitaufwand trotzdem größer als der von Männern!). Der höchste Zeitaufwand wird mit rund 240 Stunden im Monat für die Pflege von Partner(inne)n aufgebracht, weshalb auch der durchschnittliche Zeitaufwand bei den 70–85jährigen mit 115 Stunden (Frauen: 119, Männer: 104) mehr als doppelt so hoch ist wie bei den 40–54jährigen mit 54 Stunden (Frauen: 62, Männer: 42), die vor allem hilfs- und pflegebedürftige (Schwieger-)Eltern betreuen. Obwohl der geleistete Zeitaufwand also in der Gruppe der 70–85jährigen am höchsten ist, ist dort die Wahrscheinlichkeit einer Pflegeüber-

7 Wir beziehen uns hier auf den Wert, den Künemund und Schupp (2004) in Tabelle 4 für 2003 angeben. Er unterscheidet sich von den 2,5 Stunden für pflegende Männer, die ganz zu Beginn ihres Textes angeführt werden.

nahme mit rund 8% (Frauen: 9%, Männer: 7%) niedriger als in der mittleren Altersgruppe der 55–69jährigen mit rund 14% (Frauen: 15%, Männer: 13%) und in der jüngsten Altersgruppe der 40–54jährigen mit 12% (Frauen: 16%, Männer: 9%). Wie die Daten von 2002 auch zeigen, ist die geringere Pflegebeteiligung von Männern vor allem auf die Unterschiede in der jüngsten Altersgruppe zurückzuführen.<sup>8</sup> Die Ergebnisse beider Alterssurveys lassen sich in einem Satz zusammenfassen: Männer pflegen zwar etwas seltener als Frauen, aber wenn sie es tun, dann mit einem vergleichbaren Zeitaufwand.

Die im Rahmen der MuG III-Studie zusätzlich erhobenen 84 Zeitbudgets (vgl. Heinemann-Knoch 2006a, 2006b) liefern einen genaueren Aufschluss über die unterschiedlichen Tätigkeiten, die von den Hauptpflegepersonen in informellen Pflegearrangements erbracht werden. Auch hier ist wieder zu beachten, dass die Angaben auf das jeweilige Pflegearrangement und damit auf die hilfs- und pflegebedürftigen Personen bezogen wurden. Die geringe Anzahl der Zeitbudgets, die fehlende Zufallsauswahl und nicht zuletzt die subjektiven Fremd- und Selbsteinschätzungen lassen darüber hinaus keine repräsentativen Schlüsse zu, weshalb hier auf die Angabe von Zahlenwerten verzichtet werden soll. Ein zentrales Ergebnis bestätigt, warum ein erweiterter Begriff von Care/Sorge gegenüber dem eingeschränkteren Pflegebegriff entscheidend für eine angemessene Bewertung der häuslich erbrachten Betreuungs- und Versorgungsleistung für hilfs- und pflegebedürftige ältere Menschen ist (vgl. dazu Kap. 3.2):

*„Unabhängig davon, ob Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit vorliegt, ist der durchschnittliche Zeitaufwand für hauswirtschaftliche Dienste und für Hilfen rund um Essen und Mahlzeiten für alle Personen höher als der Pflegeaufwand.“* (Heinemann-Knoch u.a. 2006b, S. 417)

Die direkten auf Pflege bezogenen Tätigkeiten nehmen also entgegen ihrer öffentlichen Wahrnehmung nicht so viel zeitlichen Raum ein

wie die hauswirtschaftlichen Aktivitäten. Allerdings wäre hier die Information wichtig, welcher zusätzliche Zeitaufwand infolge der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit der betreuten Person entstanden ist. Nur dieser kann im engeren Sinne als pflegebedingt bezeichnet werden, während der gesamte zeitliche Betreuungsaufwand im Sinne des umfassenderen Care-Begriffs zu verstehen ist. Die Autorinnen lesen aus den Daten auch Geschlechterunterschiede ab, die aber angesichts der fehlenden Repräsentativität sehr vorsichtig zu beurteilen sind (was den hohen Bedarf an einer repräsentativen und geschlechtersensiblen Erhebung von differenzierten Daten zu Umfang, Struktur und Inhalten der Sorgearbeit von pflegenden Angehörigen weiter verdeutlicht). Demnach erhalten Männer mehr Hilfe und Pflege als Frauen, wobei diese bei den Männern vorwiegend von ihren Ehefrauen erbracht werden, bei Frauen dagegen von ihren Töchtern bzw. Schwiegertöchtern. Heinemann-Knoch u.a. (2006b, S. 417) erkennen hier eine spezifische Genderstruktur:

*„Insgesamt scheinen viele der geschlechtlichen Unterschiede auf tradierte Rollenzuweisungen zurückzuführen zu sein. So bekommen Männer beispielsweise mehr Zeitaufwand für hauswirtschaftliche Hilfen und für Tätigkeiten rund um Essen und Mahlzeiten. Obendrein ist der mit Pflegeleistungen verbundene durchschnittliche Zeitaufwand bei ihnen ebenfalls höher.“*

Schließlich ergeben sich aus der Eurofamcare-Studie Hinweise darauf, auf welche unterschiedliche Art und Weise männliche und weibliche Hauptpflegepersonen die häusliche Pflege organisieren (vgl. Lüdecke u.a. 2006, S. 94 ff.). Als Gesamtergebnis für die deutsche Stichprobe lässt sich sagen, dass Männer weitaus häufiger auf zusätzliche informelle Hilfen zurückgreifen als Frauen, ebenso wie im Generationenvergleich Töchter und Söhne häufiger informelle Hilfen in Anspruch nehmen als die (Ehe-)Partner. Bei der im europäischen Vergleich überdurchschnittlichen Inanspruchnahme von formellen Hilfen (nur Schweden weist generell höhere Werte auf)

<sup>8</sup> Wie sinnvoll diese Altersgruppeneinteilung bei der Erfassung der informellen Pflegebeteiligung ist, sei dahingestellt; 5-Jahresintervalle hätten ein klareres Bild ergeben.

sind solche Geschlechterunterschiede nur noch bei der Partnerpflege zu beobachten, nicht aber bei der Pflege durch die Kinder.

Ein empirisches Manko gilt für alle diskutierten Berichte: In ihnen werden keine repräsentativen Daten darüber aufgeführt, wie der gesamte Zeitaufwand in Stunden, der pro Jahr für informelle Pflege- und Sorgearbeiten geleistet wird, unterschiedlich auf Männer und Frauen verteilt ist. Dazu werden gesonderte Datenauswertungen benötigt, die bisher nicht vorliegen.

#### 4.2.4 *Der ökonomische Wert der informellen Sorge- und Pflegearbeit*

Die informelle Sorge- und Betreuungsarbeit, die von Angehörigen in der häuslichen Pflege geleistet wird, hat eine kaum zu überschätzende volkswirtschaftliche Bedeutung. Da sie aber zu einem großen Teil unentgeltlich geleistet wird – das Pflegegeld, das von den Pflegebedürftigen an ihre Hauptpflegeperson ausgezahlt wird, hat keine Lohnersatzfunktion – taucht sie ebenso wie die familiäre Haushaltsarbeit nicht bzw. kaum in den volkswirtschaftlichen Berichterstattungen des Statistischen Bundesamtes auf. Selbst ein aktueller Gastbeitrag zur volkswirtschaftlichen Bedeutung der Pflege, der in der zentralen Berichtsreihe „Wirtschaft und Statistik“ des Statistischen Bundesamtes erschienen ist (Thiele, Güntert 2007) und daher „offiziösen“ Charakter hat, betrachtet den Sektor der informellen Pflege nicht als wesentlichen Bestandteil eines volkswirtschaftlichen „Pflege-Indikatoren-Modells“, das mit detaillierten Überlegungen zur technischen und ökonomischen Effizienz und Effektivität des Pflegesystems vorgeschlagen wird. Thiele und Güntert berichten über eine Berechnung des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2001, in der ein (sehr niedriger) Produktionswert von 10 Milliarden Euro für die unbezahlten Pflege- und Betreuungsaktivitäten von privaten Haushalten veranschlagt wird (ebd., S. 786). Diese Summe ist nur unwesentlich höher als die von den Autoren für 2004

errechneten rund 7 Milliarden Euro für die Position „sonstige Einrichtungen und private Haushalte“, in der die Ausgaben für Pflegegeld, Krankenfahrten im Taxi und für den betrieblichen Gesundheitsdienst als eine reichlich kuriose Restkategorie zusammengefasst wurden. Der ökonomische Wert der informellen Pflege scheint in beiden Fällen mit dem Geldwert des ausgezahlten Pflegegelds gleichgesetzt zu werden. Anschließend wollen die Autoren die volkswirtschaftliche Bedeutung der Pflege durch die amtliche Gesundheitsausgaben- und -personalrechnung belegen, wobei „[f]ür die Höhe der Ausgaben für pflegerische Leistungen (.) insbesondere die Zahl der Beschäftigten in der Pflege“ (ebd.) bestimmend sei. Damit werden die formell-professionell erbrachten Pflegeleistungen gegenüber den informell-privaten als ökonomisch wesentlich wichtiger betrachtet, obwohl die informelle häusliche Pflege die dominante Versorgungsform für pflegebedürftige Menschen in Deutschland ist.<sup>9</sup> Deutlicher als hier kann die ökonomische Geringerschätzung der informellen Betreuungs- und Versorgungsarbeit von Frauen und zunehmend auch von Männern kaum zum Ausdruck kommen.

Eine Expertise zur „informellen Pflege aus ökonomischer Sicht“, die von Schneider (2004; vgl. auch dies. 2006) für den 7. Familienbericht der Bundesregierung erstellt wurde, kommt dagegen auf weit höhere Zahlen. Für ihre eigenen Berechnungen greift Schneider auf personenbezogene Daten aus dem Europäischen Haushaltspanel (EHP) von 1997 zurück, weist aber auch ausführlich auf die neueren SOEP-Daten bei Schupp und Künemund (2004) hin, die sie für eine Aktualisierung empfiehlt. Mit Hilfe der sogenannten „replacement cost“-Methode (Substitutionskostenansatz) berechnet die Autorin die volkswirtschaftlichen monetären Kosten, die entstehen würden, wenn die unbezahlt geleisteten Pflegestunden ersatzweise im Rahmen einer bezahlten Erwerbstätigkeit erbracht würden. Zunächst schätzt sie anhand des EHP ein zeitliches Gesamtvolumen von 4,9 Milliarden Stunden, das

9 Schneider (2004, S. 57) rückt diese Größenverhältnisse zurecht, wenn sie den ungefähr 665.000 Voll- und Teilzeitbeschäftigten in der ambulanten und stationären Pflege (2001) ein Beschäftigungsäquivalent von 3,2 Millionen Vollarbeitszeitplätzen in der informellen Pflege (1997) entgegensetzt.

1997 für die unentgeltliche Betreuung pflegebedürftiger Menschen in der deutschen Volkswirtschaft eingesetzt wurde, was der damaligen Jahresarbeitsleistung von 3,2 Millionen Vollzeit-arbeitskräften entsprochen habe (Schneider 2004, S. 14). Anschließend bewertet sie diesen Zeiteinsatz zu Marktlohneinsätzen. Je nachdem, welche Qualifikationsstufen für die Festlegung der Lohnsätze herangezogen werden, ergeben sich unterschiedliche Bruttostundenlöhne und damit unterschiedliche Zahlen für den Wert der informellen Pflege in Deutschland. Ein Minimalwert von 30,7 Milliarden Euro ergibt sich, wenn der Stundenlohn von (hessischen) Zivildienstleistenden zugrunde gelegt wird, ein Maximalwert von 59,8 Milliarden Euro, wenn der Lohnsatz von examinierten Hauswirtschafter(inne)n angesetzt wird. Im Weiteren verwendet Schneider den mittleren Schätzwert von 44 Milliarden Euro, der auf dem Stundenlohn von examinierten Altenpfleger(inne)n mit einer ein- bis dreijährigen Berufserfahrung basiert. Werden zusätzlich zum reinen Zeitaufwand weitere Vorleistungen einbezogen, die in der Haushaltsproduktion von Pflegeleistungen anfallen, dann ergibt sich in der mittleren Variante ein Produktionswert der informellen Pflege in Deutschland von 52,2 Milliarden Euro für 1997. Wie Schneider (2004, S. 16) berichtet, lag dieser Wert deutlich über den Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung (14,21 Milliarden Euro) und war auch mehr als doppelt so hoch wie die Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte im Wert von 23,24 Milliarden Euro. Leider führt Schneider keine nach Geschlecht getrennten Berechnungen durch, so dass aus ihrer Studie keine Aussagen darüber zu gewinnen sind, wie sich der Gesamtumfang der pro Jahr geleisteten Pflegestunden und damit der Wert der informellen Pflege jeweils getrennt auf die Gruppe der Männer und die Gruppe der Frauen verteilt.

