GENDER OPEN REPOSITORIUM

"Jetzt reicht's. Dann machen wir eben unseren eigenen Pflegedienst auf " : Selbständige in der Pflegebranche - Unternehmertum zwischen Fürsorge, Ökonomie und politischer Regulierung

Schürmann, Lena; Gather, Claudia

2013

https://doi.org/10.25595/2405

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schürmann, Lena; Gather, Claudia: *"Jetzt reicht's. Dann machen wir eben unseren eigenen Pflegedienst auf " : Selbständige in der Pflegebranche - Unternehmertum zwischen Fürsorge, Ökonomie und politischer Regulierung*, in: Feministische Studien, Jg. 31 (2013) Nr: 2, 225-239. DOI: https://doi.org/10.25595/2405.

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY 4.0 Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de

Terms of use:

This document is made available under a CC BY 4.0 License (Attribution). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Claudia Gather, Lena Schürmann

»Jetzt reicht's. Dann machen wir eben unseren eigenen Pflegedienst auf.« Selbständige in der Pflegebranche – Unternehmertum zwischen Fürsorge und Markt

Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 erfuhren häusliche Pflegearbeiten, die bislang überwiegend als unbezahlte »Arbeit aus Liebe« (Bock / Duden 1978) organisiert waren und meist von weiblichen Familienmitgliedern erbracht wurden, eine politisch-institutionelle Aufwertung. Durch die Integration von Pflegearbeiten in das öffentlich finanzierte Gesundheitswesen wurde die gesellschaftliche Verantwortung für die Pflege älterer Menschen teilweise auf die Solidargemeinschaft übertragen, auch wenn zugleich der Primat der familialen Pflege erhalten blieb (Backes / Amrhein / Wolfinger 2008, 12). Mit der Verabschiedung des SGB XI kam es zu einer politischen Definition von Versorgungsansprüchen und zu einer sozial- und leistungsrechtlichen Bewertung dieses Tätigkeitskomplexes. Der Zugang der Pflegebedürftigen zu professionellen Pflegeleistungen sollte hierdurch erleichtert werden, zugleich wurde der Markt für privatwirtschaftliche Anbieter geöffnet. Insbesondere in der ambulanten Pflege, wo bislang ein »Quasimonopol der Freien Wohlfahrtpflege« (Senghaas-Knobloch 2010, 87) bestanden hatte, kam es zu betrieblichen Umstrukturierungen sowie zu einem starken Anstieg von Unternehmensgründungen.[1] Der Pflegestatistik zufolge gab es im Jahr 2011 ca. 12 300 ambulante Pflegedienste, zwei Drittel davon in privater Trägerschaft. Mit ihren 291 000 Beschäftigten betreuen die ambulanten Pflegedienste insgesamt 576 000 pflegebedürftige Personen,[2] wobei knapp die Hälfte (49,8%) der in den Pflegediensten beschäftigten Personen für privatwirtschaftliche Pflegedienste arbeitet (Institut für angewandte Wirtschaftsforschung e.V. 2011, 67). Bei den privatwirtschaftlichen Pflegediensten handelt es sich überwiegend um Betriebe in Frauenhand: Für das Jahr 2011 werden 8 000 selbständige Frauen in der Altenpflege ausgewiesen (Statistisches Bundesamt 2012).

1 Zwischen 1999 und 2011 hat sich die Anzahl ambulanter Pflegedienste in privater Trägerschaft von 5 500 auf 7 700 erhöht, während sich die Anzahl von Pflegediensten in gemeinnütziger Trägerschaft von 5 300 auf 4 577reduziert hat (Pflegestatistik 2011).

2 Private Pflegedienste sind gemessen an der von ihnen betreuten Personenzahl deutlich kleiner als die Sozialstationen. Sie versorgen im Durchschnitt 36 Pflegebedürftige, dagegen versorgen die Dienste freigemeinnütziger Träger 65 Personen (Pflegestatistik 2011).

Mit der Fokussierung auf die historisch betrachtet recht neue Gruppe selbständig Erwerbstätiger im Pflegebereich möchten wir die bisherige Diskussion über die ambivalenten Folgen der gegenwärtigen Regulierung der Pflegearbeit erweitern. Die Kritik an der Vermarktlichung von Sorgearbeit lotet die Widersprüche zwischen der gesellschaftlichen Notwendigkeit fürsorglichen Handelns und deren kapitalistischer Verwertung aus (z. B. Plonz 2011, 372) und erkennt in der Zunahme privatwirtschaftlicher Care-Angebote die Manifestation eines »neoliberalen Credos, möglichst alle Bereiche profitorientiert über den Markt abzuwickeln« (Winker 2011, 337). Den Sorgearbeiten wird eine nur begrenzte Kommodifizierbarkeit zugewiesen (Senghaas-Knobloch 2010). Die zunehmende Orientierung von Pflegeeinrichtungen an marktwirtschaftlichen Logiken, der Einzug veränderter Formen der Kostenrechung und industrieller Formen der Arbeitsorganisation (Taylorisierung und Minutenpflege) steht den Anforderungen fürsorglicher Praxis, welche »unabdingbar beziehungsorientiert« ist (Kumbruck / Rumpf / Senghaas-Knobloch 2010, 3), entgegen. So zeigten frühe Untersuchungen zur Versorgungsqualität ambulanter Pflegedienste: »dass ambulante Pflegedienste sich seit Einführung der Pflegeversicherung verstärkt finanziellen, betrieblichen und personellen Turbulenzen ausgesetzt sehen […] und eine angemessene Versorgung nicht mehr gewährleisten können« (Ewers / Schaeffer 1999, 1). Die Pflegedienste in gemeinnütziger Trägerschaft mussten sich nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung und des von ihr definierten entgeltbezogenen Leistungsspektrums in ihrem Leistungsangebot an den gesetzlichen Leistungskatalog anpassen und ihre auf dem Ideal der Vollversorgung basierende Haltung gegenüber den Patienten aufgeben. Damit hat sich die Beziehungsqualität zwischen den Pflegediensten und ihren Patienten verändert: Die Pflegebeziehung ist zu einem durch das vorhandene Budget definierten Vertragsverhältnis, die Pflege zu einem »Geschäft« geworden (Ewers / Schaeffer 1999, 16). Die Organisation von Pflegearbeiten nach Kriterien ihrer ökonomischen Inwertsetzung führt nicht allein zu einer unzureichenden Versorgungsqualität, sondern findet auch in Form verschlechterter Arbeits- und Entlohnungsbedingungen im Pflegebereich ihren Ausdruck (z. B. Bellmann u. a. 2012; Senghaas-Knobloch 2008; Theobald / Szebehely / Preuß 2013).

