

Die heteronormative Kleinfamilie als Grundlage des guten Lebens?

Die Rolle von Reproduktion(smedizin) im Rahmen der intersektionalen Sorge

Merle Weßel

Einleitung

Die heteronormative Kleinfamilie ist weiterhin ein grundlegender Baustein unserer Gesellschaft. Die Familie nimmt in Deutschland eine besondere rechtliche, soziale und ethische Stellung ein. Der Artikel 6 des Grundgesetzes verweist auf den besonderen Schutz von Ehe und Familie sowie die Erziehung von Kindern als Recht und Pflicht der Eltern. Dies bedeutet auch füreinander Sorge zu tragen. Das Bilden von Sorgegemeinschaften ist ein zentraler Aspekt von Zugehörigkeit und Anteilnahme, die als wichtige Gesichtspunkte eines guten Lebens verstanden werden (Nussbaum 2011).

Allerdings verliert die heteronormative Kleinfamilie bestehend aus Mann, Frau und zwei bis drei Kindern, die ein Leben lang Bestand hat, immer mehr an Bedeutung als vorherrschende Lebensform in westlichen Gesellschaften (Linek et al. 2022; Budgeon und Roseneil 2004, S. 127). Individualisierungstendenzen und die kritische Hinterfragung bestehender Geschlechterordnungen sorgen dafür, dass immer mehr Menschen außerhalb der heteronormativen Kleinfamilie leben (Budgeon und Roseneil 2004, S. 127). Patchworkfamilien, Regenbogenfamilien, alleinerziehende und alleinlebende Personen sowie polyamore Beziehungen und nicht-romantische Sorgebeziehungen bilden nur einen

Bruchteil der verschiedenen Beziehungen, die Menschen miteinander eingehen und in denen Sorge ausgehandelt wird (Linek et al. 2022; Budgeon und Roseneil 2004, S. 127). Sie basieren nicht zwangsläufig auf dem Konzept der heteronormativen Kleinfamilie. Aber diese Formen der Sorgebeziehung finden nur bedingt oder gar keine rechtliche, soziale oder ethische Anerkennung. So müssen zum Beispiel Kinder, die in eine lesbische Ehe geboren werden, weiterhin von der Partnerin der Geburtsmutter des Kindes adoptiert werden, während hingegen in heterosexuellen Ehen der männliche Partner automatisch als Vater des Kindes anerkannt wird. In diversifizierten Gesellschaften und in Zeiten des demographischen Wandels werden nicht-heteronormative Beziehungen, die außerhalb der heteronormativen Kleinfamilie stehen, eine immer größere Sichtbarkeit erlangen und ebenfalls einen vergleichbaren rechtlichen, sozialen und ethischen Status wie die heteronormative Kleinfamilie erhalten.

In diesem Kapitel diskutiere ich die Bedeutung von Sorgebeziehungen außerhalb der heteronormativen Kleinfamilie für ein gutes Leben. Mit Hilfe eines intersektionalen und care-ethischen Ansatzes untersuche ich kritisch die Bedeutung von Familie und Sorge für ein gutes Leben. Am Beispiel von alleinstehenden, älteren Frauen und freiwillig Alleinerziehenden analysiere ich nicht-heteronormative Sorge. Ich zeige auf, dass es eine Vielzahl von Sorgen gibt, die der Sorge in der heteronormativen Kleinfamilie oftmals in ihrer moralischen Verpflichtung nichts nachstehen. Zudem verdeutliche ich, welche Bedeutung nicht-heteronormative sowie nicht-romantisch basierte Sorge in Zukunft haben sollten, um dem wachsenden und sich verändernden Sorgebedarf gerecht zu werden.

Sorge und Familie

Die heteronormative Kleinfamilie ist das Ideal des guten Lebens (Bücker 2022). Schon von klein auf werden Menschen in der westlichen Welt auf dieses Ideal der verpflichtenden Heterosexualität hin erzogen, wenn beispielsweise Mädchen mit Puppen spielen sollen und so die Versor-

gung von Kindern erproben (Seidman 2020). Sobald ein reproduktives Alter erreicht wird, ist das Finden einer romantischen Liebe ein zentraler Inhalt des Lebens. Romantische Liebe, heterosexuelle Partner*innenschaft und heteronormative Kleinfamilie erfahren seit 200 Jahren eine Mythologisierung in der westlichen Welt (Easton 2012). Sie sind ein übergeschlechtliches Ideal des guten Lebens, das aber geschlechtsspezifisch einen höheren Druck auf Frauen als auf Männer ausübt eine Partner*innenschaft einzugehen.

Die heteronormative Kleinfamilie gilt von einem rechtlichen, sozialen und ethischen Standpunkt aus als Goldstandard des guten Lebens. Sie wird oftmals als der gute Weg ein Leben zu führen verstanden, der für Menschen natürlich vorgegeben sei (Seidman 2020). Jede Abweichung gilt als rechtfertigungspflichtig (Hanssen 2012). Heterosexualität bildet hier die elementare Form der intergeschlechtlichen Vereinigung, die zur Zeugung von Nachwuchs führt und somit aus einem Paar eine heteronormative Familie werden lässt (Hanssen 2012). In der heteronormativen Kleinfamilie bekommt insbesondere die Frau einen hohen moralischen Wert zugewiesen. Die weibliche Care-Arbeit wird als natürliches Ideal und erstrebenswertes Ziel einer jeden Frau verstanden. Sie bedarf keiner Bezahlung, da sie ein natürliches Verlangen der Frau darstelle und ihr einen moralischen Wert gebe, der nicht mit Geld aufzuwiegen sei (Bücker 2022; Robinson 2006).

