

## Kognitives Training bei Parkinsonpatienten

Das idiopathische Parkinson-Syndrom stellt mit über sechs Millionen Patienten weltweit die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung nach der Alzheimer Krankheit dar. Neben motorischen Symptomen, die die Kernsymptome der Erkrankung darstellen, stellen bei vielen Patienten weitere „nicht-motorische Symptome“ eine erhebliche Belastung dar.

Etwa 30 Prozent der Parkinsonpatienten leiden unter einer Demenz, und schon bei der Diagnosestellung sind bei etwa ein Viertel der Patienten leichte kognitive Störungen (Mild Cognitive Impairment, MCI) feststellbar. Diese kognitiven Dysfunktionen beeinträchtigen die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen, und sie sind mit der Krankheitsprognose und der Wahrscheinlichkeit einer Institutionalisierung assoziiert. Sie haben demnach weitreichende individuelle und ökonomische Folgen und sind klinisch von höchster Relevanz.

Für die Behandlung der Parkinson-Demenz ist der auch bei der Alzheimer Demenz oft eingesetzte Acetylcholinesterasehemmer Rivastigmine zugelassen; für Parkinsonpatienten mit MCI stehen bislang keine Therapieoptionen zur Verfügung, und auch Präventionsmaßnahmen für Patienten mit (noch) erhaltenen kognitiven Funktionen existieren nicht. Daher ziehen nicht-pharmakologische Interventionsansätze zunehmendes Interesse auf sich; der Kenntnisstand hierzu ist jedoch gering.

Die Arbeitsgruppe Psychologische Gerontologie der Universität Vechta verfolgte mit aktuellen Arbeiten zwei Ziele: es sollte 1. der Kenntnisstand zu nicht-pharmakologischen Interventionen zur Steigerung und zum Erhalt kognitiver Leistungen bei Parkinsonpatienten aufgearbeitet werden, und 2. sollte eine randomisierte, kontrollierte Studie (randomized controlled study, RCT) durchgeführt werden, um kurz- und langfristige Effekte kognitiven Trainings bei Parkinsonpatienten zu untersuchen – einer Interventionsform, die bei Gesunden und anderen Patientengruppen (auch MCI-Patienten ohne Parkinsonsyndrom) gute Erfolge erzielt.

*Nicht-pharmakologische Interventionen zur Steigerung kognitiver Funktionen bei Parkinsonpatienten*

Die systematische Übersicht zum Forschungsstand nicht-pharmakologischer In-

terventionen zur Steigerung bzw. dem Erhalt kognitiver Leistungen bei Parkinsonpatienten wurde zusammen mit Wissenschaftlern der University of Bangor, UK, durchgeführt (Hindle et al. 2013). International wurden 18 Studien identifiziert. Fünf davon untersuchten die Wirksamkeit kognitiver Trainings, nur eine davon war allerdings eine RCT und stellte damit eine vom Studiendesign her qualitativ hochwertige Studie dar. Vier Studien, keine davon eine RCT, nutzten körperliches Training. Vier Arbeiten, davon zwei RCT, verwendeten eine Kombination beider Interventionsformen. Schließlich gab es fünf Studien zu nicht-invasiver Hirnstimulationstechniken: vier zu repetitiver transkranieller Magnetstimulation (rTMS) (zwei davon RCT) und eine nicht-kontrollierte zu transkranieller Gleichstromstimulation (tDCS). Lediglich zwei Studien untersuchten auch längerfristige Effekte sechs Monate nach Ende der Intervention: eine RCT und eine nicht-kontrollierte Studie, beide mit kombinierten Interventionen aus körperlicher Aktivität und kognitivem Training.