Die folgende eigene Modellrechnung soll zumindest eine grobe Einschätzung erlauben. Dazu verwenden wir die Geschlechterproportionen und Zeitangaben, die Schupp und Kühnemann (2004) für das SOEP 2001 und 2003 errechnet haben (siehe oben). Da die Werte zwischen 2001 und 2003 bei den pflegenden Männern mit 2,3 Stunden und 2,7 Stunden sehr unterschied-

lich ausfallen und hierfür methodenbedingte Schwankungen ursächlich sein können, verwenden wir für Männer einen Mittelwert von 2,5 Stunden, für Frauen von 3 Stunden. Wenn somit 8% der Frauen im Schnitt 3 Stunden und 5% der Männer im Schnitt 2,5 Stunden pro Tag Pflegearbeit geleistet haben, dann haben 100 Frauen rund  $8 \times 3 = 24$  Stunden, 100 Männer dagegen  $5 \times 2,5 = 12,5$  Stunden Pflegearbeit täglich geleistet. Demnach war der zeitliche Gesamtumfang, den Frauen in der informellen Pflege leisten, ungefähr doppelt so hoch wie derjenige von Männern. Folglich tragen Frauen zu ca. zwei Dritteln, Männer zu ca. einem Drittel zum Wert der informellen Pflege in Deutschland bei.

### 4.3 Problemfelder in der häuslichen Pflege älterer Menschen

Die Sorge- und Pflegearbeit im häuslich-familiären Kontext ist für die Pflegenden mit einer Reihe von gendervermittelten und -strukturierten Problemen und Konflikten verbunden, die die Vereinbarkeit von Pflegeverantwortung und Erwerbstätigkeit, das erwartbare Pflegepotenzial („Wer pflegt in Zukunft?“) sowie die gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen aus der Pflegearbeit betreffen.

#### 4.3.1 Die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege

Welche beruflichen Konsequenzen sind mit der Übernahme einer Pfl egetätigkeit verbunden? Die Befragungen, die Infratest 1991 und 2002 im Rahmen der beiden MuG-Studien zur häuslichen Pflege in Deutschland durchgeführt hat, zeigen zwar, dass ein wachsender Anteil der privaten Hauptpflegepersonen einer eigenen Berufstätigkeit nachgeht (1991: 18%, 2002: 23%) – wobei die vorgelegten Daten weder nach Voll- und Teilzeitstellen noch nach Geschlecht differenzieren. Sie belegen jedoch auch, dass Hauptpflegepersonen ihre Sorgearbeit weiterhin nur selten mit einer beruflichen Tätigkeit verbinden, denn gut die Hälfte von ihnen war zu Beginn der Pfl egetätigkeit nicht erwerbstätig:

Tabelle 6:

**Konsequenzen der Pflegearbeit für die Erwerbstätigkeit**

Angaben in %	Pflegebedürftige <sup>1)</sup>		Sonstige Hilfebedürftige <sup>2)</sup>	
	1991	2002	1991	2002
<b>Konsequenzen</b>				
Zu Beginn der Pflege nicht erwerbstätig	52	51	45	48
Tätigkeit aufgegeben	14	10	5	4
Tätigkeit eingeschränkt	12	11	5	5
Tätigkeit fortgesetzt	21	26	44	40
Weiß nicht/keine Angabe	1	2	2	3

1) Leistungsbezieher der Sozialen (SPV) und der Privaten Pflegeversicherung (PPV)  
2) Personen mit Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen ohne Pflegebedarf im Sinne des SGB XI

Quelle: Schneekloth, Wahl 2005, S. 78; TNS Infratest 2002

„Nach wie vor gilt jedoch, dass die Mehrheit der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter entweder zu Beginn der Pflege nicht erwerbstätig war oder aber die eigene Erwerbstätigkeit im Zuge der Pflege eingeschränkt oder aufgegeben hat.“ (Schneekloth 2006a, S. 81)

Eine im Jahr 1998 durchgeführte Repräsentativbefragung bei 1.426 privaten Pflegehaushalten zu „Wirkungen der Pflegeversicherung“ (Schneekloth, Müller 2000) unterstützt diesen Befund: Danach waren lediglich 16% aller Hauptpflegepersonen im Erwerbsalter von 16–64 Jahren (das sind ca. zwei Drittel aller Hauptpflegepersonen) vollzeitbeschäftigt (> 30 Wochenstunden), während 13% teilzeitbeschäftigt waren (< 30 Stunden), 8% einen Minijob hatten und 64%, also gut zwei Drittel nicht erwerbstätig waren (zitiert nach Meyer 2006, S. 22 f.). Insofern auch in 2002 noch 73% der Hauptpflegepersonen Frauen waren (Schneekloth 2006b, S. 409), sind es also meistens Frauen, die zugunsten einer häuslichen Hauptpflegetätigkeit ihre eigene Erwerbstätigkeit einschränken oder gar aufgeben. Dies wird für die Zeit unmittelbar vor Einführung der Pflegeversicherung auch durch eine Längsschnittanalyse

belegt, die Schneider, Drobnic und Blossfeld (2001) mit Daten des Ökonomischen Panels durchgeführt haben. Sie zeigen, dass verheiratete Frauen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, ihre Erwerbstätigkeit aufzugeben, wenn in ihrem eigenen Haushalt ein Pflegefall eintritt. Dabei schienen die mit der Pflege verbundenen Anforderungen so belastend zu sein, dass auch eine Reduzierung der Erwerbstätigkeit nur selten in Frage kam und die Erwerbstätigkeit in der Regel vollständig aufgegeben wurde (ebd., S. 377 f.). Auch wenn Schneekloth (2006a, S. 81) davon überzeugt ist, dass mit Einführung der Pflegeversicherung die Vereinbarkeit von privater Pflege und Berufstätigkeit tendenziell erleichtert wurde, bestätigt sich unsere oben geäußerte Einschätzung, wonach das Modell einer meist weiblichen „Hauptpflegeperson“ einen komplementären, meist männlichen traditionellen „Haupternährer“ voraussetzt.

Künemund (2001, S. 97) dagegen schließt aus den Daten des Alterssurveys 1996, dass bei den 40–85jährigen die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege nur im Einzelfall Probleme bereite und nur sehr selten eine Reduzierung oder



Aufgabe der Erwerbstätigkeit notwendig werde. Diese Aussage ist sehr irreführend, da Künemund die Anteile derjenigen betrachtet, die eine frühere oder aktuelle Erwerbstätigkeit aufgrund einer Pflegetätigkeit reduziert oder aufgegeben haben. Weil sich in der Grundgesamtheit des Alterssurveys aber nur ein geringer Anteil an (aktuellen oder ehemaligen) Pflegepersonen befindet, muss die Rate derjenigen, die ihre Erwerbstätigkeit wegen Pflege aufgegeben haben, natürlich noch viel geringer sein. Zudem beziehen sich seine Aussagen auf alle Pflegepersonen, d.h. auch auf die viel weniger belasteten Nebenpflegepersonen – was das Vereinbarkeitsproblem empirisch noch einmal kleiner erscheinen lässt.

#### 4.3.2 Pflegepotenzial und Pflegebereitschaft

In einem aktuellen Literaturüberblick zur Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit vermuten Sowarka und Au (2007), dass die traditionelle Lösung des Pflegeproblems in Form von pflegenden Frauen, die ihre berufliche Tätigkeit reduzieren, unterbrechen oder ganz aufgeben, immer weniger selbstverständlich werde. Als Ursachen geben sie den anhaltenden demographisch bedingten Anstieg an Pflegebedürftigen und die steigende Erwerbsorientierung von Frauen an (ebd., S. 4). Auch die im Kohortenvergleich immer höhere Bildung von Frauen wird dazu führen, dass Frauen immer weniger als „Reservearmee“ für die häusliche Angehörigenpflege zur Verfügung stehen. Wie eine etwas ältere Sekundäranalyse von Dalling (1997; vgl. auch dies. 1998) gezeigt hat, ist nämlich eine Hauptpflegeperson umso weniger dazu bereit, die eigene Berufstätigkeit zu reduzieren oder ganz aufzugeben, umso höher der formale Bildungsgrad ist, den sie besitzt.

Ebenso reduziert die Zugehörigkeit zu einem gehobenen Sozialmilieu (hohe Bildung, hoher Berufsstatus) die Bereitschaft, im Falle der Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen selbst Pflegearbeit zu leisten, und erhöht im Gegenzug die Neigung, auch eine Versorgung durch ein Pflegeheim in Betracht zu ziehen. Das haben zwei repräsentative Befragungen zu pflegeskulturellen Orientierungen ergeben, die Blinkert und Klie

(dies. 2004; Blinkert 2005) bei 40–60jährigen Bewohnern der Kleinstadt Munderkingen und der Großstadt Kassel durchgeführt haben. Die häusliche Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen ist demnach am ehesten mit einem traditionellen und vormodernen Lebenskonzept kompatibel:

*„Die Bereitschaft zur Pflege von Angehörigen lässt sich also am ehesten in Gruppen beobachten, die man zu den „Verlierern von Modernisierungsprozessen“ rechnen kann – in Gruppen mit wenig strukturellen Ressourcen und bei denen, die in ihrem Lebensentwurf an den Modernisierungsprozess weniger gut angepasst sind.“* (Blinkert 2005, S. 148).

Insofern die Pflegeversicherung mit ihrem Grundsatz „ambulant vor stationär“ bewusst auf die (zumeist weibliche) häusliche Pflegebereitschaft setzt, unterstützt sie folglich einen vormodernen, eher in ländlichen Regionen und in unteren Sozialschichten beheimateten Lebensentwurf, der – so möchten wir hinzufügen – auch eng mit der traditionellen Rollenverteilung zwischen „männlichen Haupternährern“ und „weiblichen Hauptpflegepersonen“ verbunden ist (siehe auch Blinkert, Klie 2006). Blinkert (2005, S. 152 f.) nimmt an, dass im Verlauf des sozialen Wandels der Anteil der sozialen Milieus, die die höchste Bereitschaft zur häuslichen Angehörigenpflege aufweisen, immer weiter abnehmen und folglich die berufliche Pflege durch ambulante Dienste und Heime immer wichtiger werde.

#### 4.3.3 Gesundheitliche Belastungen der Hauptpflegepersonen

Schließlich ist auf die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen gesundheitlichen und sozialen Belastungen zu verweisen, die mit der Übernahme einer informellen Hauptpflegetätigkeit verbunden sind. Die Ergebnisse der beiden MuG-Studien verdeutlichen zunächst, dass die Hauptpflegepersonen in der großen Mehrheit eine starke Belastung empfinden, wobei sich zwischen 1991 und 2002 die entsprechenden Werte leicht verbessert haben (siehe folgende Tabelle).

Tabelle 7:

**Belastungsempfinden der Hauptpflegeperson (Selbstausskunft)**

In %	MuG I: 1991	MuG III: 2002
Belastung		
Gar nicht	1	5
Eher wenig	9	12
Eher stark	36	42
Sehr stark	54	41

Quelle: Schneekloth 2006b, S. 409

Quelle: Repräsentativerhebung MuG I/MuG III, TNS Infratest Sozialforschung

Schneekloth (2006a, S. 88 f.) berichtet über eine multivariate Analyse, in der auf Basis der Daten von 2002 die wichtigsten Belastungsfaktoren ermittelt wurden. Hinsichtlich des Belastungsempfindens fänden sich keine signifikanten Geschlechterunterschiede, weder bei der Hauptpflegeperson noch bei der pflegebedürftigen Person; auch Statusmerkmale (Haushaltseinkommen, Sozialschicht, Bildungsmilieu) und regionale Faktoren (Stadt/Land, Ost/West) hätten keine signifikante Bedeutung. Vielmehr werde das Belastungsempfinden vor allem von der Pflegesituation beeinflusst: Die Pflege von Demenzkranken und Pflegebedürftigen der Stufe 3, Defizite in der Hilfsmittelversorgung, eine „Rund um die Uhr“-Verfügbarkeit und die Fortsetzung der Berufstätigkeit sind die signifikantesten Belastungsfaktoren für die Hauptpflegepersonen.

Im Gegensatz dazu zeigt die LEANDER-Studie über die Belastung pflegender Angehörigen von Demenzkranken (Zank, Schacke 2007; zur Methode vgl. Kap. 2.3), dass Frauen sich im Vergleich zu den Männern sehr wohl als subjektiv höher belastet empfinden, selbst wenn sich ihre objektiven Anforderungen nicht unterscheiden. Dies führen Zank und Schacke (ebd., S. 141 ff.) auf unterschiedliche Reaktionen der sozialen Umwelt zurück: Während die Übernahme von Pflegeaufgaben bei Frauen geschlechtsrollenkonform sei und daher als Selbstverständlichkeit gelte, wür-

den Männer eine große soziale Anerkennung für ihre Pflegearbeit erfahren. Ebenso spürten Frauen ein höheres Konfliktpotenzial hinsichtlich der Vereinbarkeit von Pflegeaufgaben und weiteren familiären Verpflichtungen und leiden unter größeren persönlichen Einschränkungen. Befinden sich pflegende Angehörige im selben Haushalt wie die gepflegte Person, dann werde auch diese Situation als viel belastender empfunden als im Falle getrennter Haushalte.

