Diana Auth
Pflegearbeit in Zeiten der Ökonomisierung

ARBEIT – DEMOKRATIE – GESCHLECHT

herausgegeben von Ingrid Kurz-Scherf, Lena Correll, Stefanie Janczyk, Tina Jung, Julia Lepperhoff, Anja Lieb, Clarissa Rudolph und Alexandra Scheele

Band 23

Diana Auth, Dr., geb. 1970, Politikwissenschaftlerin, Professorin für Politikwissenschaft, insbes. Sozialpolitik an der FH Bielefeld. Ihre Arbeitsschwerpunkte: vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung, Gender Studies, Pflegeforschung und soziale Gerontologie sowie Policy-Forschung.

Diana Auth

Pflegearbeit in Zeiten der Ökonomisierung

Wandel von Care-Regimen in Großbritannien, Schweden und Deutschland

WESTFÄLISCHES DAMPFBOOT

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

1. Auflage Münster 2017
© 2017 Verlag Westfälisches Dampfboot
Alle Rechte vorbehalten
Umschlag: Lütke Fahle Seifert AGD, Münster
Druck: Rosch-Buch Druckerei GmbH, Scheßlitz
Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier
ISBN 978-3-89691-849-9

Inhalt

Editorial 13

Einleitung 15

Teil A: Theoretische Zugänge und Analyserahmen

1. Regulierung der Pflege: *Policy*-Analyse und *Governance*-Forschung 24
   - 1.1 Von der Steuerungstheorie zur *Governance*-Forschung 24
   - 1.2 Der akteurszentrierte Institutionalismus 28
   - 1.3 Pflegepolitik im Kontext der *Governance*-Forschung und des akteurszentrierten Institutionalismus 31

2. Pflegepolitischer Wandel im Kontext der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung 35
   - 2.1 Pflegepolitischer Wandel im Kontext der Restrukturierung des Wohlfahrtsstaates 35
     - 2.1.1 *Governance* in der Wohlfahrtsstaatforschung 35
     - 2.1.2 Neue *Governance*-Formen im Wohlfahrtsstaat: vom leistungsgewährenden zum aktivierenden Wohlfahrtsstaat 37
   - 2.2 Hypothesengenerierung im Kontext wohlfahrtsstaatlicher Konvergenz- und Divergenzansätze 40
   - 2.3 Pflegepolitik im Kontext der Regimeforschung und nationaler Regimearrangements 45

3. Die vergleichende Fallstudie und die Auswahl der Fälle 50

4. Pflegearbeit im Kontext der wohlfahrtsstaatlichen *Care*-Forschung 55
   - 4.1 Die wohlfahrtsstaatliche *Care*-Forschung 55
   - 4.2 Das Konzept *Social Care* 57
   - 4.3 Familialismus-Modelle 59

4.4 Die Konzeptionalisierung von Pflegearbeit als *Care Work* 62
4.4.1 Pflegearbeit in der gender-orientierten Wohlfahrtsstaatsforschung 62
4.4.2 Pflegearbeit als Analysegegenstand 64
4.4.3 Definition von Pflegearbeit 66
4.4.4 Arten von Pflegearbeit 68
4.5 Formelle und informelle Pflegearbeit: Sphären der Pflegearbeitenden 69
4.6 Begriff der Pflegebedürftigkeit 71

5. Gesamtkonzept und methodisch-analytisches Vorgehen 74
5.1 Fragestellungen und theoretischer Kontext 74
5.2 Gang der Argumentation und methodisches Vorgehen 77

Teil B: Pflegepolitische Antriebskräfte und nationale Regimearrangements

6. Pflegepolitische Antriebskräfte 84
6.1 Ökonomische Antriebskräfte pflegepolitischen Wandels 84
6.2 Sozio-demographische Antriebskräfte pflegepolitischen Wandels 86

7. Nationale Regimearrangements in Großbritannien, Schweden und Deutschland 90
7.1 Das nationale Regimearrangement in Großbritannien 94
7.2 Das nationale Regimearrangement in Schweden 105
7.3 Das nationale Regimearrangement in Deutschland 116

Teil C: Wandel der Regulierung von Pflegearbeit in Großbritannien, Schweden und Deutschland

8. Die Regulierung von Pflegearbeit in Großbritannien 128

8.1 Pflege(arbeit) vor dem *NHS and Community Care Act*: von der langsamen Expansion zu den ersten Sparmaßnahmen in der *Community Care* 128

8.2 Der *NHS and Community Care Act* (1990) 133

8.2.1 Problemdefinition und Agenda-Gestaltung: vom *Griffiths*-Report zum *White Paper* 133

8.2.2 Politikformulierung: der Gesetzgebungsprozess des *NHS and Community Care Act* 139

8.2.3 Der *NHS and Community Care Act* im Spannungsfeld parteipolitischer und gesellschaftlicher Akteure 151

8.2.3.1 Parteipolitische Konfliktlinien im Gesetzgebungsprozess 151

8.2.3.2 Der *NHS and Community Care Act* im Kontext des sozio-politischen Akeursspektrums 156

8.2.4 Der Stellenwert von Pflegearbeit in der Debatte um den *NHS and Community Care Act* 163

8.3 Die Auswirkungen des *NHS and Community Care Act* und die Weiterentwicklung der Altenpflege 164

8.4 Der Wandel der Regulierung von Pflegearbeit seit dem *NHS and Community Care Act* 173

8.4.1 Der Wandel der Regulierung familiärer Pflegearbeit 173

8.4.1.1 Die *Attendance Allowance* 173

8.4.1.2 Die *Invalid Care Allowance/Carer's Allowance* 175

8.4.1.3 Direktzahlungen und Persönliches Budget 179

8.4.1.4 Unterstützungsleistungen für häuslich Pflegende 182

8.4.2 Der Wandel der Regulierung beruflicher Pflegearbeit 185

8.4.2.1 Ausbildung und Qualifikationsgrad 185

8.4.2.2 Bezahlung und Arbeitsbedingungen 191

8.4.2.3 Häuslich-formelle und selbständige Pflegearbeit 194
8.4.3 Der Wandel der Regulierung ehrenamtlicher Pflegearbeit 196
8.4.4 Der Wandel der Regulierung transnationaler Pflegearbeit 200

9. Die Regulierung von Pflegearbeit in Schweden 206
9.1 Pflege(arbeit) vor der *Ädel*-Reform 206
9.2 Die *Ädel*-Reform 212
9.2.1 Problemdefinition: von der Altenpflege- zur *Ädel*-Kommission 212
9.2.2 Agenda-Gestaltung: die *Ädel*-Kommission und das Remiss-Verfahren 214
9.2.3 Politikformulierung: der Gesetzgebungsprozess 216
9.2.4 Die *Ädel*-Reform im Spannungsfeld parteipolitischer und gesellschaftlicher Akteure 225
9.2.4.1 Parteipolitische Konfliktlinien im Gesetzgebungsprozess 225
9.2.4.2 Die *Ädel*-Reform im Kontext des sozio-politischen Akeursspektrums 229
9.2.5 Der Stellenwert von Pflegearbeit in der Debatte um die *Ädel*-Reform 232
9.3 Die Auswirkungen der *Ädel*-Reform und die Weiterentwicklung der Altenpflege 233
9.4 Der Wandel der Regulierung von Pflegearbeit seit der *Ädel*-Reform 242
9.4.1 Der Wandel der Regulierung familiärer Pflegearbeit 242
9.4.1.1 Das Pflegegeld 242
9.4.1.2 Persönliche Assistent/innen 245
9.4.1.3 Unterstützungsleistungen für häuslich Pflegende 247
9.4.2 Der Wandel der Regulierung beruflicher Pflegearbeit 249
9.4.2.1 Ausbildung und Qualifikationsgrad 249

9.4.2.2 Bezahlung und Arbeitsbedingungen 256
9.4.2.3 Häuslich-formelle Pflegearbeit 260
9.4.3 Der Wandel der Regulierung ehrenamtlicher Pflegearbeit 263
9.4.4 Der Wandel der Regulierung transnationaler Pflegearbeit 268

10. Die Regulierung von Pflegearbeit in Deutschland 272
10.1 Pflege(arbeit) vor der Einführung der sozialen Pflegeversicherung 272
10.2 Die soziale Pflegeversicherung 278
10.2.1 Problemdefinition und Agenda-Gestaltung 278
10.2.1.1 Von der Problemwahrnehmung bis zum Gesundheitsreformgesetz 278
10.2.1.2 Von Positionswechsel des Arbeitsministers bis zum Einbringen des Gesetzentwurfs 283
10.2.2 Politikformulierung: der Gesetzgebungsprozess 286
10.2.3 Die Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Spannungsfeld parteipolitischer und gesellschaftlicher Akteure 295
10.2.3.1 Parteipolitische Konfliktlinien im Gesetzgebungsprozess 295
10.2.3.2 Der Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Kontext des sozio-politischen Akteursspektrums 300
10.2.4 Der Stellenwert der Pflegearbeit in der Debatte um die Einführung der sozialen Pflegeversicherung 306
10.3 Die Auswirkungen der Einführung der sozialen Pflegeversicherung und die Weiterentwicklung der Altenpflege 308
10.4 Der Wandel der Regulierung von Pflegearbeit seit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung 319
10.4.1 Der Wandel der Regulierung familiärer Pflegearbeit 319
10.4.1.1 Das Pflegegeld 319

10.4.1.2 Unterstützungsleistungen für häuslich Pflegende 322
10.4.2 Der Wandel der Regulierung beruflicher Pflegearbeit 325
10.4.2.1 Ausbildung und Qualifikationsgrad 325
10.4.2.2 Bezahlung und Arbeitsbedingungen 332
10.4.2.3 Selbständige Pflegearbeit 338
10.4.3 Der Wandel der Regulierung ehrenamtlicher Pflegearbeit 338
10.4.4 Der Wandel der Regulierung transnationaler Pflegearbeit 342

Teil D: Vergleich des pflegepolitischen Wandels: Ökonomisierung der Pflege – Ausdifferenzierung, In-/Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit

11. Wandel der Pflegepolitik im Kontext der Ökonomisierung: nationale Entwicklungspfade im Vergleich 352
11.1 Ökonomisierung des Wohlfahrtsstaates 352
11.2 Ökonomisierungsprozesse und neue Steuerungsformen in der Pflege 356
11.3 Vergleich der Ökonomisierungsprozesse 358
11.4 Hypothesenprüfung: Konvergenzen, Divergenzen oder divergente Konvergenzen? 367
11.5 *Policy*-Wandel im Kontext der nationalen Regimearrangements 373

12. Ausdifferenzierung und Hybridisierung von Pflegearbeit 382
12.1 Ausdifferenzierung formeller und informeller Pflegearbeit 382
12.2 Hybridisierung von Pflegearbeit 388

13. In-/Formalisierung von Pflegearbeit 392
13.1 In-/Formalisierung: Begriffsklärungen 392

13.2 In-/Formalisierung: Empirie-Bestandsaufnahme 395
13.3 In-/Formalisierung: Wandel des Bezugs öffentlicher Pflegeleistungen 397
13.4 In-/Formalisierung: Befragungsergebnisse 403
13.4.1 In-/Formalisierung in Großbritannien 403
13.4.2 In-/Formalisierung in Schweden 409
13.4.3 In-/Formalisierung in Deutschland 415

14. Prekarisierung versus Absicherung von Pflegearbeit 420
14.1 Prekarisierung von Pflegearbeit 420
14.2 Berufliche Pflegearbeit 424
14.3 Familiäre Pflegearbeit 430

Fazit

15. Wandel von *Care*-Regimen in Zeiten der Ökonomisierung 436
15.1 Ökonomisierung von Pflegearbeit im Kontext der Regimearrangements 436
15.2 Ökonomisierung der Pflege – Hybridisierung, In-/Formalisierung und *De-/Gendering* von Pflegearbeit 446
15.3 Ökonomisierung der Pflege – Prekarisierung von Pflegearbeit 448
15.4 Ökonomisierung der Pflege – Wandel von *Care*-Regimen in der Pflege 450
15.5 Das Recht auf *Care* und *Caring* 452

Anhang

Verzeichnis der Tabellen 456
Verzeichnis der Abbildungen 458
Verzeichnis der Abkürzungen 459
Währungen: Umrechnungskurse 461
Literatur 462

Editorial

Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit sind sich darin einig, dass die Folgen des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts im Hinblick auf die zunehmenden Pflegeerfordernisse eine der zentralen aktuellen Herausforderungen für die Gesellschaft darstellen. Immer mehr ältere, alte und kranke Menschen bedürfen der Unterstützung und der Pflege – und immer dringlicher stellt sich die Frage, wer diese Pflege übernimmt und unter welchen Bedingungen dies erfolgt. Nicht zuletzt geht es darum, wie sich in diesem Kontext berufliche und familiäre, bezahlte und unbezahlte sowie informelle und formelle Pflegearbeit entwickeln.

Im Pflegearrangement des traditionellen Wohlfahrtsstaates in Deutschland ist die Hauptverantwortung für die Pflege traditionell den (Ehe)Frauen, Töchtern und Schwiegertöchtern in den Familien zugefallen. Und obwohl das deutsche Sozialsystem die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung durch die staatliche Förderung des sog. Ernährermodells maßgeblich verfestigt hat, fehlt es nicht nur an gesellschaftlicher Anerkennung dieser Care-Tätigkeiten. Vielmehr negiert der Sozialstaat die Herausforderungen und Konsequenzen, die sich aus dem erhöhten Pflegebedarf einerseits und dem Wandel der Erwerbs- und Geschlechterverhältnisse andererseits ergeben. Denn die (Ehe)Frauen, Töchter und Schwiegertöchter stehen für diese unbezahlte Arbeit immer weniger zur Verfügung, so dass die Pflegearbeit zunehmend in den bezahlten Erwerbsbereich verlagert und damit vermarktlicht werden muss. Vielfach findet Pflege und Unterstützung somit in einem spezifischen Pflegemix professioneller, halb-professioneller und *privater* Arbeit statt. Dies hat zur Folge, dass die Prognosen über den steigenden Fachkräftemangel in der Pflege immer höher werden und gleichzeitig die Klagen über die Arbeitsbedingungen in diesem Feld immer lauter. Die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat die Rahmenbedingungen dieses Arbeitsfeldes weiter erschwert.

Dass dies kein nationales Problem und auch keines des konservativen Wohlfahrtsstaates ist, wird in der vergleichenden Studie von Diana Auth deutlich: Alle Gesellschaften müssen sich die Frage nach der Betreuung und Pflege von älteren und alten Menschen stellen. Dies findet Ausdruck darin, dass in vielen westlichen Wohlfahrtsstaaten in den letzten Jahren und Jahrzehnten ein Wandel der Pflegepolitik und -gesetzgebung angeschoben und implementiert wurde. Diesem Wandel geht Diana Auth in ihrem Drei-Länder-Vergleich der Care-Regime Deutschlands, Großbritanniens und Schwedens nach. Es werden jeweils die nationalen pflegepolitischen Pfade seit den 1990er Jahren analysiert,

in ihren Auswirkungen beschrieben sowie miteinander verglichen und dabei Unterschiede und Ähnlichkeiten herausgearbeitet.

Dabei, so erhebt sich der Verdacht, steht bei den Bemühungen um eine Neu-Regulierung von Pflege weniger das Ziel einer geschlechtergerechten Umverteilung und Anerkennung von (bezahlter und unbezahlter) Pflegearbeit im Mittelpunkt, sondern vielmehr eine geräuschlose Anpassung an bekannte Betreuungsarrangements.

Diana Auth hingegen stellt das Ziel einer geschlechtergerechten Bewältigung des Care-Defizits – oder der Care-Krise, wie es heute allenthalben heißt – in den Fokus ihrer Studie. Zentral bei ihrer Herangehensweise ist die Charakterisierung von *Care als Arbeit*, deren Organisation und Arbeitsbedingungen in einem komplexen Wechselverhältnis von „politischen Systemen, Wohlfahrtsstaats-, Beschäftigungs-, Geschlechter-, *Care*- oder Migrationsregimen" steht. Dass es ihr trotz dieser Komplexität gelingt, nicht nur ein präzises Bild der Herausforderungen für und des Wandels von Pflegearbeit für die Bundesrepublik Deutschland, sondern auch vergleichend für Großbritannien und Schweden zu zeichnen, ist ein zentraler Verdienst dieser Arbeit. Aufgrund ihres methodisch ausgereiften und kenntnisreichen Vorgehens ist nicht nur der Argumentationsgang der Studie stets nachvollziehbar, sondern kann der Text auch als Nachschlagewerk für Pflegepolitiken in den drei Ländern dienen. Da hier das Augenmerk auf den Pflegenden liegt, können die (qualitativ guten) Arbeitsbedingungen in den verschiedenen Pflegesektoren als eine der Grundvoraussetzungen eines modernen Care-Regimes markiert werden.

Dass sich im Ergebnis sowohl Fortschrittsprozesse als auch Prekarisierungstendenzen in der Pflegepolitik und in der Care-Arbeit konstatieren lassen, liegt einerseits daran, dass die Wirkungen im formellen und im informellen Sektor unterschiedlich zu bewerten sind. Andererseits weist die Analyse der drei Länder darauf hin, dass die bisherigen Wandlungsprozesse nur als ein Zwischenergebnis betrachtet werden können. Die Studie von Diana Auth gibt uns aber auch hier Hinweise darauf, wie die Wohlfahrtsstaaten die Herausforderungen der Care-Krise eher im Sinne einer geschlechtergerechten Ausgestaltung bewältigen könnten bzw. dass in allen drei untersuchten Regimen hier Defizite festzustellen sind. Umso notwendiger und wertvoller ist eine solch anschauliche und exakte Studie, die Einführung, Analyse und Ausblick zugleich darstellt.

Stefanie Janczyk und Clarissa Rudolph

Einleitung

> "Taking a more utopian stance, it can be asked whether it is possible to envisage a future in which the care of elderly and handicapped people is provided in a radically different context, which does not depend mainly on the unpaid labour of women. In other words, is it possible to develop a non-sexist form of caring?"
> *Finch/Groves 1983, 9*

An der Aktualität dieser Frage, mit der sich *Janet Finch* und *Dulcie Groves* bereits in den 1980er Jahren beschäftigten, hat sich bis heute kaum etwas geändert. Nach wie vor wird der überwiegende Teil der (Alten-)Pflegearbeit informell von Familienangehörigen geleistet und nach wie vor sind die meisten häuslich-familiär Pflegenden weiblich. Aber auch der größte Teil der beruflich Pflegenden in sozialen und ambulanten Pflegediensten sowie in Alten- und Pflegeheimen sind Frauen. Diese Befunde treffen sowohl für den liberalen Wohlfahrtsstaat Großbritannien als auch für das konservativ-korporatistische Deutschland und sogar für das sozialdemokratische 'Volksheim' Schweden zu, also für alle drei Länder, die in dieser Studie im Vordergrund stehen. Aufgrund dieses länderübergreifenden empirischen Befunds fordern *Finch* und *Groves* (1983, 9f.) die "'reorganisation of work'", um die traditionell ungleiche Verteilung von Arbeit zwischen Männern und Frauen aufzubrechen. Notwendig seien in diesem Kontext die finanzielle Unterstützung Sorgearbeitender oberhalb der Armutsgrenze, Freistellungsregelungen und Teilzeitarbeit für Sorgearbeitende mit Beschäftigungsgarantien, eine gute Ausstattung mit sozialen Diensten, in denen Frauen nicht als Geringverdienende ausgebeutet werden, sowie qualitativ hochwertige Pflegeheime.

Davon ist die Realität jedoch weit entfernt. Und im Kontext des demographischen Wandels, der mit einem höheren Anteil an Pflegebedürftigen einhergeht, und des Rückgangs des häuslichen Pflegepotenzials, also der abnehmenden Möglichkeiten und/oder Bereitschaft (von Frauen) zur häuslichen Angehörigenpflege, scheint diese *Care*-Utopie in weite Ferne zu rücken. Aufgrund des sog.

Care-Defizits (vgl. Hochschild 1995) haben sich die Bedingungen, unter denen Pflegearbeit geleistet wird, verschärft. Beruflich Pflegende klagen über niedrige Löhne, schlechte Arbeitsbedingungen und 'Pflege im Minutentakt'. Pflegebedürftige beschweren sich über (zu) wenige Wahlmöglichkeiten und leiden unter nicht bedarfsgerechten und/oder schlechten Versorgungsbedingungen, insbesondere in stationären Einrichtungen. Auch die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen (und unter Umständen auch deren Familien) steigt, so dass Pflege häufig zu einem sozialen Abstiegsrisiko wird. Damit zusammenhängend wird familiär Pflegenden einerseits ein großer Anteil der Pflegeverantwortung übertragen, was häufig zu Überforderungen führt, v.a. bei der Pflege und Betreuung von Demenzkranken, andererseits werden sie häufig allein gelassen im Hinblick auf Informationen zu Leistungsansprüchen oder aber mit den Problemen der Vereinbarkeit beruflicher mit pflegerischen Belangen.

Es gibt aber auch gegenteilige Anzeichen, die in Richtung Leistungsverbesserungen deuten. Die Einführung finanzieller Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige und/oder familiär Pflegende, die vermehrte Bereitstellung sozialer Dienste für Pflegebedürftige und/oder neuer Wohnformen im Alter, die Zunahme vereinbarkeitsorientierter Maßnahmen, wie Pflegezeiten und Möglichkeiten der Sterbebegleitung, sowie die höhere Beteiligung pflegender Männer, insbesondere von Söhnen, geben Anlass zur Hoffnung auf eine Bewältigung des *Care*-Defizits im Sinne einer geschlechtergerechteren Aufteilung der Pflegearbeit sowie einer Verteilung der – qualitativ hochwertigen und weitgehend öffentlich finanzierten – Pflege auf mehrere Akteure im Sinne gemischter Pflegearrangements.

Welche Beschreibung des Wandels von Pflege und Pflegearbeit ist nun zutreffend(er)? Welche Entwicklungen in Bezug auf die Organisation von Pflegearbeit zeichnen sich in unterschiedlichen Ländern ab? Welche Rolle spielen Ökonomisierungsprozesse, die im Kontext der Restrukturierung von Wohlfahrtsstaaten stattgefunden haben? Welchen Unterschied macht die Ausgestaltung von politischen Systemen, Wohlfahrtsstaats-, Beschäftigungs-, Geschlechter-, *Care*- oder Migrationsregimen im Kontext pflegerischer Reformen? Und welche Auswirkungen haben die Pflegereformen auf Prozesse der Formalisierung und Informalisierung von Pflegearbeit? Ergeben sich hieraus Veränderungen für die Verteilung von Pflegearbeit zwischen Männern und Frauen, v.a. im Kontext des zunehmenden *Care*-Defizits? Entstehen neue Pflegearbeitsformen zwischen beruflicher und familiärer sowie zwischen bezahlter und unbezahlter Pflege und wenn ja, wie sind sie ausgestaltet? Zeichnen sich Prekarisierungstendenzen ab oder sind die Pflegearbeitsformen im Laufe der Zeit besser abgesichert worden?

Um die Beantwortung all dieser Fragen rund um den Wandel von *Care*-Regimen in der Pflege(arbeit) geht es in der folgenden Studie.

Der Gegenstand der hier vorliegenden Untersuchung ist die (Alten-)Pflegearbeit. Während es mittlerweile viele Studien gibt, die sich ländervergleichend mit dem Thema Altenpflege beschäftigen (auch aus einer Geschlechterperspektive), findet hier einerseits eine Fokussierung auf Pflege*arbeit* statt, andererseits wird eine Ausweitung auf die *gesamte* Pflegearbeit (familiär, beruflich, ehrenamtlich und transnational) vorgenommen. Ein solch umfassender Blick auf Pflegearbeit fehlt bislang in der international vergleichenden Pflegeforschung.

Ziel ist es dabei erstens, den Wandel der Regulierung von Pflegearbeit seit den 1990er Jahren anhand nationaler Fallstudien zu analysieren. Zum Zweiten geht es darum, diesen pflegepolitischen Wandel im Spannungsfeld zwischen nationalspezifischen Regimearrangements einerseits und länderübergreifenden pflegepolitischen Antriebskräften – v.a. der Globalisierung, des demographischen Wandels und veränderter Geschlechtsrollenvorstellungen – andererseits, ländervergleichend auf konvergente und/oder divergente Entwicklungen hin zu untersuchen und zu erklären. Drittens werden die Auswirkungen des pflegepolitischen Wandels auf die verschiedenen Pflegarbeitsformen in den Blick genommen. Dabei geht es um die Ausdifferenzierung von Pflegearbeit, um Verschiebungen in der Verteilung von Pflegearbeit zwischen dem formellen und dem informellen Bereich und damit auch um die Auswirkungen auf die geschlechtsspezifische Verteilung von Pflegearbeit sowie – qualitativ – um Prozesse der Prekarisierung oder einer verbesserten Absicherung formeller und informeller Pflegearbeiter/innen.