Zusammenfassend ergab die Datenanalyse, dass insbesondere Interventionen, die kognitive und körperliche Trainings beinhalten – alleine oder in Kombination –, vielversprechende Ansätze zur Prävention bzw. Behandlung kognitiver Störungen bei Parkinsonpatienten darstellen. Insbesondere Gedächtnisleistungen und exekutive Leistungen, die bei Parkinsonpatienten oft betroffen sind, konnten verbessert werden. Aus der aktuellen Studienlage mit wenigen RCT bei zudem methodisch wenig vergleichbaren Ansätzen lassen sich jedoch kaum belastbare Schlussfolgerungen ziehen – es besteht dringender Forschungsbedarf.

*Kurzfristige Effekte kognitiven Trainings bei Parkinson-Patienten*

In einer in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Neurologie der Uniklinik Köln durchgeführten RCT wurden die kurzfristigen Effekte zweier kognitiver Trainings – einem strukturierten und einem unstrukturierten – im Vergleich zu einer inaktiven Kontrollgruppe bei insgesamt 65 Parkinsonpatienten untersucht (Petrelli et al. 2014). Beide Interventionen umfassten hinsichtlich Intensität und Frequenz identische Gruppenprogramme mit bis zu acht

## Editorial

*Liebe Leserinnen, liebe Leser,*

*derzeit leiden etwa 1,2 Millionen Menschen in Deutschland unter einer Demenz; durch die höhere Lebenserwartung wird sich diese Zahl bis 2050 etwa verdoppeln. Demenzielle Syndrome werden entsprechend als eine der größten sozial- und gesundheitspolitischen Herausforderungen angesehen. Neben pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten ziehen zunehmend auch nicht-pharmakologische Interventionsmaßnahmen zur Prävention und zur Therapie kognitiver Störungen und demenzieller Syndrome wissenschaftliches Interesse auf sich. Hierzu gehören z.B. kognitives Training und physische Aktivität.*

*Menschen mit Morbus Parkinson – einer primär über motorische Symptome diagnostizierte Erkrankung – haben ein drei- bis fünfmal erhöhtes Risiko an einer Demenz zu erkranken. Diese kognitiven Störungen beeinträchtigen erheblich die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen. Am Center für Neuropsychologische Diagnostik und Intervention (CeNDI) am IfG haben wir in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Neurologie der Uniklinik Köln unlängst untersucht, inwieweit kognitives Training bei Parkinsonpatienten kurz- und langfristig dazu beitragen kann, die geistigen Leistungen der Patienten zu verbessern bzw. zu stabilisieren. Unter anderem über die Ergebnisse dieser randomisierten, kontrollierten Studie – einer der ersten auf diesem Gebiet – möchten wir Sie hier informieren.*

*Mit freundlichen Grüßen,*



*Prof. Dr. Elke Kalbe*

Teilnehmern mit je zwei 1,5-stündigen Sitzungen über sechs Wochen (insgesamt 12 Sitzungen). Während beim strukturierten kognitiven Multikomponenten-Training „NEUROvitalis“ (Baller et al., 2010) pro Sitzung gezielt spezifische kognitive Funktionen geübt wurden und mit psychoedukativen Teilen in jeder Sitzung zusätzlich eine Vermittlung von Hintergrundwissen und kognitiven Strategien stattfand, wurden im für diese Studie zusammengestellten „Mental fit“ - Training ähnlich wie in herkömmlichen „Hirnjogging“-Programmen randomisiert zusammengestellte kognitive Aufgaben gemacht und statt Psychoedukation Gesprächsrunden durchgeführt.

Im Vergleich zur Warteliste zeigten sich signifikante Verbesserungen der Gruppe mit strukturiertem kognitiven Training im Kurzzeitgedächtnis und im Arbeitsgedächtnis. Dagegen reduzierten sich in der Gruppe mit nicht strukturiertem Training im Vergleich zur Kontrollgruppe die depressiven Symptome. Im direkten Vergleich der Trainingsgruppen verbesserte sich die Gruppe mit strukturiertem Training stärker im Arbeitsgedächtnis. Zusammenfassend zeigt diese Studie, dass strukturiertes kognitives Gruppentraining über sechs Wochen positive Effekte auf die Kognition haben kann. Nicht strukturiertes Training scheint weniger direkt auf spezifische kognitive Domänen zu wirken, kann aber offenbar depressive Symptome mindern. Dies spricht dafür, dass die Art des Trainings entscheidend für die Effekte ist. Damit ist diese Studie eine der ersten RCT zu kognitivem Training bei Parkinsonpatienten und die erste, die den Nachweis erbringt, dass die Art des Trainings wesentlich für die Effekte ist.