Rückt die bisherige Kritik an der politischen Regulierung von Care die Beschäftigungsbedingungen der Pflegearbeitenden und die Versorgungsqualität ins Zentrum, so wollen wir hier den Erfahrungen und Motiven selbständig Erwerbstätiger in der Pflegebranche nachgehen, da zu dieser Akteursgruppe bislang kaum Untersuchungen vorliegen. Anhand von Interviews mit Selbständigen der Pflegebranche wollen wir untersuchen, wodurch Existenzgründungen in diesem kulturell mit Selbstaufgabe und Fürsorge assoziierten Tätigkeitskomplex motiviert werden und wie sich in der Gründungsmotivation selbständiger Anbieter_innen von Pflegedienstleistungen politisch gesetzte Handlungsrahmen und subjektive Handlungsorientierungen miteinander verschränken. Mit dem Zitat

einer Interviewpartnerin im Titel »Jetzt reicht's. Dann machen wir eben unseren eigenen Pflegedienst auf«, soll darauf angespielt werden, dass Gründungen eine Vorgeschichte haben und unter anderem durch belastende Arbeitsbedingungen in der vorherigen abhängigen Beschäftigung motiviert sein können.

Der Beitrag ist folgendermaßen aufgebaut: Zunächst werden die spezifischen Bedingungen, denen Unternehmensgründungen im Pflegesektor unterliegen, skizziert. Dann werden vier unterschiedliche Typen selbständiger Erwerbstätigkeit in der Pflege vorgestellt, die wir im Rahmen unserer empirischen Untersuchung angetroffen haben. Sie verweisen auf unterschiedliche Bewältigungsstrategien des politisch induzierten Widerspruchs, Fürsorge unter Marktbedingungen herzustellen und stellen die empirische Basis für die abschließende Diskussion dar.

Rahmenbedingungen der Selbständigkeit im Pflegesektor

Existenzgründungen in der Pflegebranche erfolgen in einem rechtlich-politisch regulierten Marktsegment. Die 1995 / 96 eingeführte Pflegeversicherung gewährt *universelle* Leistungen entsprechend einem politisch definierten Pflegebedarf. Anders als bei der ambulanten ärztlichen Versorgung hat der gesetzlich Versicherte im Falle der Pflegebedürftigkeit im Regelfall aber keinen Anspruch auf eine den Bedarf deckende Versorgung. Nach dem Prinzip der *Teilfinanzierung* ist eine Ergänzung der Versicherungsleistung durch familiäre Pflege, weitere privat finanzierte Dienstleistungen oder weitere Sozialleistungen notwendig (Theobald 2010). Kennzeichnend für den Pflegesektor als Ort unternehmerischer Tätigkeit ist, dass die unternehmerischen Freiheiten begrenzt sind: So werden die über die Pflegekassen abrechenbaren Vergütungen für ambulante Pflegeleistungen in einer vom Gesetzgeber erlassenen Gebührenordnung festgelegt. Auch das öffentlich finanzierte Leistungsspektrum von Pflegeleistungen sowie die Grundsätze der Personalrekrutierung und Entlohnung sind durch den Gesetzgeber weitgehend geordnet.[3] Diese Regulierung bewirkt, dass der Markteintritt begrenzt wird, Gründungen vorwiegend durch Berufsangehörige erfolgen und der Anteil fachlich qualifizierter Beschäftigter in den ambulanten Pflegediensten mit 62 % überwiegt (Pflegestatistik 2011, 10). Pflegedienstleistungen sind einerseits ein Wachstumsmarkt aufgrund der demographischen Entwicklung, andererseits unterliegt der personalintensive Pflegebereich einem starken Kostendruck, der durch die politische Strategie der Kostendeckelung im Gesundheitssektor hervorgerufen wird.

[3] Eine Ausnahme bilden die sogenannten Hauswirtschaftskräfte, die 21 % des Personals in ambulanten Pflegediensten stellen und vom Geltungsbereich des Mindestlohns ausgeschlossen sind.

Typen selbständiger Erwerbsarbeit in der Pflege

Wir präsentieren nun erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung unternehmerischen Handelns, die wir im Rahmen des Forschungsprojektes »Der Erfolg selbständiger Frauen« durchgeführt haben.[4] Im Zentrum dieses Beitrags stehen 20 Interviews mit Selbständigen der Pflegebranche. An diesen haben wir die Eintrittsmotive und -bedingungen in die Selbständigkeit, die ausgebildeten Erwerbsorientierungen, die subjektiven Erfolgsbestimmungen und die entwickelten Handlungspraktiken rekonstruiert. Im Folgenden werden anhand von exemplarischen Fällen vier typische Formen unternehmerischer Praxis im Pflegesektor vorgestellt.

Typ 1: Selbständigkeit, um berufsethische Ansprüche zu realisieren

Bei diesem Typ ist die Gründung eines Pflegedienstes durch den Wunsch motiviert, den politisch induzierten Konflikt zwischen Fürsorgeansprüchen und Kostenkalkülen durch die Übernahme unternehmerischen Risikos zu lösen. Der Eintritt in die Selbständigkeit zielt darauf ab, an den hohen berufsethischen Ansprüchen festzuhalten, die die ausgebildeten Pflegekräfte vor Eintritt in die Selbständigkeit in der abhängigen Beschäftigung ausgebildet haben, jedoch aufgrund der zunehmend standardisierten und budgetorientierten Organisation der Pflegearbeit dort nicht mehr umsetzen konnten. Mit der Übernahme unternehmerischen Risikos, das aufgrund des hohen Regulierungsgrades der Branche von den Betroffenen als gering eingeschätzt wird, wird ein Verbleib im erlernten Pflegeberuf angestrebt, mit dem Ziel, den eigenen berufsethischen Ansprüchen besser gerecht zu werden.