Dies klingt nach einem vergangenen Ideal der 1950er Jahre und in der Tat begann bereits in der 1980er Jahren eine Diskussion über die Krise der Familie und über den Effekt, den die Pluralisierung von Lebenswegen mutmaßlich auf gesellschaftliche Normen haben wird. Die heteronormative Familie war vormals aufgrund von gesellschaftlichen Werten und den geringen Möglichkeiten von Frauen am Arbeitsmarkt teilzunehmen eine soziale und ökonomische Notwendigkeit (Peukert 2012). Andauernden Veränderungen in westlichen Gesellschaften, wie zum Beispiel die stärkere Berufstätigkeit von Frauen, der demographische Wandel und die rechtliche Liberalisierung von nicht-heterosexuellen Lebensformen, haben zu einer Pluralisierung von Lebenswegen geführt, sodass die heteronormative Kleinfamilie längst nicht mehr die ausschließliche Sorgevorstellung ist, auch wenn diese

Sorgeform weiterhin als moralisch höherwertig, ›normal‹ und erstrebenswert proklamiert wird (Bücker 2022). Freiwillige Kinderlosigkeit ist insbesondere in gut entwickelten Wohlfahrtsstaaten eine häufige Erscheinung. Kinder sind nicht länger die primäre Versicherung zur Sorge und Versorgung im höheren Lebensalter (Stegen et al. 2021). Insbesondere in gutbürgerlichen und akademischen Kreisen werden Kinder eher als Ausdruck der eigenen Selbstverwirklichung und nach eingehender und strategischer Planung gezeugt, statt dass sie einfach als Teil einer romantischen Beziehung ›entstehen‹ (Schmitt 2007).

Trotzdem steht die Familie noch nicht vor der Auflösung. Die Familie ist weiterhin die Grundlage für Vorstellungen von Sorge und Sorgearbeit. Die Familie behält, wenn auch mit Liberalisierungen, einen besonderen rechtlichen Wert, wie die explizite Verankerung im Grundgesetz zeigt (Bücker 2022). Auch wenn Kindern oftmals noch eine rechtliche und moralische Pflicht zugesprochen wird ihre alternden Eltern zu versorgen, zeigt sich in der Lebensrealität vieler Menschen, dass eigene Kinder nicht immer dieser Pflicht nachkommen und so das vermeintliche familiäre Sicherheitsnetz löchrig wird (Deindl und Brandt 2017). Diese Ansätze entsprechen allerdings nicht mehr den Lebensrealitäten vieler Menschen. So sollte Sorge neu ausgehandelt werden, um sich den wandelnden Lebensrealitäten von Personen außerhalb des heteronormativen Spektrums anzupassen. Es lohnt sich, Sorge außerhalb der heteronormativen, romantischen Liebe zu betrachten. Diese existieren zum Beispiel in queeren Communities und beherbergen Potenziale für wandelnde Lebensrealitäten und für die Sicherstellung von Sorge und Versorgung.

Intersektionale Care Ethik und das gute Leben in der Familie

Carol Gilligan (1982) legte in ihrer Care Ethik das Fundament für eine Sorgeethik, die sich in einem relationalen Kontext, wie zum Beispiel einer Familie, bewegt. Auch wenn ihre stark auf geschlechtliche Unterschiede basierende Ethik vielfach kritisiert und daraufhin weiterentwickelt wurde (z. B. Tronto 1999), hat Gilligan doch die Grundlage geschaf-

fen für ein anderes Verständnis von Sorge und Fürsorge, das die Verantwortungsübernahme sowie die Fürsorge und Anteilnahme in das Zentrum moralisches Handelns in einem relationalen Kontext stellt (Gilligan 1982). Hierdurch entwickelte sie einen neuen Blick auf die moralische Bedeutung von Sorge und wie diese in einen relationalen Kontext eingebettet ist.

Die Care Ethik stellt das empfundene Verantwortungsgefühl des Sorgenden sowie relationale Aspekte in das Zentrum von Sorgebeziehungen (Gilligan 1982). Allerdings steht hierbei auch das weibliche Geschlecht im Zentrum der Sorgebeziehung. Durch Schwangerschaft und Geburt wird Frauen oftmals ein besonders inniges Verhältnis und Sorgeempfindung zu dem Kind zugeschrieben. Der Mann erhält im Kontext von familialer Sorge eine größere Freiheit, diese Sorge auch abzulehnen oder nicht im gleichen Maße einzugehen wie die Frau dies soll.