### *Kognitives Training bei Parkinsonpatienten reduziert langfristig kognitiven Abbau und das Risiko leichter kognitiver Störungen*

In einer weiteren Analyse wurden die Langzeiteffekte der Interventionen auf das kognitive Gesamtniveau und das Risiko erfasst, ein MCI zu entwickeln (Petrelli et al. 2015). 47 der Parkinsonpatienten konnten ein Jahr nach dem Training wieder untersucht werden. Für die Einschätzung der langfristigen Effekte auf die kognitiven Gesamtleistungen wurden der prozentuale Veränderungswert für zwei kognitive Screeninginstrumente (MMST und DemTect) berechnet und mit diesen Werten bestimmt, ob das Training langfristig Effekte zeigte oder nicht („Responder“ bzw. „Non-Responder“). Weiterhin wurde die Entwicklung einer MCI analysiert, diagnostiziert auf der Grundlage einer elaborierten neuropsychologischen Testbatterie.

Interessanterweise zeigten sich bei beiden Interventionsgruppen im Vergleich zur Wartelistengruppe positive Effekte auf das kognitive Gesamtniveau. Neun Patienten (56,3 Prozent) der Gruppe mit strukturiertem Training, sieben (41,2 Prozent) der Gruppe mit nicht strukturiertem Training und drei (21,4 Prozent) der Kontrollgruppe wurden als Responder identifiziert. Das Risiko einer MCI-Entwicklung lag in der Kontrollgruppe bei 40 Prozent und in beiden Interventionsgruppen bei 18,2 Prozent.

Die Studie zeigt damit erstmals, dass kognitives Training bei Parkinsonpatienten über ein Jahr hinweg positive Effekte auf geistige Leistungen erzielen und das Risiko einer kognitiven Störung reduzieren kann. Während das strukturierte Training in der

Wirkung auf das kognitive Gesamtniveau dem unstrukturierten Training überlegen ist, hatten beide Trainings einen vergleichbar positiven Effekt auf die Entwicklung einer MCI bei Parkinsonpatienten. Kognitives Training scheint also präventiv zu wirken. Die Ergebnisse sind vielversprechend und stellen einen sehr guten Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen an größeren Patientenstichproben dar.

Für diese Arbeiten erhielt die Arbeitsgruppe (Prof. Dr. Elke Kalbe und ihre Doktorandin Dipl.-Psych. Annette Petrelli) 2014 den mit 5.000 € dotierten Forschungspreis der Deutschen Parkinsongesellschaft (DPG).

Elke Kalbe

Baller, G., Kalbe, E., Kaesberg, S. & Kessler, J. (2010). *NEUROvitalis. Neuropsychologisches Gruppentraining. Köln: Prolog.*

Hindle, J., Petrelli, A., Clare, L. & Kalbe, E. (2013). *Non-pharmacological enhancement of cognitive function in Parkinson's disease: a systematic review. Movement Disorders, 28, 1034-1049.*

Petrelli, A., Kaesberg, S., Kessler, J., Barbe, M. T., Fink, G. R., Timmermann, L. & Kalbe, E. (2014). *Effects of cognitive training in patients with Parkinson's disease: a randomized controlled trial. Parkinsonism & Related Disorders, 20, 1196-202.*

Petrelli, A., Kaesberg, S., Barbe, M.T., Timmermann, L., Rosen, J. Fink, G.R., Kessler, J. & Kalbe, E. (2015). *One-year follow-up of cognitive training in Parkinson's disease. European Journal of Neurology (doi: 10.1111/ene.12621).*