Um diese drei Fragestellungen zu bearbeiten, wurden drei Länder ausgewählt, die in den 1990er Jahren einschneidende pflegepolitische Reformen durchgeführt haben. Dabei handelt es sich um den liberalen Wohlfahrtsstaat Großbritannien, das sozialdemokratisch geprägte Schweden und den konservativen Sozialstaat Deutschland. Untersucht werden die nationalen Pflegereformen sowie der Wandel der Regulierung der Pflegearbeit seit diesen Pflegezäsuren. Damit fällt der Untersuchungszeitraum – die 1990er bis 2010er Jahre – in die Phase der wohlfahrtsstaatlichen Restrukturierung und Konsolidierung, in der eine Politik der Ökonomisierung, insbesondere der Effizienzsteigerung und Vermarktlichung, betrieben wurde, wobei gleichzeitig eine Qualitätssteigerung sowie mehr Wahlfreiheiten für die Pflegebedürftigen sowie deren Angehörige intendiert waren. Die pflegepolitischen Reformen in dieser Phase gehen auch mit Veränderungen im Bereich der Steuerungsformen einher. Die *Governance* der Pflege hat sich verändert: Pflegepolitische *Outputs* führen zu neuen Akteurskonstellationen in neuen

Interaktionsformen, die die Strukturen und Verteilung von Pflegearbeit – und damit letztendlich auch das pflegebezogene *Care*-Regime als Ganzes – beeinflussen.

Der Zugang zum Themenfeld Pflegepolitik und Pflegearbeit erfolgt über die vergleichende Wohlfahrtsstaats- und die *gender*-orientierte *Care*-Forschung. Dabei bildet sich die Altenpflege überhaupt erst seit den 1990er Jahren als eigenständiges wohlfahrtsstaatliches und *care*-bezogenes Forschungsfeld heraus. "[U]ntil recently, the topic [long-term care, D.A.] has been neglected in comparative social policy." (Tester 1999, 136) Ursache für die Beschäftigung und Auseinandersetzung mit dem Thema (Alten-)Pflege ist einerseits der demographische Wandel und der damit einhergehende gesellschaftliche Alterungsprozess, der auch zu einer höheren Zahl an Pflegebedürftigen und damit zu wohlfahrtsstaatlichen Kostensteigerungen führt. Andererseits sind es die Probleme der häuslichen Pflege, die aufgrund der gestiegenen Frauenerwerbstätigkeit und des Wandels der Geschlechterverhältnisse in den Blick geraten.

> "It is only recently that long-term care became a major social policy issue in all welfare states. The debate on how to redesign long-term care policies is shaped by an increasing demand for care, changes in formal as well as in informal support systems, changing values and attitudes towards informal care-giving and the division between private and public responsibility, as well as incentives and challenges from the social, political and economic environment." (Österle 2001, 1)

Die hier vorliegende Arbeit umfasst vier Teile: die Präsentation des theoretischen Zugangs und des Analyserahmens (Teil A), die Darstellung der pflegepolitischen Antriebskräfte und der nationalen Regimearrangements (Teil B), die Schilderung der Fallstudien zum Wandel der Regulierung der Pflege(arbeit) in den drei Ländern (Teil C) sowie abschließend den Vergleich des pflegepolitischen Wandels und dessen Auswirkungen auf die Pflegearbeit (Teil D).

Im Teil A der Arbeit, „Theoretische Zugänge und Analyserahmen", werden die theoretischen Grundlagen, der methodische Zugang und das Analysekonzept der Arbeit präsentiert. Um die Fragestellungen zu bearbeiten, werden drei theoretische Zugänge miteinander verknüpft: die politikwissenschaftliche Steuerungs- und *Governance*-Forschung, die vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung und die *gender*-orientierte *Care*-Forschung. Mit Hilfe des Analysekonzepts des akteurszentrierten Institutionalismus wird der Wandel der Regulierung der Pflege *policy*-analytisch untersucht (vgl. Mayntz/Scharpf 1995a; Scharpf 2006). Auf diese Weise können im Kontext der politischen Entscheidungsprozesse sowohl neue Akteurskonstellationen als auch neue Interaktionsformen im Pflegesektor beschrieben werden. Die Ansätze der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung werden verwendet, um den *Governance*-Wandel – insbesondere im Hinblick auf

Ökonomisierungsformen – in der Pflege auf konvergente und/oder divergente Entwicklungen hin ländervergleichend zu untersuchen (vgl. Seeleib-Kaiser 2001; Dingeldey/Rothgang 2009b; Pierson 2001c). Anhand des Konzepts der *Social Care* (vgl. Daly/Lewis 2000) und des Familialismus-Ansatzes (vgl. Leitner 2003, 2013) werden die Auswirkungen der pflegepolitischen *Outputs* auf den Wandel und die Ausdifferenzierung von Pflegearbeit, auf In-/Formalisierungsprozesse sowie auf Prekarisierungstendenzen hin betrachtet.

Im Teil B der Studie, „Pflegepolitische Antriebskräfte und nationale Regimearrangements", werden zum einen die pflegepolitischen Antriebskräfte dargestellt. Dazu zählen ökonomische Entwicklungen, wie Prozesse der wirtschaftlichen Globalisierung und der Europäischen Integration, sowie sozio-demographische Veränderungen, wie der demographische Wandel und die Entwicklung der Frauenerwerbstätigkeit. Zum anderen werden die nationalen Regimearrangements vorgestellt, in deren Kontext die Pflegepolitik und die Pflegearbeit reguliert werden. Einfluss auf die länderspezifische Regulierung der Pflege(arbeit) haben das politische System, das Wohlfahrtsstaats-, das Beschäftigungs-, das Geschlechter-, das *Care*- und das Migrationsregime.

Mit Großbritannien, Schweden und Deutschland wurden auf der Basis des *Most Different Systems Design*-Ansatzes (vgl. Przeworski/Teune 1970) drei Länder ausgewählt, die entwickelte kapitalistische Demokratien westlichen Typs und Mitglieder der EU sind, unterschiedlichen Teilregimen angehören und in denen in der Phase der wohlfahrtsstaatlichen Restrukturierung pflegepolitische Reformen durchgeführt wurden, die den Charakter von *Critical Junctures* haben (vgl. Pierson 2000a). Ausgewählt wurde erstens Großbritannien, ein zentralisierter Einheitsstaat und ein liberaler Wohlfahrtsstaat mit einem marktorientierten Beschäftigungsregime, einem modernisierten Versorgermodell mit optionalem und explizitem Familialismus und einem restriktiven Inkorporationsregime. Das zweite Vergleichsland ist Schweden, ein dezentralisierter Einheitsstaat und der Prototyp des sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaates mit einem inklusiven Beschäftigungsregime, einem Zweiverdiener-Modell mit optionalem Familialismus und einem inklusiven Inkorporationsregime. Als drittes Land wurde Deutschland gewählt, ein dezentralisierter föderaler Staat und ein konservativ-korporatistischer Wohlfahrtsstaat mit einem dualistischen Beschäftigungsregime, einem modernisierten Versorgermodell mit optionalem und explizitem Familialismus und einem restriktiven Inkorporationsregime. Als Analyseeinheit dient in dieser Studie der Nationalstaat.

So unterschiedlich wie die Regimearrangements der drei Länder sind auch die nationalen Pflegemodelle und die Organisation der Pflegearbeit. In Großbri-

tannien dominiert das bedürftigkeitsorientierte Pflegemodell mit einem hohen Anteil öffentlicher und privater Träger sozialer Dienste und Einrichtungen sowie einem hohen Anteil privat finanzierter und/oder familiär erbrachter Pflege, wobei letztere wohlfahrtsstaatlich unterstützt wird. Das schwedische Pflegemodell ist soziale-Dienste-orientiert. Diese sind in hohem Umfang und universell verfügbar und die öffentlichen Träger dominieren deutlich. Die familiäre Pflege ist eher ergänzend und wird weniger materiell, sondern eher durch soziale (Entlastungs)Dienste unterstützt. Das Pflegemodell in Deutschland gilt als Subsidiaritätsmodell. Hier dominiert die familiäre Pflege und wird auch durch ein Pflegegeld finanziell unterstützt. Der Anteil freigemeinnütziger und privater Träger sozialer Dienste und Einrichtungen ist in Deutschland, das sich durch eine erwerbsarbeitsbezogene Pflegeversicherung auszeichnet, hoch (vgl. Burau u.a. 2007).

Im Teil C, „Wandel der Regulierung von Pflegearbeit in Großbritannien, Schweden und Deutschland", werden die drei nationalen Fallstudien präsentiert. Ausgehend vor der Darstellung der Pflegepolitik und -organisation vor den jeweiligen *Critical Junctures,* also vor dem Einschlagen des jeweiligen pflegepolitischen Pfades, werden zum einen die Pflegereformen der ersten Hälfte der 1990er Jahre *policy*-analytisch ausgewertet. In allen drei Ländern haben in diesem Zeitraum größere pflegepolitische Reformen stattgefunden. In Großbritannien war dies der *NHS and Community Care Act* aus dem Jahr 1990 (Inkrafttreten: 1993), in Schweden war die wichtigste pflegepolitische Reform in diesem Zeitraum die *Ädel*-Reform aus dem Jahr 1990 (Inkrafttreten: 1992) und in Deutschland handelt es sich um die Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1994 (Inkrafttreten: 1995 und 1996). Des Weiteren wird die inkrementelle Weiterentwicklung der Pflegepolitik in den drei Ländern nachgezeichnet. Zudem wird die Regulierung der Pflegearbeit in den Feldern familiäre, berufliche, ehrenamtliche und transnationale Pflegearbeit dargestellt. Auch hier steht die Entwicklung seit den pflegepolitischen *Critical Junctures* im Vordergrund. Ziel ist es, die nationalen Entwicklungspfade des Wandels und der Ausdifferenzierung von Pflegearbeit in den vier relevanten Pflegearbeitsfeldern zu beschreiben.

Teil D der Arbeit, „Vergleich des pflegepolitischen Wandels: Ökonomisierung der Pflege – Ausdifferenzierung, In-/Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit", ist zweigeteilt. Im ersten Kapitel dieses Teils werden die nationalen Regulierungspfade verglichen und erklärt, in den folgenden Kapiteln werden die Auswirkungen der Pflegereformen auf die Pflegearbeit dargestellt.

Um die nationalen Regulierungspfade zueinander in Beziehung zu setzen, werden die pflegepolitischen Ökonomisierungsprozesse miteinander verglichen.

Dazu wurde ein mehrdimensionales Ökonomisierungskonzept entwickelt. In Bezug auf die *Policy Outputs*, also die pflegepolitischen Ergebnisse bzw. gesetzlichen Änderungen, wird der Wandel der Interaktionsformen (Hierarchie, Wettbewerb, Kooperation, Solidarität/Verpflichtung) dargestellt und verglichen. Ausgehend von unterschiedlichen pflegebezogenen Ausgangspunkten – den nationalen Pflegemodellen – werden die *Policy*-Prozesse weiterhin daraufhin verglichen, ob hinsichtlich der Ziele und der eingesetzten Mittel der Pflegereformen ein konvergenter oder pfadabhängiger Wandel der pflegepolitischen Regulierung vorliegt. Dabei werden drei im wohlfahrtsstaatlichen Theorieteil entwickelte Hypothesen überprüft (Konvergenzhypothese, Divergenzhypothese, divergente Konvergenzhypothese). Die Prozesse der Konvergenz bzw. Divergenz (oder beides) werden im nächsten Schritt anhand der nationalen Regimearrangements der drei Länder (v.a. des politischen Systems sowie des Wohlfahrtsstaats-, Geschlechter- und *Care*-Regimes) und/oder der pflegepolitischen Triebkräfte (Globalisierung und demographischer Wandel) erklärt. Es wird auch zwischen den Teilregimen differenziert und analysiert, welche Erklärungskraft die unterschiedlichen Teilregime für die Frage der länderspezifischen Pfadwahl besitzen. Es wird erläutert, ob sich die Regulierungspfade mit Hilfe der Regimezuordnungen erklären lassen, wie die Teilregime zueinander in Beziehung stehen und welche Teilregime stärkeren Einfluss auf den pflegepolitischen Wandel hatten.

Im nächsten Schritt werden die Auswirkungen der Pflegereformen auf die Pflegearbeit in den Blick genommen. Dabei geht es darum, die längerfristigen Auswirkungen *(Policy Outcomes)* des Wandels der Regulierung der Pflege in den drei Ländern auf die vier Formen der Pflegearbeit darzustellen. Es wird erläutert, wie sich die familiäre, die berufliche, die ehrenamtliche und die transnationale Pflegearbeit infolge der pflegepolitischen Reformen entwickelt und ausdifferenziert haben und welche neuen Zwischenformen zwischen formeller und informeller sowie zwischen bezahlter und unbezahlter Pflegearbeit entstanden sind. Die Ausdifferenzierung und Hybridisierung formeller und informeller Pflegearbeitsformen ist in allen drei Ländern erkennbar, allerdings in jeweils regimespezifischen Ausprägungen.

Daraufhin werden die pflegepolitischen *Outcomes* im Hinblick auf die Frage der Formalisierung oder Informalisierung von Pflegearbeit untersucht. Unter Zuhilfenahme amtlicher Statistiken und Bevölkerungsumfragen wird ermittelt, ob es in den drei Ländern seit den 1990er Jahren erkennbare Verschiebungen zwischen formeller und informeller Pflegearbeit gab. Hat ein Ausbau oder Abbau sozialer (Pflege)Dienste und Einrichtungen stattgefunden und/oder übernehmen Angehörige in höherem oder geringerem Maße Pflegearbeiten? Zudem wird eru-

iert, wie sich die ehrenamtliche Pflegearbeit entwickelt hat und ob transnationale Pflegearbeit eher im formellen oder im informellen Bereich eine Rolle spielt.

Prozesse der Formalisierung bzw. Informalisierung sagen zunächst einmal noch nichts über die Qualität der in-/formellen Pflegearbeit aus. Um eine qualitative Bewertung der In-/Formalisierungsprozesse vornehmen zu können, werden beide Pflegearbeitsformen daraufhin überprüft, ob sie mit Prekarisierungsprozessen oder einer verbesserten Absicherung einhergehen. Es wird gefragt, ob durch die politische Regulierung der formellen Pflegearbeit Prozesse der Qualifizierung oder der De-Qualifizierung, der Auf- oder der Abwertung (v.a. hinsichtlich der Entlohnung und der sozialen Absicherung) und der Verbesserung oder Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in Gang gesetzt wurden. Im Hinblick auf die informelle Pflegearbeit wird analysiert, ob sie materiell und im Hinblick auf die soziale Absicherung auf- oder abgewertet wurde, ob Maßnahmen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie bestehen und ob die potenziell informell Pflegenden Wahlmöglichkeiten besitzen.

Im Fazit, „Wandel von Care-Regimen in Zeiten der Ökonomisierung", werden die nationalen Ökonomisierungspfade einerseits und die pflegearbeitsbezogenen Auswirkungen andererseits (Ausdifferenzierung/Hybridisierung, In-/Formalisierung und Prekarisierung/Absicherung) rückbezogen auf den Wandel von *Care*-Regimen in der Pflege. Dabei geht es darum zu zeigen, wie die Art des Zusammenspiels formalisierender und informalisierender Maßnahmen das *Care*-Regime in der Pflege prägt und verändert.

Teil A

Theoretische Zugänge und Analyserahmen

1. Regulierung der Pflege: *Policy*-Analyse und *Governance*-Forschung

1.1 Von der Steuerungstheorie zur *Governance*-Forschung

Um den Wandel der Pflegepolitik *policy*-analytisch zu untersuchen und zu vergleichen, wird ein Analyseinstrumentarium benötigt, mit dem erstens die an dem Wandel der Regulierung beteiligten Akteure und ihre Interessen adäquat erfasst, mit dem zweitens der institutionelle Kontext der Interaktionen dargestellt sowie drittens der Wandel der Interaktionsformen im Hinblick auf die *Policy Outputs* abgebildet werden können. Des Weiteren muss es sich um einen theoretisch-methodischen Forschungsansatz handeln, innerhalb dessen parlamentarische Gesetzgebungsprozesse, die im Zentrum der *Policy*-Analyse stehen, untersucht werden können. Generell ist eine solche Analyse sowohl im Rahmen steuerungstheoretischer Ansätze, in denen der Staat als Steuerungssubjekt fungiert, als auch mittels *Governance*-Ansätzen, in denen neben dem Staat weitere zivilgesellschaftliche Akteure an den Regulierungsprozessen beteiligt sind und eher kooperative Steuerungsformen im Vordergrund stehen, möglich.

In steuerungstheoretischen Ansätzen wird davon ausgegangen, dass eine klare Trennung zwischen dem Steuerungssubjekt und den Steuerungsobjekten besteht. Der Staat wird in diesen Ansätzen als ein einheitlich handelnder Akteur betrachtet. Er wird als 'Gesetzgeber' analysiert, der 'gute' und 'vernünftige' Politik im Sinne des öffentlichen Interesses verfolgt (vgl. Héritier 1993, 9; Mayntz/Scharpf 1995c, 11; Mayntz 1997, 190ff.; Gawron 2010, 5).

Diese frühen Ansätze der *Policy*-Forschung wurden bald kritisch hinterfragt, z.B. im Hinblick auf das steuerungstheoretische Erklärungspotential oder das Nicht-Erreichen der Steuerungsziele (vgl. Héritier 1993, 3ff.; Sabatier 1993, 116ff.; Mayntz 1997, 187f.; Mayntz 2006, 13; Gawron 2010, 5f.; zur Genese und Kritik der Policy-Forschung vgl. auch Auth 2002b, 53ff.). Aus dieser Kritik heraus wurden neuere *policy*-analytische Ansätze mit verfeinerten Analyserastern entwickelt, in denen die Ausdifferenzierung der staatlichen und nicht-staatlichen Akteure, deren institutionelle Eingebundenheit sowie deren Interessen und Präferenzen stärker betont wurden. Auch das Beziehungsgeflecht zwischen verschiedenen

staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren, Institutionen und Ideen rückte stärker in den Mittelpunkt. Demgegenüber orientiert man sich seither weniger stark an Modellen, die von einer formalen Abfolge der Phasen des politischen Entscheidungsprozesses ausgehen (vgl. Janning/Toens 2008, 10). Zu den neueren Ansätzen zählt beispielsweise die Neokorporatismusforschung, in der die staatlichen Akteure und die großen Interessenverbände (v.a. Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände) im Mittelpunkt stehen und in der Prozesse der sektoralen oder regionalen Institutionalisierung korporatistischer Steuerungsformen untersucht werden (vgl. z.B. Streeck/Schmitter 1985). Auch der von *Paul Sabatier* (1993; 2010) entwickelte *Advocacy Coalitions*-Ansatz, in dem *policy*-bezogene Netzwerke mit relativ konstanten Wertvorstellungen *("belief systems")* im Mittelpunkt stehen, sowie Netzwerkanalysen, die davon ausgehen, dass Akteure im Rahmen von Netzwerken mit unterschiedlichen Beziehungsmustern aktiv sind (vgl. Pappi 1993; Schneider/Janning 2009), zählen zu den neueren Ansätzen der *Policy*-Forschung. Sehr weit ausgereift ist zudem das Konzept des akteurszentrierten Institutionalismus (vgl. Mayntz/Scharpf 1995a; Scharpf 2006), in dem Akteurskonstellationen im institutionellen Kontext analysiert werden. All diese Ansätze können bereits zur *Governance*-Forschung gezählt werden, v.a., weil sie von einem breiten Akteursspektrum ausgehen, das nicht nur staatliche Akteure umfasst, und weil sie den institutionellen Kontext von Steuerungsmaßnahmen berücksichtigen.

Im Rahmen der *Governance*-Forschung sind seit den 1990er Jahren vielfältige Ansätze entwickelt worden, um *Policy*-Wandel zu erklären. Die *Governance*-Ansätze, die in den Wirtschaftswissenschaften – genauer: in der Institutionenökonomie – ihren Ursprung haben, nehmen eine andere Perspektive ein als die Steuerungstheorie. Während im Rahmen steuerungspolitischer Ansätze die Akteure fokussiert werden, stehen im Rahmen der *Governance*-Forschung die Institutionen und die Regelungsstrukturen im Vordergrund (vgl. Mayntz 2006, 12ff.; Schuppert 2008, 16; Benz/Dose 2010, 17). Es geht um „das dynamische Zusammenwirken zwischen Strukturen und Prozessen, zwischen Institutionen und Akteuren, zwischen Regeln und Regelanwendung" (Benz/Dose 2010, 27). In den *Governance*-Ansätzen ist demnach nicht mehr das Steuerungssubjekt zentral, sondern die institutionelle Struktur der *Global Governance* bzw. die Koordination von Handlungen (vgl. Mayntz 2006, 14). Nach *Arthur Benz* und *Nicolai Dose* (2010, 15f.) sind es v.a. drei Entwicklungen, die die sozialwissenschaftliche Nutzung des *Governance*-Ansatzes legitim erscheinen lassen: die Denationalisierung, also die Unmöglichkeit der Lösung vieler sozialer, wirtschaftlicher und ökologischer Probleme auf nationalstaatlicher Ebene (vgl. auch Zürn 1998),

die Mehrebenenverflechtung, womit die Verknüpfung unterschiedlicher Entscheidungsebenen gemeint ist, sowie die zunehmende Aufhebung der Trennung zwischen Staat und Gesellschaft.

Die *Governance*-Ansätze haben zunächst im Rahmen von Regulierungen auf supranationaler und internationaler bzw. globaler Ebene Eingang in die politikwissenschaftliche Forschung gefunden. Im Zentrum der *Governance*-Forschung stand zum einen die Regelungsstruktur der EU, die Elemente einer Mehrebenenpolitik und von Netzwerkstrukturen aufweist (vgl. Benz 1998; vgl. auch Mayntz 2006, 13f.). Mit dem Begriff *Global Governance* werden die Kooperationen staatlicher mit gesellschaftlichen Akteuren und die zivilgesellschaftliche Selbstregulierung betont (vgl. Benz/Dose 2010, 23f.). In den Internationalen Beziehungen haben die *Governance*-Ansätze auch im Rahmen der Bewältigung transnationaler Probleme ohne zentralen Akteur (vgl. Schuppert 2008, 16) bzw. ohne eine „übergeordnete souveräne Instanz" (Gawron 2010, 14) Anwendung gefunden.

Neben den Internationalen Beziehungen wurde der *Governance*-Begriff durch die Betonung institutioneller Strukturen auch für die *Policy*-Forschung attraktiv. „In der Policy-Forschung passte der Begriff [der Governance, D.A.] gut auf die Besonderheit des 'kooperativen Staats', das heißt der politischen Steuerung unter Mitwirkung zivilgesellschaftlicher Akteure." (Mayntz 2006, 15) Damit wird die für die Steuerungstheorie konstitutive Grenze zwischen Regelungssubjekt und -objekt aufgebrochen. Die Regelungsobjekte im Sinne gesellschaftlicher Akteure wirken mit, wenn es um die Aufstellung von Regeln sowie um Durchsetzungsaspekte geht. Mit diesem Perspektivenwechsel geht gleichzeitig eine Ausdifferenzierung des Staatsbegriffs einher. Der Staat wird nicht mehr als unitarischer autonomer Akteur betrachtet, sondern als Geflecht aus heterogenen Akteuren, das aus Regierung, Opposition, unterschiedlichen politischen Ebenen, Parlament, Behörden, Ämtern etc. besteht (vgl. Mayntz 2006, 15).

Die politikwissenschaftliche *Governance*-Forschung hat die Steuerungstheorie mittlerweile abgelöst und prägt die seitdem entstandenen *policy*-analytischen Studien in hohem Maße. Dabei gibt es unterschiedliche Möglichkeiten der Unterscheidung verschiedener *Governance*-Formen. So unterscheidet *Michael Zürn* (1998, 169ff.; vgl. auch Schuppert 2008, 16; Benz/Dose 2010, 26) drei Varianten von *Governance:* (1) *Governance by Government*, worunter das Regieren in hierarchischen Strukturen mittels einer übergeordneten Regierungsinstanz verstanden wird, (2) *Governance with Government*, womit das kooperative Regieren unter Beteiligung einer Regierungsinstanz gemeint ist, und (3) *Governance without Government* oder *Global Government*, was der Selbstorganisation von Akteuren

in internationalen Regimen ohne übergeordnete Zentralinstanz entspricht. In der Realität kommt es allerdings meist zu Mischformen dieser unterschiedlichen Formen des Regierens. Eine weitere Einteilung von Steuerungsinteraktionen nimmt *Jan Kooiman* (2006) vor. Der Systemtheoretiker unterscheidet drei Modi von *Governance*: (1) *Self-Governance*, worunter er nicht institutionalisierte, sich selbstregulierende Interaktionen verschiedener Akteure versteht, (2) *Co-Governance*, der wichtigsten Form horizontaler Steuerung, die ebenfalls von Interaktionen gleichberechtigter Akteure ausgeht, wobei diese hier innerhalb eines institutionellen Rahmens agieren, sowie (3) hierarchische *Governance*, womit sich *Kooiman* auf Interaktionen bezieht, die in einem institutionellen Rahmen von staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren innerhalb eines hierarchischen Beziehungsmusters durchgeführt werden, z.B. in politischen Gesetzgebungsverfahren (vgl. Kooiman 2006, 156ff.; vgl. auch von Blumenthal 2009, 61f.).