Auch wenn weiterführende care-ethische Ansätze die geschlechtlich-basierte Sorge kritisch diskutieren (Robinson 2013; Noddings 2012), zeigen diese Ansätze noch kaum Umgang mit Sorge im Kontext von diversen Lebensentwürfen. Geschlecht ist die gesetzte Ankerkategorie für care-ethische Analysen und Kritiken an geschlechts-basierten Sorgeverständnissen. Globale Care Ethiken weisen zwar insbesondere der Kategorie *race* eine Relevanz im Kontext von Sorgearbeit zu. Hierbei handelt es sich überwiegend um die Diskussion des Outsourcings von Sorgearbeit von weißen Frauen an Frauen aus dem globalen Süden (Tronto 2011; Robinson 2013). Plurale Lebensentwürfe finden in Care Ethik bis jetzt noch kaum Beachtung. Bisherige Sorgetheorien basieren zumeist auf heteronormativen, familialen Verständnissen und benachteiligen so Menschen mit diversen Identitäten und pluralen Lebensentwürfen (Seeck 2021). Der Rückbezug auf heteronormative, familiäre Strukturen fügt sich nicht mehr in die Lebensrealitäten von vielen Menschen. Bereits seit Anfang des 21. Jahrhunderts ist die heteronormative Kleinfamilie verstärkt als vermeintlicher Weg des guten Lebens unter Kritik (Budgeon und Roseneil 2004, S. 127). Die soziale Organisation von intmem und sozialem Zusammenleben zeigt sich in einer Vielzahl von Lebensbeziehungen, wie Freund*innenschaften,

gemeinsamen Haushalten ohne intime Beziehungen oder intimen Beziehungen, die nicht in einem Haushalt leben (Budgeon und Roseneil 2004, S. 128). Auch wenn diese Vielzahl an Sorgebeziehungen die Diversität der Werte der Menschen widerspiegelt, sind diese zumeist nicht normativ legitimiert.

Es gibt eine höhere Sichtbarkeit von Diversität und diese muss auch im Kontext von Sorge und dem guten Leben einen Einfluss haben. Dies gilt nicht nur für familiäre Sorge im Kontext der heteronormativen Kleinfamilie, sondern auch darüber hinaus für Sorgebeziehungen über den Lebensverlauf und insbesondere im höheren Lebensalter (Weßel 2022; Weßel und Schweda 2023). Menschen mit diversen Lebensverläufen werden oftmals benachteiligt, da sie nicht in die auf familiäre Sorge basierende rechtlichen, sozialen und ethische Konzepte passen und ihre selbst gebildeten Netzwerke nicht dieselbe Anerkennung erfahren. Insbesondere eine jetzt alternde Generation von diversen Menschen, die über ihren Lebensverlauf oftmals stark von Diskriminierungen betroffen war, hat sich unsichtbare Netzwerke geschaffen, die nicht auf Reproduktion und heteronormativen Annahmen beruhen, sondern zum Beispiel auf Konzepten kollektiver Sorge, Wahlfamilien, oder *Community Care* basieren. Diese haben dieselbe Relevanz für sie wie die heteronormative Kleinfamilie für andere Personen. Eine mangelnde ethische Gleichstellung und Nicht-Anerkennung von nicht-heteronormativen und diversen Sorgenetzwerken kann Einfluss auf die Sorge und Qualität der Versorgung diverser Menschen haben. Zudem verstärkt sie die normative Relevanz von familialen, heteronormativen Beziehungen als wichtiger Bestandteil eines guten Lebens. Dies gilt es in Zeiten von pluralen Leben aufzubrechen und die moralische Gleichwertigkeit von Verantwortungsgefühl und Zuneigung als Grundlage von Sorgeverantwortung anstatt von romantischer Liebe aufzuzeigen.

Sorge und ein gutes Leben außerhalb der heteronormativen Kleinfamilie

Sorge und kinderlose, alleinstehende Personen

Der Status des*der Alleinstehenden ist dadurch definiert, dass eine Person nicht in beziehungsähnlichen Strukturen lebt, die sich durch ein intimes soziales Gefüge bestimmen lassen. Diese Person verfügt nicht über eine biologische oder romantische Sorgebeziehung zu einer oder mehreren anderen Personen (Peukert 2012). Dieses Konzept der alleinstehenden, kinderlosen Person ist insbesondere bei Frauen mit einem hohen Maß an Stigmatisierung verbunden. Wurden alleinstehende Frauen früher als ›alte Jungfern‹ oder im Englischen als ›Spinsters‹ verunglimpft, stehen bis heute Frauen, die freiwillig oder unfreiwillig alleinstehend sind, im Fokus von Abwertungen aufgrund des mangelnden Beziehungsstatus. Der gleiche Fokus wird nicht auf alleinstehende Männer gelegt.

Die Lebensrealitäten von alleinstehenden Personen sind sehr heterogen und werden in statistischen Erhebungen oftmals nicht ausreichend ausdifferenziert (Peukert 2012). Auch wenn es eine steigende Zahl von Ein-Personen-Haushalten in vielen westlichen Ländern gibt, sind diese nicht gleichzusetzen mit alleinstehenden Personen, die keine romantische Beziehung haben (Schmidt und Moritz 2009). Die wachsende Heterogenität von Wohn- und Beziehungsmodellen lässt selten wechselseitige Rückschlüsse zu. Etwa 19 Millionen Menschen werden in Deutschland statistisch als ›Single‹ erfasst (Statistisches Bundesamt 2023). Über den Lebensverlauf ist dies paritätisch verteilt. Allerdings sind in der Altersgruppe 65 bis 85 Jahre zwei Drittel der alleinstehenden Personen weiblich (Statistisches Bundesamt 2023). Von den alleinstehenden Personen lebt ein überwiegender Anteil auch alleine.