Die Erfahrung der Ökonomisierung der Pflegearbeit begründet ein zentrales Motiv für die Aufnahme der selbständigen Tätigkeit. Während die erlebten Veränderungen in der Pflegebranche als negative Effekte der institutionellen Regulierung der Pflegearbeit wahrgenommen werden (»Jetzt reichts«), werden die durch die Pflegeversicherung geschaffenen Gelegenheiten zur Gründung eines ambulanten Pflegedienstes aufgegriffen und zur Verwirklichung eigener Ansprüche genutzt (»Wir machen unseren eigenen Pflegedienst auf.«). Freilich unterliegen die Selbständigen dabei weiterhin den gleichen restriktiven Regulierungen des Pflegesektors, die zu den in der abhängigen Beschäftigung erlebten Problemen geführt haben.

[4] Das Forschungsprojekt »Der Erfolg selbständiger Frauen- Gründungsverläufe zwischen Familie und Ökonomie« wird vom BMBF und ESF von 2011–2014 gefördert. Es wurden 60 leitfadengestützte Interviews mit Selbständigen in drei deutschen Großstädten geführt, darunter 20 mit Gründer_innen im Pflegebereich. Anknüpfend an eine einzelfallbezogene Auswertungsstrategie nach interpretativ-sequenzanalytischen Verfahren (Corsten 2004) werden die subjektiven Erfolgsdeutungen selbständig Erwerbstätiger vor dem Hintergrund der objektiven Verlaufsmuster des jeweiligen Gründungsprozesses rekonstruiert. Die Typenbildung erfolgt in Anlehnung an Monika Wohlrab-Sahr (1994).

Zum Beispiel Frau T.: Sie leitet seit fünf Jahren einen ambulanten Pflegedienst mit einigen Mitarbeiterinnen, der wie gut 40 % der ambulanten Pflegedienste in privater Trägerschaft weniger als 25 Patienten betreut (Pflegestatistik 2011). Den Eintritt in die Selbständigkeit begründet sie mit negativen Erfahrungen aufgrund von Rationalisierungen in ihrer früheren abhängigen Beschäftigung.

> *Also ich arbeite auch schon sehr lange in der ambulanten Pflege und habe die letzten Jahre als Pflegedienstleitung in verschiedenen Pflegediensten gearbeitet. Und bei meinem letzten Arbeitgeber war das so, dass also ich hab gemerkt, dass ich an einen Punkt gekommen bin, wo ich einfach das nicht mehr ertragen kann, weil das musste alles immer schneller und ähm die Leute mussten schneller arbeiten, mit weniger Zeit, mit weniger Gehalt und mit wenig Fürsorge, mit wenig Empathie. Die Patienten wurden einfach »satt und sauber« in Anführungsstrichen gepflegt und von oben gab es immer diesen Druck mehr Geld! Und wie das umgesetzt werden soll in der Pflege, das interessierte einfach niemanden* (Frau T., Z. 68–78).

Frau T. erlebte, dass sie an ihrem Arbeitsplatz ihre Ansprüche an gute Pflege nicht mehr realisieren konnte. Darunter litt ihrer Ansicht nach die Versorgungsqualität, da weder eine individuelle Zuwendung zu den Patient_innen noch die Bedürfnisse der Pflegenden Berücksichtigung fanden. Die Pflegedienstleiterin geriet in Konflikt mit den an sie gestellten Anforderungen. Zentrales Motiv für die Gründung eines eigenen Unternehmens war der Wunsch von Frau T., im erlernten Berufsfeld bleiben zu können und unter guten Bedingungen gute Pflege zu leisten: »Und ich wollte einfach einen Arbeitsplatz für *mich* schaffen, wo ich selbstbestimmt arbeiten kann, davon leben kann, ja, und meine Vorstellungen von Pflege durchsetzen kann« (Frau T., Z. 62–64). In der Gründungsmotivation kommt es zu einer Überschneidung von berufsethischen Ansprüchen und Ansprüchen an die eigene Arbeitsqualität. Das Streben nach Gewinnmaximierung ist für den Eintritt in die Selbständigkeit völlig nachrangig. Dies wird deutlich an ihrem Verständnis von unternehmerischem Erfolg:

> *Das ist für mich, wenn ich merke das, was du gemacht hast bei Patientin X oder Y, das war gut. Das war richtig gut. Also dass es rund ist, dass die Leute wirklich gut versorgt wurden und ja, das ist für mich Erfolg. Dass die Leute zufrieden sind. Ja. Auch wenn es traurig war und jemand gestorben ist, aber der Weg dahin. Und dass es aber auch anerkannt wird, ne? Dass von anderen dann eine Anerkennung kommt, dass ›Sie machen das ganz toll‹, oder ›ich bin so froh, dass Sie da waren‹. Oder dann auch aus der Arztpraxis kommt, ›das war eine tolle Pflege, wir werden Sie gerne weiterempfehlen‹. Und dass ich noch davon leben kann* (Frau T., Z. 691–706).

Erfolg wird primär über das Wohlbefinden ihrer Klient_innen bestimmt. Es handelt sich um einen moralischen Erfolgsbegriff, der ökonomische Erfolg ist diesem ethischen Ziel untergeordnet. Auch die Pflegepraxis ist hieran orientiert. Um ihre Patienten umfassend betreuen zu können, werden die vorgese-

henen Pflegesätze und Pflegezeiten von diesem Pflegedienst eher als vage Orientierung angesehen, die Leistungen werden am individuellen Pflegebedarf des Patienten ausgerichtet. Durch die Kombination von Grund- und Behandlungspflege ist es möglich, Leistungen auch über die Krankenkassen abzurechnen. Zur Abrechnung werden bestimmte Leistungen so kombiniert, dass die aufgebrachte Arbeitszeit möglichst abgerechnet werden kann und vergütet wird. Neben geringen Einnahmen, die das wirtschaftliche Überleben eher nur gerade so ermöglichen, führt diese Art der Pflegepraxis zu extensiven Arbeitszeiten seitens der Unternehmerin.[5] Während sie darauf bedacht ist, gegenüber ihren Mitarbeiter_innen eine faire Arbeitgeberin zu sein, verzichtete sie selbst in den ersten beiden Jahren der Selbständigkeit auf Urlaub und freie Wochenenden. Mit der Folge, dass sie ihre gesundheitliche Belastungsgrenze erreichte. »Ich habe Zeiten gehabt, die also von der Pflege her, die mich sehr in Anspruch genommen haben. Also da bin ich schon an meine Grenzen gekommen körperlich. Ja. Dass ich gedacht habe, ich kippe auch gleich bald um. Ja.« (Frau T., Z. 249–261). Bei diesem Typus steht auch in der wirtschaftlichen Selbständigkeit der berufliche und berufsethische Selbstbezug im Mittelpunkt des Handelns und wird als Widerspruch zu wirtschaftlichen Rationalitäten erfahren. Diese werden als eine von außen auferlegte Anforderungsstruktur wahrgenommen, die notwendigerweise angeeignet werden muss, um beruflich handlungsfähig zu bleiben. Die Interviews zeigen, dass es für diese Gruppe von Selbständigen schwierig ist, gleichermaßen auch Ansprüche an die eigene Arbeits- und Lebensqualität gegenüber den berufsethischen Ansprüchen und wirtschaftlichen Anforderungen der Selbständigkeit aufrecht zu erhalten und zu verteidigen.