An dieser Stelle kann festgehalten werden, dass steuerungstheoretische Ansätze zum einen aufgrund ihrer starken Trennung von Steuerungssubjekt und -objekt, zum anderen wegen der Vernachlässigung institutioneller Aspekte wenig geeignet erscheinen, den pflegepolitischen Wandel der 1990er Jahre vergleichend zu erfassen. *Governance*-Ansätze, die von einem breiteren Akteursspektrum und der institutionellen Eingebundenheit der Akteure ausgehen, sind analytisch deutlich passfähiger. Die Regulierungsperspektive wurde mit der *Governance*-Forschung erweitert. Damit wird die politische Steuerung jedoch nicht in Frage gestellt, sondern um weitere Perspektiven ergänzt (vgl. Mayntz 2006, 17).

Der *Governance*-Ansatz wird in dieser Studie verwendet, erstens, weil er geeignet ist, das pflegepolitische Akteursspektrum, das aus vielen staatlichen, aber auch nicht-staatlichen Akteuren besteht, abzubilden. Zum Zweiten wird hinsichtlich des parlamentarischen Gesetzgebungsprozesses an *Governance*-Formen, die die Interaktionen innerhalb hierarchischer Strukturen abbilden, angeknüpft. Drittens kann mithilfe der unterschiedlichen *Governance*-Formen gezeigt werden, wie sich die Regelungsstruktur im Pflegebereich durch die Reformen *(Policy Output*[1]*)* verändert hat. Und viertens wird der *Governance*-Ansatz hier verwendet, weil

1 In der *Policy*-Forschung wird zwischen *Policy Outputs*, *Policy Impacts* und *Policy Outcomes* unterschieden. Bei den *Policy Outputs* handelt es sich um die konkreten Maßnahmen, Leistungen, Gesetze und Verordnungen, die direktes Ergebnis der *Policies* sind. Unter *Policy Impacts* versteht man die direkten Wirkungen der Maßnahmen auf die Betroffenen bzw. die Adressat/innen der *Policies*. Unter den *Policy Outcomes* werden demgegenüber die indirekten, längerfristigen Auswirkungen von Maßnahmen und Gesetzen verstanden. Dazu zählen auch nicht-intendierte Auswirkungen (vgl. Jann/Wegrich 2003, 95).

die institutionellen Entscheidungsstrukturen – deutlich stärker als in älteren *Policy*-Analysen üblich – einbezogen werden.

1.2 Der akteurszentrierte Institutionalismus

Ein *Governance*-Ansatz, der sowohl die Ausdifferenziertheit der Akteure als auch die institutionellen Rahmenbedingungen integriert, stellt der in den 1970er Jahren entwickelte akteurszentrierte Institutionalismus von *Renate Mayntz* und *Fritz W. Scharpf* dar (Mayntz/Scharpf 1995a; vgl. Scharpf 2006f.). Dabei wird im akteurszentrierten Institutionalismus die verengte Gesetzgeberperspektive der frühen *Policy*-Forschung erweitert, indem im Sinne der Neokorporatismus- und der *Governance*-Forschung sowohl staatliche als auch nicht-staatliche Akteure in die Analyse einbezogen werden (vgl. Mayntz/Scharpf 1995c, 1995a). Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass politische Prozesse sowohl durch die Interaktionen kollektiver oder korporativer Akteure geprägt sind, die bestimmte Fähigkeiten und Wertvorstellungen aufweisen, als auch vom institutionellen Kontext und der Politikumwelt beeinflusst werden (vgl. Scharpf 2006, 74f.). Die von *Mayntz* und *Scharpf* (1995a, 46) eingenommene „Doppelperspektive auf Akteure und Institutionen" betont deren Wechselspiel und gegenseitige Beeinflussung.

Dabei verwenden *Mayntz* und *Scharpf* einen Institutionenbegriff, der an den politikwissenschaftlichen Neoinstitutionalismus anknüpft. Institutionen sind hier in einem engen Sinne auf Regelungssysteme bezogen, die den Handlungskontext bilden, innerhalb dessen die Akteure handeln. Regelsysteme umfassen zum einen formale rechtliche Regeln, zum anderen aber auch soziale Normen, deren Nichteinhaltung zu Reputationsverlust, sozialer Missbilligung oder Einschränkungen in der Kooperation führen können. Die institutionellen Regelungen schaffen demnach wechselseitige Erwartungssicherheit und bilden die Grundlage für soziales Handeln, das über persönliche Beziehungen hinausgeht. Demgegenüber werden kulturelle Aspekte von Institutionen im Kontext dieses engen Institutionenbegriffs nicht berücksichtigt (vgl. Mayntz/Scharpf 1995a, 43ff.; Scharpf 2006, 76f.).

Im Rahmen des akteurszentrierten Institutionalismus wird ein komplexer Akteursbegriff verwendet. *Policy*-Prozesse sind v.a. geprägt von kollektiven und korporativen Akteuren, die aus größeren Einheiten von Individuen bestehen (vgl. Scharpf 2006, 96ff.; Mayntz/Scharpf 1995a, 49f.). Sie sind institutionell konstituiert, d.h., sie bekommen Aufgaben und Kompetenzen zugewiesen, besitzen bestimmte materielle und rechtliche Handlungsressourcen, verfolgen institutionell vorgegebene Ziele, interagieren zu bestimmten vorgegebenen Anlässen in

dafür geschaffenen Arenen und unterliegen staatlichen Sanktionsmechanismen. Dennoch haben sie Möglichkeiten, ihre Handlungsorientierungen auch selbst zu bestimmen und weisen Merkmale einer sozialen Organisation auf (vgl. Mayntz/Scharpf 1995a, 51; Scharpf 2006, 78f., 95ff.).

Bei der Nutzung von Handlungsspielräumen durch die Akteure spielen Handlungsorientierungen eine wichtige Rolle. Diese lassen sich zum Teil institutionell aus der vorgegebenen Aufgabe ableiten, liegen aber auch in der Position innerhalb einer Akteurskonstellation und in den Eigenschaften und Präferenzen der individuellen, kollektiven und korporativen Akteure begründet (vgl. Scharpf 2006, 110ff., 148ff.; vgl. auch Mayntz/Scharpf 1995a, 52ff.). Die Handlungsorientierungen sind v.a. innerhalb von Akteurskonstellationen relevant. Im Rahmen der Bildung von Akteurskonstellationen unterscheidet *Scharpf* (2006, 127) aus Vereinfachungsgründen zwischen primären Akteuren, die „direkt und notwendigerweise an politischen Entscheidungen beteiligt sind", und den anderen Akteuren, die die Entscheidungen der primären Akteure (lediglich) beeinflussen können (vgl. Scharpf 2006, 87ff., 128ff.). Die Akteurskonstellationen werden bei *Scharpf* (2006, 90ff., 167ff.) mit Interaktionsformen verknüpft. Zu den institutionell verankerten Interaktionsformen zählen erstens „einseitiges Handeln" (Interaktionen zwischen egoistischen, nicht-kooperativen Akteuren bei minimalen institutionellen Rahmenbedingungen), zweitens „Verhandlungen" (Interaktionen zwischen kooperativen Akteuren unter der Bedingung der Verbindlichkeit der ausgehandelten Vereinbarungen), drittens „Mehrheitsentscheidungen" (z.B. Referenden) und viertens „hierarchische Steuerung" (z.B. Weisungsbefugnis in hierarchisch strukturierten Unternehmen oder demokratisch legitimiertes Regierungshandeln). Die Interaktionsformen können dabei in unterschiedlichen institutionellen Kontexten vorkommen. Institutionelle Kontexte dienen „[...] als Sammelbegriff zur Beschreibung der wichtigsten Einflüsse auf jene Faktoren, die unsere Erklärungen eigentlich bestimmen – nämlich Akteure mit ihren Handlungsorientierungen und Fähigkeiten, Akteurskonstellationen und Interaktionsformen." (Scharpf 2006, 78) Durch die institutionellen Kontexte werden die Verhaltensmöglichkeiten der Akteure begrenzt und tragen auf diese Weise zur Erklärung von Akteurshandeln bei (vgl. Scharpf 2006, 78). Mögliche institutionelle Kontexte sind „anarchische Felder und minimale Institutionen", „Netzwerke, Regime und Zwangsverhandlungssysteme", „Verbände und repräsentative Versammlungen" sowie „hierarchische Organisationen und der Staat". Während die ersten beiden Interaktionsformen (einseitiges Handeln und Verhandlungen) in allen institutionellen Kontexten vorkommen können, sind Mehrheitsentscheidungen nur im institutionellen Kontext von Netzwerken,

Regimen und Zwangsverhandlungssystemen oder von hierarchischen Organisationen und dem Staat möglich. Hierarchische Steuerung gibt es lediglich im institutionellen Kontext hierarchischer Organisationen und dem Staat (vgl. auch Mayntz/Scharpf 1995a, 62). Durch die Kombination von Akteurskonstellationen und Interaktionsformen wird die Erstellung einer spieltheoretisch fundierten Matrix möglich.

Im Rahmen eines Gesetzgebungsprozesses bildet die hierarchische Autoritätsstruktur den institutionellen Kontext, innerhalb dessen unterschiedliche Interaktionsformen zur Anwendung kommen können. Verhandlungen, die innerhalb der hierarchischen Autoritätsstruktur vorkommen, weisen allerdings nicht den Charakter „freier Verhandlungen" auf (vgl. Scharpf 2006, 323). Umgekehrt kann man in *Policy*-Prozessen innerhalb einer hierarchischen Autoritätsstruktur nicht zwingend von hierarchischer Steuerung ausgehen, da politische Entscheidungen oftmals nicht durch einseitige „Handlungsvollmachten einer hierarchischen Autorität getroffen [werden], sondern [...] weitgehend durch Verhandlungen zwischen den betroffenen Gruppen und durch die Präferenzen und Wahrnehmungen dieser Gruppen bestimmt [werden]." (Scharpf 2006, 335) Die Einbettung der Interaktionsform „Verhandlungen" in hierarchische oder majoritäre Autoritätsstrukturen beeinflusst allerdings maßgeblich die Interaktionen und die Ergebnisse der Verhandlungen.

Mayntz und *Scharpf* haben den Ansatz des akteurszentrierten Institutionalismus insbesondere auf Reformen in „staatsnahen Sektoren" angewandt. „Als 'staatsnahe' Sektoren bezeichnen wir gesellschaftliche Funktionsbereiche, die nicht zum Kernbestand der hoheitlichen Staatsfunktionen gehören, für die der Staat – im Durchschnitt der westlichen Industriegesellschaften – aber dennoch ein Maß an Verantwortung übernommen hat [...]" (Mayntz/Scharpf 1995c, 13f.). Die staatliche Verantwortungsübernahme reicht in staatsnahen Sektoren weiter als in reinen Marktsektoren, aber weniger weit als die unmittelbare Leistungserbringung im Staatsapparat. Als Beispiele für staatsnahe Sektoren nennen *Mayntz* und *Scharpf* die Systeme der sozialen Sicherung, die Telekommunikation und die Energieversorgung sowie das Bildungswesen und die Forschungssysteme (vgl. Mayntz/Scharpf 1995c, 13). Als Dimensionen von Staatsnähe werden erstens die breitere und intensivere Form der rechtlichen Regulierung sowie zweitens das höhere Maß an organisatorischer, finanzieller, personeller und sachlicher Abhängigkeit vom Staatsapparat genannt, wobei die beiden Dimensionen je nach betrachtetem staatsnahen Sektor deutlich variieren können (vgl. Mayntz/Scharpf 1995c, 14). Staatsnahe Sektoren sind hochgradig organisiert und weisen sowohl Elemente gesellschaftlicher Selbstorganisation als auch staatlicher Regelung auf.

„In den staatsnahen Sektoren finden sich in der Regel Elemente aller Governance-Typen in komplexen Mischungsverhältnissen, besonders oft jedoch Formen der horizontalen Koordination (Netzwerke beziehungsweise Verhandlungssysteme)." (Mayntz/Scharpf 1995b: 62) Die Autor/innen sprechen hier von *Governance*, um deutlich zu machen, dass es vielfältige Möglichkeiten der Steuerung und Selbstorganisation gibt, von denen die einseitige Steuerung durch den Staat nur eine ist (vgl. Mayntz/Scharpf 1995a: 16). Statt des (zu) engen Steuerungsbegriffs verwenden *Mayntz* und *Scharpf* (1995c, 16) den Begriff der „Regelung" im Sinne von *Governance*. *Mayntz* und *Scharpf* (1995c, 16ff.) unterscheiden bezüglich der staatsnahen Sektoren analytisch zwischen einer Leistungsstruktur, die sich auf alle Einrichtungen bezieht, die an der Leistungserbringung in einem Sektor beteiligt sind, und einer Regelungsstruktur, die sich auf staatliche und nicht-staatliche Akteure in einem Sektor bezieht, die in der Lage sind, die Leistungsstrukturen zu gestalten oder zu verändern. Es handelt sich allerdings um eine analytische Trennung, denn in der Realität kann ein Akteur sowohl an einer Regulierung mitwirken als auch als Leistungserbringer von ihr betroffen sein. Im Rahmen des akteurszentrierten Institutionalismus steht die Regelungsstruktur im Vordergrund. Regelungsinstrumente sind negativ sanktionierte Verhaltensgebote und -verbote, Verfahrens- und Organisationsregeln, materielle Anreize sowie Informations-und Überzeugungsstrategien.

1.3 Pflegepolitik im Kontext der *Governance*-Forschung und des akteurszentrierten Institutionalismus

Diese Arbeit lässt sich im Hinblick auf die *Policy*-Analyse in der politikwissenschaftlichen *Governance*-Forschung verorten – und zwar in dem Strang, der sich mit nationalstaatlicher Regulierung in „Verfahren der repräsentativen Demokratie" (Benz/Dose 2010, 28), im Rahmen von „hierarchischer Governance" (Kooiman 2006, 161f.) oder von *"Governance by Government"* (Zürn 1998, 169f.) beschäftigt. Der akteurszentrierte Institutionalismus wurde als Analyseraster ausgewählt, weil es mit ihm möglich ist, das institutionell eingebundene Akteursgeflecht in den pflegepolitischen Gesetzgebungsprozessen sowie den Wandel der Steuerungsformen der pflegepolitischen *Outputs* zu erfassen. Die Verwendung dieses Analyseansatzes im Hinblick auf die Untersuchung pflegepolitischer Regulierungsprozesse bietet sich zudem an, weil Pflegearbeit zu großen Teilen in den Bereich der sozialen Sicherung, genauer: des Gesundheitswesens oder der sozialen Dienste, fällt und damit in den Bereich eines „staatsnahen Sektors". Pflegepolitik wird also in einem „Zwischenreich zwischen Markt und Staat" (Mayntz/

Scharpf 1995c, 14) reguliert. *Governance*-Strukturen werden hier also nicht in marktlichen Sektoren oder im Rahmen von Regulierungen auf supra- oder internationaler Ebene untersucht, sondern im Kontext nationaler pflegebezogener Gesetzgebungsverfahren, an denen auch nicht-staatliche Akteure beteiligt sind bzw. Einfluss ausüben.

Bei der Pflegepolitik handelt es sich eher um ein geschlossenes als um ein offenes *Policy*-Netz. Die Zahl der beteiligten Akteure ist zwar nicht institutionell festgelegt, aber auch nicht beliebig. Der Zugang zum *Policy*-Netz ist eher schwer, die Beziehungen sind institutionalisiert, aber nicht rein tripartistisch angelegt. Zu den kollektiven und korporativen Akteuren, die an der Regulierung der Pflege beteiligt sind, zählen sowohl staatliche als auch nicht-staatliche Akteure. Zu den staatlichen Akteuren zählen die Regierungen bzw. Regierungskoalitionen, verschiedene Ministerien (v.a. Gesundheits-, Familien- und Sozialministerien), die Parlamente und die parlamentarischen Ausschüsse (v.a. die Gesundheits- und die Sozialausschüsse), die Regierungs- und die Oppositionsparteien bzw. -fraktionen, die politischen Akteure auf Bundes-, Länder-/Provinz- und Kommunalebene sowie verschiedene (para-)staatliche Ämter und Behörden. Zu den nicht-staatlichen Akteuren gehören zum einen die Tarifvertragsparteien (Dachverbände der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände) zum anderen Verbände (z.B. Wohlfahrtsverbände, Verbände privater Anbieter sozialer Dienste, Verbände der Gesundheitsberufe oder Lobbyorganisationen der informell Pflegenden).[2]

Es wird davon ausgegangen, dass die Akteure der pflegepolitischen Gesetzgebungsprozesse innerhalb des institutionellen Kontextes der hierarchischen Autoritätsstruktur handeln. Die Interaktionsformen können demgegenüber variieren, wobei auch hier die hierarchische Steuerung dominiert. Die Pflegereformen finden im nationalstaatlich regulierten Politikfeld der Pflege- bzw. Gesundheitspolitik statt, in dem die Akteurskonstellationen von staatlichen Akteuren dominiert werden.[3] Es finden sich im Rahmen der nationalen Pflegere-

2 Die EU wird nicht als eigenständiger Akteur in die Analyse der Pflegepolitik einbezogen, weil sie im Rahmen der nationalen Gesetzgebungsverfahren nicht als Akteur auftritt. Zudem zählt die Sozialpolitik bislang nicht zu den vergemeinschafteten Politikfeldern. Der Einfluss der EU ist dennoch auch im Rahmen der Pflegepolitik erkennbar und geht in dieser Studie im Rahmen der Politikumwelt bzw. der pflegepolitischen Triebkräfte mit in die Analyse ein.

3 Die Arenen, in denen die Pflege*arbeit* politisch reguliert wird, sind dagegen vielfältig. Sie reichen von Gesetzgebungs- und Verordnungsverfahren auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene in unterschiedlichen *Policy*-Feldern (Sozial-, Arbeitsmarkt-, Gesundheits-, Familien-, Gleichstellungs- und Migrationspolitik) über Aushand-

formen aber auch kooperative *Governance*-Strukturen, wie Verhandlungen, d.h., nicht-staatliche kollektive und korporative Akteure wirken an der Regulierung der Pflege mit. Beispiele hierfür sind die Einbeziehung gesellschaftlicher Akteure in den schwedischen Gesetzgebungsprozesse (*Remiss*-Verfahren) oder im Rahmen von Anhörungen in Ausschüssen (Gesetzgebungsprozess in Deutschland und Großbritannien). Diese Art von Verhandlungen finden jedoch im „Schatten der Hierarchie" (Scharpf 2006, 323), wie *Scharpf* die spezifische Verknüpfung der Interaktionsform der Verhandlungen in hierarchischen Autoritätsstrukturen bezeichnet, statt. „Staatliche Machtausübung und Verhandlung wirken mithin nebeneinander und ergänzen sich fallweise sogar, wobei der Staat *primus inter pares* bleibt." (Mayntz 2010, 44, Herv. i. O.)

Aufgrund dieser spezifischen Art des Zusammenwirkens dominierender staatlicher und beteiligter nicht-staatlicher Akteure verwende ich in dieser Studie den Begriff der 'Regulierung'. Unter Regulierung werden *Policy*-bezogene Aushandlungsprozesse staatlicher und gesellschaftlicher Akteure verstanden, die innerhalb eines institutionellen Rahmens und unter Leitung und Kontrolle einer staatlichen Zentralinstanz stattfinden. Damit wird eine höhere staatliche Beteiligung an Handlungskoordinierungen als in kooperativen *Governance*-Strukturen betont, für die *Scharpf* und *Mayntz* (1995c, 16) den Begriff der „Regelung" verwenden. Gleichzeitig findet durch diese Begriffswahl eine Abgrenzung von dem Begriff des Regierens bzw. Steuerns der Steuerungstheorie statt. *Mayntz* versteht unter Steuerung die „(Fähigkeit zur) konzeptionell orientierten Gestaltung der gesellschaftlichen Umwelt durch politische Instanzen" (Mayntz 1997, 189). In dieser Studie wird dagegen davon ausgegangen, dass die politischen Akteure eher regulieren als steuern, da kollektive und kooperative Akteure aktiv am Regulierungsprozess beteiligt sind.

Des Weiteren wird mit *Scharpf* und *Mayntz* (1995a, 45; Scharpf 2006, 74f.) angenommen, dass ökonomische und sozio-demographische Faktoren – die „nicht-institutionelle[n] Faktoren" oder die „Politikumwelt" – die Interessen und Präferenzen der Akteure beeinflussen. Zu den wichtigsten pflegepolitischen Triebkräften der 1990er Jahre zählen die wirtschaftliche Globalisierung, der demographische Wandel sowie der Wandel von Familienformen und Geschlechterverhältnissen (vgl. Kap. 6).

---

lungen auf tarifvertraglicher und betrieblicher Ebene bis hin zu Vereinbarungen von staatlichen Akteuren mit Verbandsvertreter/innen (z.B. Mindestlohnregulierung, Aushandlung von Löhnen und Arbeitsbedingungen, Verträge über soziale Dienste und Leistungen).

Es wird hier weiter davon ausgegangen, dass sich die *Governance*-Strukturen in den drei untersuchten Ländern deutlich voneinander unterscheiden.

> „In unitarischen Staaten ist das Maß horizontaler und vertikaler Politikverflechtung geringer als in föderalistischen, und nicht alle europäischen Länder weisen gleich ausgeprägte neokorporatistische Strukturen auf. Basierend auf verschiedenen Prozessen der Nationenwerdung variiert auch das Maß staatlicher Aufgabenübertragung (oder -überlassung) an die gesellschaftliche Selbstregelung." (Mayntz 2010, 41)

Die Politikverflechtung ist in Deutschland größer als in Großbritannien und Schweden, und die neokorporatistischen Strukturen sind in Schweden und Deutschland deutlich ausgeprägter als in Großbritannien. Und die staatliche Aufgabenübertragung an gesellschaftliche Akteure ist in Deutschland traditionell höher als in Schweden und in Großbritannien. Diese unterschiedlichen *Governance*-Strukturen spiegeln sich in den nationalen Pflegereformprozessen wider.

Im Rahmen des hier beschriebenen Analyserasters liegt das Hauptaugenmerk der *Policy*-Analyse auf der Untersuchung der Art und Weise, wie sich pflegepolitischer Wandel vollzieht, also wie sich pflegepolitische Strukturen *(Policy Outputs)* durch politische Prozesse verändern.

2. Pflegepolitischer Wandel im Kontext der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung

2.1 Pflegepolitischer Wandel im Kontext der Restrukturierung des Wohlfahrtsstaates

2.1.1 Governance in der Wohlfahrtsstaatforschung

Auch wenn der Wohlfahrtsstaat lange Zeit kein Thema der *Governance*-Forschung war (vgl. Daly 2003, 118), so wurde die Arbeitsteilung zwischen staatlichen, marktlichen und privaten Akteuren im Bereich der Sozialpolitik schon beschrieben, bevor sich dieser Forschungsstrang richtig etabliert hatte (vgl. Evers/Wintersberger 1988; Evers/Olk 1996a; Esping-Andersen 1990; Kaufmann 2002, 261ff.; vgl. auch Dingeldey/Rothgang 2009c, 6; Dingeldey 2008, 314). Die wohlfahrtsstaatliche Aufgabenverteilung zwischen dem (Wohlfahrts-) Staat und dem Markt spielt beispielsweise bereits in *Gøsta Esping-Andersens* (1990; 1999) Wohlfahrtsstaatstypologie eine wichtige Rolle. Die feministische Wohlfahrtsstaatsforschung hat diese Aufgabenverteilung aufgegriffen und um die familiäre Wohlfahrtsproduktion erweitert. Eingebürgert hat sich mittlerweile der Begriff des „Wohlfahrtsdreiecks" mit dem Staat, dem Markt und der Familie als den drei Orten der Wohlfahrtsproduktion.

Ein wohlfahrtsstaatlicher Theorieansatz, der sich mit der Erweiterung des Wohlfahrtsdreiecks zum Viereck beschäftigt, stellt das Konzept des Wohlfahrtspluralismus' oder *Welfare Mixes* von *Adalbert Evers* und *Thomas Olk* (1996b) dar. In diesem Konzept werden – neben dem Staat und dem Markt – auch die Wohlfahrtssektoren Familie und informelle Unterstützungsnetzwerke (Gemeinschaften) sowie der *Nonprofit*-Sektor bzw. zivilgesellschaftliche Organisationen in die Analyse der Wohlfahrtsproduktion miteinbezogen (vgl. Evers/Olk 1996b, 14ff.; vgl. auch Kaufmann 2002, 266ff.).