Dass Personen alleinstehend sind, ist nicht gleichzusetzen damit, dass diese Personen keine oder mangelnde soziale Netzwerke haben. Oftmals verfügen sie über eine Patchwork-Struktur von sozialen Netzwerken, die in wissenschaftlichen Betrachtungen von Sorgebeziehungen und –verantwortlichkeiten jedoch kaum eine Rolle spielen, da sie

sich nicht in einer heteronormativen romantischen Struktur beschreiben lassen (Peukert 2012). Ist für Personen in einer Partner*innenschaft der*die Partner*in meist die wichtigste Bezugs- und Sorgeperson, stellt sich diese für alleinstehende Personen als ein Netzwerk aus Personen dar. So sind freundschaftliche Beziehungen sowie die Beziehung zur eigenen biologischen Familie, wie zum Beispiel Eltern oder Geschwister, oft sehr wichtig für diese Personengruppe. Solche Sorgebeziehungen erfahren aber nicht dieselbe soziale, rechtliche und moralische Bedeutung wie partner*innenschaftliche Beziehungen.

Ältere alleinstehende und kinderlose Personen verfügen, auch wenn sie sich nicht auf die informelle Versorgung durch Kinder stützen können, vielfach über andere Formen informeller Sorge, zum Beispiel durch Nachbar*innen oder Freund*innen. Allerdings deuten Studien an, dass diese Sorgebeziehungen außerhalb heteronormativer Familienstrukturen nicht so haltbar und zuverlässig seien, wie beispielsweise durch eigene Kinder. Die für diese Personen zugängliche informelle Versorgung sei weniger beständig und die Qualität ist nicht so gut wie im Kontext filialer Sorge (Deindl und Brandt 2017). Ältere alleinstehende Personen ohne Kinder erfahren öfter einen sogenannten ›Care Gap‹ zwischen ihrem Bedarf an Sorge und Versorgung und dem Angebot zu dem sie Zugang haben (Johnson 2006). Diese Differenz kann auch zumeist nicht von häuslichen formellen Unterstützungsangeboten ausgeglichen werden, da diese ein gewisses Maß an finanziellen Ressourcen bedürfen. Gerade ältere Frauen verfügen oftmals nicht über diese finanziellen Ressourcen. So sind insbesondere kinderlose, alleinstehende Frauen darauf angewiesen in eine Pflegereinrichtung zu ziehen, da sie nicht über die Möglichkeiten der informellen Versorgung durch eigene Kinder verfügen, andere informelle Versorgungsformen den Bedarf nicht ausgleichen können und sie sich formelle häusliche Unterstützungsangebote nicht leisten können (Stegen et al. 2021).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass auch wenn alleinstehende und kinderlose Personen nicht über weniger soziale Unterstützungsnetzwerke verfügen als Personen in romantischen Beziehungen, diese Netzwerke nicht immer so zuverlässig und absichernd wie eine romantische Partner*innenschaft sind. Dies kann an dem sozialen,

rechtlichen und ethischen Stellenwert liegen, den romantische Partner*innenschaften und die daraus resultierenden Familien in unserer Gesellschaft haben. Sowohl feste Partner*innenschaften als auch Familien sind verbunden mit einem rechtlichen, aber auch einem moralischen Verständnis von Sorge füreinander. Hingegen unterliegen Freund*innenschaften, Nachbar*innenschaften oder andere soziale Netzwerke nicht den gleichen Normen, so dass sich auf eine Unterstützung hier nicht in der gleichen Weise berufen werden kann. Dies bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass per se Personen in festen Partner*innenschaften oder mit einer eigenen Familie im Rahmen von Sorgebeziehungen bessergestellt sind, als Personen, die sich auf andere Netzwerke stützen. Allerdings schaffen feste Partner*innenschaften und Familien eine höhere normative Verbindlichkeit im Kontext von Sorge. Diese Form der Sorgebeziehung entspricht aber immer seltener den Lebensbedingungen von vielen Menschen, so dass eine normative Aufwertung von weiteren informellen Versorgungsformen und Sorgenetzwerken außerhalb der Familie und der Partner*innenschaft diskutiert werden muss, um dem pluralen, realen Sorgebedarf gerecht zu werden.

Sorge und freiwillig alleinerziehende Frauen

Durch die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin müssen Frauen mit einem Kinderwunsch nicht mehr warten bis sie einen passenden Vater oder Erzeuger für ein Kind gefunden haben, sondern können ein Kind auch mit Hilfe von künstlicher Befruchtung und einem Spender bekommen. Dies eröffnet Frauen mit einem Kinderwunsch die Möglichkeit selbstbestimmt den Zeitpunkt einer Schwangerschaft zu bestimmen und das Kind alleine großzuziehen.

Freiwillig alleinerziehend zu sein ist aber nicht ohne ethische und soziale Kritik. Alleinerziehende Frauen gelten in unserer Gesellschaft aufgrund des hohen statistischen Armutsrisikos als defizitär. Alleinerziehende Personen haben die höchste Armutsgefährdung in Deutschland (Statisches Bundesamt 2022). Berichte über die Verarmung, Überforderung und die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Kinderbetreuung dominieren die mediale Berichterstattung um al-

leinerziehende Frauen (Lockhart 2022). Unter den alleinerziehenden Personen ist die überwiegende Mehrzahl weiblich (Statistisches Bundesamt 2024).

Die freiwillig alleinerziehende Frau passt nicht in das übliche Bild, das von alleinerziehenden Frauen in Medien und Politik gezeichnet wird. Sie sind meist weder verarmt, noch verlassen und unfreiwillig alleinerziehend, weil die Kleinfamilie ›zerbrochen‹ ist. Die Gruppe der freiwillig alleinerziehenden Frauen besteht überwiegend aus Frauen mittleren Alters. Sie sind zumeist gut gebildet und finanziell abgesichert (Graham 2012; Volgsten und Schmidt 2019). Damit entsprechen sie nicht dem Bild der hilfebedürftigen, alleinerziehenden Frau, sondern eher dem der Frau, die ihren beruflichen Erfolg über Familie und Partner*inenschaft gestellt hat und nun kurz vor dem Ende ihrer reproduktiven Möglichkeit sich nun doch noch den Wunsch der Mutterschaft erfüllen möchte.