Deutlich wird an diesem Typ unternehmerischer Praxis, dass die Berufsangehörigen der Pflegebranche im Rahmen ihrer Berufsausbildung und -praxis eine spezifische Berufsmoral und eine wertorientierte Handlungspraxis ausgebildet haben, die sich unter den Bedingungen selbständiger Erwerbsarbeit als schwer umsetzbar erweist, da sie in Opposition zu Marktrationalitäten angelegt ist. Aus der restriktiven Kostenbemessung im Pflegesektor und der hohen Konkurrenz unter den Anbietern von Pflegedienstleistungen entstehen Risikolagen, deren aktive Bewältigung notwendige Bedingung für die Verwirklichung pflegerischer Ansprüche wäre. Gelingt dieser Spagat nicht, kommt die »Selbstsorge« der pflegenden Unternehmer_innen (Salomon 2009) zu kurz. Zwar ist das hier betrachtete Unternehmen wirtschaftlich tragfähig, in der Untersuchung trafen wir jedoch auch auf Pflegeunternehmer_innen dieses Typs, die trotz Vollzeiterwerbstätigkeit nur ein Einkommen am Rande des Existenzminimums erwirtschaften.

[5] Auch unter den Bedingungen der abhängigen Erwerbsarbeit findet sich ein ähnliches Verhalten, hier werden z.B. unbezahlte Überstunden von Pflegekräften geleistet (Kumbruck 2010).

Typ 2: Erfolgreiche Marktanpassung durch Spezialisierung

Als zweite Gruppe von Selbständigen in der Pflegebranche sind wir auf die Inhaber_innen größerer Pflegeunternehmen gestoßen, die das von den Pflegekassen definierte Leistungsspektrum überschreiten und sich auf Leistungen spezialisiert haben, die in den Regelungsbereich anderer Sozialgesetzbücher fallen oder private Zuzahlungen voraussetzen. Hierzu gehören beispielsweise ambulante Kinderintensivpflegedienste, die eine intensivmedizinische Versorgung von Kindern im häuslichen Kontext ermöglichen, interkulturelle Pflegedienste oder spezifische Pflegeangebote für Rollstuhlfahrer_innen. Neben hohen finanziellen Investitionen in Technik und / oder in die Qualifikation der Belegschaften kennzeichnet es diese Betriebe, dass sie nach anfänglichen Startschwierigkeiten wirtschaftlich erfolgreich sind.

Auch diese Gruppe von Unternehmer_innen stellt den berufsethischen Bezug ihres Handelns heraus. So beispielsweise Frau D., die ein Unternehmen mit mehr als 100 Mitarbeiter_innen leitet, das als interkulturell ausgerichteter Pflegedienst ein weites Spektrum von Pflegeleistungen inklusive Intensivpflege anbietet.[6]

Während ihres Studiums bemerkte die ausgebildete Krankenschwester Defizite in der ambulanten Versorgung von Pflegebedürftigen der ersten Gastarbeitergeneration. Diese erhielten häufig keinen Zugang zu professioneller Pflege und Betreuung, da sie sich von den bestehenden Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände nicht angesprochen fühlten. Mit der Gründung eines Pflegedienstes für interkulturelle Pflege wollte Frau D. diese Versorgungslücke schließen. Sie hat einen Sorgebegriff entwickelt, der von der konkreten Sorgebeziehung abstrahiert und eine eher gesellschaftspolitische Haltung zum Ausdruck bringt: Als soziale Unternehmerin sorgt sie sich um die Angehörigen einer kulturellen Minderheit, indem sie ihnen einen Zugang zu professioneller Pflege organisiert bzw. durch das eigene Unternehmen schafft.

Trotz ihrer Orientierung an normativ-politischen Zielen und deren erfolgreicher Umsetzung erscheint der Unternehmerin der Eintritt in die Selbständigkeit erklärungsbedürftig. »Ich wollte nie selbstständig sein. Noch nie! Ich habe Selbständigkeit immer verabscheut« (Frau D., Z. 615). Damit unterstreicht sie, dass sie eine Identifikation mit der Sozialfigur des markt- und gewinnorientierten Unternehmers verweigert und ihr Handeln an politisch-ethischen Motiven und ihrer Mission, eine Lösung für ein soziales Problem anzubieten, ausrichtet. In ihrem beruflichen Handeln füllt Frau D. die von ihr abgelehnte Rolle jedoch faktisch aus. Sie leitet ein stetig wachsendes Unternehmen mit vielen Beschäftigten und übernimmt Managementfunktionen, ohne selbst noch Patienten zu pflegen. Nachdem sie in den Anfangsjahren ihrer Selbständigkeit mehrfach

[6] Den lebensweltlichen und kulturellen Ansprüchen von Pflegebedürftigen wird eine besondere Aufmerksamkeit in der Pflegebeziehung eingeräumt. Hierzu gehören beispielsweise die muttersprachliche Betreuung, die Beachtung spezifischer Speise- und Hygienevorschriften.

kurz vor der Insolvenz stand, hat sie das Erfordernis betriebswirtschaftlicher Kalkulation anerkannt und passt sich den politisch gesetzten Vorgaben an. Diese fungieren als unhintergehbarer Maßstab für die betriebsinterne Arbeitsorganisation und die Zeitbemessung in der Pflege. Im Unternehmen gibt es verschiedene Hierarchiestufen unter den Pflegekräften, die Arbeitsplätze sind überwiegend als Teilzeitarbeitsverhältnisse organisiert. Mit Weiterbildungen und einer internen Qualitätsmessung versucht sie, die Arbeitsbelastungen der Pflegekräfte zu reduzieren. Durch die Gründung und Führung des Unternehmens erfährt sie einen beruflichen Aufstieg. Anders als bei Typ 1 ist es weniger der allgemeine Gegensatz zwischen den Ansprüchen an gute Pflege und wirtschaftlicher Rationalität als der mittels Kostensenkung ausgetragene Wettbewerb unter Gleichen, der von Typ 2 als problematisch erfahren wird.