Ausgehend von der in diesen theoretischen Ansätzen dargestellten Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Sektoren der Wohlfahrtsproduktion führte die wohlfahrtsstaatliche *Governance*-Forschung zu einer Verschiebung des Blickwinkels. Es werden nicht mehr nur die Leistungsanpassungen betrachtet, sondern – das ist das Neue – auch die Steuerungsformen und -prozesse sowie

die Veränderung von Staatlichkeit (vgl. Dingeldey 2008, 313ff.; Bode 2007, 402; Daly 2003, 119f.). In Bezug auf die Steuerungs- bzw. Interaktionsformen wird v.a. zwischen (1) hierarchischer Steuerung, (2) marktlicher Steuerung bzw. Wettbewerb, (3) Verhandlungen bzw. Steuerung in Netzwerkstrukturen oder korporatistischen Arrangements sowie (4) Steuerung in gemeinschaftlichen Kontexten (Solidarität) unterschieden (vgl. Kaufmann 2002, 189ff.; Klenk/Nullmeier 2004, 27ff.; Dingeldey/Rothgang 2009c, 8; Rothgang 2009, 22ff.). Diese im wohlfahrtsstaatlichen Kontext relevanten Steuerungsformen weisen Überschneidungen zu den Interaktionsformen von *Scharpf* (2006, 90ff.) auf, sind aber nicht deckungsgleich.

Mittlerweile existiert eine nicht unbeträchtliche Zahl an Studien, in denen einzelne wohlfahrtsstaatliche Felder mit Hilfe von *Governance*-Ansätzen untersucht wurden, z.B. im Bereich der aktivierenden Arbeitsmarktpolitik (vgl. Schmid 2005; Dingeldey 2011; Wood 2001b), der Privatisierung der Alterssicherung (vgl. Leisering 2011a; Myles/Pierson 2001), der wettbewerbsorientierten Reformierung des Gesundheitswesens (vgl. Bandelow 2004; Rothgang 2006, 2009; Gerlinger 2009; Giaimo 2001) oder der Modernisierung der Familienpolitik (vgl. Bothfeld 2005). Es wurden entweder einzelne Länder-Fallstudien zur Einführung von *Governance*-Elementen in bestimmte wohlfahrtsstaatliche Felder angefertigt oder vergleichende Studien durchgeführt, in denen das Thema Konvergenz bzw. Divergenz wohlfahrtsstaatlicher Strukturen oder *Policies* im Vordergrund steht. Die Einführung von *Governance*-Strukturen bezieht sich dabei zum einen auf die Beteiligung nicht-staatlicher Akteure an wohlfahrtsstaatlichen Entscheidungsprozessen, zum anderen auf die Integration nicht-staatlicher Akteure in den Bereich der Erbringung wohlfahrtsstaatlicher Leistungen (vgl. Dingeldey/Rothgang 2009c, 6f.). "In social policy, therefore, governance denotes a differentiated mix of various forms of governance at both the policy and political level." (Dingeldey/Rothgang 2009c, 7). Auch *Ingo Bode* weist auf diese beiden Dimensionen von *Governance* im Wohlfahrtsstaat hin.

> „Die Steuerung von Wohlfahrtssystemen umfasst nun sowohl die Aushandlung von Transferregelungen und 'Produktionsnormen' innerhalb des politischen Systems (unter Beteiligung von nichtstaatlichen Akteuren), als auch die Koordination verschiedenartiger Interventionsinstanzen (z.B. Versicherungsträger, Sozialverwaltungen, Wohlfahrtsverbände) in der Versorgungspraxis selbst." (Bode 2007, 403)

Diese Unterscheidung ist im Kontext der hier vorgenommen *Policy*-Analyse wichtig. Während sich die *Policy*-Analyse der pflegepolitischen Reformen der 1990er Jahre auf die erste der beiden genannten *Governance*-Dimensionen bezieht, geht es in Bezug auf die zweite *Governance*-Dimension um das Ergebnis des pflegepoli-

tischen Gesetzgebungsverfahrens bzw. den Wandel der Koordinationsstrukturen *in* der Pflege. Die Anwendung des *Governance*-Ansatzes auf wohlfahrtsstaatliches Terrain erfolgt in erster Linie im Kontext der Pflege-*Outputs*. Dies hat v.a. damit zu tun, dass sich die Regelungsstrukturen auf der Ebene der *Policy Outputs* in höherem Maße verändert haben als im Gesetzgebungsprozess.

In den erwähnten wohlfahrtsstaatlichen *Governance*-Studien werden einige übergreifende Entwicklungstrends aufgezeigt. Dazu zählen zum einen die Veränderung der Regulierungsmuster in Richtung Regulierungs- und Gewährleistungsstaat mit einer geringeren staatlichen Beteiligung an Aufgaben der Leistungserbringung (vgl. Dingeldey 2008, 318; Leisering 2011b, 254ff.; Schuppert 2005, 11ff.), zum anderen inhaltliche Trends in Richtung Deregulierung, Privatisierung und Vermarktlichung wohlfahrtsstaatlicher Politiken. Diese Trends – oder zumindest Teile davon – lassen sich auch im Pflegesektor zeigen.

Anknüpfend an die wohlfahrtsstaatliche *Governance*-Forschung und die Vier-Sektoren-Theorie von *Evers* und *Olk* wird hier davon ausgegangen, dass in den pflegepolitischen Reformen der 1990er Jahre Veränderungen der Steuerungslogiken im Pflegesektor stattgefunden haben. Dabei wird zwischen den Steuerungsformen Hierarchie, Markt/Wettbewerb, Verhandlungen und Solidarität/Verpflichtung[4] unterschieden. Die veränderten Steuerungsformen wirken sich auf das Zusammenspiel der an der pflegerischen Leistungserbringung beteiligten Sektoren – Staat, Markt, Familie/Gemeinschaft und Zivilgesellschaft/Dritter Sektor – und die an der pflegerischen Leistungserbringung beteiligten beruflich, familiär, ehrenamtlich und transnational Pflegenden aus.

2.1.2 Neue Governance-Formen im Wohlfahrtsstaat: vom leistungsgewährenden zum aktivierenden Wohlfahrtsstaat

Wohlfahrtsstaatlichen Phaseneinteilungen zufolge endete Mitte der 1970er Jahre die Phase des kontinuierlichen Ausbaus und der Expansion, die nach dem Zweiten Weltkrieg begonnen hatte. Infolge der Ölkrise im Jahr 1973 sowie der darauf folgenden Wirtschaftskrise reduzierte sich das Wirtschaftswachstum und die Arbeitslosigkeit stieg in den westlichen Demokratien an – mit negativen Folgen für die wohlfahrtsstaatliche Entwicklung, die seitdem stärker unter finanziellen und gesamtwirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet und betrieben wird.

---

4 In Anlehnung an das Konzept *Social Care* wird hier der Begriff der Verpflichtung gewählt, um diesen Aspekt familiären Handelns und Verhaltens (neben dem solidarischen) stärker zu betonen (vgl. Daly/Lewis 1998, 6; vgl. auch Teil A, Kap. 4.2).

Die Phase der keynesianischen Nachfragesteuerung ging zu Ende (vgl. Morel u.a. 2012, 5ff.).

In der ersten Phase der wohlfahrtsstaatlichen Restrukturierung, die bis Ende der 1990er Jahre dauerte, wurden die einzelnen wohlfahrtsstaatlichen Bereiche unter ökonomischen Gesichtspunkten reformiert. Es handelte sich dabei um Maßnahmen, mit deren Hilfe versucht wurde, die Kostensteigerungen infolge der Arbeitslosigkeit zu begrenzen. In dieser Phase wurde im ideologischen Kontext neoliberaler Wirtschaftstheorien wohlfahrtsstaatlichen Konzepten der Vorzug gegeben, die auf Deregulierung im Sinne von 'weniger Staat' und auf marktliche Regulierungsmuster setzten. So wurden die Wirtschafts- und die Beschäftigungspolitik auf die Angebotsbedingungen hin fokussiert, und wohlfahrtsstaatliche Leistungen wurden im Rahmen von Vermarktlichungsprozessen abgebaut (vgl. Dingeldey 2008, 315; Starke 2006, 104ff.; Morel u.a. 2012, 7f.). *Paul Pierson* (2001a, 410) spricht von einer "permanent austerity", einer andauernden Sparpolitik, auf die sich die Wohlfahrtsstaaten infolge der Globalisierung und der rückläufigen Wachstumsraten sowie des gesellschaftlichen Alterungsprozesses einstellen müssen. Die wohlfahrtsstaatliche Restrukturierung ist geprägt durch Re-Kommodifizierung, Kosteneindämmung und Neujustierung des Wohlfahrtsstaates (vgl. Pierson 2001a, 419ff.). In diese wohlfahrtsstaatliche Restrukturierungsphase fallen auch die hier im Mittelpunkt stehenden pflegepolitischen Zäsuren.

In der zweiten Phase der wohlfahrtsstaatlichen Restrukturierung geriet der leistungsgewährende Wohlfahrtsstaat als Ganzes ins Zentrum der Debatte. Die Auswirkungen des Wohlfahrtsstaates auf das wirtschaftliche Wachstum, die demographische Entwicklung, die Bildung von sog. Humankapital und das Funktionieren von Arbeitsmärkten rückten in den Mittelpunkt der Betrachtung (vgl. Evers/Heinze 2008, 10). Seit Ende der 1990er Jahre wurde im Kontext der wirtschaftlichen Globalisierung und nationaler Wettbewerbsfähigkeit zunehmend darüber gestritten, in *welche* wohlfahrtsstaatlichen Bereiche im Kontext knapper finanzieller Ressourcen investiert werden solle. Der Wohlfahrtsstaat müsse investive Aktivitäten entfalten, so die Kritiker/innen des redistributiven, leistungsgewährenden Wohlfahrtsstaates (vgl. Giddens 1999; Esping-Andersen 2002). Sozialpolitik wird seitdem stärker danach bewertet, welchen Beitrag sie zur wirtschaftlichen Entwicklung und Konkurrenzfähigkeit sowie zur gesellschaftlichen Modernisierung eines Landes leistet. Ersteres wird im Kontext der verstärkten wirtschaftlichen Globalisierung für notwendig erachtet. Letzteres bezieht sich auf den Wandel von Familienformen und die Veränderung von Geschlechterrollen, die zu einer gestiegenen Frauenerwerbstätigkeit geführt

haben, und die mit neuen sozialen Risiken, wie Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, einhergehen (vgl. Evers 2008, 229; Taylor-Gooby u.a. 2004, 573; Taylor-Gooby 2004a, 3; Morel u.a. 2012). An die Stelle (neo-) keynesianischer Nachfragesteuerung treten nun investive sozialpolitische Aktivitäten, die sich an der Schaffung, Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung von *"employability",* also der Beschäftigungsfähigkeit, sowie dem Aufbau von sog. Humankapital orientieren (vgl. Rothgang/Preuss 2008, 33; Evers/Heinze 2008, 10; Taylor-Gooby u.a. 2004, 574; Morel u.a. 2012, 8ff.). Auf diese Weise werden neue wohlfahrtsstaatliche Prioritäten, wie die stärkere Fokussierung auf Bildungs- und Familienpolitik, begründet (vgl. Rothgang/Preuss 2008, 45; Nullmeier 2004, 496f.). Von der investiven Sozialpolitik verspricht man sich positive Auswirkungen auf die Fertilität, eine bessere Nutzung des sog. Humankapitals von Frauen und Müttern sowie ein besser qualifiziertes zukünftiges Arbeitskräftepotenzial (vgl. Evers 2008, 232; zu den Grenzen demographischer Steuerung vgl. Auth/Holland-Cunz 2007). Demgegenüber wird es schwieriger, wohlfahrtsstaatliche Ausgaben für die Altersrente und bei Pflegebedürftigkeit zu begründen, da hier kaum 'Aktivpotentiale' zu erwarten sind. Es besteht demnach ein Spannungspotential zwischen investiver und redistributiver Sozialpolitik (vgl. Evers 2008, 234; Rothgang/Preuss 2008, 44). *Irene Dingeldey* (2008, 316) beschreibt das Ziel der neuen *Governance*-Form als „[...] veränderte Arbeitsteilung im Sinne eines partiellen Rückzugs staatlicher Akteure und eine stärkere Indienstnahme gesellschaftlicher Akteure, einschließlich Familien und Individuen, bei der Leistungserbringung [...]." Aus dem Interventionsstaat, der wohlfahrtsstaatliche Leistungen und Dienste plant, durchführt und kontrolliert, wird ein „Gewährleistungsstaat", bei dem die organisatorischen und regulativen Aufgaben (Rahmenvorgaben) sowie die Kontrolle der Leistungserbringung durch die Festlegung von Qualitätsstandards im Vordergrund stehen (vgl. Dingeldey 2008, 317ff.; Lütz 2004, 21ff.; zum Gewährleistungsstaat allgemein vgl. Schuppert 2005).[5]

Die Auswirkungen der pflegepolitischen Reformen auf die Pflegearbeit sowie die stärker inkrementellen pflegepolitischen Reformen, die auf die *Critical Junctures* folgen, fallen in die Phase der investiven Sozialpolitik.

---

5 Vertreter/innen des Gewährleistungsstaates gehen nicht von einem Rückgang staatlicher Aktivitäten aus, sondern von einem staatlichen Funktionswandel in Richtung Regulierung statt Leistungserbringung (vgl. Schuppert 2005, 18ff.).

2.2 Hypothesengenerierung im Kontext wohlfahrtsstaatlicher Konvergenz- und Divergenzansätze

Im Feld der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung existieren verschiedene Theorietraditionen, die sich mit wohlfahrtsstaatlichem Wandel beschäftigen und die entweder die Annäherung von Wohlfahrtsstaaten in den Mittelpunkt stellen (Konvergenzen) oder aber die nationalspezifischen Entwicklungen betonen (pfadabhängige, divergente Entwicklungen). Die verschiedenen Theorieansätze sind zum Teil auch historisch in Abgrenzung zueinander entstanden, so dass *Lessenich* (2000, 42, Herv. i. O.) sogar von „*Generationen* der Wohlfahrtsstaatsforschung" spricht, zu denen funktionalistische, konflikttheoretische und institutionalistische Erklärungsansätze wohlfahrtsstaatlichen Wandels zählen (zu den Theorietraditionen der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung vgl. Lessenich 2000; Kaufmann 2003, 27ff.; Schmidt/Ostheim 2007a).

Funktionalistische Ansätze (vgl. Wilensky 1975; Flora u.a. 1977; Alber 1982; Lenhardt/Offe 1977) gehen eher von wohlfahrtsstaatlichen Konvergenzen aus. Ihnen zufolge führt die industriell-kapitalistische Entwicklung oder die fortschreitende Modernisierung dazu, dass die Wohlfahrtsstaaten vor dieselben Sach- oder Systemzwänge gestellt werden und die Ausweitung des Wohlfahrtsstaates, so die Argumentation, als „quasi naturgesetzlicher sozialer Fortschritt" (Schmid 2010, 51; vgl. auch Seeleib-Kaiser 2001, 21f.) erfolgt. Die jüngere (neo-)funktionalistische Wohlfahrtsstaatsforschung untersucht den Einfluss der wirtschaftlichen Globalisierung auf wohlfahrtsstaatliche Politik. Die Annahme ist auch hier, dass der Prozess der Globalisierung konvergenzfördernd wirkt. Unabhängig vom politischen und wohlfahrtsstaatlichen System bewirke die globale Konkurrenzsituation eine gleichgerichtete Entwicklung: den Abbau von Wohlfahrtsstaatlichkeit und die Abkehr von Prinzipien wie Vollbeschäftigung oder von Institutionen wie dem Normalarbeitsverhältnis. Aus dem Wohlfahrtsstaat werde ein „Wettbewerbsstaat" (vgl. Hirsch 1996), da die staatliche Handlungs- und Interventionsfähigkeit gegenüber den Akteuren des Marktes erheblich eingeschränkt sei, so die Logik der neoliberalen oder der sozialkritischen Vertreter/innen dieses Ansatzes (vgl. Seeleib-Kaiser 2001, 21f.; Starke 2006, 106f.). Wichtigen Einfluss auf die wohlfahrtsstaatliche Entwicklungsrichtung haben Anhänger/innen der Konvergenzthese zufolge auch die Entscheidungen der EU, also der Prozess der Europäischen Integration und der Binnenmarktentwicklung, technologische Schübe und deren sozialpolitische Auswirkungen sowie die transnationale Kommunikation und der Austausch von Informationen (vgl. Schmid 2010, 51ff.; Starke/Obinger 2009, 116).

Demgegenüber werden in interessen- und konflikttheoretischen, in institutionalistischen sowie in kulturbezogenen Ansätzen stärker die wohlfahrtsstaatlichen Unterschiede – die Divergenzen und die Pfadabhängigkeiten – in den Mittelpunkt gestellt und die Stabilität wohlfahrtsstaatlicher Institutionen betont (vgl. z.B. Korpi 1983; Esping-Andersen 1990; van Kersbergen 1995; Pfau-Effinger 2000; Kremer 2007; Bode 2008; Skocpol 1985). Ausgangspunkt dieser Ansätze ist die Feststellung, dass die Unterschiede zwischen den Wohlfahrtsstaaten gravierend sind, und zwar hinsichtlich der historischen Entstehung und Weiterentwicklung, der konkreten Regelungsinhalte, der Problemwahrnehmung, der institutionellen Ausformungen, der politischen Triebkräfte und Akteure sowie der kulturellen Normen und Leitbilder. Die Ursachen wohlfahrtsstaatlicher Stabilität können in der Art der Zusammensetzung der Regierung, der Zahl der institutionalisierten Vetospieler sowie dem Zusammenwirken von Staat und Interessengruppen liegen (vgl. Schmid 2010, 45; Starke/Obinger 2009, 117; Pierson 2001a, 414).

Eine Form des (neo-)institutionalistisch geprägten Divergenzansatzes ist unter dem Stichwort „Pfadabhängigkeitstheorem" oder „Lehre vom Politikerbe" in die wohlfahrtsstaatliche Forschung eingegangen und bezieht sich auf das Phänomen, dass eine einmal getroffene wohlfahrtsstaatliche Richtungsentscheidung langfristige Folgen hat (vgl. u.a. Pierson 2000a, 2000b, 2001c; Mahoney 2000; Thelen 1999). *Paul Pierson* hat das aus der Technikgeschichte und der Ökonomie stammende Pfadabhängigkeitskonzept (vgl. North 1990) auf die Sozialwissenschaften übertragen (vgl. Pierson 2000a, 2000b; Mahoney 2000). Das Hauptmerkmal pfadabhängiger Prozesse stellen Pierson zufolge sich selbst verstärkende Prozesse *("self-reinforcing processes"* oder *"positive feedback processes")* dar (vgl. Pierson 2000a, 251f.; vgl. auch Lütz 2006, 8f.; Mahoney 2000, 508). Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist die Tatsache, dass jedes einmal gewählte Ereignis die weitere Entwicklungsrichtung mitbestimmt und vorgibt. Damit werden durch die Wahl einer Option, durch die Festlegung eines Pfades, andere Optionen ausgeschlossen. Jeder Pfad beginnt mit einem Einschnitt, einer *Critical Juncture* (vgl. Pierson 2000a, 263; Mahoney 2000, 513ff.). Zu diesem Zeitpunkt bestanden Wahlmöglichkeiten, und alternative Pfade hätten eingeschlagen werden können. Da die Wahl und Einführung eines Pfades mit erheblichen Kosten verbunden ist *("start-up costs")*, entstehen dadurch Anreize für die Akteure, den eingeschlagenen Weg beizubehalten. Im Laufe der Zeit verstärken sich diese Mechanismen selbst (vgl. Pierson 2000a, 252). *Pierson* (2000a, 257ff.) führt aus, dass die Pfadabhängigkeitsthese für den politischen Bereich noch wahrscheinlicher ist als für die Ökonomie. Als Besonderheiten des politischen Systems, die Stabilität und Pfadabhängigkeiten begünstigen, nennt er die wichtige Bedeutung

kollektiven Handelns, die hohe Dichte von Institutionen, die Möglichkeiten mittels politischer Autorität asymmetrische Machtbeziehungen zu verstärken sowie deren immanente Komplexität und Intransparenz. (Wohlfahrtsstaatliche) Institutionen weisen demnach ein erhebliches Beharrungsvermögen auf, das sich in weitreichenden Unterschieden zwischen den Wohlfahrtsstaaten niederschlägt (vgl. Schmid 2010, 50).

Die pfadabhängige Sequenz durchläuft nach *Gerhard Lehmbruch* drei Phasen. Sie beginnt mit der *Critical Juncture*, also der institutionellen Weichenstellung. Der Einführung bzw. Etablierung einer neuen Institution folgt als zweite Phase die Reproduktion des eingeschlagenen Pfades *("lock-in")*. Je länger die sich selbst reproduzierenden Sequenzen andauern, desto höher wird die Stabilität der Institution. Der Pfad endet erst – das ist die dritte Phase – mit einem neuen Ereignis, z.B. ein externer Schock, der zu einem Pfadwechsel führt (vgl. Lehmbruch 2002, 14). *Lehmbruch* (2002, 16) betont, dass die Reproduktionsbedingungen unabhängig von den Ausgangsbedingungen untersucht werden müssen. Strategische Entscheidungen, die bei der Einführung eines Pfades eine Rolle gespielt haben, können im weiteren Verlauf der Entwicklung unwichtig werden.

Dieses, lange Zeit sehr populäre Erklärungsmuster institutioneller Stabilität musste sich allerdings auch mit Kritik auseinandersetzen. Sie betraf v.a. die Einseitigkeit der Argumente pro Pfadabhängigkeit und den damit verbundenen Stabilitätsdeterminismus (vgl. Thelen 1999, 388ff.; Beyer 2005, 13ff.; Ebbinghaus 2005, 7ff.). Jüngere Ansätze beschäftigen sich daher stärker mit den Formen des Institutionenwandels (vgl. Streeck/Thelen 2005; Thelen 2009; Ebbinghaus 2005).

Nach *Martin Seeleib-Kaiser* (2001, 26f.) beruht die Debatte um Konvergenz versus Divergenz zum Teil auf Missverständnissen und unklaren Fragestellungen. Während im Kontext der Konvergenzthese stärker aus einer *Bottom-up*-Perspektive die externen Einflüsse auf Wohlfahrtsstaaten in den Blick genommen werden, ohne dass innenpolitische Faktoren hinreichend empirisch berücksichtigt werden, so beleuchten Vertreter/innen der Divergenzthese in hohem Maße die Bestimmungsfaktoren wohlfahrtsstaatlicher Entwicklung, ohne auf externe Prozesse, wie die Globalisierung oder die Europäische Integration, einzugehen. *Seeleib-Kaiser* (2001, 27) plädiert daher dafür, „Divergenz und Konvergenz als zwei Seiten einer Medaille zu betrachten". Auch *Birgit Pfau-Effinger* (2005a, 28) spricht von einem „complex relationship of convergence and path dependence". Um das Verhältnis von Konvergenz und Divergenz näher zu bestimmen, differenziert *Seeleib-Kaiser* zwischen Zielen und Instrumenten bzw. Mitteln. Er entwickelt das Modell der „divergenten Konvergenz" (vgl. Seeleib-Kaiser 2001,

363). Während er konvergente Entwicklungen im Rahmen der Problemdefinition und Zielformulierung erkennt, bestehen hinsichtlich der *Policy*-Instrumente erhebliche Divergenzen (vgl. Seeleib-Kaiser 2001, 27f., 363f.). So können Wohlfahrtsstaaten z.B. in Bezug auf ihre Zielsetzungen konvergieren, hinsichtlich der eingesetzten Mittel aber divergente Pfade einschlagen. Im Kontext der Globalisierung könnte dies bedeuten – so *Seeleib-Kaiser* – dass Wohlfahrtsstaaten sich verstärkt auf die Bedingungen des Wettbewerbs ausrichten und versuchen, ihre Wettbewerbsfähigkeit zu stärken, die konkreten Anpassungsmaßnahmen aber nationalspezifisch ausfallen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen *Peter Starke* und *Herbert Obinger* (2009) in ihrer Analyse entwickelter OECD-Staaten. Sie finden zwar moderate Konvergenzen hinsichtlich quantitativer Aspekte, wie der Entwicklung der Sozialausgaben, der Finanzierungsarten oder der Lohnersatzrate, aber im Hinblick auf qualitative Aspekte, wie institutionelle Strukturen und Reformpfade in der Renten-, Arbeitsmarkt- und Familienpolitik, stellen die Autoren fest, dass „[...] goals are converging while the means used to achieve them are diverging (or at least remaining different)." (Starke/Obinger 2009, 134) Es ist in jedem Fall nicht erkennbar, dass sich die unterschiedlichen Wohlfahrtsstaatstypen in Richtung *eines* Modells (weiter-)entwickeln. Es findet auch kein Unterbietungswettlauf statt. Dennoch experimentieren die einzelnen Wohlfahrtsstaaten mit Elementen aus anderen Wohlfahrtsstaatstypen, so dass *Robert E. Goodin* und *Martin Rein* (2001, 771, 791) von einem "blurring of regimes" bzw. von "hybrid combinations of regimes and pillars" sprechen. *Esping-Andersen* (2005, 929) verwendet den Begriff "regime 'trespassing'", um das Überschreiten der Wohlfahrtsstaatsgrenzen durch Einverleibung von Elementen aus anderen Wohlfahrtsstaatstypen zu beschreiben. Die Polarisierung zwischen den Regimetypen ist in jedem Fall deutlich unschärfer geworden (vgl. Starke/Obinger 2009, 134), was v.a. auf die „Korridorverengung" (Obinger u.a. 2006, 299) zurückzuführen ist: Die Höhe der wohlfahrtsstaatlichen Interventionen ist durch den internationalen Standortwettbewerb und die steigende Nachfrage nach wohlfahrtsstaatlichen Leistungen (Stichwort demographischer Wandel und Arbeitslosigkeit) begrenzt, und die Vielfalt wohlfahrtsstaatlicher Arrangements ist v.a. durch die Diversifizierung von Steuerungsinstrumenten sowie die Uniformität und gleiche Prioritätensetzung staatlicher Sozialpolitik eingeschränkt (vgl. Obinger u.a. 2006, 301f.). Zu den Vertreter/innen der 'Sowohl als auch'-These zählt auch *Peter Taylor-Gooby* (2004b), demzufolge neue Risiken, wie Schwierigkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Sorgetätigkeiten sowie die Zunahme atypischer Beschäftigungsverhältnisse und Niedriglohnbeschäftigung, einerseits durch die Wohlfahrtsstaatsregime geprägt sind und

zu spezifischen Problemen und Bearbeitungsmustern führen, andererseits mit ähnlichen wohlfahrtsstaatlichen Entwicklungen einhergehen, die er als "'new politics' of welfare" (Taylor-Gooby 2004c, 209) bezeichnet. "New social risks are shaped overall by path-dependency, but involve in some contexts new departures. [...] There are, thus, weak tendencies to convergence in some policy areas evident in the data." (Taylor-Gooby 2004c, 225) Und *Susanne Lütz* (2004, 20, Herv. i. O.), die auch eine Zwischenposition zwischen Anhänger/innen konvergenter Entwicklungen und Vertreter/innen pfadabhängiger Entwicklungen einnimmt, spricht von *„Konvergenz im Rahmen nationaler Vielfalt"*. Einerseits sei ein deutlicher Zusammenhang zwischen Globalisierung bzw. Europäischer Integration und nationalen Wohlfahrtspolitiken erkennbar, andererseits finde der wohlfahrtsstaatliche Umbau im Kontext nationalspezifischer Ausgangslagen, Problemkonstellationen und institutioneller Strukturen statt.