## Gesund altern: Sicherheit und Wohlbefinden zu Hause.

### Marktpotenzial und neuartige Geschäftsmodelle altersgerechter Assistenzsysteme

Gesundheit im Alter gilt als ein prioritäres Ziel in einer Gesellschaft des langen Lebens. Gesundheit stellt eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Realisierung eines Wunsches der meisten Menschen dar, nämlich so lange wie möglich in der gewohnten Umgebung zu bleiben. Diese gewährleistet Sicherheit, in ihr fühlt man sich wohl. Allerdings wird im hohen Alter ein Verbleib zu Hause durch die Abnahme der kognitiven und physischen Leistungsfähigkeit immer schwieriger.

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und des zunehmenden Bedarfs an Unterstützungsleistungen ergeben sich auf individueller und auf gesellschaftlicher Ebene Herausforderungen insbesondere im Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Im Mittelpunkt stehen

die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Wirkungen auf die Nachhaltigkeit der sozialen Sicherungssysteme sowie auf die Struktur der professionellen, familiären, ehrenamtlichen und technologischen Hilfe. Zur zukünftigen Entwicklung der Gesundheits- und Pflegeversorgung gehört aber auch ein positives Bild: Die zunehmende Technikbegeisterung jüngerer Generationen leistet einem neuen Produkt- und Dienstleistungsspektrum Voranschub.

Altersgerechte Assistenzsysteme umfassen eine weites Güter- und Leistungsspektrum. Sie ermöglichen Unterstützung im häuslichen Umfeld, d. h. im Haushalt und bei der Versorgung, sie können Sicherheit gewährleisten und die Privatsphäre schützen sowie Hilfe bei der Kommunikation und der sozialen Teilhabe bieten. Insbesondere

aber können derartige Systeme in die gesundheitliche und pflegerische Versorgung, ob formell, informell, stationär oder ambulant, integriert werden. Es zählen Mobilitätshilfen und -systeme, assistierende Technologien und AAL-Systeme, intelligentes vernetztes Wohnen sowie vernetzte pflegerische und gesundheitliche (Fern-) Versorgung und Betreuung dazu.

In diesem Zusammenhang steht die gerade erschienene Veröffentlichung, in der die Ergebnisse aus unterschiedlichen Forschungsprojekten dargestellt werden, die im Zeitraum von 2010 bis 2013 durchgeführt wurden. Die Projekte wurden vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert und erfolgten größtenteils im Auftrag der VDI/VDE Innovation und Technik GmbH über die „ambient

assisted living“ (AAL) Begleitforschung. Weiterhin beruhen sie auf Forschungsarbeiten im Niedersächsischen Forschungsverbund „Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (GAL)“, der durch das Niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur finanziert wurde.

Aufgrund ihrer Vielzahl und Vielfalt können altersgerechte Assistenzsysteme derzeit weder quantitativ noch qualitativ einheitlich und vollständig abgegrenzt werden. In den Untersuchungen wurden nur diejenigen Produkte und Dienstleistungen betrachtet, die vernetzt sind und eigenständig agierende Systeme darstellen. Dabei lag der Schwerpunkt auf technologisch ausgereiften Assistenzsystemen, die die Eigenständigkeit und Gesundheit älterer Menschen vor allem in ihrer gewohnten Umgebung, also in „den eigenen vier Wänden“ unterstützen.