Für diese Gruppe von Pflegeunternehmer_innen stellt die Öffnung des Marktes für private Anbieter eine zentrale Bedingung für die Entfaltung unternehmerischer Aktivität dar, da sie den Gründer_innen ermöglicht, Pflege, die an unterschiedlichen lebensweltlichen Ansprüchen der Bedürftigen ausgerichtet ist, umzusetzen. Die Marktanpassung erfolgt einerseits über betriebsinterne Hierarchisierungen, Lohndifferenzierungen und flexible Arbeitszeiten, andererseits auch über finanzielle Investitionen unter anderem in der Technik (z. B. bei der Intensivpflege).

Typ 3: Gewinnorientierung – Der Pflegesektor als Wachstumsmarkt

Im Unterschied zu den bisher betrachteten Selbständigen verfügen die Angehörigen dieses Typs zu denen wir männliche und weibliche Selbständige rechnen, über keinen beruflichen Hintergrund in der Pflege, sondern eher über akademische Bildungsabschlüsse, etwa in der Betriebswirtschaftslehre oder in den Rechtswissenschaften. Der Pflegesektor wird von dieser Gruppe von Unternehmer_innen als ein Wachstumsmarkt mit guten wirtschaftlichen Aussichten identifiziert. Es geht diesen Selbständigen darum, die hohe Nachfrage nach Pflege- bzw. Betreuungsdienstleistungen zur Erwirtschaftung von Gewinnen zu nutzen. Die ethische Orientierung ist auf die Einhaltung rechtlicher Vorgaben begrenzt (Friedman 1970). Darüber hinaus reichende Ansprüche werden eher nicht formuliert.

Frau L., eine studierte Juristin, bei der die Selbständigkeit als Ziel der Lebensplanung bereits zu Studienbeginn vorlag, hat eine Personalvermittlungsagentur gegründet, die Haushaltshilfen in Haushalte mit Pflegebedürftigen vermittelt. Die Unternehmerin hat hierfür eine Form der Arbeitnehmerüberlassung entwickelt, bei der das von ihr geleitete Unternehmen selbst nicht als Arbeitgeber der Pflege- bzw. Betreuungskräfte auftritt, sondern ausschließlich mit der organisatorischen und rechtlichen Abwicklung dieses Vermittlungsprozesses befasst ist.

Frau L. betrachtet die von ihr kostenpflichtig vermittelte Unterstützung im Haushalt als eine marktförmig handelbare Leistung. Unter Nutzung des Lohngefälles zwischen West- und Osteuropa organisiert sie eine internationale Arbeitsteilung zwischen Frauen bzw. Familien, die als *care chains* / globale Betreuungsketten (Hochschild 2001) beschrieben wurde. Frau L. stellt diese als eine »*Win Win Win* Situation« für die Familien mit Pflegebedarf, die Arbeitskräfte aus Osteuropa und sie als Unternehmerin dar: »Das schafft für alle Beteiligten so 'n Mehrwert, das ist … war ein Antrieb an sich, dieses Konzept im Prinzip auf den Markt zu bringen« (Frau L., Z. 507–509).

Frau L. orientiert sich an der Logik des Marktes und bewertet die Nachfrage nach ihrer Dienstleistung als Bestätigung dafür, dass sie einen Beitrag zur Lösung des Pflege- bzw. Betreuungsnotstandes leistet. Indem sie die Ausgestaltung der konkreten Beschäftigungsbedingungen des Pflege- und Betreuungspersonals ihren Vertragspartnern überlässt, begrenzt sie zugleich die Reichweite ihrer unternehmerischen Verantwortung. Diese schließt zwar die Verwaltungsmitarbeiter ihrer Agentur ein, endet jedoch an der Bürotür.

Der wirtschaftliche Erfolg, den das hier vorgestellte Unternehmen von Frau L. erfährt, verweist darauf, dass es seitens der Familien einen großen Bedarf an Unterstützungsleistungen im Haushalt gibt, der Gesetzgeber bislang jedoch keinen adäquaten Rahmen geschaffen hat, um sowohl eine umfassende Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger im häuslichen Kontext zu ermöglichen und dabei zugleich die Einhaltung deutscher Arbeits- und Tarifstandards mit umfassenden Versicherungsschutz und Legalität aller Beteiligten zu gewährleisten (zur Legalisierung der Personenbetreuung in Österreich vgl. Egger de Campo 2013).

Typ 4: Freiberufliche Krankenpflege. Riskante Selbständigkeit

Auch in der Pflegebranche existieren Formen der Soloselbständigkeit. In unserer Untersuchung trafen wir auf freiberufliche Krankenpfleger_innen, die ihre Arbeitskraft in zeitlich begrenzten Umfang direkt an Krankenhäuser veräußern. Grundlage dieser Arbeitsbeziehung sind Auftragsverhältnisse zwischen den Anbieter_innen der Arbeitskraft und den Krankenhäusern. Diese regeln den zeitlichen Umfang des Einsatzes, die fachliche Leistung und die Vergütung. Die freiberuflichen Krankenpfleger_innen ähneln in ihrem Verhältnis zum Beschäftigungsbetrieb Leiharbeiter_innen. Soloselbständige werden aus arbeitssoziologischer Perspektive häufig als »Arbeitskraftunternehmer« beschrieben (Bögenhold / Fachinger 2009), da sie nur über geringe Betriebsmittel verfügen und ihre Arbeitskraft im Rahmen direkter marktvermittelter Auftragsbeziehungen veräußern. Auch die freiberuflichen Krankenpfleger_innen lassen sich so charakterisieren. Selbständigkeit tritt hier in Form atypischer Erwerbstätigkeit auf. Verschiedene Studien verweisen darauf, dass Formen atypischer Beschäftigung auch innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens an Bedeutung gewinnen.