Im Mittelpunkt der hier durchzuführenden pflegepolitischen *Policy*-Analyse steht die Phase der institutionellen Weichenstellung *(Critical Juncture)*. Diese pflegepolitische Zäsur wird im Hinblick auf konvergente oder divergente Entwicklungen untersucht, also daraufhin, ob sich die Wohlfahrtsstaaten pflegepolitisch annähern und/oder nationalspezifische Pfade einschlagen. Dabei werden die *Policy Outputs* vor dem Hintergrund der nationalen Pflegemodelle (Ausgangslagen *vor* den Pflegereformen) betrachtet. In Bezug auf den Wandel der *Policy Outputs* wird zwischen den pflegepolitischen Zielen einerseits und den Mitteln (Formen der Restrukturierungsprozesse und Interaktionsformen) andererseits unterschieden. Neben den strukturellen Veränderungen wird auch der Wandel der pflegebezogenen Ausgabenniveaus mit in die Analyse einbezogen. Dies geschieht, weil Restrukturierungsprozesse sowohl im Kontext sinkender wie auch steigender Pflegeausgaben denkbar sind. Die Pflegereformen können nur adäquat beurteilt werden, wenn Struktur- mit Niveaufragen verknüpft werden.

Dabei werden auf der Basis der sozialwissenschaftlichen Ansätze zu Konvergenz und Differenz zwei entgegengesetzte und eine vermittelnde Hypothese überprüft:

– *Konvergenzhypothese:* Die nationalen Pflegemodelle müssen auf dieselben exogenen Bedingungen und pflegepolitischen Triebkräfte (sozio-demographische und/oder ökonomische Bedingungen, wie demographischer Wandel, gestiegene Frauenerwerbstätigkeit, wirtschaftliche Globalisierung und Standortwettbewerb) reagieren. Die Pflegereformen finden in der Zeit der Globalisierung statt. Daher werden pflegepolitisch – trotz unterschiedlicher

Regimezuordnungen der drei Länder – ähnliche Ziele verfolgt, und es wird ein deutlicher effizienzorientierter wohlfahrtsstaatlicher Restrukturierungstrend (im Sinne gleicher Lösungswege) erkennbar sein, der zu Annäherungen der Pflegemodelle führt – und zwar sowohl im Hinblick auf die Restrukturierungsprozesse *(Governance*-Wandel der Politikinhalte) als auch in Bezug auf das Niveau pflegerischer Ausgaben.

- *Divergenzhypothese:* Aufgrund der unterschiedlichen Pflegemodelle und nationalen Regimearrangements (länderspezifische politische, strukturelle und kulturelle Kontexte sowie unterschiedliche Wohlfahrtsstaats-, Geschlechter-, und *Care*-Regime) ist davon auszugehen, dass sich auch die Ziele und Mittel der Pflegereformen deutlich voneinander unterscheiden. Es ist zwar ein effizienzorientierter Restrukturierungstrend beobachtbar, dieser wird allerdings stark regimespezifisch umgesetzt und den national unterschiedlichen Problemlagen angepasst sein. Die Restrukturierungsprozesse werden zu divergenten Entwicklungen führen und auch das pflegebezogene Ausgabenniveau wird sich nicht annähern, sondern der nationalen Entwicklung pfadabhängig folgen.
- *Divergente Konvergenz-Hypothese*: Es zeichnen sich aufgrund des Einflusses der Globalisierung, v.a. der Standortkonkurrenz, konvergente Entwicklungen auf der Ebene der pflegepolitischen Ziele ab. Die Effizienzorientierung als pflegepolitische Zielvorgabe ist in allen drei Ländern erkennbar. Diese ausgabenbezogene Zielorientierung wird sich auch auf das Niveau pflegerischer Ausgaben auswirken, das sich annähern wird. Da aber die wohlfahrtsstaatlichen Pflegemodelle und die nationalen Regimearrangements deutlich voneinander abweichen, ist auf der Ebene der Mittel, also der eingesetzten pflegepolitischen Instrumente, mit deutlichen nationalspezifischen – also pfadabhängigen – Entwicklungen zu rechnen.

2.3 Pflegepolitik im Kontext der Regimeforschung und nationaler Regimearrangements

Um die nationalen Kontexte der Pflegereformen zu erfassen, wird mit dem Regimeansatz gearbeitet. Als theoretischer Begriff hat der Regimebegriff v.a. Eingang in die Analyse Internationaler Beziehungen gefunden (vgl. Zürn 2005, 845). "Regimes can be defined as sets of implicit or explicit principles, norms, rules, and decision-making procedures around which actors' expectations converge in a given area of international relations." (Krasner 1983, 2) Hier stellen Regime v.a. Kooperations- und Verständigungsformen in der internationalen Politik dar, die sich von internationalen Organisationen unterscheiden. Regimeanalysen

beziehen sich aber nicht nur auf Staatssysteme und auf die Analyse Internationaler Beziehungen, sondern auch auf einzelne Politikfelder. Das gilt insbesondere für die vergleichende Politikwissenschaft (vgl. Jahn 2011, 26; Janning 2008, 112ff.). So erhält das Regimekonzept Ende der 1980er Jahre auch Einzug in die vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung. *Esping-Andersen* entwickelte in den *"Three Worlds of Welfare Capitalism"* (1990) Wohlfahrtsstaatsregime und ging damit über die bisherige vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung, die den Grad der Wohlfahrtsstaatlichkeit eines Landes an der Höhe der sozialpolitischen Ausgaben – der Sozialleistungsquote – bemaß, deutlich hinaus. In *Esping-Andersens* Wohlfahrtsstaatsregimen werden wohlfahrtsstaatliche Strukturen ebenso in den Blick genommen wie die Auswirkungen wohlfahrtsstaatlicher Leistungen. Es geht ihm in dem von ihm (mit-)entwickelten Machtressourcenansatz um das „Zusammenwirken institutioneller Regelungen und von interessengeleiteten, parteipolitisch geprägten Politiken unterschiedlicher Akteure" (Veil 2003, 2), um die „in je spezifischer Weise politisch organisierte, institutionelle Verknüpfung von Arbeit und sozialer Sicherheit ('work and welfare') in entwickelten demokratisch-kapitalistischen Gesellschaften" (Lessenich 2003, 32). *Esping-Andersen* selbst schreibt über die Wohlfahrtsstaatsregime: "To talk of 'a regime' is to denote the fact that in the relation between state and economy a complex of legal and organizational features are systematically interwoven." (Esping-Andersen 1990, 2) Betrachtet man internationale Unterschiede in sozialen Rechten und wohlfahrtsstaatlicher Stratifizierung, ergeben sich qualitativ unterschiedliche Arrangements zwischen Staat, Markt und Familie. Diese Wohlfahrtsstaatsvariationen sind nicht linear verteilt, sondern durch Regimetypen angehäuft *("cluster")* (vgl. Esping-Andersen 1990, 26). Die Bildung von Regimetypen bietet ein analytisches Instrument, um 'Ordnung' in die unterschiedlichen Wohlfahrtsstaatswelten zu bringen. Zudem werden qualitative Aspekte von Wohlfahrtsstaatlichkeit in die Analyse einbezogen (vgl. Lessenich 2007, 5241). Das Konzept der Wohlfahrtsstaatsregime dient dem Aufzeigen von Pfadabhängigkeiten und nationalspezifischen Entwicklungen (vgl. Janning 2008, 113). Auch *Stephan Lessenich* (2003), der sich mit dem Wandel des deutschen Sozialmodells beschäftigt hat, nutzt den Regimebegriff. In seiner Studie stellt ein Regimekomplex – in Anlehnung an *Krasner* und *Esping-Andersen* – „eine Konfiguration miteinander verknüpfter und sich wechselseitig konturierender institutioneller Arrangements der politischen Regulierung sozialer Beziehungen" (Lessenich 2003, 32) dar. Einen deutlich engeren Regimebegriff verwenden *Robert E. Goodin* und *Martin Rein* (2001, 777ff.). Sie unterscheiden zwischen wohlfahrtsstaatlichen Regimen und Säulen *("pillars")*. Während sich Regime auf die Ausgestaltung und die Zu-

gangsbedingungen wohlfahrtsstaatlicher Leistungen beziehen (Kriterium der Konditionalität), werden unter Säulen die unterschiedlichen Anbieter und die Finanzierungsträger wohlfahrtsstaatlicher Leistungen subsumiert (Staat, Markt und Gemeinschaft/Familie).

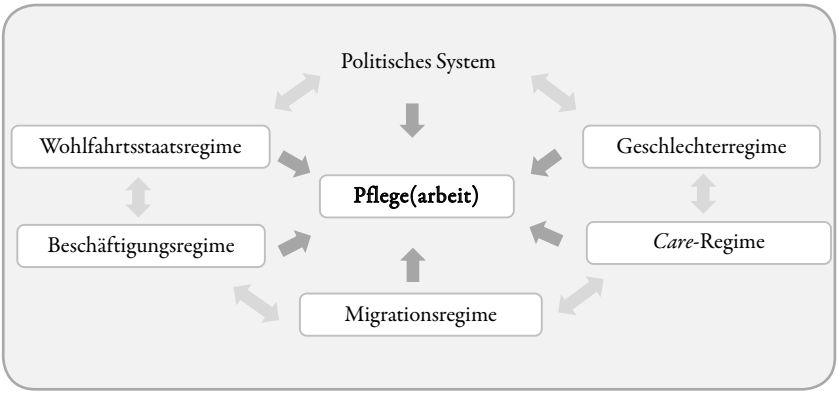
Nicht nur in der Wohlfahrtsstaats-, auch in der Geschlechterforschung wird mit dem Regimebegriff gearbeitet. *Sigrid Betzelt* betont in einer Expertise zur *Gender*-Regimeforschung, dass es der *Gender*-Regimeansatz ermöglicht, „[...] länderspezifische Varianzen im komplexen Zusammenwirken von (staatlichen und nicht-staatlichen) Institutionen, dem Handeln sozialer Akteure (z.B. Tarifpartner) und normativen Leitbildern (z.B. Hausfrau-Mutter) in verschiedenen gesellschaftlichen Arenen zu erfassen." (Betzelt 2007, 5) Die Verknüpfung von Institutionen, Akteurshandeln und kulturellen Aspekten betont auch *Helma Lutz* (2008), die das Regimekonzept in ihrer Studie zu häuslicher Arbeit von Migrantinnen anwendet und sich dabei auf *Esping-Andersen* bezieht. "The term 'regime' [...] as it is used here refers to the organization and the corresponding cultural codes of social policy and social practice in which the relationship between social actors (state, (labour) market and family) is articulated and negotiated." (Lutz 2008, 2)

Auch diese Definition bestätigt, dass das Grundprinzip des Regimeansatzes darin besteht, institutionelle Regelungen, kulturelle Wertvorstellungen und das darin eingebettete Handeln von Akteuren gebündelt zu erfassen. Dabei gehen Regimeanalysen traditionellerweise von wohlfahrtsstaatlichen Unterschieden aus und "[...] there is no expectation that regime types would necessarily converge in response to globalization." (Daly/Rake 2003: 26) Die Verwendung des Regimeansatzes ist auch typisch für die fallorientierte Forschung, in der die qualitativen Aspekte von Wohlfahrtsstaaten analysiert und Wohlfahrtsstaatsregime als Ganzes betrachtet werden (vgl. Daly/Rake 2003, 26).

In dieser Arbeit wird Pflege(arbeit) im Kontext nationaler Regime betrachtet. Dabei wird – in Anlehnung an den gemeinsamen Kern der meisten Definitionen der Wohlfahrtsstaats- und Geschlechterforschung – davon ausgegangen, dass Regime sowohl institutionell als auch kulturell geprägt sind und das Akteurshandeln beeinflussen, wobei die Akteurskonstellationen relativ stabil sind. Um den Wandel von Pflege und Pflegearbeit zu untersuchen, werden verschiedene Teilregime betrachtet. Die Teilregime zusammen ergeben das nationale Regimearrangement. Zu den Teilregimen, die näher betrachtet werden, zählen das politische System, das Wohlfahrtsstaats-, das Beschäftigungs-, das Geschlechter-, das *Care*- und das Migrationsregime. Dabei nimmt das politische System eine

Sonderrolle ein, denn es hat auch Einfluss auf die anderen Teilregime, deren Regulierung ebenfalls durch das politische System geprägt ist.

Abbildung 1: Pflegearbeit im Kontext des institutionellen Regimearrangements



Pflege wird als *Policy* untersucht, die in ein Regimearrangement eingebettet ist, das aus verschiedenen gesellschaftlichen Teilregimen besteht. Diese Teilregime bilden den politisch-institutionellen und kulturellen Kontext, innerhalb dessen Pflege und Pflegearbeit reguliert werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass es zwischen den unterschiedlichen Teilregimen Überschneidungen gibt, v.a. zwischen dem Wohlfahrtsstaats- und dem Beschäftigungsregime, zwischen dem Geschlechter- und dem *Care*-Regime sowie zwischen dem Migrationsregime und dem Beschäftigungs- und dem *Care*-Regime. Generell können die Teilregime stimmig zusammenpassen oder aber in Widerspruch zueinander stehen.

Die institutionellen Regelungen und die kulturellen Wertvorstellungen zu Pflege und zu Pflegearbeit sind Bestandteil der jeweiligen gesellschaftlichen Teilregime, werden aber auch gleichermaßen durch die Teilregime geprägt. Um die Regulierung der Pflege(arbeit) zu untersuchen und zu erklären, ist es daher notwendig, die jeweiligen nationalspezifischen Regimearrangements zu erfassen, in deren Rahmen die pflegepolitischen Akteure handeln.

Mit der Verwendung des Regimekonzepts wird der Ansatz des akteurszentrierten Institutionalismus in Bezug auf den institutionellen Kontext, in dessen Rahmen die Akteure handeln, erweitert. Beim akteurszentrierten Institutionalismus bezieht sich der institutionelle Kontext im engeren Sinne auf formelle Regelungsstrukturen. In dieser Studie wird dagegen davon ausgegangen, dass das Handeln der Akteure durch institutionell *und* kulturell geprägte nationale

Regimearrangements geprägt ist. Diese Erweiterung ist erforderlich, da gerade im Bereich der Pflege wohlfahrtsstaatliche Wertvorstellungen und geschlechterkulturelle Arrangements (sowie deren Wandel) relevant sind, um die pflegepolitischen Entwicklungen adäquat erklären zu können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Regulierung der Pflege(arbeit) als *Policy*-Wandel untersucht wird, der eingebettet ist in ein Regimearrangement, das aus gesellschaftlichen Teilregimen besteht. Diese nationalen Regimearrangements und die pflegepolitischen Triebkräfte, insbesondere die Globalisierung, stellen die unabhängigen Variablen dar, anhand derer die pflegepolitischen Entwicklungen erklärt und verglichen werden. Bestätigt sich die Konvergenzthese, haben die pflegepolitischen Triebkräfte einen höheren Erklärungsgrad. Erweist sich dagegen die Divergenzhypothese als richtig, kann dies mit Hilfe der nationalen Regimearrangements erklärt werden. Auch eine Mischung im Sinne der divergenten Konvergenz-Hypothese ist – wie bereits ausgeführt – denkbar.

3. Die vergleichende Fallstudie und die Auswahl der Fälle

Der Wandel der Regulierung von Pflege(arbeit) in ausgewählten Ländern wird jeweils in deren politischem, sozialem und kulturellem Kontext dargestellt. Dabei wird ein fallorientierter Vergleich durchgeführt. Dass die Entscheidung auf den fallorientierten (und nicht auf den variablenorientierten) Vergleich fiel, hat mit dem Erkenntnisinteresse der Studie zu tun.[6] Die ausgewählten Länder sollen im Kontext ihres nationalen Regimearrangements betrachtet werden. Es geht darum, die komplexen Prozesse der Pflegereformen sowie deren Auswirkungen auf die Pflegearbeit länderspezifisch nachzuzeichnen und im Kontext der politischen Strukturen sowie der anderen Teilregime zu verstehen, zu vergleichen und zu erklären. Die akteursbezogenen, institutionellen und kulturellen Besonderheiten der Fälle herauszuarbeiten, ist im Rahmen eines variablenorientieren Vergleichs nicht möglich. Um dem Vorwurf entgegenzuwirken, intersubjektiv nicht überprüfbare Ergebnisse zu erzeugen, ist der Vergleich in dieser Studie so angelegt, dass die Unterschiede zwischen den Ländern weder nur in quantitativer Hinsicht behandelt noch auf sehr spezifische Fallbeispiele reduziert werden (vgl. Sipilä u.a. 2003, 8). Diese Art des fallorientierten Mehrländervergleichs kann in Anlehnung an die Unterscheidung von *Jochen Clasen*

6 Mit diesen beiden komparativen Ansätzen werden unterschiedliche Erkenntnisinteressen verfolgt und infolge dessen wird auch mit verschiedenen Methoden gearbeitet. Der Unterschied zwischen den beiden Ansätzen besteht darin, dass variablenorientierte Vergleiche darauf abzielen, mittels vieler Fälle und dem Verhältnis vieler verschiedener Variablen zueinander theoretische Verallgemeinerungen und differenzierte Vergleiche anzustellen. Defizite dieser Analysevariante bestehen in der begrenzten Erfassbarkeit fallbezogener Prozesse. In fallorientierten Vergleichen dagegen steht das Verstehen, Interpretieren und Erklären der einzelnen Fälle im Vordergrund, wodurch komplexe Prozesse dargestellt und erklärt werden können. Mit wenigen Fällen ist allerdings ein Vergleich unterkomplex und führt seltener zu verallgemeinerbaren Aussagen (Borchert 1995, 84ff.; Jahn 2011, 91ff.; vgl. Ragin 1987, 34ff.; Trampusch 2000, 64f.). Fallorientierte Analysen müssen sich mit dem Vorwurf auseinandersetzen, dass ihre Ergebnisse und Interpretationen dem wissenschaftlichen Kriterium der intersubjektiven Überprüfbarkeit schlechter genügen (vgl. Jahn 2011, 50, 85).

(1999, 3) als Wohlfahrtsstaatsvergleich zwischen groß angelegten Ländervergleichen einerseits und kontextuell umfangreichen Fallstudien andererseits betrachtet werden (vgl. auch Sipilä u.a. 2003, 8). Um fallorientiert arbeiten zu können, wurde in dieser Arbeit die Fallzahl klein gehalten – genauer: auf drei Fälle begrenzt –, so dass ein verstehendes und erklärendes Vorgehen möglich ist und die Fälle in ihrer Komplexität in den Blick genommen werden können. "[C]ase-oriented methods force investigators to consider their cases as whole entities. Researchers examine cases as wholes, not as collections of variables." (Ragin 2013, 52)

Es gibt mehrere Arten des Vergleichs, die sich v.a. darin unterscheiden, ob Unterschiede oder Gemeinsamkeiten im Zentrum der Analyse stehen. *Adam Przeworski* und *Henry Teune* (1970) bieten mit dem *"most similar-"* und dem *"most different systems design"*-Ansatz eine Anleitung zur Fallauswahl (vgl. Jahn 2011, 79). So gleichen sich Fälle, die nach dem *Most Similar Systems Design* ausgewählt wurden, in vielerlei Hinsicht. Sie können der gleichen politischen Systemgruppe angehören oder sich durch räumliche Nähe auszeichnen (Länderfamilien, *"area studies"*). In jedem Fall teilen sie viele politische, ökonomische und kulturelle Eigenschaften. Beispiele hierfür sind Vergleiche innerhalb der skandinavischen Länder oder der anglosächsischen Länderfamilie. Ziel dieser Art von Vergleichen ist es, durch das Kontrollieren vieler Systemvariablen und Kontextfaktoren die Zahl der unabhängigen Variablen zu reduzieren, die Einfluss auf die abhängige Variable haben können (vgl. Przeworski/Teune 1970, 32ff.; Siegel 2007, 108; Jahn 2011, 76f.) "Common systemic characteristics are conceived of as 'controlled for,' whereas intersystemic differences are viewed as explanatory variables." (Przeworski/Teune 1970, 33) Bei dem *Most Different Systems Design*-Ansatz werden dagegen Fälle ausgewählt und verglichen, die sich hinsichtlich einer Reihe von Variablen unterscheiden. "The alternative strategy takes as the starting point the variation of the observed behavior at a level lower than that of systems." (Przeworski/Teune 1970, 34; vgl. auch Siegel 2007, 108f.) Als Beispiele für subsystemische Ebenen nennen die Autoren individuelle Akteure, soziale Gruppen oder Schichten, lokale Gemeinschaften oder Berufe. Systemische Variablen, v.a. auf lokaler oder auf nationaler Ebene, werden als Erklärungen erst dann herangezogen, wenn sich auf der subsystemischen Ebene keine Erklärungen für die untersuchten Gruppen finden lassen (vgl. Przeworski/Teune 1970, 34ff.). Der Ansatz wird v.a. verwendet, um Hypothesen zu bestätigen (vgl. Jahn 2011, 79).

In dieser Arbeit wird der *Most Different Systems Design*-Ansatz nach *Przeworski* und *Teune* (1970, 34ff.) angewandt, der auch die Länderauswahl maßgeblich be-

einflusst hat.[7] "In any international comparison it is important to have a suitable balance of difference and similarity. The ideal is one where the societies selected are fundamentally more or less similar, but differ primarily in relation to the phenomenon under study." (Sipilä u.a. 2003, 17) In diesem Sinne wurden für diese Untersuchung Länder ausgewählt, die sich hinsichtlich der wirtschaftlichen und politischen Grundlagen sowie der Alterung der Gesellschaft ähneln, aber in Hinblick auf Faktoren, die den Wandel der Regulierung der Pflegearbeit betreffen, möglichst unterschiedlich ausgestaltet sind. Für die konkrete Auswahl der Fälle waren folgende drei Kriterien ausschlaggebend:

(1) Entwickelte kapitalistische Demokratien westlichen Typs
Ausgewählt wurden entwickelte kapitalistische Demokratien westlichen Typs, die Mitglieder der EU sind (vgl. auch die Fallauswahl in Sipilä u.a. 2003, 3, 17). Dadurch kann man davon ausgehen, dass die (externen) wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, unter denen die Pflegereformen stattgefunden haben, ähnlich waren. Dazu zählen die Globalisierung und die daraus resultierende Standortkonkurrenz sowie die Europäische Integration. Zudem erfolgt in allen drei Ländern ein ähnlicher sozio-ökonomischer Wandel. Der gesellschaftliche Alterungsprozess führt zu einer Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen. Infolge der angestiegenen weiblichen Erwerbsbeteiligung und der Abnahme des häuslichen Pflegepotenzials sowie des Wandels von Familienformen entsteht eine neue Betreuungslücke, die bewältigt werden muss. Da Pflegereformen in der Phase der wohlfahrtsstaatlichen Restrukturierung, also der 1990er Jahre untersucht werden, kommen diesem Kriterium zufolge die EU-15 Länder[8] als Vergleichsländer in Betracht.