Die Analyse des Angebots umfasste dabei als Produktgruppen und Systemkomponenten integrierte und vernetzte Systeme sowie Geräte zur persönlichen Nutzung, aber auch Implantate. Die bereits etablierten Märkte für Hörgeräte und für Sehhilfen wurden ebenfalls einbezogen. Auf dieser Grundlage wurden Beschäftigungsimpulse durch altersgerechte Assistenzsysteme betrachtet und insbesondere Arbeitsmarkteffekte im Bereich der Pflege und im Handwerk untersucht. Positive Effekte betreffen nicht nur die Fachkräfte in Branchen der Gesundheitswirtschaft, sondern es können sich auch induzierte Effekte auf andere Bereiche ergeben. Deutschland als das weltweit „zweitälteste Land“ nach Japan könnte aufgrund seiner demographischen Entwicklung zu einem Pilot- und Leitmarkt für altersgerechte Assistenzsysteme werden. Die internationale Wettbewerbs- und Exportfähigkeit Deutschlands könnte also durch die Verbreitung altersgerechter Assistenzsysteme profitieren.

Allerdings müssen derzeit noch bestehende Hemmnisse beachtet werden. Hierzu gehören fehlende Standards und eine mangelnde Normierung sowie die schwer durchschaubaren gesetzlichen Rahmenbedingungen für den Vertrieb als allgemeines Konsum- oder Medizinprodukt bzw. als medizinisch-pflegerische, virtuelle oder persönliche Dienstleistung. Gerade in der Kombination aus Produkten und Dienstleistungen, welche altersgerechte Assistenzsysteme

auszeichnet, sind die mangelnde Abstimmung der Systeme aufeinander, der ungeklärte Datenschutz sowie die unzureichende Akzeptanz der Systeme Hemmnisse ihrer Verbreitung. Daneben bestehen als Hemmnisse u. a. die geringe Zahlungsbereitschaft oder -fähigkeit der privaten Haushalte und fehlende Geschäftsmodelle, wie auch eine leitfadengestützte telefonische Expertenbefragung ergab.

Die Einschätzung der befragten Experten zu den Auswirkungen und Potenzialen altersgerechter Assistenzsysteme waren grundsätzlich positiv. Sie stellten heraus, dass es in den von Assistenzsystemen berührten Branchen vielfältige wirtschaftliche Impulse geben kann und die Anwendungsmöglichkeiten noch längst nicht ausgeschöpft sind. Ferner würden verschiedene Gruppen davon profitieren können – darunter auch Versicherer, Kommunen, Gewerbetreibende und Familienangehörige.

Um die Umsatzpotenziale zu ermitteln, wurden Szenarienanalysen durchgeführt und zwei spezifische Situationen in privaten Haushalten mit jeweils vier Gütergruppen herausgegriffen und getrennt für die Angebots- und die Nachfrageseite abgeschätzt. Stellvertretend für alle Anbieter wurde eine Musterwohnung mit ausgewählten Geräten und Systemkomponenten altersgerechter Assistenzsysteme als Referenz zur Abschätzung des Potenzials verwendet. Auf der Nachfrageseite konnte anhand repräsentativer Erhebungen neben der Zahlungsfähigkeit auch die Zahlungsbereitschaft untersucht werden. Dabei ergaben sich erwartungsgemäß erhebliche Diskrepanzen zwischen den Umsatzschätzungen und den Nachfragepotenzialen. So zeigt sich als ein Ergebnis, dass zwar auf der Anbieterseite ein hohes Umsatzpotenzial im Extremfall von bis zu 87,1 Mrd. Euro vorhanden ist, dem jedoch eine individuelle Zahlungsbereitschaft von bis zu 4,7 Mrd. Euro gegenübersteht.

Neben der Ableitung des Marktpotenzials kommt den Finanzierungsansätzen und finanziellen Anreizen sowie Geschäftsmodellen zur Vermarktung von altersgerechten Assistenzsystemen eine Schlüsselrolle zu. Dem liegt die Einschätzung zugrunde, dass aller Voraussicht nach ein Großteil altersgerechter Assistenzsysteme zunächst über den zweiten Gesundheitsmarkt, d. h. durch private Konsumausgaben, finan-

ziert wird, bevor eine Finanzierung im Rahmen der Regelversorgung mit erstattungsfähigen Leistungen oder durch Vermietungs- und weitere Versicherungsmodelle erfolgen kann. In Deutschland entwickeln sich mittlerweile mit zunehmender Dynamik Märkte für altersgerechte Assistenzsysteme, wobei die Segmente für „electronic health“ und „mobile health“ Produkte als Wegbereiter angesehen werden können.