#### 4.4 Fazit: Geschlechterstrukturen in der häuslich-familiären Pflege älterer Menschen

Wie das Kapitel zur informellen Pflege deutlich gezeigt hat, stellen Frauen weiterhin die Mehrheit der pflegenden Angehörigen in der häuslichen Pflege dar und übernehmen auch zeitlich gesehen die meiste Pflegearbeit. Auch die gesundheitlichen und sozialen Belastungen sind für pflegende Frauen in der Regel größer als für pflegende Männer. Die volkswirtschaftliche Wertschöpfung durch die informelle Pflegearbeit ist enorm und lässt sich zu zwei Dritteln der Pflegearbeit von Frauen, aber auch zu einem Drittel der Pflegearbeit von Männern zuschreiben. Männer übernehmen zunehmend auch Verantwortung als Hauptpflegepersonen, was als Tendenz

hin zu einer egalitären Aufteilung der familiären Pflegearbeit gedeutet werden könnte. Angesichts des demographischen Wandels und der Veränderung von sozialen Milieus mit ihren unterschiedlichen „pflegekulturellen Orientierungen“ ist eine langfristige Abnahme der traditionellen häuslich-familiären Pflegebereitschaft zu prognostizieren. Diese Entwicklung kollidiert jedoch mit der aktuellen Sozialpolitik, die mit der Pflegereform 2008 den Vorrang der häuslich-familiären Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen

durch eine informelle Hauptpflegeperson bestärkt hat und damit implizit einen komplementären männlichen Haupternährer voraussetzt. Die in der Mehrheit weiblichen Hauptpflegepersonen werden, insofern sie überhaupt noch berufstätig sind, aus dem öffentlichen „Erwerbsraum“ heraus- und in den privaten „Sorgeraum“ hineingedrängt, denn die Übernahme der Hauptpflegeverantwortung ist kaum mit einer Erwerbstätigkeit vereinbar, die in der Folge dann meistens reduziert oder ganz aufgegeben wird.

## 5. Berufliche Sorge- und Pflege Tätigkeit für ältere Menschen

Eine Mehrheit der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland wird im Rahmen der häuslichen oder stationären Versorgung (mit-)betreut von Frauen und Männern, die berufliche Sorge- und Pflegearbeit leisten. Zunächst sollen wieder Eckdaten zur ambulanten und stationären Versorgung pflegebedürftiger (älterer) Menschen vorgestellt werden. Anschließend wird die berufliche Pflege älterer und alter Menschen als ein typischerweise von Frauen ausgeübter Beruf diskutiert: Nach einer Beschreibung der quantitativen Strukturen werden die entsprechenden gesellschaftlichen Zuschreibungen thematisiert, die zur Aufrechterhaltung der Konnotation des Pflegeberufs als typisch weiblich beitragen und die Auswirkungen auf den sozialen Status und die Identität von männlichen Altenpflegern haben. Ebenso gehört zur Realität der beruflichen Pflege, dass gesundheitliche Belastungen und soziale Konflikte analog zur informellen Pflege nach Geschlecht ungleich verteilt sind. Danach soll ein intensiverer Blick auf die beruflichen Strukturen gelegt werden, in denen die Geschlechterverhältnisse in der professionellen Versorgung und Pflege älterer Menschen reproduziert werden. Hierzu tragen geschlechtsbezogene Ausbildungsstrukturen, ungleiche Karrierechancen und schließlich auch die Überlagerung von Geschlechterhierarchien mit beruflichen Statushierarchien bei. Zum Schluss wird ein Fazit zu den Geschlechterstrukturen in der beruflichen Pflege älterer Menschen gezogen.

### 5.1 Die ambulante und stationäre Versorgung älterer Menschen

Nach der Pflegestatistik 2005 (vgl. im Folgenden Statistisches Bundesamt 2007) wird mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen nach SGB XI durch ambulante Dienste zu Hause oder stationär in Pflegeheimen versorgt: 22% (472.000) aller Pfe-

gebedürftigen Deutschlands nehmen dabei die Leistungen von 11.000 ambulanten Pflegediensten mit 214.000 Beschäftigten in Anspruch, 32% (677.000) der Pflegebedürftigen werden in 10.400 Pflegeheimen mit 546.000 Beschäftigten betreut. Damit haben in 2005 insgesamt 760.000 Personen berufliche Sorge- und Pflegearbeit an pflegebedürftigen Menschen geleistet. Geht man davon aus, dass mehr als zweieinhalb Millionen Menschen in Deutschland informelle Sorge- und Pflegearbeit für Angehörige leisten (vgl. die Modellrechnung in Kap. 4.2.2), dann beträgt das Zahlenverhältnis zwischen professionellen und privaten Helfern in der Pflege ungefähr 1:3.

Die Daten der Pflegestatistik 2005 belegen einen Trend zur professionellen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen durch ambulante Dienste und in Pflegeheimen. Dabei ist zwischen 1999 und 2005 der Anteil der durch ambulante Dienste Versorgten um 13,5%, der in Heimen Versorgten um 18% gestiegen, während der Anteil der reinen Pflegegeldempfänger, die keine zusätzlichen ambulanten Dienste beanspruchten, um 4,6% zurückgegangen ist. Damit nimmt die Bedeutung der formellen Pflege langfristig zu, sei es als Ersatz für die häuslich-familiäre Betreuung oder als Kombination aus formeller und informeller Pflege im Sinne eines Pflegemixes. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Versorgung in einem Heim in der Regel nicht bedeutet, dass die Angehörigen der Pflegebedürftigen keine Care- und Sorgearbeit mehr leisten. Vielmehr verschiebt sich ihr Tätigkeitsprofil weg von der direkten Versorgung und Pflege hin zu bürokratisch-organisatorischen und sozial-kommunikativen Aktivitäten, die zusätzlich mit und für den Angehörigen ausgeübt werden. Über den sicherlich beträchtlichen Umfang dieser Art von informeller Carearbeit, die ergänzend zur institutionellen pflegerischen Versorgung geleistet wird, gibt es bisher keine Daten.

Der größere Teil der ambulanten Pflegedienste befindet sich mit 58% in privater Trägerschaft, die freigemeinnützigen Träger haben einen Anteil von 41% und die öffentlichen Träger von lediglich 2%. Allerdings versorgen die privaten ambulanten Dienste mit durchschnittlich 32 Pflegebedürftigen nur halb so viele wie die freigemeinnützigen ambulanten Dienste mit je 58 Pflegebedürftigen. Auch in der stationären Versorgung wirkt sich der im SGB XI festgeschriebene Vorrang der privaten und freigemeinnützigen Pflegemarktakteure aus. Hier befinden sich 55% der Pflegeheime in freigemeinnütziger, 38% in privater und 7% in öffentlicher Trägerschaft. Dies spiegelt den hohen Grad der „Kommodifizierung“ der beruflichen geleisteten Pflegearbeit wider, die im Gegensatz zur informellen Pflege sich an ökonomischen Wirtschaftlichkeits- und Effizienzkriterien orientieren muss (vgl. Theobald 2006b). Die „Taylorisierung“ der beruflichen Pflege wird im Bereich der ambulanten Versorgung darin sichtbar, dass dort die Dienstleistungen in Form einzelner, inhaltlich genau beschriebener Pflegemodule erbracht und abgerechnet werden müssen. Damit wird die „spezialisierte“ formelle Pflege in einen Gegensatz zur „ganzheitlichen“ informellen Pflege gestellt – die berufliche Pflege wird von einem ganzheitlichen Verständnis von Pflege als Care zurückgeschraubt auf Pflege als einer funktional spezifischen Dienstleistung (vgl. auch Zeman 2005).

Die meisten ambulanten Pflegedienste (97%) bieten nicht nur Leistungen für pflegebedürftige Menschen nach SGB XI (Gesetzliche Pflegeversicherung) an, sondern wenden sich mit Leistungen für häusliche Krankenpflege oder Hilfe nach SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) auch an Kranke oder behinderte Menschen (Statistisches Bundesamt 2007). Damit vermischen sich in der ambulanten Versorgung gerontologische und medizinische Pflegeaufgaben, was sich auch in den Qualifikationsprofilen der Beschäftigten niederschlägt. Dagegen steht in den allermeisten Heimen (93%) die gerontologische Pflege älterer Menschen im Mittelpunkt, wobei auch dort die medizinische Behandlungspflege aufgrund des wachsenden Anteils an Schwerstpflegebedürftigen und multimorbiden Bewohnern immer wichtiger wird.

## 5.2 Die berufliche Sorge- und Pflegearbeit von Frauen und Männern

Auch in der beruflichen Pflege liegt der Frauenanteil mit 88% bei den ambulanten Diensten und mit 85% im stationären Bereich sehr hoch (Pfleigestatistik 2005, vgl. Statistisches Bundesamt 2007). Der geringe Anteil an Vollzeitbeschäftigten kennzeichnet die berufliche Pflege für ältere Menschen als typisch weiblichen Arbeitsmarktsektor. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich dominieren Teilzeit- und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse: Im ambulanten Bereich war 2005 mit 71% die Mehrheit des Personals teilzeitbeschäftigt, während nur 26% in Vollzeit beschäftigt waren; daneben gab es 2% Auszubildende, Praktikant(inn)en und Helfer(innen) im freiwilligen sozialen Jahr sowie 1% männliche Zivildienstleistende. In den Heimen lag der Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit 54% zwar niedriger, bedeutete aber auch dort die Mehrheit. 38% der Beschäftigten arbeiteten in Vollzeit, 6% waren Auszubildende, Praktikant(inn)en und Helfer(innen), und 1% junge Männer übten ihren Zivildienst aus. Obwohl in beiden Bereichen das Personal zwischen 2003 und 2005 insgesamt stark anstieg (ambulant: + 8,4%, stationär: + 7,0%), nahm die Zahl der Vollzeitbeschäftigten sogar jeweils ab, um 3,8% im ambulanten und 2,0% im stationären Bereich.

Hinsichtlich der Tätigkeitsbereiche dominiert bei den Beschäftigten jeweils die direkte Pflege in Form von ambulanter Grundpflege (Pflegedienste: 69%) bzw. stationärer Pflege und Versorgung (Heime: 68%). Dieser Zweidrittelanteil an Beschäftigten, die ihren Schwerpunkt in der direkten Pflege haben, ist vor allem eine Domäne von ausgebildeten Fach- und Hilfskräften der Altenpflege und der Krankenpflege. Bei den ambulanten Diensten sind mit einem Gesamtanteil an den Beschäftigten von 38% sogar mehr Krankenpfleger(innen) als Altenpfleger(innen) mit einem Anteil von 22% tätig, was auf die gleichzeitige Aktivität im Bereich des SGB XI (Pflegeversicherung) und des SGB V (Krankenversicherung) zurückzuführen ist. In den Heimen stellen bei den ausgebildeten Fachkräften dagegen die Altenpfleger(innen) mit 32% gegenüber den Krankenpfleger(innen) mit 15% die Mehrheit, was durch den

höheren Anteil an Beschäftigten, die dort ausschließlich im Sinne des SGB XI tätig sind, begründet ist.

Aus den Angaben zum Pflegepersonal in der Pflegestatistik 2005 lässt sich auch eine Geschlechterhierarchie ablesen, die typisch für dieses Berufsfeld ist. Die relativ höchsten Frauenanteile haben die unterstützenden Hilfstätigkeiten mit jeweils über 90%, während bei den sehr wenigen Beschäftigten, die einen pflegewissenschaftlichen Studienabschluss haben, der Männeranteil auf ein Drittel ansteigt (ambulant: 29,6%, stationär 33,1%); dort ist auch der Anteil an Vollzeitkräften mit 63,2% (ambulant) bzw. 69,7% (stationär) am höchsten. Je höher also die Ausbildung ist, desto höher sind die Anteile an Männern und Vollzeitbeschäftigten in der beruflichen Pflege älterer Menschen. Der Männeranteil in Leitungspositionen (vor allem Pflegedienstleitung und Heimleitung) dürfte aber noch erheblich höher liegen, worüber leider keine statistischen Daten für Deutschland vorliegen. Voges (2002, S. 251) berichtet über eine Expertenschätzung von knapp 90% männlichem Leitungspersonal oberhalb der Ebene der Pflegedienstleitung, während Borutta und Giesler (2006, S. 33) auf der Basis einer eigenen Umfrage ermittelt haben, dass mehr als die Hälfte (59%) der Heimleitungen bzw. Geschäftsführungen in nordrhein-westfälischen Altenheimen Männer sind.

Altenpflege als Ausbildungsberuf unterliegt wie andere Berufe auch den Gesetzmäßigkeiten von Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt. Eine Besonderheit insbesondere des Altenpflegeberufs liegt in der relativ hohen Fluktuation, mit der die Beschäftigten in den Beruf ein- und dann wieder aus ihm aussteigen (Becker, Meifort 1997; Flieder 2001; Hasselhorn u.a. 2005). Das kennzeichnet die Altenpflege als typischen Frauenberuf, vor allem für solche Frauen, die nach der Erziehungsphase wieder bzw. neu in ein berufliches Arbeitsverhältnis einsteigen wollen. Auf Basis einer Sekundärauswertung vorhandener Studien kommen Borutta und Giesler (2006, S. 34) zu dem Befund, dass Männer in der Pflege über-

wiegend zwischen 27 und 39 Jahre alt sind und der Anteil der über 40jährigen weiblichen Pflegekräfte bei 95% liegt. Für den Karriereverlauf von Frauen identifizieren sie vielfältige behindernde Faktoren, die gleichzeitig auch der „doppelten Vergesellschaftung“ von Frauen zugeordnet werden können. Dazu zählen beispielsweise Teilzeitbeschäftigung, niedrige berufliche Vorbildung, familienbedingte Unterbrechungen, geschlechtsspezifisch zugeschriebene und verinnerlichte Arbeitsteilungsprinzipien (Zuständigkeit der Frauen für die direkte Pflege, Männer zuständig für indirekte Pflege) sowie eingegrenzte Aufstiegs- und Weiterbildungsangebote. Es gibt aber auch förderliche Faktoren, die selten thematisiert werden. Beispielsweise empfinden Männer den Beruf der Altenpflege als karrierehemmend, weshalb sie häufiger den Ausstieg aus dem Beruf erwägen und damit sozusagen Platz für Frauen machen; zudem haben Frauen die Möglichkeit einer „späten Karriere“ im Sinne eines relativ einfachen Einstiegs auch in höherem Alter (ebd.).