---

7 Das Verfahren der qualitativen Vergleichsanalyse *(Qualitative Comparative Analysis, QCA)* nach *Charles Ragin* (1987; 1994), das eine Zwischenstellung zwischen qualitativen und quantitativen Methoden einnimmt (Siegel 2007, 111f.), wird hier nicht angewendet, da es nicht sinnvoll ist, die unabhängigen Variablen – v.a. die verschiedenen Regimezuordnungen – in binärer Form (liegt vor – liegt nicht vor) zu operationalisieren.

8 Finnland, Österreich und Schweden wurden zwar erst Mitte der 1990er Jahre Mitglieder der EU, waren aber zum einen bereits vorher durch Verträge eng mit der EU verbunden, zum anderen begann der Aufnahmeprozess schon deutlich früher, so dass die Europäische Integration auch bei diesen Ländern zu den politischen Rahmenbedingungen gezählt werden kann (z.B. Ankopplung der Währungen an den ECU seit Anfang der 1990er Jahre).

(2) Unterschiedliche Regimearrangements

Gleichzeitig wurden innerhalb der kapitalistischen Demokratien der EU Fälle ausgewählt, die unterschiedlichen Teilregimen angehören. Im Rahmen des fallorientierten Vergleichs ist es wichtig, den zu untersuchenden wohlfahrtsstaatlichen Bereich – hier: die Pflege(arbeit) – in ihrem jeweiligen politischen, historischen und sozialen Kontext zu betrachten. Dies geschieht unter Zuhilfenahme des Regimekonzepts, in das sowohl die institutionelle als auch die kulturelle Fundierung des jeweiligen Teilregimes eingeht. Die verschiedenen Teilregime sind sehr gut geeignet, den gesellschaftlichen Kontext aufzuzeigen, in dem die Regulierung von Pflegearbeit stattfindet, denn im Kontext dieser institutionell und kulturell geprägten Teilregime agieren die für die Regulierung der Pflegearbeit wichtigen Akteure. Die verschiedenen Institutionencluster bilden zusammen das Regimearrangement, in dem Pflegearbeit reguliert und verhandelt wird. Es werden möglichst unterschiedliche Regimearrangement-Ausprägungen in die Analyse einbezogen, um die unterschiedlichen pflegepolitischen Reaktionen im Kontext der länderspezifischen Regimearrangements auf die pflegepolitischen Herausforderungen (Alterung der Gesellschaft/Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, abnehmendes häusliches Pflegepotenzial/steigende weibliche Erwerbsbeteiligung) aufzeigen zu können (vgl. auch die Fallauswahl in Sipilä u.a. 2003, 3).

Ausgangspunkt der Fallauswahl ist die Wohlfahrtsstaatstypologie von *Esping-Andersen* (1990; 1999), da der Gegenstand der Arbeit, die Pflegepolitik und -arbeit, am stärksten im wohlfahrtsstaatlichen Kontext verortet ist. Ausgewählt werden daher ein liberales, ein sozialdemokratisches und ein konservativ-korporatistisches Wohlfahrtsstaatsregime. Weitere Regimetypologien, die bei der Auswahl der Länder eine Rolle spielen, sind die politischen Systeme sowie das Geschlechter-, das *Care*-, das Beschäftigungs- sowie das Migrationsregime.

(3) Pflegepolitische Reformen (Critical Junctures) in der Phase wohlfahrtsstaatlicher Restrukturierung

Des Weiteren wurden Länder ausgewählt, in denen in der Phase der wohlfahrtsstaatlichen Restrukturierung pflegepolitische Reformen durchgeführt wurden, die den Charakter von *Critical Junctures* aufweisen (vgl. Pierson 2000a, 251). Sowohl in Großbritannien als auch in Schweden und Deutschland, die jeweils typische Vertreter der drei Wohlfahrtsstaatsregime darstellen, haben in den 1990er Jahren pflegepolitische Reformen stattgefunden, die als Einschnitte und Zäsuren bewertet werden können. Im Jahr 1990 wurde in Großbritannien der *National Health Service and Community Care Act* verabschiedet. Man kann bei dieser Reform von einer *Critical Juncture* sprechen, weil hier die Strukturen des

National Health Service (NHS) komplett reformiert und ein interner Markt und Konkurrenzprinzipien eingeführt wurden. "Under the terms of the 1991 reform [NHS and Community Care Act, D.A.], a fundamental transformation – or 'very big change' – of the National Health Service was set out" (Wilsford 1994, 265). Dies gilt auch für den kleineren Teil der Reform, der sich auf die kommunale Altenpflege bezieht. Auch in Schweden kann man von einer pflegepolitischen Zäsur sprechen. *Brodin* (2005), die sich aus institutionengeschichtlicher Perspektive mit der schwedischen Altenpflege beschäftigt hat, schreibt über die pflegepolitische Entwicklung seit den 1980er Jahren: "Therefore, since the 1980s, it seems as the general development within the Swedish eldercare can be characterized as a critical juncture during which new ideas has been introduced regarding how to divide the responsibility for eldercare services between the state, the family and the market." (Brodin 2005, 56) Den Höhepunkt dieser Entwicklung stellt die *Ädel*-Reform aus dem Jahr 1990 dar, die *Brodin* als eine Reform bezeichnet, die "radically changed the regulatory and organizational structure of the public eldercare system." (Brodin 2005, 46) Auch *Edebalk* (2010, 79) spricht von einer "critical juncture [...] around 1990". Wie die beiden genannten Reformen, so kann auch die Einführung der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland Mitte der 1990er Jahre als *Critical Juncture* bezeichnet werden. Es handelt sich um eine große wohlfahrtsstaatliche Reform, die vergleichbar ist mit der Einführung der anderen vier Sozialversicherungen im deutschen Kaiserreich bzw. in der Weimarer Republik. Sowohl der Zeitpunkt der Einführung – die Phase wohlfahrtsstaatlichen Abbaus –, als auch der pflegepolitische Pfadwechsel und die Unterschiede zu den anderen Sozialversicherungen führen dazu, dass *Lessenich* (2003, 217) von radikalen Umbauten des deutschen Wohlfahrtsstaates spricht.

Wie in den meisten komparativen Studien wird hier als Analyseeinheit der Nationalstaat ausgewählt. Dies hat vielfältige Gründe. Zum einen finden die pflegepolitischen Reformen und Regulierungen, die in dieser Studie untersucht werden, auf nationalstaatlicher Ebene statt. Insofern ist es sinnvoll, den Nationalstaat in den Blick zu nehmen, auch wenn in Großbritannien und Schweden viele pflegepolitische Entscheidungen auf kommunaler Ebene getroffen werden.[9] Zum anderen existieren viele Daten, auf die zurückgegriffen wird, nur auf nationalstaatlicher Ebene.

9 Es wäre durchaus lohnenswert, in einem nächsten Schritt die Auswirkungen der pflegepolitischen Reformen auf kommunaler Ebene zu untersuchen.

4. Pflegearbeit im Kontext der wohlfahrtsstaatlichen *Care*-Forschung

4.1 Die wohlfahrtsstaatliche *Care*-Forschung

Seit den 1990er Jahren ist Sorgearbeit zu einem bedeutenden Gegenstand und Bestandteil der *gender*-orientierten vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung avanciert. *Ostner* (2011, 462) konstatiert sogar, dass *Care* zu einem „Schlüsselbegriff der Wohlfahrtsstaatsforschung" geworden sei. Die zunehmende wissenschaftliche Bedeutung von Sorgearbeit zeigt sich an der Beschäftigung von Wohlfahrtsstaatsforscher/innen mit *Care*-Arbeit und *Care*-Regimen (vgl. McLaughlin/Glendinning 1994; Hochschild 1995; Anttonen/Sipilä 1996; Esping-Andersen 1999; Kautto 2002; Leitner 2003; Bettio/Plantenga 2004, Pfau-Effinger 2005a, 2005b; Kremer 2007), an der Herausbildung familienpolitischer Modelle, in denen der Umgang mit Sorgearbeit elementar ist (vgl. u.a. Bradshaw u.a. 1993; Gauthier 2002, 1998; Strohmeier 1995; Fux 2002; Bahle 1995; vgl. die Zusammenfassungen bei Lengerer 2004; und bei Gerlach 2010, 363ff.), an der stärkeren Einbeziehung der Altenpflege – als Teil der *Care*-Arbeit – in wohlfahrtsstaatliche Analysen (vgl. Evers u.a. 1994; Knijn/Kremer 1997; Österle 2001; Anttonen/Sipilä u.a. 2003; Bettio/Plantenga 2004; Anttonen/Sipilä 2005; Ungerson/Yeandle 2007; Blome u.a. 2008; Theobald 2008; Leitner 2013), an der Auseinandersetzung mit sozialen Diensten als Substitutiv oder Ergänzung zu informeller Sorgearbeit (vgl. Alber 1995; Anttonen/Sipilä 1996, 2005; Kautto 2002) sowie an der Aufnahme von Sorgearbeit in allgemeine Wohlfahrtsstaatsanalysen und -typologien (vgl. Lewis 2001b; Pfau-Effinger/Geissler 2005; Pascall/Lewis 2004; Lewis/Giullari 2005).

Ein weiterer junger Forschungszweig beschäftigt sich mit transnationaler Sorgearbeit und globalen Betreuungsketten, denn die Haus- und Sorgearbeit von Migrant/innen – und hier v.a. von Frauen – in Haushalten westlicher Länder hat im letzten Jahrzehnt erheblich an Bedeutung gewonnen (vgl. Hochschild 2001; Lutz 2007; Parreñas 2001). Es bilden sich globale Betreuungsketten *("global care chains")* entlang von Armutsketten (Nord-Süd, Ost-West). „Ärmere Frauen ziehen die Kinder wohlhabenderer Frauen auf, während noch ärmere – oder ältere oder

vom Land kommende – deren Kinder aufziehen." (Hochschild 2001, 164; vgl. auch Apitzsch/Schmidbaur 2011, 46) Oftmals weigern sich wohlfahrtsstaatliche Akteure anzuerkennen, dass Familien von den ausländischen Arbeitskräften abhängig sind. "This scenario of the global care chain captures well the irony of women in the global North exercising their right to earn at the expense of the migrant employee from the global South, both of them unsupported in their care responsibilities by male partners or state provision." (Williams 2010, 387)

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung transnationaler Haushalts- und Sorgearbeit und der Herausbildung globaler Betreuungsketten sowie der unterschiedlichen wohlfahrtsstaatlichen Umgangsweisen damit wird migantische bzw. transnationale Pflegearbeit in dieser Arbeit als eine Form von Pflegearbeit in die Analyse miteinbezogen.

In einem weiteren neueren Debattenstrang, der infolge der Wirtschaftskrise seit den den Jahren 2007/08 entstanden, geht es um die „*Care*-Krise". In dieser sowohl ökonomisch wie auch sozialwissenschaftlich ausgerichteten Debatte wird zum einen die ökonomische Bewertung der unbezahlten Sorgearbeit, zum anderen Fragen der Umverteilung von Sorgearbeit thematisiert und kritisch hinterfragt: zwischen Männern und Frauen, zwischen Frauen unterschiedlicher Schichten sowie zwischen Frauen unterschiedlicher Ethnien (vgl. Aulenbacher/Dammayr 2014; Kurz-Scherf/Scheele 2012; Völker/Amacker 2015; Aulenbacher u.a. 2014). In den stark gesellschaftstheoretisch und herrschaftskritisch ausgerichteten Ansätzen wird die Wirtschafts- und Finanzkrise als Ausgangspunkt genommen, um (erneut) grundlegend über den Zusammenhang von Produktion und Reproduktion, von Kapitalismus und Geschlecht sowie von Marxismus und Feminismus zu diskutieren und die Vernachlässigung reproduktiver Tätigkeiten im Rahmen der kapitalistischen Wirtschaftsweise, die daraus folgenden ökonomischen und sozialen Ungleichheiten sowie Unterdrückungsverhältnisse zu kritisieren (vgl. Prokla-Redaktion 2014; Denknetz 2013).

An den eher sozialwissenschaftlich ausgerichteten Strang dieser neueren *Care*-Debatte, der durch Themen wie die Reproduktionskrise (vgl. Jürgens 2010, 2011), die „verwahrloste Fürsorge" (vgl. Becker-Schmidt 2011) und die „neuen Sorgekonflikte" (vgl. Auth u.a. 2015) oder die globalen Betreuungsketten geprägt ist, knüpft diese Arbeit explizit an. Die Beschäftigung mit Pflegearbeit (als Sorgearbeit) erfolgt dabei vor dem Hintergrund des Betreuungsdefizits, das sich aufgrund des demographischen Wandels vergrößern wird und das einen deutlichen Geschlechterbias zuungunsten von Frauen aufweist.

Die *Care*-Forschung bietet vielfältige theoretisch-konzeptionelle Anknüpfungspunkte für die Analyse von Sorge- bzw. Pflegearbeit, die im Folgenden

anhand des Konzept der *Social Care* (vgl. Daly/Lewis 1998, 2000) sowie der Familialismus-Modelle (vgl. Lister 1994; McLaughlin/Glendinning 1994; Esping-Andersen 1999; Leitner 2003, 2013) näher erläutert werden.

4.2 Das Konzept *Social Care*

Um *Care* als wohlfahrtsstaatliche Analysekategorie verwenden zu können, entwickelten *Mary Daly* und *Jane Lewis* (1998; 2000) ein mehrdimensionales heuristisches Konzept von *Social Care*, mit dessen Hilfe die politische Ökonomie der Fürsorgearbeit, das Verhältnis zum Wohlfahrtsstaat und wohlfahrtsstaatlicher Wandel erfasst werden können. *Daly* und *Lewis* verwenden einen breiten *Care*-Begriff, der sich auf staatliche, familiäre und marktliche Leistungen, auf formelle und informelle sowie auf bezahlte und unbezahlte *Care*-Arbeit und auch auf finanzielle Leistungen und soziale Dienste bezieht. Dabei nehmen die beiden Autorinnen explizit beide Hauptformen von *Care* in den Blick: Kinderbetreuungs- und Altenpflegearbeit. Als die wichtigsten drei Dimensionen von *Social Care* beschreiben *Daly* und *Lewis* erstens Arbeit, zweitens Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten sowie drittens Kosten. Bei der ersten Dimension wird auf die Natur der Arbeit Bezug genommen und auf die wohlfahrtsstaatlichen Bedingungen verwiesen, unter denen sie ausgeübt wird. Mit der Betonung des Arbeitsaspekts werden *Care* als Tätigkeit (sich sorgen um, pflegen, betreuen) und die Pflegenden als Akteure in den Mittelpunkt gestellt. Die zweite Dimension bezieht sich auf den normativen Rahmen von Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten im Kontext von *Care*. Im Unterschied zu anderen Arbeiten, so die Autorinnen, wird *Care* immer unter Bedingungen der sozialen und/oder familiären Verantwortung erbracht. Damit rücken die sozialen Beziehungen der Sorgearbeit und die ihnen zugrunde liegenden Beweggründe ins Zentrum der Betrachtung. Dabei wird auch die Rolle des Staates in den Blick genommen. Er kann die bestehenden Normen bezüglich der Sorgearbeit stärken oder schwächen. Die dritte Dimension von *Care* bezieht sich auf die Kosten. *Care* kann als Tätigkeit betrachtet werden, die Kosten verursacht, finanzielle wie auch emotionale, die sich über die Grenze zwischen öffentlich und privat erstrecken. Die wichtigste analytische Frage, die sich hier stellt, ist die nach der Verteilung der Kosten und zwar sowohl auf der individuellen wie auch auf der Makroebene. Entsprechend dieser drei Dimensionen definieren *Daly* und *Lewis Social Care* als "[...] activities involved in meeting the physical and emotional requirements of dependent adults and children, and the normative, cost and social frameworks within which this work is assigned and carried out." (Daly/Lewis 1998, 6)

Sorgearbeit kann den Autorinnen zufolge sowohl auf der Makro- wie auf der Mikroebene untersucht werden. Während auf der Makroebene die Verteilung der Sorgearbeit (Arbeit, Verantwortung und Kosten) zwischen dem Staat, dem Markt, der Familie und der Kommune im Zentrum steht, geht es auf der Mikroebene um die Verteilung der Sorgearbeit zwischen Individuen innerhalb einer Familie oder Gemeinschaft. Auf der Makroebene wird dazu die Infrastruktur der Sorgearbeit (Arbeit, soziale Dienste und Geld) betrachtet sowie die konkrete Verteilung zwischen den unterschiedlichen gesellschaftlichen Sektoren. In Bezug auf die Mikroebene wird danach gefragt, wer die Sorgearbeit übernimmt bzw. erhält, unter welchen ökonomischen, gesellschaftlichen und normativen Bedingungen sie erbracht wird und welche ökonomischen Aktivitätsmuster Frauen im Betreuungsalter aufweisen (vgl. Tab. 1). Mit Hilfe dieses mehrdimensionalen und Mehrebenenkonzepts von *Care* kann der Wandel von Sorgearbeit ländervergleichend untersucht werden.

Tabelle 1: Das Konzept der *Social Care*

	Makroebene	*Mikroebene*
Konzeptioneller Bezugsrahmen	Verteilung der Sorgearbeit (Arbeit, Verantwortlichkeiten und Kosten) zwischen Staat, Markt, Familie und Zivilgesellschaft	Verteilung der Sorgearbeit (Arbeit, Kosten und Verantwortlichkeiten) zwischen Individuen innerhalb der Familie und der Zivilgesellschaft
... empirisch nachgewiesen durch	– Care-Infrastruktur (Arbeit, soziale Dienste und Geldleistungen) – Die Leistungsverteilung zwischen den Sektoren	– Wer sorgt und wer ist der/die Empfänger/in von Leistungen – Unter welchen ökonomischen, sozialen und normativen Bedingungen wird Sorgearbeit geleistet – Die ökonomischen Aktivitätsmuster von Frauen im Sorgealter
Pfade des Wandels	Mehr oder weniger: – Staat – Markt – Familie – Zivilgesellschaft	– Wandel der Verteilung der Sorgearbeit – Wandel der Identität der Sorgearbeitenden – Wandel der Bedingungen, unter denen Sorgearbeit geleistet wird

Quelle: Daly/Lewis (1998, 8); eigene Übersetzung

4.3 Familialismus-Modelle

Während es unter Zuhilfenahme des Konzepts *Social Care* gelingt, Pflegearbeit als *Care* im wohlfahrtsstaatlichen Kontext zu verorten und zu analysieren, so bedarf es doch einer weiteren Zuspitzung, um konkrete *Care*-Politiken zu klassifizieren und zu bewerten. Dazu sollen nun Familialismus-Modelle vorgestellt werden.

Auch dieser Forschungsstrang entwickelte sich, wie die *gender*-orientierte Wohlfahrtsstaatsforschung, in der kritischen Beschäftigung mit *Esping-Andersens* Wohlfahrtsstaatstypologie (vgl. Esping-Andersen 1990). In der Auseinandersetzung mit der De-Kommodifizierung, dem bei *Esping-Andersen* zentralen Indikator für Wohlfahrtsstaatlichkeit, entwickelten *Ruth Lister* (1994) sowie *Eithne McLaughlin* und *Caroline Glendinning* (1994) unabhängig voneinander das Konzept der De-Familialisierung *(defamilialization)*[10]. Während bei *Lister* die ökonomische Unabhängigkeit im Zentrum steht (durch Löhne oder finanzielle Sozialleistungen), so rekurrieren *McLaughlin* und *Glendinning* in stärkerem Maße auf die Entlastung von familiärer Sorgearbeit *(Care*-Politik) (vgl. auch Kröger 2009, 9). Bevor de-kommodifizierende Maßnahmen des sozial abgesicherten Ausstiegs aus dem Arbeitsmarkt überhaupt wirken können, muss die Kommodifizierung – die Arbeitsmarktintegration – gewährleistet sein, so die Autorinnen – und das trifft für viele Frauen mit *Care*-Verpflichtungen nicht zu. Um die von *Esping-Andersen* vernachlässigten Kommodifizierungsbedingungen in den Blick zu nehmen, entwickeln *McLaughlin* und *Glendinning* das Konzept der De-Familialisierung. Den Autorinnen geht es zum einen um die 'Befreiung' der Frauen von familiären Fürsorgearbeiten und aus familiären Abhängigkeitsverhältnissen, zum anderen aber auch um die Bedingungen, unter denen Menschen bereit sind, familiäre Fürsorgearbeit zu übernehmen und um das Ausmaß an finanzieller Unabhängigkeit, das ihnen dafür wohlfahrtsstaatlich gewährt wird.

> "The issue is not whether people are completely 'de-familised' but rather the extent to which packages of legal and social provisions have altered the balance of power between men and women, between dependents and non-dependents, and hence the terms and conditions under which people engage in familial or caring arrangements." (McLaughlin/Glendinning 1994, 66)

Je höher der Grad der De-Familialisierung, desto geringer die ökonomischen Abhängigkeitsverhältnisse von Frauen gegenüber ihren (Ehe-)Männern und desto

10 Ich verwende in dieser Arbeit einheitlich den Begriff der (De-)Familialisierung (statt (De-)Familisierung) als Übersetzung für *"(de-)familisation"* (McLaughlin/Glendinning 1994) und *"(de-)familialization"* (Esping-Andersen 1999; Leitner 2003).

umfangreicher die zivilgesellschaftlichen und die sozialen Rechte von Frauen (vgl. McLaughlin/Glendinning 1994, 66; vgl. auch Auth 2006, 343f.; Auth/Langfeldt 2007, 135f.).

Esping-Andersen setzt sich im Kontext der Auseinandersetzung mit der feministischen Kritik an seinem wohlfahrtsstaatlichen Hauptindikator mit dem Konzept der De-Familialisierung auseinander. Dabei nimmt er die feministische Kritik auf und entwickelt sein Modell weiter. Er begegnet dem Vorwurf, der Haushalt bzw. die Familie werde im Kontext seines Wohlfahrtsdreiecks (Staat – Markt – Familie) zwar genannt, dann aber in seiner Wohlfahrtsstaats-Typologie und -analyse vernachlässigt, mit einer erweiterten wohlfahrtsstaatlichen Studie, in der er Wohlfahrtsstaaten danach unterscheidet, in welchem Ausmaß soziale Risiken durch die Familien abgefedert werden. Ausgangspunkt seiner haushaltsökonomischen Untersuchung sind zum einen instabile Familienverhältnisse, die mit erodierenden familiären Sorgekapazitäten und steigenden Armutsrisiken einhergehen. Zum anderen beschäftigt er sich mit den niedrigen Geburtenraten einiger Länder. Der fehlende Nachwuchs beeinträchtigt im Kontext des demographischen Wandels und der Alterung der Gesellschaft die finanzielle Zukunftsfähigkeit dieser Wohlfahrtsstaaten. Ursache der niedrigen Geburtenraten sind seiner Ansicht nach eine vereinbarkeitshinderliche Wohlfahrtsstaatspolitik und – daraus folgend – niedrige Frauenerwerbsquoten (vgl. Esping-Andersen 1999, 3f., 67ff.). Bei seiner familienbezogenen Untersuchung geht es *Esping-Andersen* allerdings weder um einen Beitrag zur feministischen Wohlfahrtsstaatsforschung noch um die Analyse von Geschlechterverhältnissen, sondern um die Einordnung familiären Wandels in die wohlfahrtsstaatliche Regimetypologie und in den Kontext der De-Kommodifizierung. *Esping-Andersen* unterscheidet zwischen familialistischen[11] und de-familialisierenden Wohlfahrtsstaaten, wobei es ihm weniger um ein Entweder-oder geht, sondern um den Grad der (De-)Familialisierung (vgl. Esping-Andersen 1999, 47ff.). In Anlehnung an *Hernes* (1989) Konzept des frauenfreundlichen Wohlfahrtsstaates skandinavischer Prägung

11 *Esping-Andersen* (1999) gebraucht den statischen Begriff des Familialismus *(familialism)* oder der familialistischen *(familialistic)* Wohlfahrtsstaaten, nicht aber den dynamischen Begriff der Familialisierung oder der familialisierenden Wohlfahrtsstaatspolitik, den er in Bezug auf de-familialisierende Wohlfahrtsstaaten *(de-familializing)* verwendet. Grund hierfür könnte sein, dass *Esping-Andersen* den Familialismus als Ausgangspunkt nimmt und von dort aus untersucht, welche Wohlfahrtsstaaten einen Prozess der De-Familialisierung begonnen haben. Eine aktive Politik der Familialisierung taucht in *Esping-Andersens* Analyseraster weder begrifflich noch real auf.

bezeichnet *Esping-Andersen* eine Familienpolitik, die die Familie von ihren Sorgeverpflichtungen entlastet, mit dem Begriff der De-Familialisierung. In de-familialisierenden Wohlfahrtsstaaten wird die individuelle Abhängigkeit vom Haushalt verringert und die ökonomische Unabhängigkeit und Arbeitsmarktintegration von Frauen gefördert. Die Entlastung der privaten Haushalte von Sorgeverpflichtungen kann dabei entweder wohlfahrtsstaatlich oder marktlich geschehen. Eine Familienpolitik, mit deren Hilfe traditionelle Familienwerte aufrechterhalten werden (sollen), erhalten die Bezeichnung Familialismus. Hier verbleibt der größte Teil der Sorgeverpflichtungen in der Familie (vgl. Esping-Andersen 1999, 45ff.; vgl. auch Auth/Langfeldt 2007, 136).