Vor dem Hintergrund der Marktpotenziale wurde eine Typologie für Geschäftsmodelle erarbeitet, die als Basis für die Entwicklung geeigneter Geschäftsmodelle dienen kann. Prinzipiell gilt jedoch, dass ein Geschäftsmodell nicht „am grünen Tisch“ konzipiert werden kann; vielmehr ist an eine evolutorische Entwicklung zu denken. Generell umfasst ein Geschäftsmodell die vollständige ökonomische Leistungskette und Wertschöpfung und besteht aus Modellen des Marktes, des Leistungsangebots, der Leistungserstellung, der Beschaffung und Distribution, der Organisation und Kooperation sowie aus Kapitalmodellen. Geschäftsmodelle sind in aller Regel dynamisch ausgestaltet, d. h. adaptionsfähig, da die Umweltbedingungen einem stetigen Wandel unterliegen. Globale und nationale Marktgegebenheiten müssen dabei ebenso berücksichtigt werden wie technologische, politisch-rechtliche, sozio-kulturelle, ökologische, makroökonomische und juristische Rahmenbedingungen.

Die Monographie regt eine Diskussion über die Gründe an, warum die bisherige Entwicklung des Marktes für altersgerechte Assistenzsysteme hinter den Erwartungen zurückblieb, gibt aber gleichzeitig Hinweise auf Lösungsansätze – auf der Basis der Kommunikation aller an der Entwicklung, Nutzung und Verbreitung altersgerechter Assistenzsysteme Beteiligten.

*Uwe Fachinger, Klaus-Dirk Henke, Hellen Koch, Birte Schöpke und Sabine Troppens*

*Uwe Fachinger, Klaus-Dirk Henke, Hellen Koch, Birte Schöpke & Sabine Troppens (2014): **Gesund altern: Sicherheit und Wohlbefinden zu Hause. Marktpotenzial und neuartige Geschäftsmodelle altersgerechter Assistenzsysteme.** Baden-Baden: Nomos.*



## Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime

Demographische, sozio-ökonomische und sozio-kulturelle Wandlungsprozesse in der Gesellschaft haben das Thema der Sorge oder Sorgearbeit in den Sozialwissenschaft-

ten als ein zentrales Forschungsthema auf die Tagesordnung gesetzt. Die Frage der Sorgearbeit schließt dabei ein breites Spektrum von gesellschaftlichen Bereichen

ein; dies reicht von der Pflege und Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen oder von Kindern bis hin zum Thema der Selbstsorge.

Vor diesem Hintergrund verfolgt der Sonderband der Sozialen Welt „Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime – Care: Work, Relations, Regimes“ das Ziel, die Art und Weise, wie Sorge oder Care in der Diskussion in der Soziologie und angrenzenden Sozialwissenschaften national und international bearbeitet wird, einer breit angelegten und in die Tiefe gehenden Betrachtung und Analyse zu unterziehen. Der theoretisch-konzeptionell orientierte Sonderband gibt damit gleichzeitig einen Überblick über zentrale Entwicklungen bezüglich der Sorge oder Sorgearbeit aus einer internationalen Perspektive. Um der Breite der wissenschaftlichen Debatten und der Felder einen entsprechenden Raum zu geben, wurde auf eine definitorische Einordnung von Sorge durch die Herausgeberinnen verzichtet. Entsprechend versammelt die Edition 27 Beiträge, die sich des Themas Sorge oder Care aus verschiedenen Perspektiven annehmen, um gesellschafts- und wissenschaftsgeschichtliche, nationale und internationale Betrachtungen mit Analysen des Geschehens zu verbinden, das sich gegenwärtig auf verschiedenen Ebenen der Ausgestaltung des Sorgens und der Sorgearbeit abzeichnet. Es beteiligen sich 40 Autorinnen und Autoren von allen Kontinenten aus der Soziologie und angrenzenden Sozialwissenschaften, die zentrale Zuschnitte, Problemlagen und Entwicklungstendenzen von Sorge und Sorgearbeit herausarbeiten, nicht ohne außerdem die Anforderungen zu reflektieren, die sich bei ihrer Erforschung stellen. Angesichts der zeitgeschichtlichen Kontextualisierung des Sonderbands werden Sorge und Sorgearbeit vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Wandlungsprozesse thematisiert und es wird sichtbar, wie gleichgerichtete und gegenläufige, ineinander passende und einander widersprechende Entwicklungen ihre Ausgestaltung prägen.