Ein spezifisches Problem des Arbeitsmarktes soll dabei nicht unerwähnt bleiben, nämlich die Schwarzarbeit in der Altenpflege. Seit geraumer Zeit hat sich eine Pflegekonstellation verbreitet, bei der vor allem Frauen aus osteuropäischen Ländern die häusliche Pflege von Familienmitgliedern übernehmen und entsprechend dem Dienstbotenmodell (vgl. Kap. 3.3) dauerhaft im Haushalt der zu Pflegenden wohnen. Da diese Arbeit häufig nicht als solche angemeldet ist und dafür auch keine Sozialabgaben gezahlt werden, gilt sie gesetzlich als illegale Beschäftigung. Auf der anderen Seite steht aber, dass in vielen Fällen ohne diese Arbeit familiär-häusliche Pflegearrangements nicht mehr aufrecht erhalten werden könnten, da professionelle Pflegedienstleistungen als zu teuer angesehen werden und/oder die Berufstätigkeit von (weiblichen) Angehörigen aufgegeben werden müsste. Zu dieser Problematik gibt es naturgemäß wenige Daten, daher sind hier weitere Forschungsanstrengungen nötig (vgl. Kondratowitz 2005).



### 5.3 Kompetenzentwicklung und Professionalisierung in der Altenpflege

Im Feld der Pflege wurden Einfühlungsvermögen, direkte körperliche Pflege usw. bisher als quasi-biologische, über das (weibliche) Geschlecht vermittelte Attribute betrachtet und nicht als berufliche Kompetenzen, die für die Pflege von essentieller Bedeutung sind; sie werden niedrig bewertet und tabuisiert. Diskussionen zur Professionalisierung im Feld der Altenpflege finden weitgehend statt, ohne dass diese über geschlechtliche Eigenschaftszuschreibungen vermittelten Abwertungen und Tabuisierungen thematisiert werden. Professionelle Kompetenzen von ihrer Zuordnung zu einem Geschlecht zu trennen und damit aus dem Privaten zu lösen, kann erreichen, dass die Professionalisierungsdebatte um das Spezifische in der Pflege (z. B. Einbezug von Fürsorge/Empathie als zu lernende und lehrende Kompetenzen) erweitert wird. Über die Erforschung der Prozesse und in Folge dessen einer De-Konstruktion von „naturegebenen“ Wesensmerkmalen und dem Aufbrechen der Zuschreibung dieser Tätigkeiten zum privaten, familiären „weiblichen“ Raum, könnte ein neuer Arbeitsbegriff entstehen, so die einhellige Meinung verschiedener Autor(inn)en (vgl. Allan 1993, zitiert nach Miers 2001, S. 188; Friese und Thiessen 2003).

Bourdieu (2005) bietet die passenden Konzepte zu einer Genderanalyse der geschlechtlich konnotierten Arbeitszusammenhänge an, indem er diskutiert, wie Hierarchien entstehen (siehe auch Kap. 3.1) und aufrechterhalten werden. Demnach werden Hierarchien, die an sich aufgebrochen werden sollen, dadurch stabilisiert, dass die „Beherrschten“ die Strategien und Deutungsmuster der „Herrschenden“ gebrauchen und dadurch deren Vorherrschaft legitimieren. Übertragen auf die Professionalisierungsdebatte in der Pflege zeigt sich das an der Fokussierung der Pflege auf das Vokabular und die Methoden von Medizin und Ökonomie. Anstatt sich aus der untergeordneten Stellung gegenüber den anderen Professionen bzw. Disziplinen zu befreien, wird durch diese „Fremdorientierung“ die Dominanz der „männlichen“ und „öffentlichen“ Felder der

Medizin und Ökonomie weiter stabilisiert (vgl. auch Roth 2007). Borutta und Giesler (2006, S. 33 f.) kommen bei der Analyse der vorhandenen Daten zur stationären Pflege zu einer passenden Feststellung. Männliche Karrieren in der Altenpflege speisen sich – so ihre Erkenntnis – meist pflegefremd, d. h. sie finden als Quereinstieg aus männlich konnotierten Berufen, wie Medizin, Jura, Theologie und aus dem Bereich des Kaufmännischen und der Verwaltung statt.

Pflegewissenschaftliche und sozialrechtliche Definitionen tragen zur Pflege als einer vergeschlechtlichten Tätigkeitsform bei (vgl. Dibelius, Uzarewicz 2006). „Pflege“ hat sich als eigenständiger Handlungsbereich in Abgrenzung zu anderen heilenden, therapeutischen und beratenden Tätigkeiten entwickelt. Damit sind wichtige berufs- und professionspolitische Fragen angeschnitten, insofern unterschiedliche Definitionen von Pflege – einerseits als ein zur Medizin gleichrangiges soziales Handlungssystem oder aber als eine der Medizin zu- und ihr untergeordnete Hilfstätigkeit – unterschiedliche Möglichkeiten der berufsständischen Organisation und Autonomie implizieren (Bauch 2005) und Auswirkungen auf die Bewertung der „nichtprofessionellen“ Pflegearbeit haben (Kreutzner 2006; Theobald 2006a, 2006b, 2008). In der Realität lässt sich in Deutschland eine Unterordnung des Pflegesystems unter das medizinische System beobachten (wenngleich die gegenwärtige Professionalisierung der Pflege hier zukünftige Verschiebungen erwarten lässt). Dabei verbindet sich die berufliche Hierarchie zwischen medizinischen und pflegerischen Berufen mit der parallelen Hierarchisierung von „männlichen“ und „weiblichen“ Fähigkeitsprofilen. Eine interne berufs- und geschlechterhierarchische Aufteilung innerhalb der professionellen Pflege wird vorgenommen mit der Unterscheidung von „direkter“ Pflege, die körper- und personennah ist und vor allem von Frauen ausgeübt wird, und einer „indirekten“ Pflege, die sich auf eher „männliche“ Management- und Planungsaufgaben bezieht (Voges 2002). Diese geschlechtsspezifische Hierarchisierung von Pflegetätigkeiten kann auch in der häuslich-familiären Pflegearbeit beobachtet werden (siehe Kap. 4).

## 5.4 Altenpflege als weiblich konnotierter Beruf

Pflege als Tätigkeitsform ist also zentral mit Geschlechtszuschreibungen versehen (Miers 2001). „Pflege“ wurde historisch zunächst als ein dem weiblichen Geschlecht „von Natur aus“ zugehöriges Arbeitsvermögen angesehen, für das keine spezifische Ausbildung nötig sei, im Gegensatz zu anderen männlich konnotierten Berufen. Aber auch die berufliche Pflege wird häufig immer noch als weiblicher „Halbberuf“ angesehen, der eher Berufung denn Beruf sei und für den Motivation und Einstellung („ein gutes Herz haben“) als wichtiger angesehen werden als dazugehörige Fachkompetenzen. Dies gilt in einem noch stärkeren Maße für die Altenpflege, die intern eine ebenso untergeordnete Stellung gegenüber der Krankenpflege einnimmt wie extern die Pflege gegenüber der Medizin.

Die Konnotation von Pflege als „weiblicher“ Tätigkeit (gekoppelt an das „weibliche Arbeitsvermögen“) ist nach Twigg (2000, S. 408) unabhängig vom biologischen Geschlecht des Pflegenden. Insofern soziale Tätigkeitsfelder als Ganzes geschlechtsspezifisch strukturiert sind, werden den Akteuren in diesen Feldern auch geschlechtsspezifische Eigenschaften zugeschrieben. Das wirkt sich auf das geschlechtliche Selbstkonzept und auf die Identität aus (vgl. Ummel 2004). Pflege als Beruf wird zum „gendered job“ (Twigg 2000). Auf Basis einer auf die Krankenpflege bezogenen Fallanalyse kommt Ummel (2004) zu der Erkenntnis, dass die in der Pflege tätigen Männer (und Frauen) geschlechtliche Differenzierung über die Zuschreibung von männlichen/weiblichen Eigenschaften und Fähigkeiten von Zweifeln frei halten. Selbst bei hoher Reflexivität und einem großen Wunsch nach einem freieren Geschlechtshabitus bleibt die auf der Zweigeschlechtlichkeit (West und Zimmermann 1987; Villa 2006) basierende und als natürlich angenommene Konstruktion geschlechtlicher Differenz bestehen und betrifft damit auch die gelebte und lebenspraktische Basis von Geschlecht (doing gender). Demnach bleibt, z.B. für einen in der Pflege tätigen Mann, der geschlechtlich konnotierte Aspekt des Helfens, der mit mütterlich und intuitiv umschrie-

ben werden kann, qua „Geschlecht“ unzugänglich. Die geschlechtsspezifische Segregation der Arbeitswelt, und hier insbesondere die Konnotation des Pflegeberufs als „Frauenberuf“, erhält durch diese Zusammenhänge eine neue Tiefe.

Weitere Belege für wenig geschlechtsdifferenzierte Betrachtungsweisen in der Altenpflege finden sich im aktuell veröffentlichten Handbuch zur „Pflegedokumentation stationär“ (Mahlberg-Breuer, Mybes 2007) und in der Liste der „Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ (AEDLs) nach Krohwinkel. In den AEDLs verliert die Kategorie „Sich als Mann oder als Frau fühlen“ mit zunehmender Pflegebedürftigkeit an Relevanz. Sie wird weitgehend ohne Hinweis auf sexuelle Bedürfnisse oder Handlungen beschrieben. Daraus lässt sich die These ableiten, dass pflegebedürftige Männer und Frauen in der öffentlichen und fachlichen Diskussion zunehmend zu „Pflegebedürftigen“, also zu geschlechtsneutralen Objekten von Pflege und Betreuung, werden (vgl. Wolfinger 2006). Dies zeigt sich auch in der ethnologischen Fallstudie von Koch-Straube (1997) zur „Fremde[n] Welt Pflegeheim“. Die Autorin beschreibt Pflegeheime als „Welt der Frauen“, in der die zumeist weiblichen Pflegekräfte ihre „Mütterlichkeit“ als Pflegeressource in das weibliche Berufsmilieu hineinragen und dadurch zu einer Infantilisierung und Entsexualisierung der Bewohner beitragen:

*„Die bewusste oder unbewusste Familialisierung der beruflichen Tätigkeit im Heim bewirkt vielfach eine Beziehungskonstellation zwischen jüngeren Pflegenden und alten Menschen, die – gewohnte Generationsabfolgen auf den Kopf stellend – dem Mutter-Kind-Verhältnis ähnelt (...). Das in der Altenpflege auch offen verbreitete Bild, daß die alten Menschen zu Kindern werden, führt zur Entsexualisierung der alten Menschen mit der Gefahr, daß dennoch auftretende sexuelle Bedürfnisse und Konflikte nicht wahrgenommen oder pathologisiert werden.“* (Koch-Straube 1997: S. 366f.)

Männer, die in der „direkten“ Altenpflege tätig sind, stellen weiterhin eine Minderheit dar (siehe oben). Als Männer in einem Frauenberuf erfahren sie zunächst eine doppelte Stigmatisierung:

*„Altenpflege ist eine Frauenwelt, wo mit typischer Frauenarbeit entmännlichte Männer versorgt werden. Andererseits konfrontiert Altenpflege den Mann mit der permanenten Kränkung seiner männlichen Identität.“* (Hammer, Bartjes 2005, S. 19)

Hammer und Bartjes (2005, S. 20 ff.) konnten in Interviews mit zukünftigen männlichen Altenpflegern zeigen, dass pflegende Männer ein ambivalentes Verhältnis zur Pflege haben. Sie wählen den Beruf, obwohl auch sie ihn als Frauenberuf bezeichnen, sehen aber dann zu, dass die direkte Pflege älterer Menschen nur ein Durchgangsstadium im Karriereverlauf ist und als Sprungbrett für Leitungstätigkeiten in der Pflege oder für andere Berufe dient. Dabei entwickeln sie unterschiedliche Strategien, um sich als Männer in einem Frauenberuf zu behaupten: Sie spezialisieren sich auf Tätigkeitsbereiche, die mit einem höheren Status und einer höheren Bezahlung verbunden sind, und grenzen sich von der als „weiblich“ empfundenen Grundpflege ab. Zwar verkörpern Männer in der Altenpflege eine abweichende Form von Männlichkeit, die der „hegemonialen Männlichkeit“ (Connell 1995) untergeordnet ist. Dennoch erlangen sie eine „patriarchale Dividende“ (ebd.), da sie im Vergleich zur Gruppe der Frauen sich angenehmere Tätigkeitsfelder suchen können und bessere Aufstiegschancen besitzen.