Auch im Bereich des Pflegepersonals wird seitens der Krankenhäuser vermehrt auf externe Arbeitskräfte zurückgegriffen (Bräutigam u. a. 2010).
Herr M. ist ausgebildeter Krankenpfleger. Er arbeitet als Freiberufler in wechselnden Einrichtungen der Altenpflege. Seine Arbeitseinsätze umfassen eine Dauer von zwei bis drei Wochen und sind mit räumlicher und zeitlicher Flexibilität verknüpft. Seine Ehefrau ist ebenfalls als freiberufliche Krankenpflegerin tätig. Das Ehepaar hat zwei kleine Kinder.

Herr M. begründet seinen Eintritt in die Selbständigkeit mit dem hieraus resultierenden Zugewinn an Handlungsfreiheit und Zeitsouveränität.

> *Und der Grund war eigentlich, dass ich … ja, selbständig, weil ich mich sozusagen frei entscheiden will, wo ich arbeite, wann ich arbeite, wie ich arbeite. Dass ich da wirklich keinen Vorgesetzten mehr habe. Ich meine, ich habe natürlich dann, wenn ich einen Vertrag unterschreibe, einen direkten Vorgesetzten, aber kann dennoch jederzeit alles einteilen, wie ich möchte. Ob ich arbeite, wie ich arbeite, wann ich arbeite* (Herr M., Z. 41–46).

Vor seinem Eintritt in die Selbständigkeit arbeitete Herr M. als Vollzeitkraft im Schichtdienst einer Pflegeeinrichtung. Die Erwerbstätigkeit wurde von ihm als stark belastend erfahren. Neben den rigiden Zeitstrukturen taylorisierter Pflegearbeit, geringen Gestaltungsspielräumen im Arbeitsprozess und den hohen psychischen Anforderungen, die der Umgang mit sterbenden Patienten stellt, stellten die kollegialen Beziehungen und dortige Konflikte um die Einsatzplanung eine Quelle seiner Unzufriedenheit dar.

Herr M. deutet die hohe Nachfrage nach Pflegefachkräften als eine Gelegenheit, sich den betrieblichen Konflikten zu entziehen. Die freiberufliche Erwerbstätigkeit ermöglicht ihm eine Distanz zu der Einrichtung, in der er tätig ist. An seinen Einsatzorten muss er weniger Verpflichtungen und Loyalitäten gegenüber Unternehmenskulturen und kollegialen Beziehungen aufbringen oder sich langfristig mit schlechten Arbeitsbedingungen auseinandersetzen. An die Freiberuflichkeit knüpfen sich zudem Erfahrungen von Anerkennung.

Statt seiner negativen Erfahrungen in der abhängigen Beschäftigung »diese Riesenverantwortung in diesem Beruf« zu haben und »teilweise so schlecht […] von den Chefs« behandelt zu werden (Herr M., Z. 966) erfährt er jetzt Anerkennung und fühlt sich als eine begehrte Arbeitskraft. Durch die Selbständigkeit wird die Alltäglichkeit des Arbeitens durchbrochen, aufgrund der zeitlichen Begrenztheit des Arbeitseinsatzes entsteht eine besondere Sichtbarkeit, die die Zuweisung von Wertschätzung durch Kollegen und Vorgesetze begünstigt. Für Herrn M. ist diese neue Erfahrung der Wertschätzung seiner Arbeitsleistung eine wichtige Bedingung für gute Pflege. Ohne eine individuelle Verstrickung in betriebliche Konflikte kann er seinen Verpflichtungen gegenüber den zu Pflegenden besser nachgehen. Zudem hat er nun weniger pflegeferne Aufgaben wie Dokumentationen zu erfüllen: »Diese vielen Sachen, die für anderes Pfle-

gepersonal obendrauf noch kommen, wofür sie sich Zeit nehmen müssen. Ich brauche das als Freiberuflicher nicht. Man arbeitet nur. Also man hat viel mehr Zeit für den Patienten« (Herr M., Z. 883–888).

Als »Unternehmer seiner selbst« verfolgt Herr M. verschiedene Strategien der Marktanpassung. Neben seiner Bereitschaft zur räumlichen Flexibilität (er nimmt Arbeitsgelegenheiten im gesamten Bundesgebiet wahr) und dem Versuch, sich im Selbststudium über das Internet kontinuierlich weiterzubilden, um so in verschiedenen Tätigkeitsfeldern der Pflege einsetzbar zu sein, gehört hierzu ein bestimmtes Sorgearrangement im Privaten. Dieses ist gekennzeichnet durch einen flexiblen Rollentausch beider Partner und impliziert, dass beide sich in der Übernahme von Erwerbs- und Familienarbeit phasenweise abwechseln.[7] Beide Ehepartner betrachten dieses Modell als erfolgreiche Strategie der Risikobearbeitung und bewerten es als eine Verbesserung ihrer Lebenssituation. Zugleich wird deutlich, dass mit dieser Form freiberuflicher Selbständigkeit insgesamt keine langfristige berufliche Planung verbunden ist. Die Vertragsverhältnisse sind stets befristet, es gilt, im 8-Wochen-Rhythmus das Verhältnis von Leben und Arbeiten zu planen und auszurichten. Eine längerfristige Lebensplanung ist kaum möglich, auch langfristige Risiken, die mit dieser instabilen Beschäftigungsform verbunden sind, werden nicht reflektiert.

Die freiberuflichen Krankenpfleger_innen verbinden in ihrer Selbständigkeit die Erfordernisse der Einkommenssicherung mit dem Wunsch nach einer höheren Zeitsouveränität und schaffen sich über die Freiberuflichkeit neue Anerkennungskontexte. Dieser Zugewinn an Anerkennung wird als Voraussetzung für bessere Arbeitsleistungen angesehen und verweist auf die Anerkennungsdefizite unsichtbarer Arbeit in der Pflege. Der Schritt in die Selbständigkeit folgt den Zwängen und Gelegenheiten, die durch die Umstrukturierung in Kliniken und Einrichtungen der Altenpflege hervorgebracht werden.