Das Forschungsfeld wird entsprechend wissenschaftlicher Debattenlinien in vier Teilfelder untergliedert, die die Kapitelstruktur des Sonderbands bestimmen. Dass wir es mit einem traditionsreichen Forschungsfeld zu tun haben, wird in den Beiträgen deutlich, insofern alle Autorinnen und Autoren ihre eigenen Arbeiten entsprechend verorten, um dann Perspektiven über den diskutierten Forschungsstand hinaus zu entwickeln.

Im ersten Kapitel steht Sorge als Grundfrage moderner Gesellschaften zur Diskussion. In den Beiträgen wird Sorge und Sorgearbeit im Kontext der für die Moderne und den Kapitalismus spezifischen ökonomischen Ungleichheits- und bürgerlichen Gleichheitsordnung, im Verhältnis von Markt und Demokratie, von in- und exklusiven nationalstaatlich gerahmten Rechten von Bürgerinnen und Bürgern wie von Menschenrechten, von Privatwirtschaft, Gemeinwirtschaft, Staat und Privat-

haushalt betrachtet. Gezeigt wird, inwiefern Sorge und Sorgearbeit einerseits unhintergehbare Voraussetzungen des Lebens und Zusammenlebens sind und andererseits in der kapitalistischen Formation der Moderne und Demokratie eingepasst oder latent und manifest bis auf das Funktionsnotwendige reduziert werden. Dies wird durch ganz verschiedene Perspektiven auf das Feld ausgeleuchtet, in deren Zentrum immer wieder die vorgenannten Konstellationen stehen und die Frage, wie darin unter Vorzeichen einer sich verändernden kapitalistischen Moderne gesorgt wird und werden kann.

Im zweiten Kapitel geht es um Sorge und Sorgearbeit in Alltag, Biografie und Gesellschaft. Zwei Perspektiven werden hier angelegt. Zum einen geht es darum, wie sich die institutionelle und organisationale Verfasstheit des Sorgens und der Sorgearbeit in den Alltags- und Biografien der Menschen niederschlagen. Die Menschen richten sich aber nicht nur in den Verhältnissen ein, sondern es ist zum anderen in den Blick zu nehmen, wie sie diese in ihrem alltäglichen und biografischen Handeln mit hervorbringen. In diesem Sinne werden alltägliche, biografische und gesellschaftliche Sorgearrangements in ihren wechselseitigen Bezogenheiten untersucht. Als eine zentrale Achse, entlang derer dies geschehen kann und geschieht, erweisen sich die gesellschaftlichen Arbeitsteilungen, denen darum mit das Hauptaugenmerk in den Beiträgen gilt. Angesprochen sind damit Trennlinien zwischen und die Vereinbarung von bezahlter und unbezahlter Arbeit wie ihre sektorale und personenbezogene Verteilung. Es zeigt sich, dass gesellschaftliche Funktionsteilungen in Verbindung mit Arbeitsteilungen nach Geschlecht, Ethnizität, Schicht, Alter und Generation stehen und beides innerhalb nationalstaatlicher Grenzen, in transnationalen Räumen und international unterschiedlich ausgeprägt ist. Arbeits- und Funktionsteilungen verbinden sich ferner mit Bewertungen des Sorgens und der Sorgearbeit, und zwar in Abhängigkeit davon, wer die Arbeiten verrichtet.