Sigrid Leitner (2003; 2013) nimmt die *Esping-Andersen'sche* Unterscheidung familialistischer und de-familialisierender Wohlfahrtsstaatsregime zum Ausgangspunkt ihrer Überlegungen und entwickelt ein erweitertes Familialismus-Modell, in dem sie vier idealtypische Kombinationen von Familialisierung und De-Familialisierung unterscheidet. Unter Familialisierung versteht *Leitner* eine Politik, in der die Familie in ihrer Fürsorgefunktion wohlfahrtsstaatlich unterstützt wird. Eine de-familialisierende Politik liegt demgegenüber vor, wenn Familien durch öffentliche oder private soziale Dienste und Einrichtungen zur Kinderbetreuung und Pflege entlastet werden (vgl. Leitner 2003, 357). Da jede der beiden Familienpolitiken schwach oder stark ausgeprägt sein kann, ergeben sich vier Familialismus-Varianten: optionaler Familialismus, expliziter Familialismus, impliziter Familialismus und De-Familialismus. Beim Idealtyp des expliziten Familialismus liegt gleichzeitig eine starke Familialisierung und eine schwache De-Familialisierung vor. Hier wird einerseits die Familie als Ort der Erziehung von Kindern und der Pflege älterer und kranker Menschen wohlfahrtsstaatlich gestärkt, andererseits werden aber keine Alternativen zur familiären Sorgearbeit angeboten. Familiäre Kinderbetreuung und Altenpflege werden durch erziehungs- oder pflegebedingte Freistellungsregelungen, durch Eltern- oder Pflegegeld sowie durch die sozialstaatliche Absicherung von Sorgearbeit gefördert, aber durch das Fehlen öffentlicher oder privater Dienstleistungen oder Einrichtungen zur Kinderbetreuung und Pflege mehr oder weniger erzwungen. Um dem Idealtyp des optionalen Familialismus anzugehören, muss neben einer starken Familialisierung weiter eine starke De-Familialisierung vorhanden sein. Hier wird sowohl die familiäre Sorgearbeit wohlfahrtsstaatlich unterstützt als auch Dienste und Einrichtungen als Entlastung angeboten. Das *"right to care"* wird in diesem Typ mit dem *"right not to care"* (vgl. Knijn/Kremer 1997) verknüpft, so dass Wahlmöglichkeiten bestehen. Im Gegensatz dazu gibt es im Modell des impliziten Familialismus weder familialisierende noch de-familialisierende

wohlfahrtsstaatliche Politiken. Aufgrund nicht existierender Alternativen ist hier die Familie der Ort der Sorgearbeit, so dass das Fehlen jeglicher wohlfahrtsstaatlicher Politik in seiner Wirkung familialistisch ist. Der vierte Idealtyp ist das de-familialistische Modell, in dem eine starke De-Familialisierung mit einer schwachen familialisierenden Politik einhergeht. Die Familie wird entlastet, familiäre Sorgearbeit wird aber nicht honoriert (vgl. Leitner 2003, 358, 2013, 26ff.; vgl. auch Auth/Langfeldt 2007, 136f.).

In dritten Teil ihres Aufsatzes untersucht *Leitner* das gleichstellungspolitische Potenzial der vier Familialismustypen anhand der Kinderbetreuung. Lediglich im Kontext des optionalen und des expliziten Familialismus ist Gleichstellung möglich, weil hier die Geschlechterverhältnisse durch die starke familialisierende Politik direkt beeinflusst werden. Nach *Leitner* (2003, 365ff.) wirkt eine familialistische Politik unter bestimmten Bedingungen gleichstellungsfördernd. Sie muss sich erstens an beide Geschlechter richten, zweitens Fürsorgearbeit aufwerten, drittens die finanzielle Unabhängigkeit der sorgearbeitenden Person sichern, viertens Wahlmöglichkeiten zwischen Fürsorgearbeit und Erwerbstätigkeit unterstützen (durch kurze Freistellungsregelungen, Lohnersatzleistungen und Anreize zur Teilung von Fürsorgearbeit) und fünftens kein Familien- bzw. Geschlechterarrangement besonders fördern.

4.4 Die Konzeptionalisierung von Pflegearbeit als *Care Work*

4.4.1 Pflegearbeit in der gender-orientierten Wohlfahrtsstaatsforschung

(Alten-)Pflegearbeit wird im Rahmen der feministischen Wohlfahrtsstaatsforschung und der Regimetypologien sowie in Kontext der *Care*-Debatte(n) und der vergleichenden *Care*-Regimeforschung bislang hauptsächlich unter familialer Fürsorgearbeit subsumiert. Pflegearbeit hat aber faktisch nicht denselben Stellenwert wie Kinderbetreuung, was man daran erkennt, dass sich die Beschreibungen und Vergleiche von Wohlfahrtsstaaten v.a. auf Kinderbetreuungsinstitutionen, die Erwerbstätigkeit von Müttern und Freistellungsregelungen zur Kinderbetreuung beziehen. Selten eingegangen wird auf Themen wie die Arbeitsbedingungen beruflich Pflegender, die Erwerbstätigkeit pflegender Angehöriger, die materielle und soziale Absicherung häuslich Pflegender sowie Maßnahmen zur gerechteren Verteilung von Pflegearbeit zwischen den Geschlechtern. Auch die Unterschiede zwischen Kinderbetreuungs- und Pflegearbeit werden kaum thematisiert, obwohl sich die beiden Arbeitsbereiche in vielen Punkten unterscheiden, die auch für eine Wohlfahrtsstaatsanalyse von Bedeutung sind: pflegende (Frauen) sind in der

Regel älter als Kindererziehende, haben größere Wiedereinstiegsprobleme oder sind bereits im Rentenalter. Der Beginn der Pflege tritt häufig plötzlich auf und die Dauer ist meist länger und generell schwerer absehbar. Auch die gesellschaftlichen Normen und Leitbilder differieren zwischen den beiden *Care*-Bereichen. Die psychischen Belastungen sind im Rahmen der Pflegearbeit meist größer, weil diese mit Krankheit(en) und Tod verbunden ist, während Kindererziehung mit Lernerfolgen und zunehmender Selbständigkeit verknüpft ist. Zudem unterscheidet sich das Verhältnis von Pflegebedürftigen und Pflegenden von der Beziehung zwischen Eltern und Kindern, und Pflegeheime sind – was die gesellschaftliche Konnotation angeht – nicht vergleichbar mit Kindertagesstätten.

Wenig Aufmerksamkeit findet auch die Tatsache, dass die institutionellen Strukturen und die kulturellen Leitbilder bezüglich Kinderbetreuung einerseits und Altenpflege andererseits innerhalb eines Landes variieren können. Es gibt Länder, in denen Kinderbetreuung und Pflege komplett unterschiedlich bewertet, gehandhabt und institutionell zugeordnet werden. In Großbritannien, Norwegen und den Niederlanden beispielsweise ist die Altenpflege traditionell gut ausgebaut, während die Kinderbetreuung als Privatsache gilt (oder zumindest lange Zeit galt). In Frankreich, Belgien und Italien wiederum besteht eine gut ausgebaute Kinderbetreuungsinfrastruktur, wohingegen die Pflege älterer Menschen einen eher geringen Stellenwert einnimmt (vgl. Daly/Lewis 1998, 10; Ostner 2011, 471).

Die Vernachlässigung der Pflegearbeit in *gender*-orientierten Wohlfahrtsstaatsanalysen ist dennoch in gewisser Hinsicht nachvollziehbar, denn das Ausmaß an Kinderbetreuungseinrichtungen und materiellen Transfers an Mütter bzw. Eltern ist für die Arbeitsmarktbeteiligung, die Erwerbsintegration und die Emanzipation von Frauen, die geschlechtliche Arbeitsteilung und die Konstruktion von Geschlechterdifferenzen relevanter als die Altenpflege (vgl. Daly/Rake 2003, 23). Angesichts der demographischen Entwicklung und des gesellschaftlichen Alterungsprozesses steigt jedoch die Notwendigkeit einer theoretischen Verortung von Pflegearbeit – neben und im Vergleich zu Kindererziehungsarbeit – sowie einer empirischen Auseinandersetzung damit. Darauf verweisen auch *Daly* und *Lewis* (1998, 2) in ihrer Beschäftigung mit *Social Care*. Es existieren einige wenige Untersuchungen, die sich sowohl mit Kinderbetreuung wie auch mit (Alten-)Pflege beschäftigen (vgl. u.a. Knijn/Kremer 1997; Anttonen/Baldock u.a. 2003; Anttonen/Sipilä 2005). Dazu zählen auch die Familialismus-Modelle (vgl. McLaughlin/Glendinning 1994; Esping-Andersen 1999; Leitner 2003, 2013). Zudem gibt es Forschungsarbeiten, die die Pflegearbeit (als Sorgearbeit) in den Mittelpunkt stellen (vgl. u.a. Burau u.a. 2007; Ungerson 2005; Ungerson/Yeandle 2007).

4.4.2 Pflegearbeit als Analysegegenstand

Die Ausführungen zur *gender*-orientierten *Care*- und Pflegeforschung zeigen zudem deutlich, dass die Beschäftigung mit Pflege*arbeit* ein Forschungsdesiderat darstellt, dessen Behebung sowohl aus der Perspektive der Geschlechterforschung als auch aus Sicht der Wohlfahrtsstaats- und Pflegeforschung sinnvoll und notwendig erscheint – und zwar aus mehreren Gründen:

Zum einen stellt die geschlechtsspezifische und -hierarchische *Arbeits*-Teilung (nach wie vor) den Kern von Geschlechterungleichheiten und -diskriminierungen dar. Aus diesem Grund wird in dieser Studie nicht die Pflege *an sich* ins Zentrum gestellt, sondern die Organisation und Regulierung von Pflege*arbeit* bzw. die Auswirkungen der Pflegepolitik auf die unterschiedlichen Arten von Pflege*arbeit*. Die Fokussierung auf Pflege*arbeit* füllt auch eine Lücke der Wohlfahrtsstaats- und Pflegeforschung. Dadurch ist es möglich, die Analyse sowohl auf den Bereich der informellen Pflege, der oft in familien- und geschlechtersoziologischen Studien untersucht wird, sowie auf den formellen Pflegesektor, der in der Regel in arbeitssoziologischen und wohlfahrtsstaatlichen Untersuchungen im Mittelpunkt steht, zu beziehen. "[I]t is the relationship between public and private and the gendering of the spheres that is important", schreiben *Lewis* und *Ostner* (1994, 5) im Kontext der feministischen Wohlfahrtsstaatsanalyse.

Durch die Wahl dieses umfassenden arbeitsbezogenen Analysegegenstandes können Entwicklungen im Bereich der informellen Pflege mit dem Wandel und den Spezifika im Bereich der formellen Pflege verglichen und in Relation zueinander gesetzt werden. Auch das Verwischen der Grenzen zwischen dem formellen und dem informellen Bereich der Pflegearbeit rückt so deutlicher in den Blick, als das bislang in pflegebezogenen Studien der Fall war. Die Übergänge zwischen den beiden Bereichen sind mittlerweile fließender und die Beziehungen zwischen den beiden Orten, an denen Pflegearbeit verrichtet wird, vielschichtiger geworden, als es die Pflegeforschung durch die häufige Beschränkung auf einen Bereich vermuten lässt. Dies zeigt sich beispielsweise an der zunehmenden Bedeutung von Tages-, Nacht-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege im Kontext gemischter Pflegearrangements. Auch die Zunahme von gemischten Wohn- und Pflegeeinrichtungen, die gleichzeitig Alten- und Pflegeheim sind und in denen die Bewohner/innen – je nach Pflegebedürftigkeitsgrad – zwischen Appartments mit Zugang zu ambulanten Pflegeleistungen und Wohneinheiten in einem Pflegeheimbereich wählen bzw. bei Verschlechterung ihres Gesundheitszustands wechseln können, macht einen ortsunabhängigen Ansatz in Bezug auf die Pflegearbeit notwendig. "The point here, though, is that while the literature conceptually

distinguishes home from institutional care, in reality this distinction is blurred." (Burau u.a. 2007, 3; vgl. auch Huber u.a. 2009, 73)

Beide Arten von Pflegearbeit in den Blick zu nehmen, ist nicht nur aus der Perspektive der Pflegeforschung, sondern auch aus einer Geschlechterperspektive wichtig, weil beide ungleich zwischen Männern und Frauen verteilt sind und weil beide Arten von Pflegearbeit bislang gesellschaftlich unterbewertet sind. Es ist also gerade aus einer Geschlechterperspektive unerlässlich, formelle und informelle Pflegearbeit gleichermaßen in die Analyse mit einzubeziehen und ihre Wechselwirkungen und Grenzverschiebungen zu untersuchen. Wichtig ist dabei auch die Analyse der Auswirkungen der Einschränkung sozialer (Pflege-)Dienste auf die (weiblich geprägte) informelle Pflegearbeit (vgl. Daly/Lewis 1998, 13), die durch die wohlfahrtsstaatlichen Restrukturierungsprozesse hervorgerufen wird, oder aber die Betrachtung der Folgen der Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit (und damit der Reduzierung des häuslichen Pflegepotenzials) auf die formelle Pflegearbeit.

Auch der Wandel der *Governance*-Formen auf die Entwicklung formeller und informeller Pflegearbeit stellt ein zentrales Themenfeld dar, das bislang in der Pflege- und in der Geschlechterforschung vernachlässigt wurde. Zu klären ist beispielsweise, ob die Zunahme effizienzorientierter und wettbewerblicher Elemente automatisch zur Verlagerung von Pflegearbeiten in die Familie führt.

In dieser Studie geht es insbesondere um die Auswirkungen der pflegepolitischen Regulierungen auf die Ausdifferenzierung unterschiedlicher Pflegarbeitsformen, auf den Wandel und die Verschiebungen zwischen unterschiedlichen Pflegearbeitsformen sowie auf deren konkrete Ausgestaltung. Im Kontext des Konzepts von *Social Care* (vgl. Daly/Lewis 1998) nimmt die hier vorliegende Analyse insbesondere die erste Dimension, *Social Care* als Arbeit, in den Fokus, und es geht auf der Makroebene um die Verteilung der gesellschaftlichen Pflegearbeit auf verschiedene Pflegearbeitsformen, die den Sektoren Staat und Markt (berufliche und z.T. transnationale Pflegearbeit), Familie (familiäre Pflegearbeit und z.T. transnationale Pflegearbeit) und Zivilgesellschaft (ehrenamtliche Pflegearbeit) zugeordnet werden können. Dabei spielen – neben dem Arbeitsaspekt, der im Zentrum der Analyse steht – auch Aspekte der zweiten und dritten *Care*-Dimension nach *Daly* und *Lewis* (1998; 2000) in gewisser Hinsicht eine Rolle. Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten sowie Kosten sind dann relevant, wenn sie sich auf wohlfahrtsstaatliche Regulierungen (oder deren Ausbleiben) beziehen. So erhöhen sich beispielsweise familiäre Pflege-Verantwortlichkeiten, wenn staatliche Unterstützungsdienstleistungen ausbleiben (oder zurückgefahren werden). Und auch die Verteilung der Kosten von Pflegearbeit (hier v.a. der

finanziellen) werden durch staatliche Regulierungen maßgeblich mit beeinflusst (Bedürftigkeitsprüfungen, Zuzahlungen, Grund- oder vollständige Absicherung).

Mit der Fokussierung auf Pflegearbeit findet in dieser Studie eine Einengung auf diejenigen statt, die Pflegearbeit leisten *(Carers)*, während diejenigen, die Pflege erhalten, nur als Kontext berücksichtigt werden. Dies geschieht v.a. aus analytischen Gründen, wobei reflektiert wird, dass Pflegearbeit als Beziehungsarbeit immer auch Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen hat (vgl. Senghaas-Knobloch 2005).

4.4.3 Definition von Pflegearbeit

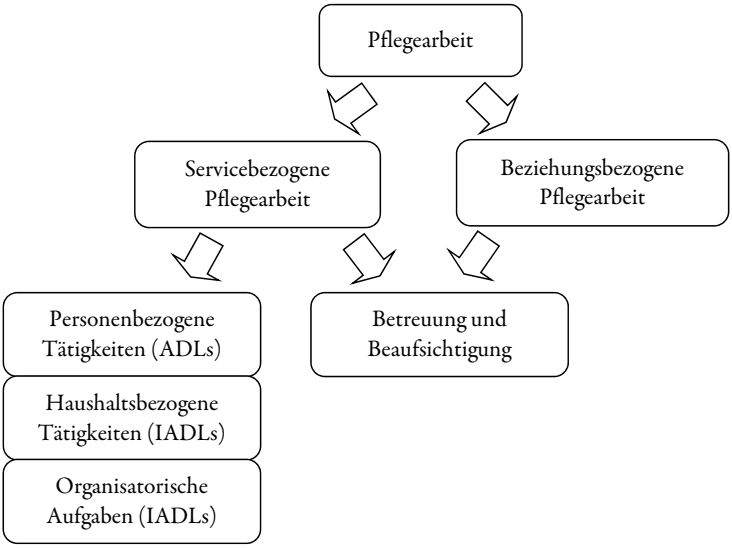
Pflegearbeit als Teil der Sorgearbeit *(Care)* umfasst – so die hier verwendete Definition – alle Arbeiten und Aktivitäten, die im Zusammenhang stehen mit der Sorge um ältere Pflegebedürftige (vgl. Daly 2002, 252; Daly/Rake 2003, 49).

Sie umfasst damit zum einen die emotionalen Aspekte der „(Für-)Sorge" für Pflegebedürftige, wie Empathie, Anteilnahme und Zuwendung. Ohne diese Eigenschaften ist gute Pflegearbeit – ob beruflich oder familiär – nicht möglich. Dies betont auch *Senghaas-Knobloch* (2005), wenn sie konstatiert, dass Sorgearbeit mehr ist als Arbeit im Sinne des Tausches von Lohn gegen Leistung. Es geht ihr dabei darum, das besondere Ethos fürsorglicher Praxis, wie sie die Tätigkeiten von beruflich und familiär Pflegenden bezeichnet, zu betonen, das durch die asymmetrische Beziehungsstruktur zwischen Fürsorgenden und Umsorgten entsteht. Andererseits soll durch die Verwendung des Begriffs Pflege*arbeit* deutlich gemacht werden, dass es sich um Tätigkeiten und Praktiken handelt, die für die gesellschaftliche Reproduktion unabkömmlich und die von daher (materiell und sozial) anerkennungswürdig sind (vgl. Leira/Saraceno 2002; Tronto 1996, 144; Waerness 2000, 58). Pflegearbeit im Sinne von „*Social" Care* ist gesellschaftlich notwendige Arbeit, die das gesellschaftliche Überleben sichert und deren Bedeutung daher – auch in ökonomischer Hinsicht – der Herstellung von Produkten und der Ausführung von Dienstleistungen ohne weiteres vergleichbar ist. Der Begriff Arbeit wird auch gewählt, um die gesellschaftlich notwendige und unabdingbare (unbezahlte) Pflegearbeit von freiwilliger Selbsttätigkeit zu unterscheiden. Hierzu zählt auch die unbezahlte haushälterische Tätigkeit in Haushalten ohne Personen, die hilfe- und pflegebedürftig sind.

Um nun die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zu befriedigen, sind zum einen beziehungsbezogene Pflegearbeiten notwendig, zum anderen servicebezogene Pflegearbeiten. Hier knüpfe ich an *Daly* (2002, 252) an, die in Bezug auf *Care* zwischen *"relations"* und *"activities"* unterscheidet. Die beziehungsbezogenen

Pflegearbeiten umfassen zwischenmenschliche Aktivitäten, wie unterhalten, trösten, kümmern, vorlesen, spazieren gehen etc. zählen. Diese Pflegearbeiten sind eng mit der zu pflegenden Person verknüpft, Pflegearbeit ist hier Beziehungsarbeit, die auch mit Verantwortlichkeiten einhergeht (vgl. Hochschild 1995, 333; Cameron/Moss 2002, 9). Dabei sind – in *Kari Waerness* (2000, 59) Worten – „fürsorgerationale" Eigenschaften, wie Empathie, Anteilnahme und Zuwendung besonders wichtig. Der andere Teil der Pflegearbeit ist stärker servicebezogen. Zu den pflegebezogenen Servicearbeiten gehören erstens personenbezogene Tätigkeiten. Dabei handelt es sich v.a. um Hilfen bei der Verrichtung von Tätigkeiten des täglichen Lebens (sog. ADLs), wie Aufstehen/Zubettgehen, Waschen/Baden/Toilettengang, Anziehen/Ausziehen etc. Zweitens zählen zu den Pflegearbeiten haushaltsbezogene (niedrigschwellige) Aktivitäten, wie einkaufen, kochen, sauber machen und Wäsche waschen. Zum Dritten gehören zu den pflegebezogenen Tätigkeiten organisatorische Aufgaben, wie Ämtergänge, Fahrdienste oder die Erledigung von Bankgeschäften. Die haushaltsbezogenen und die organisatorischen Aufgaben werden auch als instrumentelle Tätigkeiten des täglichen Lebens (IADLs) bezeichnet (vgl. Huber u.a. 2009, 20). Ziel der Pflegearbeiten ist es, älteren pflegebedürftigen Menschen zu helfen, möglichst unabhängig zu leben und sie zu ermutigen *("empowerment")*. Die letzte Form der

Abbildung 2: Aktivitäten und Beziehungen von Pflegearbeit



Pflegearbeit bezieht sich v.a. auch auf die speziellen Bedarfe von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (demenziell Erkrankte), die vielfach der Betreuung und Beaufsichtigung bedürfen. Diese Art von Pflegearbeit kann sowohl den Charakter von beziehungs- als auch von servicebezogener Pflegearbeit haben. Es geht hier also zusammenfassend um pflegebezogene Arbeiten gegenüber älteren Menschen, die sowohl informell/privat als auch formell/öffentlich, häuslich/ambulant oder stationär, bezahlt oder unbezahlt sein können (vgl. Knijn/Kremer 1997, 130; Kremer 2007, 28f.; Leira/Saraceno 2002, 56). Nicht im Fokus stehen hier die Arbeiten, die sich auf die medizinische Versorgung beziehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Abgrenzung schwierig ist, denn Pflegearbeit wird häufig mit Krankenpflege kombiniert, z.B. Medikamentengabe, Wundbehandlung, Schmerztherapie oder Rehabilitation. Während es im Kontext der beruflichen Pflege generell noch möglich ist, zwischen den beiden Pflegeformen zu unterscheiden, vermischen sich die soziale und die medizinische Pflegearbeit im Kontext der informellen Pflege gänzlich (vgl. Sipilä u.a. 2003, 5).

4.4.4 Arten von Pflegearbeit

Die pflegebezogenen Arbeiten gegenüber älteren Menschen können auf unterschiedliche Art ausgeübt oder getätigt werden. Um den Wandel der Pflegearbeit beschreiben zu können, werden folgende Arten von Pflegearbeit in den Blick genommen: berufliche, familiäre, ehrenamtliche und transnationale Pflegearbeit. Die Unterscheidung dieser Arten von Pflegearbeit wird anhand der Politikfelder vorgenommen, in denen sie reguliert werden.

Die erste Pflegearbeitsform ist die berufliche Pflegearbeit, bei der ein Arbeits- oder Dienstleistungsvertrag vorliegt. Alle beruflich Pflegenden arbeiten im Bereich formeller Pflegearbeit. Bei der beruflichen Pflegearbeit spielen die Ausbildungs-, die Arbeits(markt)politik, die Regulierung von Beschäftigungsverhältnissen sowie die Industriellen Beziehungen und die Tarifpolitik eine wichtige Rolle. Davon zu unterscheiden ist die familiäre Pflegearbeit, die v.a. von Angehörigen, aber auch von Freunden, Bekannten und Nachbarn ausgeübt wird. Die Personengruppen pflegen nicht beruflich, erhalten aber unter Umständen eine finanzielle Unterstützung. Familiäre Pflegearbeit ist immer im informellen Pflegearbeitsbereich zu verorten. Sie wird v.a. im Rahmen der Familien-, der Sozial- sowie der Pflege- und Gesundheitspolitik reguliert. Die nächste Pflegearbeitsform ist die ehrenamtliche Pflegearbeit. Hier geht es um freiwillig Helfende, die ehrenamtlich im Organisationskontext pflegen. Sie erhalten maximal eine Aufwandsentschädigung. "Volunteering is unpaid work that has been freely chosen by the individual,

that is carried out within the framework of an organization, and that is not only to the benefit of the active individual himself." (Jeppsson Grassman/Svedberg 2007, 157; vgl. auch Cnaan u.a. 1996) Ehrenamtlich Pflegende findet man häufig in Wohlfahrtsverbänden, Freiwilligenorganisationen oder Selbsthilfegruppen. Ehrenamtliche Pflegearbeit zählt zwar zur informellen Pflegearbeit, findet aber im Kontext formeller Pflegearbeit als deren Unterstützung statt. Ehrenamtliche Pflegearbeit wird v.a. in den Politikfeldern Sozial- und Pflegepolitik reguliert. Davon zu unterscheiden ist die transnationale Pflegearbeit, die in allen drei Untersuchungsländern zunimmt. Transnationalität wird hier als Grenzüberschreitung verstanden und damit sowohl auf Migrant/innen bezogen, die zwischen dem Herkunfts- und dem Zielland pendeln (Pendelmigration), als auch auf diejenigen, die sich dauerhaft in dem Zuwanderungsland ansiedeln (dauerhafte Migration), wobei die beiden Formen ineinander übergehen können. Transnationale Pflegearbeit kann entsprechend dieser Definition in drei Varianten vorkommen (vgl. Bednárik u.a. 2013, 214): Zum Ersten handelt es sich um Migrant/innen, die regulär (mit Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis) in Privathaushalten arbeiten. Ein Beispiel hierfür sind transnational arbeitende Migrantinnen, die über Agenturen vermittelt werden. Zur transnationalen Pflegearbeit zählen zweitens auch Migrant/innen, die keine Aufenthaltsgenehmigung und/oder Arbeitserlaubnis besitzen und irregulär – und damit informell – im privaten Bereich arbeiten. Bei der dritten Variante handelt es sich um migrantische Pfleger/innen, die in sozialen Diensten oder Pflegeheimen regulär arbeiten. Diese Migrant/innen arbeiten im formellen Pflegesektor. Transnationale Pflegearbeit wird sowohl durch die Sozial- und Pflegepolitik als auch durch die Zuwanderungspolitik bestimmt.