Heterogene Effekte der Vermarktlichung von Pflegearbeit

Anhand dieser wenigen exemplarischen Fälle wird deutlich, dass der privatwirtschaftliche Pflegesektor ein heterogenes Feld ist, das differenziert untersucht und beurteilt werden muss. Die empirische Untersuchung der Handlungsmotive selbständig Erwerbstätiger in der Pflegebranche und der von ihnen realisierten unternehmerischen Praxis zielte darauf ab, die gegenwärtige Diskussion zum Verhältnis von Ökonomie und Care zu erweitern, ohne an dieser Stelle konkretere Aussagen zur realisierten Versorgungsqualität treffen zu können. Die Vermarktlichung von Sorgearbeit tritt als eine komplexe Dynamik hervor, die

[7] Ein Partner ist außerhäusig erwerbstätig und dann auch räumlich von der Familie für eine bestimmte Zeit getrennt und von privaten Sorgearbeiten entlastet. Der andere Partner ist in dieser Zeit nicht erwerbstätig.

auch auf Seiten der Selbständigen zu einer ungleichen Verteilung von Chancen und Risiken führt. Zwar zeigt auch unsere Untersuchung, dass, wie auch in anderen Branchen, die Öffnung des Marktes die Möglichkeit eröffnet, Unternehmen wesentlich unter der Perspektive von erzielbaren Erträgen zu gründen und zu betreiben (Typ 3). Anders als die Diskussion erwarten lässt, stellen jedoch auch berufsethische Ansprüche ein wichtiges Motiv für den Schritt in die Selbständigkeit dar. Dort, wo es den Unternehmer_innen gelingt, diese Ansprüche mit erfolgreichen Strategien der Marktanpassung zu verbinden und beispielsweise durch eine Erweiterung des Leistungsspektrums um intensivmedizinische Angebote auch in den Regelungsbereich anderer Sozialgesetzbücher vorzudringen, kann der Aufbau wirtschaftlich tragfähiger Unternehmen gelingen. Angebote wie die ambulante Kinderintensivpflege oder auch interkulturelle Pflege schließen bislang bestehende Versorgungsengpässe und können dazu beitragen, den Zugang bislang vernachlässigter Gruppen zu professioneller Unterstützung zu verbessern und Angehörige zu entlasten. Bleiben die Leistungsangebote der Pflegedienste jedoch am Regelungsbereich der häuslichen Pflege orientiert, ist der Aufbau wirtschaftlich ertragreicher Unternehmungen aufgrund der restriktiven Kostenmessung in der Pflege erschwert. So sehen sich »sage und schreibe 86% der Pflegedienste in absehbarer Zeit in ihrer unternehmerischen Existenz gefährdet« (Isfort / Weidner / Zinn 2004, 10).

Unsere Befunde zeigen, dass die gegenwärtige Umgestaltung des Gesundheitswesens nach marktwirtschaftlichen Logiken hohe individuelle Risiken und Belastungen auch bei Teilen der selbständigen Anbieter_innen von Pflegeleistungen produziert, wie an Typ 1 und Typ 4 verdeutlicht wurde. Die Repräsentat_innen dieser beiden Typen verließen die abhängige Beschäftigung, weil sie unzufrieden mit den dortigen Arbeitsbedingungen waren. Allerdings holen die Regulierungen des Sektors sie auch als Selbständige wieder ein. Während es für die Gruppe berufsethisch motivierter Unternehmer_innen im Pflegesektor schwierig ist, die von ihnen angestrebte hohe Versorgungsqualität unter den politisch gestalteten Bedingungen langfristig und in Form wirtschaftlich tragfähiger Selbständigkeit zu realisieren, verweist die anwachsende Gruppe atypisch Beschäftigter in der Gesundheitsbranche wie in der hier betrachteten freiberuflichen Pflege darauf, dass die politisch gewollte Orientierung von Kliniken und Einrichtungen der Altenpflege an engen Kriterien der Wirtschaftlichkeit zur Flexibilisierung des Beschäftigteneinsatzes und zum Nachteil der extern beschäftigten Pflegekräfte oder freiberuflichen Arbeitskraftunternehmer_innen führt. Aufgrund der mangelnden Integration Soloselbständiger in die Systeme der sozialen Sicherung (Schulze-Buschoff 2010, Bögenhold / Fachinger 2009) kommt es zu einer für die Betroffenen häufig nicht ersichtlichen (oder ausgeblendeten) Zunahme von Risiken, insbesondere des Risikos der Prekarisierung. Die Selbständigkeit bei Typ 1 zielt auf die Aufrechterhaltung berufsethischer Ansprüche und den Verbleib im Pflegesektor ab, birgt dabei jedoch die Ge-

fahr der Selbstausbeutung. Das hier anzutreffende individuelle Bemühen, im Markt mittels persönlichen Einsatzes an berufsethischen Fürsorgeansprüchen festzuhalten, erweist sich unter den Bedingungen selbständiger Erwerbsarbeit als riskant. Dass Erwerbstätige dieses Risiko eingehen, verdeutlicht zugleich, wie restriktiv bemessen die Gestaltungsspielräume der Pflegekräfte in der abhängigen Beschäftigung mittlerweile sind. Vor die Wahl gestellt, als abhängig Beschäftigte ihre Berufsansprüche aufzugeben oder aus dem Berufsfeld auszusteigen, erweisen sich neu geschaffene Gelegenheiten zur Existenzgründung als attraktive, aber gleichwohl riskante Erwerbsalternativen. Sie versprechen eine größere Handlungsautonomie, ohne den Beteiligten jedoch die Macht zu geben, die ökonomischen und sozialen Verhältnisse der Pflegebranche anders zu gestalten. Die Berufsangehörigen der Pflege werden so als Selbständige auf eine neue Weise in die Kräfteverhältnisse der Pflegebranche integriert. Gegenüber dem Gesetzgeber und den Pflegekassen befinden sich die Inhaber_innen privatwirtschaftlicher Pflegedienste in einer strukturell unterlegenen Position. Mit ihren Anstrengungen, trotz der Vorherrschaft des Marktes an der Fürsorgerationalität festzuhalten, steigern sie zugleich die Effizienz des Pflegemarktes. Damit entlasten sie den Staat von der sozialen Verpflichtung, den Zugang zu sozialen Diensten bei Unterstützungsbedarf – ähnlich wie in Schweden – als Staatsbürgerrecht zu verankern und zu einer eigenständigen Aufgabe der öffentlichen Daseinsfürsorge zu machen (vgl. Ute Gerhard in diesem Heft). Gemeinsam mit den Beschäftigten unterliegen sie weiterhin der grundlegenden gesellschaftlichen Abwertung von Sorgearbeiten, die trotz der Integration von Pflegearbeiten in die gesetzliche Sozialversicherung erhalten bleibt. Damit die auch von privatwirtschaftlichen Anbietern geleistete fachlich qualifizierte und emphatische Pflege nicht zulasten der wirtschaftlichen Überlebensfähigkeit ambulanter Pflegedienste geht, wäre es wichtig, dass der Perspektive der Pflegepraxis, d. h. der abhängig beschäftigten Pflegekräfte und der pflegenden Selbständigen ein stärkeres Gewicht bei der Festsetzung von Vergütungsregelungen zukommt. Gegenwärtige Ansätze zur Gründung einer Pflegekammer zielen in diese Richtung und können hoffentlich den Forderungen nach einer höheren Anerkennung der Pflege und ihrer bedarfsorientierten Finanzierung mehr Nachdruck verleihen. Insgesamt ist jedoch ein Umdenken und eine (politische) Neubewertung der Pflege wie des gesamten Care Bereichs notwendig (vgl. das Care-Manifest in diesem Heft).