Im dritten Kapitel werden die institutionelle und organisationale Einbettung und Ausgestaltung des Sorgens und der Sorgearbeit in den Vordergrund gerückt. In diesem Sinne geht es um den Wandel von Governancemustern und die Organisation von Sorgearbeit. Wie schlagen sich veränderte Regulierungs- und Steuerungsmuster im Verhältnis von öffentlicher und privater Fürsorge in Anforderungen und Leistungen in der Sorgearbeit nieder? Diese Frage wird im Zusammenhang mit organisationalem Wandel, dem Wandel der Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse, mit der Professionalisierung und Deprofessionalisierung von Sorgearbeit sowie dem Zusammenspiel von formeller und informeller Leistungserbringung betrachtet.

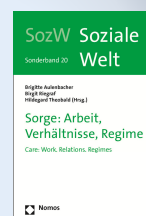
Dabei werden Perspektiven sowohl der care recipients als auch der care workers und weiterer care givers eingenommen.

Werden das zweite und das dritte Kapitel im Rückbezug auf das erste Kapitel betrachtet, so lassen sich die versammelten Erkenntnisse als weitere Ausarbeitung und Konkretisierung lesen, was die Betrachtung der gesellschaftlichen Verhältnisse angeht und die Art und Weise, wie sie in Bewegung geraten sind. Verschiebungen im Verhältnis von Staat, Markt und Demokratie drücken sich im Übergang von Gouvernement zu Governance und der damit verbundenen Durchsetzung des New Public Managements aus und schlagen auf die Privathaushalte durch.

Im vierten Kapitel, Sorge, Sorgearbeit und Sorgeregime, werden die Perspektiven verdichtet und ausgeweitet. Die Beiträge befassen sich mit Care-Politiken und deren Konsequenzen für die gesellschaftliche Entwicklung. Die Verdichtung besteht darin, dass mit dem Begriff der Regime in den Blick gerückt wird, wie Arrangements institutionell und organisational, diskursiv und praktisch ineinandergefügt werden. Während in den ersten drei Feldern durch Perspektivwechsel mit unterschiedlicher Gewichtung die gesellschaftliche Grundstruktur, die alltäglichen und biografischen Arrangements, die Institutionen und Organisationen je für sich scharf gestellt worden sind, geht es nun vor allem darum, wie gesellschaftlich für Kohärenz gesorgt wird oder werden soll. Dies lässt sich an der Ausprägung der Sorgeregime ablesen. Die Ausweitung besteht darin, dass der internationale Vergleich jetzt in den Vordergrund tritt, da die über die Regimeanalyse verdichtete Betrachtung von Care und Care-Work erlaubt, die nationalen Muster deutlich hervorzuheben und gegenüberzustellen.

*Hildegard Theobald*

**Brigitte Aulenbacher,  
Birgit Riegraf & Hildegard Theobald (2014):  
Sorge: Arbeit, Verhältnisse,  
Regime. Care: Work,  
Relations, Regime. Baden-  
Baden: Nomos (Soziale  
Welt Sonderband 20).**



### Impressum

**Herausgeber:** Institut für Gerontologie, Universität Vechta,  
Driverstr. 22, D-49377 Vechta.  
Tel. +49 4441 15 620, Fax +49 4441 15 621,  
gerontologie@uni-vechta.de – www.uni-vechta.de/gerontologie

**Redaktion:** Uwe Fachinger (V.i.S.d.P.)

**Gestaltung:** Harald Kinemund

*Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht notwendigerweise die Meinung der Redaktion, des Instituts für Gerontologie oder der Universität Vechta wider. Der Abdruck ist bei Nennung der Quelle erlaubt, die Zusendung von Belegexemplaren wird erbeten.*