Ein Kritikpunkt an Frauen, die sich dafür entscheiden alleine mit Hilfe von Reproduktionsmedizin ein Kind zu bekommen, ist, dass diese Frauen die heteronormative Familie und ihre Werte ablehnten (Graham 2012). Sie kommen in den Verdacht ein Kind als Konsumgut zu verstehen, das sie sich kaufen können, wenn es ihnen beliebt (Soiseth 2008). Dies passt in das scheinbare Bild der freiwillig alleinerziehenden, privilegierten Frau, die nicht bereit ist den Kompromiss einer Familie einzugehen, sondern lediglich die Mutterschaft konsumieren möchte. Der britische konservative Politiker Iain Duncan Smith proklamierte mit der Mutterschaft ohne männlichen Partner das Ende der Vaterschaft (Graham 2012, S. 97). Er warf die These auf, dass hiermit ein Schritt zu der Abschaffung des Mannes gemacht ist und der feministische Traum einer Welt ohne Männer wahr werden könne (Graham 2012, S. 97). Des Weiteren wird auf die Wichtigkeit der Vaterrolle bei dem Aufwachsen von Kindern verwiesen. Lange Zeit wurde von Psycholog*innen die Ansicht vertreten, dass eine männliche Erziehungsperson wichtig für ein gutes Aufwachsen ist. Ein Vater biete eine Erziehungsperspektive, die die Mutter nicht ersetzen könne (Graham 2012). Diese Ansicht einer geschlechterdifferenzierten Erziehung wurde aber bereits widerlegt und Studien

zeigen, dass das Geschlecht der Eltern kaum einen Einfluss zum Beispiel auf die Entwicklung des Sozialverhaltens des Kindes hat (Graham 2012).

Frauen, die freiwillig alleinerziehend sind, sind in den seltensten Fällen Frauen, die andere Lebensentwürfe als die Mutterschaft bis jetzt präferiert hätten. Ganz im Gegenteil: Freiwillig alleinerziehend zu sein, ist für sie nicht die erste Wahl und bedeutet zumeist keine Ablehnung der heteronormativen Kleinfamilie. Sie haben oft einen langjährigen Kinderwunsch und wollten diesen Wunsch mit einem*r Partner*in und in Form einer Familie realisieren, dies hat aber nicht geklappt. Sie sind nun in einem Alter, in dem ihnen nur noch wenig Zeit für eine Schwangerschaft bleibt und sich für den Einsatz von Reproduktionsmedizin zu entscheiden (Volgsten und Schmidt 2019). Freiwillig alleinerziehende Frauen trennen lediglich die Partner*innensuche von der Familiengründung und modifizieren so vielmehr die Familie, als dass sie sie ablehnen (Graham 2012). Kritisch muss durchaus gesehen werden, dass dieser Weg der Reproduktion vielfach nur ökonomisch privilegierten Frauen zugänglich ist. Ein Großteil der Frauen, die sich für diese Form der Reproduktion entscheiden, sind weiß, mit einem hohen sozioökonomischen Status und heterosexuell (Graham 2012; Volgsten und Schmidt 2019), so dass Frauen, die nicht über die ökonomischen Ressourcen verfügen, aber auch einen Kinderwunsch haben, diesen nicht realisieren können.

Freiwillig alleinerziehende Frauen fordern familienbasierte Sorge und somit auch viele care-ethische Konzepte heraus. Auch wenn Sorge außerhalb der heteronormativen Kleinfamilie als defizitär dargestellt wird (Entleitner-Phelps und Walper 2020), zeigen Studien, dass alleinerziehende Personen ebenso sorgende und stabile Familien bilden können, wie die heteronormative Kleinfamilie (Ajandi 2011). Auch wenn Alleinerziehend-Sein eine Familienform ist, die schon immer existiert hat, zum Beispiel, wenn ein Elternteil verstarb, wird sie weiterhin als Ausnahme und als unglücklicher Umstand verstanden. Sie widerspricht der sozialen Norm, dass eine Familie aus Vater, Mutter und Kind(er) (die Norm der heteronormativen Kleinfamilie) besteht und der Annahme, dass dies im besten Interesse des Kindes sei. Die Schwangerschaft einer alleinstehenden Frau wird nicht als gewollt wahrgenommen, sondern

als eine gesellschaftliche Gefahr, da die Gemeinschaft eventuell für ökonomische und soziale Defizite, die durch eine Alleinerziehendenschaft entstehen könnten, aufkommen muss. Eine Frau, die sich freiwillig in diese ›Gefahr‹ begibt, fordert das Bild von Mutterschaft heraus und erzeugt gesellschaftliche Abwehr.