## 5.5 Belastungen und Konflikte der beruflich Pflegenden

Die Arbeit in einem ambulanten Dienst und vor allem in einem Alten- und Pflegeheim ist mit hohen körperlichen und seelischen Belastungen verbunden, die häufig zum „Burnout“ und zur vorzeitigen Aufgabe des Berufes führen. Neben individuellen Schwierigkeiten mit der Pflege von zunehmend an Demenz erkrankten und multimorbiden Bewohnern sind dafür auch institutionelle Rahmenbedingungen verantwortlich, die selbst engagierte und gut ausgebildete Pflegekräfte an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit führen. Psychophysische Überlastungen sind damit nicht nur eine Folge von mangelhaften pflegerischen und sozialen Kompetenzen, sondern auch eine

Auswirkung sich verschlechternder Arbeitsbedingungen in Einrichtungen der Altenhilfe, wie sie vor allem seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 sichtbar wurden (vgl. Amrhein 2002, 2005b; siehe auch Zellhuber 2004). Neben immensen physischen und psychischen Gesundheitsbelastungen (Zimber; Weyerer 1999; Zimber 2000; BGW-DAK 2003; Siegrist, Rödel 2005) stellt sich auch das Problem der Vereinbarkeit von Beruf und Familie (vgl. Dunkel 1994, 2005). Ein besonderes Merkmal der Arbeit in der Altenpflege ist der direkte Kontakt mit der Körperlichkeit und Sexualität der zu pflegenden Personen. Pflege, und hier vor allem die Altenpflege ist deshalb auch als spezifische Form von „Körperarbeit“ (Twigg 2000; Wolfinger 2006) zu charakterisieren. Da die berufliche Altenpflege quantitativ wie qualitativ „weiblich“ ist, leiden vor allem Frauen an diesen Belastungs- und Konfliktsituationen.

Nach einer im Auftrag der Paul-Lempp-Stiftung durchgeführten Untersuchung (Landau 2001) werden Tätigkeiten in der körpernahen, der so genannten „direkten“ Pflege, als körperlich und psychisch belastend eingestuft (vgl. Wolfinger 2006, v.a. zum Aspekt des Körpers). Es gibt bisher nur wenige deutschsprachige Publikationen, die sich explizit mit körperbezogenen Konflikt- und Belastungssituationen in der (direkten) Altenpflege beschäftigt haben (v.a. Knobling 1985; Koch-Straube 1997). Um Ansätze einer geschlechtersensiblen Altenpflege entwickeln zu können, die einerseits der Realität der Pflegenden und Pflegebedürftigen entsprechen und andererseits unbewusst wirksame Hierarchisierungen offen legen und aufbrechen, ist eine Analyse der in der pflegerischen Interaktion wirksam werdenden geschlechtsspezifischen Zuschreibungen erforderlich.

Für die ambulante Pflege kann ergänzend auf die Veröffentlichungen von Twigg (1997, 2000) hingewiesen werden, die sich mit den unterschiedlichen Machtstrukturen und Belastungssituationen von professionell Pflegenden in der Häuslichkeit auseinandersetzen und hier vor allem die je nach Setting unterschiedlich verteilte Macht über den Raum und während der direkten körperlichen Pflege thematisieren. Die Berücksichtigung der Dimension Geschlecht, gerade

auch in Bezug auf konkrete Pflegeinteraktionen, könnte neue Herangehensweisen an Situationen eröffnen, die oft als belastend erlebt werden und in der Regel distanzierende und machtbetonte Verhaltensstrategien nach sich ziehen. Pflegende üben in solchen Kontexten dabei eine hohe „informelle Macht“ über die Pflegebedürftigen aus (vgl. Amrhein 2002, 2005b). Distanzierende Techniken (z. B. Handschuhe), die Schaffung einer distanzierenden hierarchischen Beziehung (z. B. durch die Trennung von körperlichen Berührungen und emotionaler Intimität) sowie die Nutzung medizinisch-technischer Begrifflichkeiten stellen gängige Bewältigungsstrategien der Pflegenden dar (vgl. Twigg 1997, 2000; Wolfinger 2006). Thematisieren professionell Pflegendе ihre Belastung, Verunsicherung usw., stoßen sie innerhalb des Teams aber an soziale Grenzen. Sie werden unter Umständen aus dem Team ausgeschlossen, können ihren Frust, Ängste, Stress und Ähnliches nicht bewältigen und kündigen schließlich entweder innerlich oder auch ganz real ihre Arbeitsstelle (Amrhein 2002, 2005b). Solche Konflikt- und Belastungssituationen sind in der direkten Pflege häufig eine Folge spezifischer institutioneller Strukturen, insbesondere dann, wenn die entsprechenden Pflegeeinrichtungen Merkmale einer „totalen Institution“ aufweisen (ebd.).

## 5.6 Fazit: Die berufliche Pflege von Älteren als „gendered job“

Die berufliche Pflege älterer Menschen hat sich als ein typischer Frauenberuf erwiesen. Wie in der häuslich-privaten Pflege stellen Frauen auch in der formellen Pflege die große Mehrheit der Pflegenden dar. Männer sind in der „direkten“ körperbezogenen Pflege selten anzutreffen, dagegen steigt ihr Anteil in der „indirekten“ Pflege und dort vor allem in den Führungs- und Leitungspositionen, die teilweise eine wissenschaftliche Ausbildung benötigen. Zu dieser quantitativen Geschlechterverteilung trägt auch die Konnotation des (Alten-)Pflegeberufs als typisch weibliche Arbeit bei, die mit einer meist nur in Teilzeit ausgeübten „halbberuflichen“ Tätigkeit gleichgesetzt wird. Es bleibt festzuhalten, dass die Art und Weise, wie Pflegearbeit als Tätigkeit und Beruf derzeit organisiert ist, (negative) Auswirkungen auf die eigene Gesundheit und die eigene Altersvorsorge und damit auf die Lebenslage der beruflich Pflegenden hat (vgl. Wolfinger 2006). Dabei wurden die Wirkmechanismen noch keiner ausreichenden gendersensiblen Analyse und Erforschung unterzogen. Es wäre zu analysieren, welche sozial ungleichen Folgen für männliche und weibliche Pflegekräfte die Ausübung dieses spezifischen „gendered job“ hat. Geschlechtsspezifische unterschiedliche Karrierewege, das „doing gender“ innerhalb der Pflegeinteraktion, die Wirksamkeit von „hierarchisch komplementären Geschlechterbeziehungen“ innerhalb des Pflegeteams und innerhalb des gesellschaftlichen Gefüges, sind Themen, die noch einer intensiven Analyse bedürfen.

## 6. Fazit

In diesem abschließenden Kapitel werden zunächst die zentralen Ergebnisse zu Geschlechterstrukturen in der informellen und formellen Pflege älterer Menschen inhaltlich gebündelt diskutiert. Daran schließt sich eine Erörterung der festgestellten Forschungslücken und des sich daraus ergebenden Forschungsbedarfs an. Schließlich wird das Konzept einer „geschlechtersensiblen Altenpflege“ als gesellschaftlich-politische Entwicklungsaufgabe vorgestellt.

### 6.1 Geschlechterstrukturen in der privaten und beruflichen Pflege älterer Menschen

Welche Rolle spielt das soziale Geschlecht (gender) bei der Herstellung und Aufrechterhaltung von sozial ungleichen und hierarchischen Strukturen im Feld der Pflege älterer Menschen? Wie werden diese Geschlechterstrukturen kulturell, sozialpolitisch, betrieblich-organisatorisch und interaktionell, z.B. familial, erzeugt? Welche empirischen Daten und sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse zur Sorge- und Pflegearbeit für ältere Menschen gibt es und welche genderbezogenen Schlussfolgerungen lassen sich aus ihnen ableiten? Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Expertise so zusammengefasst, dass daraus sichtbar wird, wie umfangreich die von Frauen und Männern geleistete private und berufliche Sorge- und Pflegearbeit ist, welche Geschlechtermodelle und -zuschreibungen mit ihren spezifischen Bevor- und Benachteiligungen vorherrschen und welche über Geschlecht vermittelten Hierarchien im Feld der Pflege älterer Menschen existieren.

Frauen stellen sowohl in der privat-häuslichen als auch in der beruflichen Pflege und Versorgung von älteren Menschen die deutliche Mehrheit dar und leisten auch zeitlich gesehen

die meiste Pflegearbeit. Dies gilt vor allem für die direkten und körpernahen Pflegetätigkeiten, die Frauen als Hauptpflegepersonen in der häuslich-familiären Pflege oder als statusniedrigere Gruppen in der ambulanten oder stationären Pflege von älteren Menschen übernehmen. Männer sind dagegen sowohl in der privaten wie beruflichen Pflege eher in der körperfernen indirekten, d.h. planend-organisatorischen oder unterstützenden Pflege anzutreffen. Allerdings nimmt der Anteil von Männern als Hauptpflegepersonen in der häuslich-familiären Versorgung zu, was möglicherweise auf eine veränderte Aufteilung der familiären Pflegearbeit hinweist. Dabei hat die informelle häuslich-private Pflegearbeit eine sehr hohe ökonomische Bedeutung, die mit einer volkswirtschaftlichen Wertschöpfung von 44 Milliarden Euro beziffert werden kann, und sich zu zwei Dritteln der Pflegearbeit von Frauen, aber auch zu einem Drittel der Pflegearbeit von Männern zuschreiben lässt.

Die Daten der amtlichen Pflegestatistik belegen, dass in Deutschland weiterhin die Familie der Hauptort für die Pflege und Betreuung älterer Menschen ist. Dies entspricht ganz der Zielsetzung der Pflegeversicherung einschließlich der aktuellen Pflegereform, die im Sinne des sozialpolitischen Subsidiaritätsprinzips einen Vorrang der häuslich-familiären und ambulant unterstützten Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen festschreibt, womit die Unterbringung in eine stationäre Einrichtung mit der ausschließlichen Versorgung durch professionelles Personal als nachrangig gilt. Das deutsche Care-System bürdet die Hauptlast der Pflege- und Betreuungsarbeit den meist weiblichen Familienangehörigen auf und bleibt damit einem familialistischen Leitbild verhaftet, wie es für konservative Wohlfahrtsregime typisch ist. Die Pflegeversicherung fördert über die Maßnahmen Pflegegeld, Pflegeurlaub und Pflegezeit die Übernahme von familiären



Pflegetätigkeiten, wobei das Pflegegeld jedoch keine Lohnersatzfunktion hat und die neu eingeführte Pflegezeit zu einem zunächst zeitlich befristeten, aber angesichts der zeitlichen Langfristigkeit von familiärer Pflege in der Konsequenz zu einem kompletten Berufsausstieg motivieren könnte. Da die Übernahme der Hauptverantwortung für die familiäre Pflege kaum mit einer vollen Berufstätigkeit vereinbar ist, findet eine Verdrängung der meist weiblichen Hauptpflegepersonen aus dem öffentlichen Raum der Erwerbsarbeit in den privaten Raum der häuslichen Pflege statt. Damit werden auch traditionelle Rollenzuschreibungen reproduziert, die Sorge- und Pflegetätigkeiten als ein spezifisch weibliches Arbeitsvermögen postulieren.

Angesichts des demographischen Wandels und dem Bedeutungsverlust von traditionell orientierten Sozialmilieus ist eine langfristige Abnahme der häuslich-familiären Pflegebereitschaft zu erwarten. Eine derartige Veränderung zeichnet sich schon jetzt ab, insofern es einen Trend zur professionellen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen durch ambulante Dienste und in Pflegeheimen gibt und umgekehrt der Anteil der reinen Pflegegeldempfänger rückläufig ist. Diese Entwicklung steht jedoch in einem Widerspruch zur aktuellen Pflegereform 2008, die den Vorrang der häuslich-familiären Betreuung von pflegebedürftigen Personen durch eine informelle Hauptpflegeperson bestärkt hat und damit implizit einen „hierarchisch komplementären“ männlichen Haupternährer voraussetzt. Während Männer vorwiegend als Nebenpflegepersonen neben ihrer beruflichen Haupttätigkeit aktiv sind, übernehmen Frauen in der Regel als Hauptpflegepersonen die Lasten der familiären Care/Sorge-Arbeit zuungunsten ihrer im Konfliktfall nachrangigen beruflichen Tätigkeit. Im Feld der informellen Pflege älterer Menschen dominiert also sowohl normativ als auch faktisch das traditionelle männliche Ernährermodell. Sozialpolitische Lösungen für das Problem der Vereinbarkeit von Pflege- und Berufstätigkeit sind in Deutschland nur unzureichend, sie fördern wie bei den Maßnahmen Pflegezeit und Pflegeurlaub eher den langfristigen Ausstieg aus dem Beruf.

Auch die berufliche Pflege älterer Menschen hat sich als typische weiblich konnotierte und überwiegend durch Frauen praktizierte Tätigkeit erwiesen. Die formelle Pflege älterer Menschen ist ein klassischer Frauenberuf mit all den damit verbundenen Merkmalen, angefangen von dem häufig späten Berufseinstieg und dem hohen Anteil an geringfügig oder in Teilzeit Beschäftigten bis hin zu den relativ geringen beruflichen Aufstiegschancen und einer hohen Bereitschaft zu einem vorzeitigen Berufsausstieg. Zu dieser Struktur als „gendered job“ trägt auch die Bewertung der gerontologischen Pflege als „halbberufliche“ Tätigkeit bei, für die primär die angeblich biologisch verankerte Bestimmung zur familiären Sorge und eine damit verbundene „weibliche“ Intuition und Empathie nötig seien. In der Umkehrung hat dies eine Geringschätzung der nötigen formalen Berufsqualifikation mitsamt einer angemessenen Bezahlung zur Folge.