Literatur

Backes, Gertrud M. / Amrhein, Ludwig / Wolfinger, Martina (2008): Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO Diskurs. Bonn.

Bellmann, Lutz / Grunau, Philipp / Maier, Friederike / Thile, Günter: Struktur der Beschäftigung sowie Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen 2004–2008. Abschlussbericht für die Hans-Böckler Stiftung (2006). In: Hans-Böckler Stiftung. http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2011-447-3-1.pdf (29.05.2013).

Bock, Gisela / Duden, Barbara (1977): Arbeit aus Liebe – Liebe als Arbeit. Zur Entstehung der Hausarbeit im Kapitalismus. In: Tröger, Annemarie (Hrsg.): Frauen und Wissenschaft. Beiträge zur Berliner Sommeruniversität für Frauen. Berlin, 118–199.

Bögenhold, Dieter / Fachinger, Uwe (2009): Mikro-Selbständigkeit und Restrukturierung des Arbeitsmarktes – Theoretische und empirische Aspekte zur Entwicklung des Unternehmertums. In: Pongratz, Hans / Bührmann, Andrea (Hrsg.): Prekäres Unternehmertum. Unsicherheiten von selbständiger Erwerbstätigkeit und Unternehmensgründung. Wiesbaden, 63–84.

Bräutigam, Christoph / Dahlbeck, Elke / Enste, Peter / Evans, Michaela / Hilbert, Joseph (2010): Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege. In: Hans-Böckler Stiftung (Hrsg.): Arbeitspapier 215. http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_215.pdf (29.04.2013).

Corsten, Michael (2004): Quantitative und qualitative Methoden; Methodenpluralismus in den Kulturwissenschaften? In: Jaeger, Friedrich (Hrsg.): Handbuch der Kulturwissenschaften. Band II: Paradigmen und Disziplinen. Stuttgart, S. 175–192.

Egger de Campo, Marianne (2013): Wie die »Rhetorik der Reaktion« das österreichische Modell der Personenbetreuung rechtfertigt. Discussion Paper des Harriet Taylor Mill-Instituts für Ökonomie und Geschlechterforschung der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin. Discussion Paper 21 06 / 2013. http://www.harriet-taylor-mill.de/pdfs/discuss/DiscPap21.pdf (20.08.2013).

Ewers, Michael / Schaeffer, Doris (1999): Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker. Eine Situationsanalyse nach Einführung der Pflegeversicherung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. IPW. http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-107.pdf (29.04.2013).

Hochschild, Arlie (2001): Globale Betreuungsketten und emotionaler Mehrwert. In: Hutton, Will / Giddens, Anthony (Hrsg.): Die Zukunft des globalen Kapitalismus. Frankfurt / M. New York, 157–176.

Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e.V.: Evaluation bestehender Mindestlohnregelungen Branche: Pflege. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2011). http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/evaluation-mindestlohn-pflegebranche.html (29.04.2013).

Isfort, Michael / Weidner, Frank / Zinn, Winfried: Pflege-Thermometer 2004. Frühjahrsbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2004). http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Pflege-Thermometer2004.pdf (29.04.2013).

Kumbruck, Christel (2010): Berufliche Pflegepraxis und die Erfahrung gesellschaftlicher Anerkennung. In: Kumbruck, Christel / Rumpf, Mechthild / Senghaas-Knobloch, Eva (Hrsg.)): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Berlin, 183–233.

Salomon, Jutta (2009): Häusliche Pflege zwischen Zuwendung und Abgrenzung. Kuratorium deutsche Altershilfe. 2. Auflage. Bonn.

Schulze-Buschoff, Karin (2010): Sozialpolitische Perspektiven der ›neuen Selbständigkeit‹. In: Pongratz, Hans / Bührmann, Andrea (Hrsg.): Prekäres Unternehmertum. Unsicherheiten von selbständiger Erwerbstätigkeit und Unternehmensgründung. Wiesbaden, 168–192.

Senghaas-Knobloch, Eva (2008): Care Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. In: Berliner Journal für Soziologie. 18. Jg. Nr. 2, 221–43.

Senghaas-Knobloch, Eva (2010): Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen fürsorglicher Praxis in der Pflege. In: Kumbruck, Christel / Rumpf, Mechthild / Senghaas-Knobloch, Eva (Hrsg.): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Berlin, 85–105.

Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2012): Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Erwerbstätigen auf Berufsbereiche und Berufe aus dem Mikrozensus für 2011 (auf Anfrage des Projektes).

Theobald, Hildegard (2010): Pflegepolitik, Sorgetätigkeiten und Ungleichheit: Europäische Perspektiven. In: Sozialer Fortschritt. Nr. 2, 31–39.

Theobald, Hildegard / Szebehely, Marta / Preuß, Maren (2013): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Berlin.

Wohlrab-Sahr, Monika (1994): Vom Fall zum Typus: Die Sehnsucht nach dem ›Ganzen‹ und dem ›Eigentlichen‹ – ›Idealisierung‹ als biographische Konstruktion. In: Diezinger, Angelika / Kitzer, Hedwig / Anker, Ingrid (Hrsg.): Erfahrung mit Methode – Wege sozialwissenschaftlicher Frauenforschung, Freiburg i. Brsg: 269–299.

Winker, Gabriele (2011): Soziale Reproduktion in der Krise – Care Revolution als Perspektive. In: Das Argument. 53 Jg. Nr. 3, 333–344.