Alternative Care Konzepte, die ›neue‹ Familie und das gute Leben

Alleinstehend zu sein ist trotz einer wachsenden Anzahl alleinlebender Menschen in unsere Gesellschaft von Abwertungen und defizitären Vorstellungen begleitet. Alleinstehend zu sein wird nicht als Bestandteil eines guten Lebens verstanden. Solche Vorstellungen halten sich, obwohl Studien zeigen, dass zum Beispiel alleinstehende Personen ohne Kinder im Alter vermehrt positiv und zufrieden auf ihr Leben zurückblicken (Stegen et al. 2021) und dass insbesondere alleinstehende Frauen glücklicher und gesünder sind im Vergleich zu Frauen in einer heterosexuellen Partnerschaft (Dolan 2019). Fällt alleinstehend sein noch mit einer Elternschaft zusammen, dann wird sie als besonders defizitär und problematisch verstanden, wie im vorherigen Kapitel aufgezeigt wurde. Dies zeigt ein stark verengtes Bild von Familie, Sorge und dem guten Leben, die sich zumeist im Kontext heteronormativer Kleinfamilie abspielen muss.

Dies bedeutet im Kontext von Sorge aber einen Nachteil für Personen, die nicht in den Strukturen einer solchen heteronormativen Kleinfamilie leben und andere Lebenswege für sich gewählt haben, zum Beispiel freiwillige alleinerziehende oder kinderlose Personen (Seeck 2021). Auch diese Personen verfügen über funktionierende Sorgenetzwerke, aber es fehlt diesen alternativen und diversen Sorgenetzwerken zumeist die ethische und rechtliche Anerkennung, so dass sie sich auf einer ausschließlich informellen und strukturell nicht anerkannten Ebene bewegen. Wie oben erwähnt, zeigen Studien, dass durch fehlende gesellschaftliche und normative Anerkennung und durch ihren informellen Charakter diese Netzwerke durchschnittlich nicht so stabil

sind, wie familiäre Sorgestrukturen der heteronormativen Kleinfamilie (Deindl und Brandt 2007). Es ist aber andererseits auch wichtig anzumerken, dass familiäre gesellschaftliche Sorgevorstellungen nicht statisch sind und sich über die Zeit verändert haben. So zeigen hohe Trennungs- und Scheidungsraten, dass auch die heteronormative Kleinfamilie längst nicht mehr der Garant für eine lebenslange Sorgegemeinschaft ist. Hier bedarf es einer Anpassung der wissenschaftlichen Modelle und rechtlichen Grundlagen an den sozialen Wandel, der sich durch eine höhere Sichtbarkeit gelebter Diversität auszeichnet. Intime Beziehungen sind, wie im vorherigen Kapitel exemplarisch an alleinstehenden älteren Frauen dargelegt wurde, nicht immer sexueller oder romantischer Natur, so dass Sorge auch außerhalb der heteronormativen Kleinfamilie anerkannt und gleichwertig gefördert werden sollte (Easton 2012). Vielmehr muss über die Anerkennung von Sorgestrukturen und –netzwerken außerhalb von den bestehenden informellen und formellen Sorgestrukturen nachgedacht werden; Zwei-Personen Partner*innenschaften sollten durch größere Sorgegemeinschaften abgelöst werden, die eine ebenso große Bedeutung wie die heteronormative Kleinfamilie erlangen sollten (Easton 2012).

Bisherige care-ethische Konzepte sind oftmals kaum diversitätssensibel und nur selten auf alleinstehende Personen ausgerichtet. Obwohl viele care-ethische Ansätze aus einer feministischen Perspektive herausarbeiten, ist diese zumeist heteronormativ und auf binär geschlechtliche Unterschiede im Rahmen von Sorge und Sorgearbeit bezogen. Auch wenn globale Aspekte, insbesondere *race*, Einzug in care-ethische Diskurse gefunden haben, sind weitere Diversitätsaspekte kaum präsent in Care-Ethiken (Robinson 2006). Dies hat eine Auswirkung auf das Verständnis von Sorge sowie auf die Erfüllung von Sorgebedarfen und -bedürfnissen von diversen Menschen (Weßel 2022; Weßel und Schweda 2023; Seeck 2021). Zurzeit sind die meisten care-ethischen Ansätze zur formellen und informellen Sorge rundum die heteronormative Kleinfamilie aufgebaut. Eltern sorgen für ihre Kinder so lange diese noch unterstützungsbedürftig sind und den Kindern wird eine Sorgeverantwortung für ihre Eltern zugesprochen, sobald diese ein höheres Alter erreichen (Ivanohe 2007). Insbesondere für ältere alleinstehende, kinderlo-

se Personen mit Pflegebedarf wird dies, wie in der ersten *Case Study* gezeigt, durch fehlende familiäre Sorgernetzwerke zu einem Versorgungskonflikt. Die steigende Zahl von alleinstehenden, kinderlosen Personen, der generelle Anstieg von Personen mit Pflegebedarf sowie der starke Fokus auf familiäre und häusliche Versorgung von versorgungsbedürftigen Personen wird in der Zukunft zu einem weiteren Anstieg an Versorgungsdefiziten und schlechterer Versorgungsqualität hilfebedürftiger Menschen führen. Deindl und Brandt (2017) werfen die Frage auf, ob ein stärkerer Fokus auf formelle Sorgeangebote die Veränderung familialer Sorgestrukturen auffangen kann. Dagegen spricht allerdings, dass bereits in Zeiten, in denen familiäre Sorge immer noch eine dominante Rolle spielt, die formellen Sorgestrukturen durch den demographischen Wandel und den Fachkräftemangel so stark strapaziert sind, dass eine angemessene Versorgung kaum noch zu gewährleisten ist. Es ist wichtig, sich nach alternativen Versorgungskonzepten außerhalb der heteronormativen Kleinfamilie umzusehen, um das Versorgungsdefizit aufzufangen. Insbesondere in queeren Communities finden sich bereits seit der AIDS/HIV-Krise systematische Ansätze zu gemeinsamer Sorge und Versorgung bei schweren Erkrankungen (Fink 2020). Ähnliche Netzwerke zur Versorgung von trans Personen nach operativen Eingriffen und medizinischen Behandlungen werden auch heute in der queeren Community fortgesetzt (Seeck 2023). Hier steht eine strukturierte, selbstorganisierte und verantwortungsvolle Sorge für Personen aus der eigenen Community ohne familiäre Beziehung zur Sicherung der Versorgung im Vordergrund.