Damit sind in der häuslichen wie in der beruflichen Pflege geschlechterhierarchische Strukturen eingelassen, die zu einer relativen Bevorzugung der männlichen Genusgruppe führen. Auch wenn privat wie beruflich pflegende Männer innerhalb ihrer eigenen Gruppe eine der „hegemonialen Männlichkeit“ untergeordnete Minderheit darstellen, haben sie doch an der „patriarchalen Dividende“ teil, insofern sie gegenüber Frauen mit einer vergleichbaren gleichrangigen Tätigkeit bevorzugt sind. Dies äußert sich in der familiär-häuslichen Pflege darin, dass Männer auch als Hauptpflegepersonen öfter auf informelle und professionelle Hilfen zurückgreifen und sich damit besser entlasten können, womit auch im Falle ihrer Erwerbstätigkeit eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege gegeben ist. In der professionellen Pflege zeigt sich die „patriarchale Dividende“ darin, dass Männer häufiger die statushöheren indirekten Pflegetätigkeiten übernehmen können und insgesamt bessere berufliche Aufstiegs- und Karrierechancen haben.



## 6.2 Forschungslücken und Forschungsbedarf

Neben den eben vorgestellten Erkenntnissen hat sich gezeigt, dass zur informellen und formellen Pflegearbeit, die in Deutschland von Männern und Frauen geleistet wird, noch erhebliche Daten- und Forschungslücken existieren. Zunächst liefern weder die einschlägigen amtlichen Pflegestatistiken noch die sozialwissenschaftlichen Repräsentativerhebungen genaue und belastbare Daten darüber, wie viele Männer und Frauen in welchem zeitlichen Umfang und im Rahmen welcher Pflegebeziehung private Pflege- und Sorgearbeit pro Jahr leisten. Dies gilt zum größeren Teil auch für die beruflich Pflegenden, die nur mit Blick auf die Personalsituation in ambulanten Diensten und in Pflegeheimen statistisch erfasst werden. Darin spiegelt sich die geringe öffentliche Wahrnehmung der sozialen Situation der formell und informell Pflegenden wider, über die es keine amtliche Berichterstattung gibt und die auch in der sozialwissenschaftlichen Forschung nachrangig gegenüber den intensiver erforschten Pflegebedürftigen behandelt werden. Sofern informelle wie formelle Pflegepersonen sozialwissenschaftlich erforscht werden, steht häufig die zwar wichtige, aber eingeschränkte Perspektive auf körperliche, psychische und soziale Belastungs- und Stressfaktoren im Vordergrund. Seltener dagegen sind schon Arbeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, während uns keine aktuellen Studien, die sich aus einer umfassenden oder gar differenzierten soziologischen und genderanalytischen wie gerontologischen Perspektive der Lebenslage von pflegenden Frauen und Männern widmen, bekannt sind. Deshalb lässt sich auch so gut wie nichts über die langfristigen gesundheitlichen, sozialen und materiellen Konsequenzen, die für die Pflegepersonen mit einer familiären oder beruflichen Sorge- und Pflegetätigkeit verbunden sind, berichten. So sind z.B. keine empirisch gesicherten Aussagen über die materiellen und sozialen Lebenslauftrisiken möglich, die sich für Pflegenden geschlechtsdifferenziert hinsichtlich der eigenen Altersvorsorge und eines damit verbundenen Armutrisikos ergeben.

Darüber hinaus fehlen hinreichende genderbezogene Analysen aus einer länder- und kulturübergreifenden und -vergleichenden Perspektive: Was macht letztlich die wesentlichen Unterschiede in Zuschreibung und Praxis der formellen und informellen Pflege verschiedener Gesellschaften aus? Welche Hintergründe und Ursachen sind dabei zu identifizieren? Und welche Auswirkungen gehen mit den durchaus unterschiedlichen geschlechtergebundenen Zuweisungen von Care in verschiedenen Kulturen einher? Was ließe sich jeweils voneinander lernen und in die Praxis umsetzen?

## 6.3 Perspektiven einer „geschlechtersensiblen Altenpflege“

In einem letzten Schritt sollen Entwicklungsperspektiven dafür aufgezeigt werden, wie die Pflege älterer Menschen für die Kategorie Geschlecht sensibilisiert werden kann. Das Konzept einer „geschlechtersensiblen Altenpflege“ (Backes 2005a) soll die Wirkung der sich über den Lebenslauf hinweg ausprägenden Geschlechterverhältnisse auf die Beziehungsdynamik, Handlungsspielräume und Belastungen innerhalb der privaten wie beruflichen Pflegesituation berücksichtigen. Dabei müssen auch die demographischen Entwicklungen, der Altersstrukturwandel und die normativen Veränderungen im Feld der Altenpflege beachtet werden (ebd., S. 379f.). Dafür ist eine Erhebung von detaillierten quantitativen und qualitativen (Längsschnitt-)Daten zu geschlechtsdifferenzierten objektiven und subjektiven Dimensionen der Lebenslage von essentieller Bedeutung. Diese Daten stellen die Basis für eine gendersensible sozialwissenschaftliche Analyse der Zusammenhänge zwischen Lebenslauf, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit bzw. Pflegeübernahme dar und ermöglichen vorsichtige Prognosen und Interventionsvorschläge in Bezug auf geschlechtsspezifische „alte“ und „neue“ Alter(n)risiken, auch im Hinblick der Gestaltung von Pflege bzw. Pflegebedürftigkeit.

Folgende Faktoren für eine geschlechtersensible Altenpflege sind unseres Erachtens entscheidend:

- Beachtung des Geschlechts bei der Wahrnehmung der Rolle des Pflegenden bzw. Pflegebedürftigen (Backes 2005a, S. 375),
  - Offenlegung der unterschweligen, geschlechtsspezifisch wirksamen Zuschreibungen und Anforderungen an Pflegebedürftige und Pflegende (Wolfinger 2006, S. 135),
  - Erkennen geschlechtsspezifischer Positionen und Hierarchisierungen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen und Infragestellen damit verbundener geschlechtsspezifischer Handlungserwartungen und Sanktionen,
  - Thematisierung geschlechtsspezifischer und zum Teil lebensgeschichtlich geprägter Beziehungsdynamiken (Backes 2005a) sowie Formen informeller Machtausübung (Amrhein 2002, 2005b),
  - Loslösung der Kompetenzen der Pflegenden (und Pflegebedürftigen) von geschlechtsspezifischen Kompetenzzuschreibungen und Schaffung von Chancen für ihre Entwicklung unabhängig von Geschlecht,
  - Schaffung neuer Formen von Arbeitsteilung und Vereinbarkeitsbalancen für Beruf, Familie und Pflege,
  - Gewährleistung angemessener materieller und immaterieller Ressourcen für die Pflege und das Gepflegtwerden (Qualifikation, Geld, Macht, Wohnumfeld) (Backes 2005a, S. 375),
  - Anerkennung des zeitlichen und volkswirtschaftlich wirksamen Umfangs der von Frauen und Männern geleisteten informellen und formellen Sorge- und Pflegearbeit in Deutschland,
  - Reflexion der herrschenden Wohlfahrts-, Gender- und Careregimes im Hinblick auf das Spannungsfeld zwischen Care und Pflege und den damit verbundenen Gefahren der (Re-)Produktion von traditionellen Geschlechterverhältnissen und -hierarchien.
- Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Entwicklung einer geschlechtersensiblen Altenpflege voraussetzt,
- „dass man/frau die skizzierten geschlechterhierarchischen Grundstrukturen und Verhältnisse in ihrer Bedeutung für die Pflege in ihren unterschiedlichen Konstellationen zur Kenntnis nimmt, in ihrer Wirkungsweise erfasst und den überindividuellen Charakter erkennt“* (Backes 2005a, S. 376).
- Pflege, die sich für das Soziale, für die Verbundenheit von Geschlecht, Altern und Pflege öffnet, kann inadäquate Zuschreibungen und Hierarchisierungen aufdecken und neue Handlungsoptionen entwickeln. Kompetenz- und Zuständigkeitsbereiche können von ihrer geschlechtsspezifischen Zuordnung losgelöst werden, wodurch das Feld der Pflege alter Menschen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe an Profil gewinnen kann. Der gesellschaftliche, politische und wissenschaftliche Blick auf Pflege sollte sich stärker am Alltag der beruflich wie privat Pflegenden und Pflegebedürftigen orientieren. Eine Erweiterung der multiprofessionellen Pflegeforschung durch Ansätze und Erkenntnisse der sozialwissenschaftlichen Alter(n)sforschung und der Frauen- und Geschlechterforschung erscheint uns hierfür äußerst aussichtsreich zu sein (vgl. Backes 2005a, 2005b, 2006b, Wolfinger 2006).

## Literatur

---

- Amrhein, Ludwig (2002): Machtbeziehungen und soziale Konflikte in der stationären Altenpflege. In: Backes, Gertrud M.; Clemens, Wolfgang (Hrsg.): Zukunft der Soziologie des Alter(n)s. Opladen: Leske + Budrich, S. 183–218.
- Amrhein, Ludwig (2005a): Pflege in konflikt- und austauschtheoretischer Perspektive. In: Klaus R. Schroeter; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege: Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa, S. 107–124.
- Amrhein, Ludwig (2005b): Stationäre Altenpflege im Fokus von Machtbeziehungen und sozialen Konflikten. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa, S. 405–426.
- Arber, Sara; Ginn, Jay (1990): The meaning of informal care: Gender and the contribution of elderly people. *Ageing and Society* 10, S. 429–454.
- Backes, Gertrud M. (1992): „Krise“ der Familie oder der Vergesellschaftung von Hilfe und Pflege? In: Forum Demographie und Politik, Heft 1/1992: Moderner Sozialstaat und alternde Gesellschaft, S. 33–48.
- Backes, Gertrud M. (1993): Pflegende Frauen. Zwischen traditioneller Solidaritätsnorm und modernen Lebensformen – Chance für die Humanisierung von Pflege? *Sozial extra* 17, S. 1–5.
- Backes, Gertrud M. (1994): Wider einseitiges Verharren in der Belastungsperspektive – Balancen pflegender Frauen in ein anderes Verhältnis von Solidarität, eigenen Lebensansprüchen und Qualität der Pflege. In: Fookon, Insa (Hrsg.): Alter(n) – Umbruch und Kontinuität. Essen, S. 41–54.
- Backes, Gertrud M. (1997): Alter(n) als „Gesellschaftliches Problem“? Zur Vergesellschaftung des Alter(n)s im Kontext der Modernisierung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Backes, Gertrud M. (1999): Geschlechterverhältnisse im Alter. In: Jansen, Birgit; Karl, Fred; Radebold, Hartmut; Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim: Beltz, S. 453–469.
- 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.
- Backes, Gertrud M. (2005a): Geschlecht, Alter(n) und Pflege – ein allseits (un-) bekanntes Thema? Oder: zur Begründung einer geschlechtersensiblen Altenpflege. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa, S. 359–384.
- Backes, Gertrud M. (2005b): Alter(n) und Geschlecht: Ein Thema mit Zukunft. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 49–50, S. 31–38.
- Backes, Gertrud M. (2006a): Widersprüche und Ambivalenzen ehrenamtlicher und freiwilliger Arbeit im Alter. In: Schroeter, Klaus R., Zängl, Peter (Hrsg.): Altern und bürgerschaftliches Engagement. Aspekte der Vergemeinschaftung und Vergesellschaftung in der Lebensphase Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Band 12 der Reihe Alter(n) und Gesellschaft, S. 63–94.
- Backes, Gertrud M. (2006b): Editorial: Geschlecht und Alter(n). In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39 (1) S. 1–4.

- Backes, Gertrud M. (2007): Geschlechter – Lebenslagen – Altern. In: Pasero, Ursula; Backes, Gertrud M.; Schroeter, Klaus R. (Hrsg.): Altern in Gesellschaft. Ageing – Diversity – Inclusion. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 151–184.
- Backes, Gertrud M. (2008): Von der (Un-)Freiheit körperlichen Alter(n)s in der modernen Gesellschaft und der Notwendigkeit einer kritisch-gerontologischen Perspektive auf den Körper. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Themenschwerpunktheft „Körper und Alter(n)“, im Erscheinen.
- Backes, Gertrud M.; Amrhein, Ludwig; Uhlmann, Angelika (2006): Geschlecht und Alter(n). Überlegungen zu einem Forschungsprogramm. In: Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien (2/3), S. 15–24.
- Backes, Gertrud M.; Amrhein, Ludwig; Lasch, Vera; Reimann, Katja (2006): Gendered Life Course and Ageing – Implications on „Lebenslagen“ of Ageing Women and Men. In: Backes, Gertrud M.; Lasch, Vera; Reimann, Katja (Eds.): Gender, Health and Ageing. European Perspectives on Life Course, Health Issues and Social Challenges. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 29–57.
- Backes; Gertrud M.; Lasch, Vera (2006): Geschlecht, Altern und Gesundheit: Die Notwendigkeit einer Verbindung von Fach- und Forschungsperspektiven. Einführung in den Themenschwerpunkt. In: Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien (2/3), S. 3–14.
- Backes, Gertrud M.; Wolfinger, Martina; Amrhein, Ludwig (2008): Geschlechterungleichheiten in der Pflege. In: Bauer, U.; Büscher, A. (Hrsg.): Pflege und soziale Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (im Erscheinen).
- Backes, Gertrud M.; Clemens, Wolfgang (2008): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim: Juventa.
- Barkholdt, Corinna; Lasch, Vera (2006): Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Förderung der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer – Voraussetzungen und Möglichkeiten. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung. Band 2. Münster: Lit Verlag.
- Bauch, Jost (2005): Pflege als soziales System. In: Schroeter, Klaus R.; Thomas Rosenthal (Hrsg.): Soziologie der Pflege: Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa, S. 71–83.
- Beck, Brigitte; Naegele, Gerhard; Reichert, Monika; Dallinger, Ursula (1997): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 106/1. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Becker, Wolfgang; Meifort, Barbara (1997): Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Bericht zur beruflichen Bildung, Heft 200. Bielefeld.
- Becker-Schmidt, Regina (2004): Doppelte Vergesellschaftung von Frauen: Divergenzen und Brückenschläge zwischen Privat- und Erwerbsleben. In: Becker, Ruth; Kortendiek, Beate (Hrsg.): Handbuch Frauen und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. Wiesbaden: VS Verlag, S. 62–71.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (1991): Frauen – die heimliche Ressource der Sozialpolitik? Plädoyer für andere Formen der Solidarität. In: WSI – Mitteilungen 2, S: 58–66.
- Betzelt, Sigrid (2007): „Gender Regimes“: Ein ertragreiches Konzept für die komparative Forschung. ZeS-Arbeitspapier Nr. 12/2007. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.
- BGW-DAK (2003): Gesundheitsreport 2003 Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK).
- Blinkert, Baldo (2005): Pflege und soziale Ungleichheit – Pflege und „soziale Milieus“. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege: Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa, S. 141–156.
- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demographischen und sozialen Wandel, Hannover: Vincentz Verlag.

- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2006): Der Einfluss von Bedarf und Chancen auf Pflegezeiten in häuslichen Pflegearrangements. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39 (6), S. 423–428.
- Blüher, Stefan (2004): Liebesdienst und Pflegedienst – theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur Vergesellschaftung in häuslichen Pflegearrangements. In: Blüher, Stefan; Stosberg, Manfred (Hrsg.): *Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 11–51.
- Borutta, Manfred; Giesler, Christiane (2006): *Karriereläufe von Frauen und Männern in der Altenpflege. Eine sozialpsychologische und systemtheoretische Analyse*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Bourdieu, Pierre (1982): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (2005): *Die männliche Herrschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Börsch-Supan, Axel u. a. (Hrsg.) (2005): *Health, Ageing and Retirement in Europe – First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. University of Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2006): *Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2003 und 2004. Statistischer und finanzieller Bericht*. Bonn: BMG.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008a): *Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. Deutscher Bundestag: Drucksache 16/7772.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008b): *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (03/08)*. Berlin: BMG.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008c): *Das bringt die Pflegereform 2008*. Berlin: BMG.
- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) (2004): *Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. Berlin: BMGS.
- Calasanti, Toni (2004): *New directions in feminist gerontology: An introduction*. *Journal of Aging Studies* 18 (1), S. 1–8.
- Connell, Robert W. (1995): „The Big Picture“: Formen der Männlichkeit in der neueren Weltgeschichte. *Widersprüche* 56/57, S. 23–45.
- Dallinger, Ursula (1997): *Ökonomie der Moral. Konflikt zwischen familiärer Pflege und Beruf*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Dallinger, Ursula (1998): *Der Konflikt zwischen familiärer Pflege und Beruf als handlungstheoretisches Problem*. In: *Zeitschrift für Soziologie* 27 (2), S. 94–112.
- Deutscher Bundestag (2002): *Enquête-Kommission Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik*. Deutscher Bundestag, Berlin.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (2006): „Der Alterssurvey – Aktuelles auf einen Blick: Tätigkeiten und Engagement in der zweiten Lebenshälfte“.
- Dibelius, Olivia; Uzarewicz, Charlotte (2006): *Pflege von Menschen höherer Lebensalter. Band 18 der Reihe Grundriss Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dingeldey, Irene (2006): *Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung*. Aus *Politik und Zeitgeschichte* (8/9), S. 3–9.
- Dunkel, Wolfgang (1994): *Pflegearbeit - Alltagsarbeit. Eine Untersuchung der Lebensführung von AltenpflegerInnen*. Freiburg: Lambertus.
- Dunkel, Wolfgang (2005): *Zur Lebensführung von Pflegekräften*. In: Klaus R. Schroeter; Thomas Rosenthal (Hrsg.): *Soziologie der Pflege – Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim: Juventa, S. 227–246.
- Eckart, Christel (1990): *Selbständigkeit von Frauen im Wohlfahrtsstaat?* In: *Diskussionspapier* (8), S. 7-26.
- Eckart, Christel (2004): *Fürsorgliche Konflikte. Erfahrungen des Sorgens und die Zumutung der Selbständigkeit*. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 29(2), S. 24–40.



- Engstler, Heribert; Menning, Sonja; Hoffmann, Elke; Tesch-Roemer, Clemens (2004): Die Zeitverwendung älterer Menschen. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): *Alltag in Deutschland – Analysen zur Zeitverwendung*. Band 43 der Schriftenreihe Forum der Bundesstatistik. Stuttgart: Metzler Poeschel, S.216–246.
- Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ (2005): *Situation und Zukunft der Pflege in NRW*. Düsseldorf: Landtag Nordrhein-Westfalen.
- Esping-Andersen, Gøsta (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, Gøsta (1999): *Social Foundations of Postindustrial Economics*. Oxford: Oxford University Press.
- Fausto-Sterling, Anne (2002): Sich mit Dualismen duellieren. In: Pasero, Ursula; Gottburgsen, Anja (Hrsg.): *Wie natürlich ist Geschlecht? Gender und die Konstruktion von Natur und Technik*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 17–64.
- Flieder, Margret (2001): Schnell weg? Verbleib und Fluktuation im Pflegeberuf. In: Dr. med. Mabuse 134, S. 29–34.
- Fraser, Nancy (2001): *Die halbierte Gerechtigkeit. Schlüsselbegriffe des industriellen Sozialstaats*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Friese, Marianne; Thiessen, Barbara (2003): Kompetenzentwicklung im personenbezogenen Dienstleistungsbereich – Aufwertung und Entgendering-Prozesse. In: Kuhlmann, Ellen; Betzelt, Sigrid (Hrsg.): *Geschlechterverhältnisse im Dienstleistungssektor. Dynamiken, Differenzierungen und neue Horizonte*. Baden-Baden: Nomos, S. 79–90.
- Gildemeister, Regine (2001): Soziale Konstruktion von Geschlecht. In: Rademacher, Claudia; Wiechens, Peter (Hrsg.): *Geschlecht, Ethnizität, Klasse. Zur sozialen Konstruktion von Hierarchie und Differenz*. Opladen: Leske + Budrich, S. 65–87.
- Gildemeister, Regine; Wetterer, Angelika (1992): Wie Geschlechter gemacht werden. Die soziale Konstruktion der Zwei-Geschlechtlichkeit und ihre Reifizierung in der Frauenforschung. In: Knapp, Gudrun-Axeli (Hrsg.): *Traditionen Brüche: Entwicklungen feministischer Theorie*. Forum Frauenforschung. Freiburg i. Br.: Kore Verlag, S. 201–254.
- Gottschall, Karin (2001): Zwischen tertiärer Krise und tertiärer Zivilisation. In: *Berliner Journal für Soziologie* 11 (2), S. 217–235.
- Gröning, Katharina; Radtke-Röwekamp, Bianca (2007): Theoretische Probleme, sozialpolitische Dilemmata und lebensweltliche Konflikte in der familialen Pflege. *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien* 25 (1), S. 62–73.
- Halsig, Norbert (1995): Hauptpflegepersonen in der Familie. Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 8 (4), S. 247–262.
- Halsig, Norbert (1998): Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger. Möglichkeiten der Intervention. In: Kruse, Andreas (Hrsg.): *Psychosoziale Gerontologie. Band 2: Interventionen*. Göttingen: Hogrefe, S. 211–231.
- Hammer, Eckart; Bartjes, Heinz (2005): *Mehr Männer in den Altenpflegeberuf*. Stuttgart: Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.V.
- Hasselhorn, Hans-Martin u.a. (Hrsg.) (2005): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Heinemann-Knoch, Marianne; Knoch, Tina; Korte, Elke (2006a): Hilfe- und Pflegearrangements älterer Menschen in Privathaushalten. In: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.): *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 146–171.



- Heinemann-Knoch, Marianne; Knoch, Tina; Korte, Elke (2006b): Zeitaufwand in der häuslichen Pflege: Wie schätzen ihn Hilfe- und Pflegebedürftige und ihre privaten Hauptpflegepersonen selbst ein? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39 (6), S. 413–417.
- Heusinger, Josefine (2006): Pflegeorganisation und Selbstbestimmung in häuslichen Pflegearrangements. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39 (6), S. 418–422.
- Heusinger, Josefine; Klünder, Monika (2004): Die Einflüsse des Milieus auf die Steuerung in häuslichen Pflegearrangements. In: Blüher, Stefan; Stosberg, Manfred (Hrsg.): *Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 183–196.
- Hoffman, Elke; Nachtmann, Juliane (2008): *Alter und Pflege*. GeroStat Report Altersdaten 03/2007. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Informationszentrum Sozialwissenschaften (2003): *Altenpflege in Deutschland. Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Bearbeitet von Gisela Ross-Strajhar. Bonn: Informationszentrum Sozialwissenschaften.
- Klaes, Lothar; Raven, Uwe; Reiche, Ralf u.a. (2004): *Altenhilfestrukturen der Zukunft*. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm. Lage: Jacobs Verlag.
- Knobling, Cornelia (1985): *Konfliktsituationen im Altenheim. Eine Bewährungsprobe für das Pflegepersonal*. Freiburg: Lambertus.
- Koch-Straube, Ursula (1997): *Fremde Welt Pflegeheim: Eine ethnographische Studie*. Bern u.a.: Huber.
- Kohlen, Helen; Kumbruck, Christel (2008): *Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie)*. artec-paper Nr. 151. Bremen: Universität Bremen. ([http://www.artec.uni-bremen.de/files/papers/paper\\_151.pdf](http://www.artec.uni-bremen.de/files/papers/paper_151.pdf); Abruf: 14.04.2008)
- Kohli, Martin (1990): Das Alter als Herausforderung für die Theorie sozialer Ungleichheit. In: Berger, Peter A.; Hradil, Stefan (Hrsg.): *Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile*. Soziale Welt, Sonderband 7. Göttingen: Schwartz, S. 387–406.
- Kohli, Martin; Künemund, Harald (Hrsg.) (2000): *Die zweite Lebenshälfte – Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey*. Opladen: Leske + Budrich.
- Kondratowitz, Hans-Joachim von (2005): Die Beschäftigung von Migrant/innen in der Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (38), S. 417–423.
- Kreutzner, Gabriele (2006): Zwischen Geschlechterkonstruktionen, Geschlechterverhältnis und Geschlechtsrollen: In der älter werdenden Gesellschaft für alte Menschen sorgen. In: *Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien* 24, S. 25–44.
- Künemund, Harald (2001): *Gesellschaftliche Partizipation und Engagement in der zweiten Lebenshälfte. Empirische Befunde zu Tätigkeitsformen im Alter und Prognosen ihrer zukünftigen Entwicklung*. Berlin: Weißensee-Verlag.
- Künemund, Harald (2006): *Tätigkeiten und Engagement im Ruhestand*. In: Tesch-Römer, Clemens; Engstler, Heribert; Wurm, Susanne: *Altwerden in Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 289–327.
- Lamura, Giovanni; Mnich, Eva; Wojszel, Beate; Nolan, Mike; Krevers, Barbro; Mestheneos, Liz; Döhner, Hanneli (2006): *Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen*. Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAM-CARE. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39 (6), S. 429–442.
- Landau, Kurt u. a. (2001): *Altenpflege – belastend für Geist und Körper? Instrumentarium zur Darstellung der körperlichen, mentalen und emotionalen Belastungen bei pflegerischen Tätigkeiten*. Stuttgart: Paul-Lempp-Stiftung.
- Lüdecke, Daniel; Mnich Eva; Melchiorre, Maria Gabriela; Kofahl, Christopher (2006): *Familiale Pflege älterer Menschen in Europa unter einer Geschlechterperspektive*. *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien* 24 (2+3), S. 85–101.
- MacRae, Heather (2006): *Rescaling Gender Relations: The Influence of European Directives on the German Gender Regime*. In: *Social Politics* (13), 522–550.