Fazit

Die heteronormative Kleinfamilie gilt vielfach als wichtiger Aspekt eines guten Lebens (Bücker 2022). Das Erlangen einer langfristigen und stabilen Partner*innenschaft und eine daraus resultierende Elternschaft ist ein sozial anerkanntes und moralisch akzeptiertes Ziel eines guten Lebens. Auch die Reproduktionsmedizin steht in ihrer Anwendung im Zeichen der Ermöglichung einer Elternschaft. Die Vielzahl von

reproduktionstechnologischen Möglichkeiten, die permanent weiterentwickelt werden, zeigen den hohen Stellenwert der heteronormativen Kleinfamilie und Elternschaft für ein gutes Leben.

Im Kontext ethischer Betrachtungen von Familie und Sorge stellt sich die hohe normative Relevanz von familialen Beziehungen dar. Ihnen wird, basierend zumeist auf einer genetischen Verwandtschaft, eine hohe ethische Bedeutung bei der Definition von Sorgebeziehungen und –verantwortungen zugewiesen. In der Care-Ethik verbleibt der Fokus zumeist auf der weiblichen Fürsorge. Insbesondere steht eine Problematisierung von geschlechtsbasierter Fürsorge, die Frauen einen bedeutend höheren Anteil der Sorgearbeit zuweist, im Vordergrund.

Angesichts steigender Scheidungs- und Alleinerziehendenraten sowie diverser Lebensentwürfe, wie Wahlverwandtschaften, Co-Elternschaften und Regenbogenfamilien scheint die Vorstellung der heteronormativen Kleinfamilie als Ziel eines guten Lebens und Zentrums von Sorge nicht mehr auf einen überwiegenden Teil der Gesellschaft zuzutreffen. Dies hat eine Auswirkung auf bestehende gesellschaftliche Sorge und Versorgung. Wird jetzt noch in der Sorge und Versorgung von bedürftigen Personen, wie Kindern oder älteren Personen, die Familie als Zentrum der Sorgearbeit gesehen, lässt sich dies oftmals nicht mehr praktisch umsetzen. Alleinstehende Personen verfügen zumeist über soziale Netzwerke, die sich außerhalb der heteronormativen Kleinfamilie verorten lassen. Durch die mangelnde soziale, ethische und rechtliche Anerkennung dieser gestaltet sich die Umsetzung aber zumeist schwierig.

Hier ist es essenziell sich von der familialen Sorge als zentrales Element von Versorgung zu lösen und eine Öffnung zu pluraler Sorge hin voranzutreiben. Diese Ansätze sind oftmals bereits vorhanden und gut entwickelt, zum Beispiel im Kontext queerer Communities durch queere Sorgearbeit oder Wahlfamilien oder aber auch in Konzepten zu kollektiver Sorge und *Community of Care*. Es gilt hier diese bereits vorhandenen und erprobten Ansätze aus ihrem Schattendasein zu befreien und sowohl ethisch, rechtlich wie auch sozial akzeptable Alternativen zur familialen Sorge zu präsentieren. Dies bedeutet nicht nur einen Beitrag zur Bewältigung der Krise von Care Arbeit im Kontext des Fach-

kräftemangels, des demographischen Wandels und dem Aufbrechen heteronormativer Familienstrukturen, sondern setzt ein Zeichen zur Akzeptanz von Vorstellungen des guten Lebens abseits eines heteronormativen Lebens. Zugleich fordert dies aber auch Vorstellungen, die die Familie in das Zentrum eines guten Lebens stellen heraus. Es bedarf einer grundlegenden Diskussion von familialen Werten zugunsten der Öffnung und des Verständnisses von Personen, die ein gutes Leben außerhalb von Heteronormativität definieren, zugleich aber auch einer Akzeptanz von Personen, die weiterhin eine Familie als Zentrum von Sorge und eines guten Lebens verstehen. Die Akzeptanz und Gleichstellung verschiedener Sorgevorstellungen ist unumgänglich für ein gutes Leben, aber auch für die Bewältigung der bestehenden Sorge- und Versorgungskrise.

Literatur

- Ajandi, Jennifer. 2011. Single Mothers by Choice. Disrupting Dominant Discourses of the Family through Social Justice Alternatives. *International journal of child, youth and family studies* 2 (3/4): 410–431.
- Budgeon, Shelley, und Sasha Roseneil. 2004. Editors' introduction: Beyond the conventional family. *Current Sociology* 52 (2): 127–134.
- Bücker, Teresa. 2022. Kollektivität. In *Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft*, Hg. Lisa Yashodhara Haller, und Alicia Schlender, 609–622. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Deindl, Christian, und Martina Brandt. 2017. Support networks of childless older people: Informell and formell support in Europe. *Ageing & Society* 37 (8): 1543–1567.
- Dolan, Paul. 2019. *Happy ever after. A radical new approach to living well*. London: Penguin Books Limited.
- Easton, Dossie. 2012. Sex and relationships. Reflections on living outside the box. In *Families. Beyond the nuclear ideal*, Hg. Daniela Cutas, und Sarah Chan, 174–186. London: Bloomsbury Academic.