- Mahlberg-Breuer, Angelika; Mybes, Ursula (2007): Pflegedokumentation stationär. Das Handbuch für die Pflegeleitung. Berlin: BMFSFJ.
- Männerforschungskolloquium Tübingen (1995): Die patriarchale Dividende: Profit ohne Ende? Erläuterungen zu Bob Connells Konzept der „Hegemonialen Männlichkeit“. *Widersprüche* 56/57, S. 47–61.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2007): 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen: MDS.
- Meuser, Michael; Scholz, Sylka (2005): Hegemoniale Männlichkeit. Versuch einer Begriffserklärung aus soziologischer Perspektive. In: Dinges, Martin (Hrsg.): *Männer – Macht – Körper. Hegemoniale Männlichkeit vom Mittelalter bis heute*. Frankfurt a. M.: Campus, S. 211–228.
- Meyer, Martha (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland: Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. Hamburg: Lit-Verlag. Online: [http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare\\_germany\\_de\\_final\\_a4.pdf](http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_germany_de_final_a4.pdf) (Stand: 2. April 2008).
- Miers, Margaret (2001): *Sexus und Pflege: Geschlechterfragen und Pflegepraxis*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Opielka, Michael (2006): Gerechtigkeit durch Sozialpolitik? *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)* 8–9/2006, S. 32–38.
- Ostner, Ilona (2002): Staatlich geförderte Selbsthilfe. Der britische Wohlfahrtsstaat vor und unter Labour. In: *Widersprüche* 22 (2), S. 7–15.
- Ostner, Ilona; Beck-Gernsheim, Elisabeth (1979): *Mitmenschlichkeit als Beruf*. Frankfurt a. M. u.a.: Campus.
- Perrig-Chiello, Pasqualina (2008): Wohlbefinden und Gesundheit im Alter. In: Mess, Filip; Dugandzic, Damir; Woll, Alexander (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern durch Sport*. Konstanz: UVK, S. 35–60.
- Pfau-Effinger, Birgit (1999): Welfare Regimes and Gender Division of Labour. In: Christiansen, Jens; Koistinen, Pertti; Kovalainen, Anne (Hrsg.): *Working Europe. Reshaping European Employment Systems*. Aldershot: Ashgate, S. 69–96.
- Pfau-Effinger, Birgit (2000): *Kultur und Frauenerwerbstätigkeit in Europa. Theorie und Empirie des internationalen Vergleichs*. Opladen: Leske u. Budrich.
- Raabe, Harald (2006): KDA legt Bericht zur indirekten Pflege vor. Interview mit Henry Kieschnick. In: *KDA – Pro Alter* (1), S. 46–48.
- Reimann, Katja; Backes, Gertrud M. (2006): Men in Later Life: Perspectives on Gender, Health, and Embodiment. In: Backes, Gertrud M.; Lasch, Vera; Reimann, Katja (Eds.): *Gender, Health and Ageing. European Perspectives on Life Course, Health Issues and Social Challenges*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 57–70.
- Roth, Günter (2007): Dilemmata der Altenpflege: Die Logik eines prekären sozialen Feldes. *Berliner Journal für Soziologie*, Heft 1, S. 77–96.
- Röttger-Liepmann, Beate (2007): *Pflegebedürftigkeit im Alter. Aktuelle Befunde und Konsequenzen für künftige Versorgungsstrukturen*. Weinheim, München: Juventa.
- Schneekloth, Ulrich (2006a): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.): *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 57–102.
- Schneekloth, Ulrich (2006b): Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG III). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39 (6), S. 405–412.
- Schneekloth, Ulrich (2006c): *Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV)*. München: TNS Infratest Sozialforschung (im Auftrag des BMFSFJ).

- Schneekloth, Ulrich, Potthoff, Peter (1993): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, Ulrich; Müller, Udo (1997): Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, Ulrich; Müller, Udo (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des BMG, Band 127. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (2006a): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten im Lichte der Ergebnisse von MuG III. In: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Stuttgart: Kohlhammer, S. 229–242.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (2006b): Schlussfolgerungen, sozialpolitische Implikationen und Ausblick. In: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Stuttgart: Kohlhammer, S. 243–248.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlußbericht. Berlin: BMFSFJ.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.) (2006): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, Thorsten; Drobnic, Sonja; Blossfeld, Hans-Peter (2001): Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen. In: Zeitschrift für Soziologie 5 (30), S. 362–382.
- Schneider, Ulrike (2004): Informelle Pflege aus ökonomischer Sicht. Expertise für die Kommission zur Erstellung des 7. Familienberichtes der Bundesregierung. Wien: Wirtschaftsuniversität Wien (PDF-Manuskript).
- Schneider, Ulrike (2006): Informelle Pflege aus ökonomischer Sicht. Zeitschrift für Sozialreform 52 (4), S. 493–520.
- Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (2005): Einführung: Soziologie der Pflege oder Pflegesozio­logie – eine weitere Bindestrich-Soziologie? In dies. (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Weinheim, München: Juventa, S. 9–32.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2006): Sorgearbeit, Geschlechterordnung und Altenpflegeregime in Europa. Münster u.a.: Lit Verlag.
- Schupp, Jürgen; Künemund, Harald (2004): Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland: überraschend hohes Pflegeengagement älterer Männer. Wochenbericht des DIW Berlin 20/04, S. 289–294.
- Senf, Tilman (1995): Pflegende Männer... und es gibt sie doch. Stuttgart: Evangelische Heimstiftung e.V.
- Siegrist, Johannes; Rödel, Andreas (2005): Arbeitsbelastungen im Altenpflegeberuf unter besonderer Berücksichtigung der Wiedereinstiegsproblematik. Zusammenfassung der Ergebnisse einer Literaturrecherche und bibliographische Hinweise. Köln: Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung GmbH. Online: <http://www.bgf-institut.de/material/GesunderWiedereinstieg/Anhang%203%20PflegeprojektSiegristLit-Recherche.pdf> (Zugriff am 14.12.07).
- Sowarka, Doris; Au, Cornelia (2007): Die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. In: informationsdienst altersfragen 34 (3), S. 2–8.
- Sowarka, Doris; Au, Cornelia; Flascha, Michael (2004): Männer in der häuslichen Pflege älterer Angehöriger. In: informationsdienst altersfragen 31 (5), S. 5–8.
- Statistisches Bundesamt (2002): Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 1999. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2003): Wo bleibt die Zeit? Die Zeitverwendung der Bevölkerung in Deutschland 2001/02. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Statistisches Bundesamt (2004): Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003. Bonn
- Statistisches Bundesamt (2006): 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Annahmen und Ergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stiegler, Barbara ([1992] 1999): Vom gesellschaftlichen Umgang mit den Qualifikationen von Frauen: eine Kritik des herrschenden Qualifikationskonzeptes (<http://library.fes.de/fulltext/asfo/00544toc.htm>): Abruf: 14.04.2008)
- Stiegler, Barbara (1998): Die verborgenen Schätze der Frauen – Über die Aufwertung der Qualifikationen aus der Familienarbeit. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Stiegler, Barbara (2004): Geschlechter in Verhältnissen. Denkanstöße für die Arbeit in Gender Mainstreaming Prozessen. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Stiegler, Barbara (2007): Vorsorgender Sozialstaat aus der Geschlechterperspektive. In: WISO direkt März 2007, S. 2 (<http://library.fes.de/pdf-files/fo-wirtschaft/04321.pdf>). Abruf: 14.04.2008)
- Stuck, Stephanie (2007): Informelle Arbeit älterer Frauen und Männer in Europa. MEA Discussion Papers 116. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.
- Tesch-Römer, Clemens, Motel-Klingebiel, Andreas; von Kondratowitz, Hans-Joachim (2002): Die Bedeutung der Familie für die Lebensqualität alter Menschen im Gesellschafts- und Kulturvergleich. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35, S. 335–342.
- Tesch-Römer, Clemens; Engstler, Heribert; Wurm, Susanne (2006): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tews, Hans Peter (1993): Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: Naegele, Gerhard; Tews, Hans Peter (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 15–42.
- Tews, Hans Peter (1999): Von der Pyramide zum Pilz. Demographische Veränderungen in der Gesellschaft. In: Niederfranke, Annette; Naegele, Gerhard; Frahm, Eckart (Hrsg.): Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 137–168.
- Theobald, Hildegard (2006a): Care Resources and Social Exclusion: A European Comparison. In: Backes, Gertrud M.; Lasch, Vera; Reimann, Katja (Hrsg.): Gender, Health and Ageing. European Perspectives on Life Course, Health Issues and Social Challenges. Wiesbaden VS Verlag, S. 241–266.
- Theobald, Hildegard (2006b): Restrukturierung der Altenbetreuung. In: Rehberg, K.-S. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit, Kulturelle Unterschiede. Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München 2004. CD-Rom: Frankfurt a.M.: S. 3700–3709.
- Theobald, Hildegard (2008): Soziale Ausgrenzung, soziale Integration und Versorgung: Konzepte und Empirie im europäischen Vergleich. In: Künemund, Harald; Schroeter, Klaus R. (Hrsg.): Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 161–193.
- Thiele, Günter; Güntert, Bernhard J. (2007): Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Pflege. Gastbeitrag in: Wirtschaft und Statistik 8/2007. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, S. 781–795.
- Twigg, Julia (1997): Deconstructing the “Social Bath”: Help with Bathing at Home for Older and Disabled People. *Journal of Social Policy* 26, S. 211–232.
- Twigg, Julia (2000): Carework as a form of bodywork. *Ageing and Society* 20, S. 389–411.
- Ummel, Hannes (2004): Männer in der Pflege: Berufsbiographien im Umbruch. Bern: Huber.
- Uschok, Andreas (2005): Körper und Pflege. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa, S. 323–338.

- Villa, Paula-Irene (2006): *Sexy bodies: eine soziologische Reise durch den Geschlechtskörper*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Voges, Wolfgang (2002): *Pflege alter Menschen als Beruf – Soziologie eines Tätigkeitsfeldes*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- von Wahl, Angelika (2005): *Liberal, Conservative, Social Democratic, or...European? The European Union as Equal Employment Regime*. In: *Social Politics* (12), S. 67–95.
- Wahl, Hans Werner; Schneekloth, Ulrich (2006): *Hintergrund und Positionierung des Projekts MuG III*. In: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.): *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 13–54.
- West, Candance; Zimmermann, Don H. (1987): *Doing Gender*. In: *Gender and Society* 1 (2), S. 125-151.
- Wolfinger, Martina (2006): *Körper und Geschlecht – notwendige Perspektiven innerhalb der Pflegeforschung?* In: *Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien* (2/3), S. 117–128.
- Young, Brigitte (2001): *Genderdemokratische Governance der Finanzpolitik in der Europäischen Währungsunion*. In: *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien* 19 (1/2), S. 79–91.
- Zellhuber, Brigitte (2004): *Altenpflege – ein Beruf in der Krise? Eine empirische Untersuchung der Arbeitssituation sowie der Belastungen von Altenpflegekräften im Heimbereich..* Dortmund: Universität Dortmund (Dissertation).
- Zimber, Andreas (2000): *Die Situation der Pflegeberufe in Deutschland. Gutachten zur Arbeits- und Gesundheitssituation der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen der stationären Altenhilfe*. Mannheim/Heidelberg: *Qualifizierungskonzepte für die Sozialwirtschaft (QS)*.
- Zimber, Andreas, Sigfried Weyerer (Hrsg.) (1999): *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Zank, Susanne; Schacke, Claudia (2007): *Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Abschlussbericht Phase 2: Längsschnittergebnisse der Leander Studie*. Siegen: Universität Siegen. ([http://www.uni-siegen.de/fb2/zank/daten/leander\\_phase\\_ii\\_langbericht.pdf](http://www.uni-siegen.de/fb2/zank/daten/leander_phase_ii_langbericht.pdf); Stand 6. Mai 2008).
- Zeman; Peter (2005): *Pflege in familialer Lebenswelt*. In: Klaus R. Schroeter; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): *Soziologie der Pflege: Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim, München: Juventa, S. 247–262 .



## Informationen zu den Autorinnen und zum Autor

---

**Prof. Dr. Gertrud M. Backes**

(Projektleitung)

**Ludwig Amrhein**

(Projektmitarbeiter)

**Martina Wolfinger**

(Projektmitarbeiterin)

Hochschule Vechta – Universität  
Zentrum Altern und Gesellschaft  
Interdisziplinäres Forschungszentrum



## Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

**Wachstumsbremse Ungleichheit**

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

**Defizitziel versus Ausgabenpfad –  
Plädoyer für eine berechenbare Haushaltspolitik**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Mittelstand

**Auswirkungen eines Mindestlohns auf  
kleine und mittlere Unternehmen  
Eine betriebswirtschaftliche Analyse nach  
Branchen, Betriebstypen und Standorten**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

**Auf dem Weg zum gläsernen Verbraucher?  
Verbraucherschutz bei Kundenkarten und  
RFID-Chips**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

**Klimaschutz und Straßenverkehr –  
Effizienzsteigerung und Biokraftstoffe  
und deren Beitrag zur Minderung der  
Treibhausgasemissionen**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

**Zukunft des Sozialstaats**

- **Bildungs- und Familienpolitik**
- **Beschäftigungs- und Arbeitsmarktpolitik**
- **Sozialpolitik**

WISO Diskurse

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

**(Fehl-)Entwicklungen in der Zeitarbeit?**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

**„Entscheidend ist im Betrieb“  
Qualifizierte Mitbestimmung als Heraus-  
forderung für Gewerkschaften und Politik**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Dienstleistungen

**Dienstleistungen in Deutschland: besser als ihr  
Ruf, dennoch stark verbesserungsbedürftig!**

Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik

**Europas Sozialpolitik als schwieriger  
Aushandlungsprozess – Akteure und  
Handlungsoptionen unter besonderer  
Berücksichtigung der Arbeitszeitpolitik**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

**Einbürgerung – Rahmenbedingungen, Motive  
und Perspektiven des Erwerbs der deutschen  
Staatsangehörigkeit**

WISO Diskurs

Frauen- und Geschlechterpolitik

**Das Kind am Markt – Die öffentliche Förderung  
gewinnorientierter Kleinkindbetreuung unter  
der Geschlechterperspektive**

WISO direkt

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

[www.fes.de/wiso](http://www.fes.de/wiso)