- Entleitner-Phleps, Christine, und Sabine Walper. 2020. Child well-being in diverse family structures: A focus on complex stepfamilies. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 23: 323–341.
- Fink, Marty. 2020. *Forget burial: HIV kinship, disability, and queer/trans narratives of care*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Gilligan, Carol. 1982. *Die andere Stimme: Lebenskonflikte und Moral der Frau*. München: Piper.
- Graham, Susanna. 2012. Choosing Single Motherhood. Single women negotiating the nuclear family ideal. In *Families. Beyond the nuclear ideal*, Hg. Daniela Cutas, und Sarah Chan, 97–109. London: Bloomsbury Academic.
- Hanssen, Jorid Krane. 2012. »My rainbow family« –discomfort and the heteronormative logics. *Young* 20 (3): 237–256.
- Ivanhoe, Philip. 2007. Filial Piety as a Virtue. In *Working Virtue. Virtue Ethics and Contemporary Moral Problems*, Hg. Rebecca L., Walker, und Philip Ivanhoe, 297–311. Oxford: Clarendon Press.
- Johnson, Richard W. 2006. The retirement project. In-home care for frail childless adults. Getting by with a little help from their friends? *The Retirement Project. Discussion Paper Series*. Washington: The Urban Institute Washington.
- Linek, Leoni, et al. 2022. Soziale Elternschaft. In *Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft*, Hg. Lisa Yashodhara Haller, und Alicia Schlender, 377–387. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Lockhart, Ines. 2022. Wie alleinerziehende Frauen um ihre Existenz kämpfen. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 12. Juli.
- Noddings, Nell. 2012. The language of care ethics. *Knowledge Quest* 40 (5): 52–57.
- Nussbaum, Martha C. 2011. *Creating capabilities: The human development approach*. Cambridge: Harvard University Press.
- Peukert, Rüdiger. 2012. *Familienformen im sozialen Wandel*. Wiesbaden: Springer VS.
- Robinson, Fiona. 2006. Beyond labour rights: The ethics of care and women's work in the global economy. *International Feminist Journal of Politics* 8 (3): 321–342.

- Robinson, Fiona. 2013. Global care ethics: Beyond distribution, beyond justice. *Journal of Global Ethics*, 9 (2): 131–143.
- Schmitt, Christian. 2007. Familiengründung und Erwerbstätigkeit im Lebenslauf. *Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst soFid Familienforschung* 2: 9–15.
- Schmidt, Uwe, und Marie-Theres Moritz. 2009. *Familiensoziologie*. Bielefeld: transcript.
- Seeck, Francis. 2021. *Care trans_formieren: Eine ethnographische Studie zu trans und nicht-binärer Sorgearbeit*. Bielefeld: transcript.
- Seidman, Steven. 2020. Critique of compulsory homosexuality. In *Routledge Handbook of Heterosexuality studies*, Hg. James Dean, und Nancy Fischer, 75–88. London: Routledge.
- Soiseth, Alexandra. 2008. *Choosing you: Deciding to have a baby on my own*. Berkley: Seal Press.
- Statistisches Bundesamt. 2022. Armutsgefährdungsquote nach Haushaltstyp in Deutschland im Jahr 2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/436185/umfrage/armutsgefaehrungsquote-in-deutschland-nach-haushaltstyp/>. Zugegriffen am 26.04.2024.
- Statistisches Bundesamt. 2023. Alleinstehende nach Alter, Geschlecht und Gebietsstand. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/4-1-alleinstehende.html>. Zugegriffen am 26.04.2024.
- Statistisches Bundesamt. 2024. Anzahl der Alleinerziehenden in Deutschland nach Geschlecht 2000–2023. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318160/umfrage/alleinerziehende-in-deutschland-nach-geschlecht/>. Zugegriffen am 26.04.2024.
- Stegen, Hannelore, Lise Switsers, und Lisbeth de Donder. 2021. Life stories of voluntarily childless older people: a retrospective view on their reasons and experiences. *Journal of Family Issues* 42 (7): 1536–1558.
- Tronto, Joan. 1999. Care ethics: Moving forward. *Hypatia* 14 (1): 112–119.
- Tronto, Joan. 2011. A feminist democratic ethics of care and global care workers: Citizenship and responsibility. In *Feminist ethics and social policy. Towards a new global political economy of care*, Hg. Rianne Mahon, und Fiona Robinson, 162–177. Vancouver: University of British Columbia Press.

- Volgsten, Helena, und Lone Schmidt. 2019. Motherhood through medically assisted reproduction – characteristics and motivations of Swedish single mothers by choice. *Human Fertility* 24 (3): 219–225.
- Weßel, Merle. 2022. Feminist approach to geriatric care: comprehensive geriatric assessment, diversity and intersectionality. *Medicine, Health Care and Philosophy* 25 (1): 87–97.
- Weßel, Merle, und Mark Schweda. 2023. Recognizing the Diverse Faces of Later Life. Old Age as a Category of Intersectional Analysis in Medical Ethics. *Journal of Medicine and Philosophy* 48 (1): 21–32.