4.5 Formelle und informelle Pflegearbeit: Sphären der Pflegearbeitenden

In dieser Untersuchung wird zwischen formeller und informeller Pflegearbeit unterschieden. Die Unterscheidung wurde gewählt, um die Sphäre bzw. den Ort – Öffentlichkeit oder Privatsphäre – zu betonen, dem die Pflegearbeitenden zuzurechnen sind. Nicht gemeint ist damit die Sphäre, in der die Pflegearbeit stattfindet.

Bei der formellen Pflegearbeit handelt es sich um beruflich ausgeübte Pflegearbeit. Hier liegt ein Arbeitsvertrag zwischen dem/der Beschäftigten und einem öffentlichen, freigemeinnützigen oder privaten Arbeitgeber vor oder sie wird auf selbständiger bzw. freiberuflicher Basis ausgeübt. In diesem Fall besteht ein Dienstleistungsvertrag zwischen der pflegenden und der pflegebedürftigen Per-

son. Das Entgelt aus formeller Pflegearbeit ist steuerpflichtig und bei Vorliegen eines Arbeitsvertrags auch sozialversicherungspflichtig. Dies gilt unabhängig von der Qualifikation und auch für bestimmte Arten atypischer Beschäftigung, wie beispielsweise Mini-Jobs in Deutschland oder stundenweise Beschäftigte in Schweden. Das Spektrum formeller Pflegearbeitsformen reicht von sozialversicherungspflichtigen Standard- oder atypischen Beschäftigungsverhältnissen in sozialen (Pflege-)Diensten oder in Pflegeheimen über Persönliche Assistent/innen bis hin zu selbständig arbeitenden Pfleger/innen.

Die Abgrenzung und Definition informeller Pflegearbeit ist demgegenüber etwas schwieriger. Sie zeichnet sich in erster Linie durch das Fehlen eines Arbeits- oder Dienstleistungsvertrags aus. Sie ist damit weder steuer- noch sozialversicherungspflichtig. Es handelt es sich nicht nur um Pflegearbeit, die durch Angehörige ausgeübt wird, sondern um alle Pflegearbeiten, die ohne Arbeits- oder Dienstleistungsvertrag erbracht werden. Beispiele informeller Pflegarbeit in diesem Sinne sind erstens häuslich pflegende Angehörige, Freunde oder Nachbarn, und zwar unabhängig davon, ob sie finanzielle Pflegeleistungen erhalten oder nicht, zweitens ehrenamtlich Pflegende sowie drittens irregulär Pflegende. Der Begriff der informellen Pflegearbeit ist dementsprechend nicht gleichzusetzen mit familiärer Pflegearbeit, sondern geht über die familiär erbrachte Pflegearbeit deutlich hinaus.

Stellt man eine Beziehung zwischen den Arten von Pflegearbeit (beruflich, familiär, ehrenamtlich und transnational) sowie der In-/Formalität von Pflegearbeit her, ergibt sich folgendes Bild: Während die berufliche Pflegearbeit immer in der formellen Sphäre stattfindet, so zählen die familiäre und die ehrenamtliche Pflegearbeit immer zum informellen Bereich – auch wenn letztere im formellen Bereich stattfindet. Transnationale Pflegearbeit kann demgegenüber sowohl formell sein, wenn ein reguläres Beschäftigungsverhältnis vorliegt oder auf selbständiger Basis gearbeitet wird, als auch informell, wenn sie irregulär – meist in privaten Pflegehaushalten – stattfindet.

Informelle Pflegearbeit ist auch nicht gleichzusetzen mit häuslicher Pflegearbeit, denn letztere umfasst auch die formelle Pflegearbeit im Haushalt, also die ambulante Pflege durch soziale (Pflege-)Dienste. Auch die Tagespflege und die Verhinderungspflege zählen zur häuslichen Pflege. Von der häuslichen Pflege abzugrenzen ist die institutionelle Pflege in Pflegeheimen (vgl. Huber u.a. 2009, 21). Die Unterscheidung zwischen häuslicher (informeller oder formell-ambulanter) und institutioneller Pflege, also nach dem Ort der Pflege, ist im Kontext dieser Studie zum Wandel von Pflegearbeit weniger relevant als die Unterscheidung zwischen der Beziehung der Pflegearbeitenden zum Pflegebedürftigen, also dem

Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer arbeitsrechtlichen oder dienstleistungsrechtlichen Vertragsbeziehung.

Mit Hilfe der Unterscheidung zwischen formeller und informeller Pflegearbeit werden sowohl neue Formen formeller und informeller Pflegearbeit herausgearbeitet als auch neu entstandene Zwischenformen aufgezeigt, klassifiziert und verglichen.

4.6 Begriff der Pflegebedürftigkeit

Um die Auswirkungen der Regulierung von Pflegearbeit zu untersuchen (v.a. empirisch), muss geklärt werden, auf welchen Personenkreis sich Pflegearbeit bezieht. In dieser Arbeit wird dabei nicht von einer allgemeinen Definition von Pflegebedürftigkeit ausgegangen, sondern die jeweiligen nationalspezifischen Definitionen von Pflegebedürftigkeit in den drei Ländern verwendet. Das geschieht insbesondere, weil auf viele nationale Statistiken und Studien zurückgegriffen wird. Die Schwierigkeit hierbei besteht zum einen darin, dass sich die Definitionen von Pflegebedürftigkeit in den drei Ländern unterscheiden und dass zum anderen nur in Deutschland auf einen national gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriff zurückgegriffen werden kann, der sich zudem sowohl auf die materielle Leistung (Pflegegeld) als auch auf den Zugang zu sozialen Diensten bezieht. In Großbritannien und Schweden gibt es auf nationalstaatlicher Ebene nur wenige, eher allgemeine Vorgaben. Die Entscheidungskompetenz liegt auf kommunaler Ebene in Pflegebegutachtungsverfahren und weist eine breite Variation auf.

Grundlage des britischen Begutachtungsverfahrens ist der *NHS and Community Care Act* aus dem Jahr 1990. Ziel ist es laut Vorgabe des *Department of Health (DH)*, die individuelle Unabhängigkeit der pflegebedürftigen Person möglichst lange aufrechtzuerhalten. Dazu werden im Begutachtungsverfahren die Bereiche Autonomieverlust, Gesundheit und Sicherheit, Alltagsbewältigung sowie die Beteiligung am familiären und sozialen Leben in den Blick genommen. Sind die Beeinträchtigungen in diesen Bereichen kritisch oder erheblich, sollen kommunale Hilfen gewährt werden. Dabei wird allerdings auch in Betracht gezogen, ob die Bedarfe von Angehörigen, Bekannten oder Nachbarn übernommen werden können. Sollten private Hilfen vorhanden sein, werden u.U. keine *Community Care*-Maßnahmen gewährt (vgl. Department of Health 2010). Statistisch tauchen diese Personen, die keine kommunalen Leistungen erhalten, dann nicht als Pflegebedürftige auf. Generell werden im Rahmen der *Community Care* sowohl ADL- als auch IADL-Leistungen angeboten (vgl. NHS Information Centre 2013).

In Großbritannien wird zwischen Gesundheitsdienstleistungen, die in den Bereich des *NHS* fallen, und sozialen Diensten *(home help/home care)*, die kommunal organisiert werden, unterschieden (vgl. Department of Health 2000, 3).

Auch in Schweden spielen die Kommunen eine wichtige Rolle bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Hier gelten Personen als pflegebedürftig, die Betreuung und Pflege benötigen. Sie erhalten Zugang zu sozialen Diensten. Die Grundlagen hierfür sind im 1982 in Kraft getretenen Gesetz über die sozialen Dienste *(socialtjänstlagen)* zu finden (vgl. Socialtjänstlag 2013). Im Gesetz über die sozialen Dienste ist jedoch nicht genau festgelegt, was man unter Pflegebedürftigkeit versteht. Stattdessen findet man dort aufgelistet, welche Rechte ältere Menschen besitzen. Dazu gehören das Recht auf finanzielle Sicherheit, das Recht auf adäquates Wohnen, das Recht auf soziale Dienste und das Recht auf eine Gesundheitsversorgung. Das Gesetz über die sozialen Dienste ist "[...] in the nature of a goal-oriented framework law without detailed regulations, leaving it to the local authorities to decide on the means of reach the goal." (Trydegård/Thorslund 2010, 498; vgl. auch Szebehely/Trydegård 2012, 301) Wer als pflegebedürftig gilt und Zugang zu sozialen Diensten erhält, wird demnach in Schweden – ähnlich wie in Großbritannien – dezentral auf Gemeindeebene entschieden. "The municipality decides the service level, eligibility criteria and range of services provided." (Socialstyrelsen 2008a, 5) Die häusliche Pflege durch soziale Dienste *(hemtjänst)* bezieht sich auch in Schweden sowohl auf ADL- als auch auf IADL-Leistungen (vgl. Socialstyrelsen 2013).

Anders als in den beiden anderen Ländern gibt es in Deutschland einen national einheitlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der im Kontext der Pflegeversicherung festgelegt wurde (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Er ist stark verrichtungsbezogen und bezieht sich in erster Linie auf die Grundpflege, die die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität umfasst, und auf die hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. Gerlinger/Röber 2009, 27f.). Im Rahmen dieses Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die Bedürfnisse demenziell Erkrankter nur teilweise berücksichtigt, was sich mit den neuen Pflegegraden, die ab 2017 angewendet werden, ändern soll. Mit den Leistungen der Pflegeversicherung wird der allgemeine Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung von demenziell Erkrankten bislang jedoch nicht voll abgedeckt.

Im Kontext der Diskussion um die zunehmende Pflegebedürftigkeit in Folge des demographischen Wandels und der alternden Gesellschaft findet in dieser Untersuchung eine Fokussierung auf die Pflegearbeit gegenüber *älteren* pflegebedürftigen Menschen statt. Als Altersgrenze wird das offizielle Renteneintrittsalter

verwendet, das zum Zeitpunkt der Erhebung in den drei untersuchten Ländern bei 65 Jahren liegt, wobei es in Schweden einen flexiblen Renteneintritt ab dem 61. Lebensjahr gibt. In Großbritannien wird das Renteneintrittsalter von Frauen seit 2010 bis 2020 stufenweise von 60 auf 65 Jahre angehoben. In Deutschland hat seit 2012 die Anhebung des Renteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahre begonnen.

5. Gesamtkonzept und methodisch-analytisches Vorgehen

5.1 Fragestellungen und theoretischer Kontext

Ich fasse nun die Ergebnisse des Teil A zusammen und erläutere zusammenfassend das Gesamtkonzept der Arbeit inklusive des methodisch-analytischen Vorgehens. Um den Wandel der Regulierung von Pflege und die Auswirkungen auf die Pflegearbeit darzustellen und zu vergleichen, wird ein Methodenmix angewandt, der an die jeweiligen Fragestellungen in den einzelnen Teilen der Arbeit angepasst ist. Während der fallorientierte *Policy*-Vergleich durch qualitative Methoden geprägt ist, erfordert die Analyse der *Policy Outcomes* ein stärker quantitatives Vorgehen.

In Bezug auf die Untersuchung des Wandels der Pflegepolitik der 1990er Jahre und dessen Auswirkungen auf die Pflegearbeit in Großbritannien, Schweden und Deutschland stehen drei aufeinander aufbauende Fragestellungen im Mittelpunkt:

(1) Wie hat sich die Regulierung der Pflege in den drei einschneidenden Pflegereformen der ersten Hälfte der 1990er Jahre gewandelt? (Teil C: *Policy*-Analyse, nationale Fallstudien)
(2) Ergeben sich konvergente und/oder divergente Entwicklungen bzw. Pfadabhängigkeiten und wie kann man sie erklären? (Teil D: Vergleich der Pflegepolitiken im Kontext der pflegepolitischen Triebkräfte und der nationalen Regimearrangements)
(3) Welche Auswirkungen haben die pflegepolitischen Reformen auf die familiäre, berufliche, ehrenamtliche und transnationale Pflegearbeit? (Teil D: Ausdifferenzierung von Pflegearbeitsformen; In-/Formalisierung von Pflegearbeit; qualitative Auswirkungen auf die Pflegearbeitenden)

Die Fallauswahl erfolgte anhand folgender Kriterien: Mit Hilfe des *Most Different Systems Design*-Ansatzes wurden drei entwickelte kapitalistische Demokratien und Mitglieder der EU – Großbritannien, Schweden und Deutschland – ausgewählt, die unterschiedliche Regimearrangements aufweisen und in denen in der Phase der wohlfahrtsstaatlichen Restrukturierung größere pflegepolitische Reformen durchgeführt wurden, die den Charakter von *Critical Junctures* haben.

Theoretisch-analytisch werden in dieser Studie die politikwissenschaftliche *Governance*-Forschung, die wohlfahrtsstaatliche Vergleichsforschung und die *gender*-orientierte *Care*-Forschung miteinander verknüpft. Um den Wandel der Regulierung der Pflege darzustellen, wird zunächst eine *Policy*-Analyse durchgeführt. Diese erfolgt auf der Basis des akteurszentrierten Institutionalismus nach *Fritz W. Scharpf* und *Renate Mayntz* (1995a; Scharpf 2006). Dieser theoretisch-methodische Ansatz wurde ausgewählt, weil hier sowohl die institutionelle Ausgestaltung als auch das Akteurshandeln in die Analyse miteinbezogen werden und weil das Analysekonzept für die Regulierung in „staatsnahen Sektoren" entwickelt wurde, zu denen auch die Pflege zählt. In Sinne der *Governance*-Forschung bietet dieser Ansatz zudem die Möglichkeit, den Wandel von Steuerungs- und Interaktionsformen – hier in Bezug auf die pflegepolitischen *Outputs* – zu untersuchen (vgl. Dingeldey/Rothgang 2009b). Zu den theoretischen Zugängen zählt zum Zweiten die vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung. Die Auswahl der Untersuchungsfälle erfolgte in erster Linie auf der Basis der Wohlfahrtsstaatstypologie von *Esping-Andersen* (1990; 1999), und es wurden drei Länder ausgewählt, in denen pflegepolitische Reformen durchgeführt wurden, die das Kriterium der *Critical Junctures* (vgl. Pierson 2000a, 263) erfüllen. Zudem wird Pflege als wohlfahrtsstaatlicher Bereich bzw. als Teilbereich des Gesundheitswesens untersucht, in dem sich wohlfahrtsstaatliche Entwicklungen abzeichnen, die sich auch in anderen Sozialstaatsbereichen wiederfinden. Dabei handelt es sich v.a. um Restrukturierungsmaßnahmen, wie Liberalisierung, Vermarktlichung und Aktivierung (vgl. Pierson 2001c; Taylor-Gooby 2004b; Starke 2006). Die pflegepolitischen Entwicklungspfade und Ökonomisierungsprozesse werden im Kontext theoretischer Ansätze zu wohlfahrtsstaatlicher Konvergenz oder divergenten bzw. pfadabhängigen Entwicklungen interpretiert (vgl. Seeleib-Kaiser 2001, Pierson 2000a, 2000b). Divergenzen können mit Hilfe der nationalen Regimearrangements erklärt werden (vgl. u.a. Esping-Andersen 1990; Lessenich 2003), Konvergenzen mittels länderübergreifender Entwicklungen, wie der Globalisierung und dem demographischen Wandel (vgl. Seeleib-Kaiser 2001). Der dritte theoretisch-methodische Zugang erfolgt über die *gender*-orientierte *Care*-Forschung. Pflegearbeit wird in dieser Studie mit Hilfe des analytischen Konzepts der *Social Care* von *Daly* und *Lewis* (1998; 2000) als Bereich der Sorgearbeit konzeptionalisiert. Pflege wird als Arbeit betrachtet, die mit Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten einhergeht und Kosten verursacht. In dieser Studie wird auf der Makroebene die Verteilung der Pflegearbeit in diesen drei Dimensionen zwischen Staat, Markt, Familie und Zivilgesellschaft in den Blick genommen. Des Weiteren werden in Anlehnung an die Familialismus-Modelle (vgl. Esping-

Tabelle 2: Theoretische Ansätze der Arbeit und ihre Anwendung

Theoretischer Ansatz	*Anwendung*
Policy-/Governance-*Forschung*	
– Akteurszentrierter Institutionalismus (Mayntz/Scharpf 1995b; Scharpf 2006) – *Governance* (Dingeldey/Rothgang 2009b; Benz 2010)	– *Policy*-Analyse: Untersuchung des Regulierungsprozesses (Handlungskoordinationen staatlicher, unter Beteiligung nicht-staatlicher Akteure im institutionellen Kontext) – *Policy*-Wandel: Wandel der Regulierung von Pflegearbeit – *Policy-Outcomes:* Auswirkungen der Regulierung auf Pflegearbeit
Vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung	
– Wohlfahrtsstaatliche Restrukturierung (Dingeldey 2008; Taylor-Gooby 2004b) – Regimeansatz (Esping-Andersen 1990; Lessenich 2003) – Wohlfahrtsstaatliche Vergleichsforschung; Konvergenz/Divergenz/Pfadabhängigkeit (Seeleib-Kaiser 2001; Pierson 2000a)	– Konzeptionalisierung von Pflege als Teilbereich des Wohlfahrtsstaates bzw. Gesundheitswesens – Auswahl der Untersuchungsfälle (Wohlfahrtsstaatsregime) – Vergleich der nationalen Entwicklungspfade im Kontext wohlfahrtsstaatlicher Restrukturierungsprozesse (Konvergenz) oder nationaler Regimearrangements (Divergenz/Pfadabhängigkeit)
Geschlechter- und Care-Forschung	
– *Social Care* (Daly/Lewis 1998, 2000) – *Care* als staatsbürgerschaftliches Recht (Knijn/Kremer 1997; Kremer 2007; Fraser 1996) – *Care*-Regime (McLaughlin/Glendinning 1994; Esping-Andersen 1999; Leitner 2003, 2013)	– Konzeptionalisierung von Pflegearbeit als Teilbereich der Sorgearbeit – Pflege als Arbeit, Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten, Kosten – Makroebene: Wandel der Verteilung der Pflegearbeit zwischen Staat, Markt, Familie und Zivilgesellschaft – Ausdifferenzierung von Pflegearbeit, In-/Formalisierung, qualitative Entwicklung von Pflegearbeit, gleichstellungspolitische Bewertung – Wandel von *Care*-Regimen

Andersen 1999; Leitner 2003, 2013) sowohl informalisierende Politiken, die die informell Pflegenden unterstützten, als auch formalisierende Maßnahmen, die die beruflich Pflegenden betreffen und die informell Pflegenden entlasten (sollen), in die Untersuchung miteinbezogen, um die Auswirkungen der Pflegereformen auf die Pflegearbeit umfassend beurteilen zu können.

Aus diesen drei Theoriezweigen heraus wird sowohl der methodische Zugang als auch das Analysekonzept gewonnen. Chronologisch formuliert: Mit Hilfe des akteurszentrierten Institutionalismus wird der Wandel der Regulierung der Pflegearbeit beschrieben, mit Hilfe von Ansätzen der vergleichenden

Wohlfahrtsforschung werden die nationalen Regulierungspfade verglichen und erklärt und anhand des Konzepts von *Social Care* werden die Auswirkungen dieser Regulierung auf unterschiedliche Formen von Pflegearbeit dargestellt und verglichen, v.a. im Hinblick auf In-/Formalisierungsprozesse und deren *Care*-bezogene Implikationen.

5.2 Gang der Argumentation und methodisches Vorgehen

Der pflegepolitische Wandel wird im Kontext polit-ökonomischer und sozio-demographischer Antriebskräfte einerseits sowie nationaler Regimearrangements andererseits untersucht und erklärt. In Teil B der Studie – „Pflegepolitische Antriebskräfte und nationale Regimearrangements" –, werden daher zum einen die länderübergreifenden ökonomischen und sozio-demographischen Triebkräfte des pflegepolitischen Wandels dargestellt. Zum anderen werden die nationalen Regimearrangements bzw. die Teilregime präsentiert. Im Rahmen der nationalen Regimearrangements werden die institutionellen und kulturellen Gegebenheiten der Länder in Bezug auf die für die *Policy* 'Pflege(arbeit)' relevanten gesellschaftlichen Teilregime abgebildet. Dazu zählen das politische System sowie das Wohlfahrtsstaats-, das Beschäftigungs-, das Geschlechter-, das *Care*- und das Migrationsregime. Die nationalen Regimearrangements sind aus mehreren Gründen in dieser Arbeit zentral: Erstens wurde die Fallauswahl nach dem *Most Different Systems Design*-Ansatz auf der Basis der verschiedenen Regimezuordnungen vorgenommen, insbesondere auf der Basis der Wohlfahrtsstaatsregime. Zum Zweiten macht der Untersuchungsgegenstand – die Pflegearbeit – dieses Vorgehen notwendig. Um den Wandel der Pflegearbeit zu vergleichen und zu erklären, reicht es nicht aus, sich das Politikfeld 'Pflege' anzuschauen. Zum einen ist fraglich, ob es sich dabei überhaupt um ein abgrenzbares Politikfeld handelt oder ob die Pflege nicht eher ein Teilbereich der Sozial- oder Gesundheitspolitik darstellt, zum anderen zeigen Studien, dass Pflege(arbeits)politik nur richtig erfasst werden kann, wenn sie – aufgrund der Untersuchung beruflicher, familiärer, ehrenamtlicher und transnationaler Pflegearbeit – im Kontext unterschiedlicher Regime betrachtet wird (vgl. Lutz 2008; Williams/Gavanas 2008). Daher werden hier die drei Untersuchungsländer in die Studien zu Regimetypologien eingeordnet. Dabei wird hier – anders als bei *North* (1990, 95) und *Pierson* (2000a, 255) – nicht davon ausgegangen, dass die gesellschaftlichen Teilregime in einem Komplementaritätsverhältnis zueinander stehen und sich gegenseitig stützen und stabilisieren. Meines Erachtens ist es ebenso denkbar, dass sich Teilregime widersprechen und Konflikte produzieren. Auch unintendierte Nebenwirkungen

durch widersprüchliche Regulierungen sind denkbar. Es wird in der Analyse zudem berücksichtigt, dass sich die nationalen Regimearrangements bzw. die Teilregime auch wandeln (können). Die Beschäftigung mit den nationalen Regimearrangements ist drittens wichtig, um den pflegepolitischen Wandel zu erklären. Mit Hilfe der Teilregime bzw. Regimearrangements können länderspezifische Entwicklungen und Reformpfade nachgezeichnet und erklärt werden. Dies gilt nicht nur für die Pflegepolitik, sondern auch für den Wandel der Pflegearbeit. Die pflegepolitischen Triebkräfte und die nationalen Regimearrangements werden sekundäranalytisch aufgearbeitet.

Zur Darstellung des Wandels der Regulierung von Pflege und der Pflegearbeit werden für die drei Länder in Teil C länderspezifische Fallstudien angefertigt. Als analytische Basis der Politikfeldanalyse dienen der akteurszentrierte Institutionalismus nach *Mayntz* und *Scharpf* (1995a) bzw. nach *Scharpf* (2006) sowie wohlfahrtsstaatliche *Governance*-Ansätze (vgl. u.a. Dingeldey/Rothgang 2009b). Methodisch werden zum einen amtliche Dokumente und Quellen (Gesetze und Verordnungen, Protokolle des Gesetzgebungsverfahrens, Ausbildungsordnungen etc.), zum anderen Dokumente weiterer korporativer und verbandlicher Akteure (u.a. Stellungnahmen relevanter pflegepolitischer Akteure, Berichterstattung in Zeitungen), ausgewertet. In der zweiten Hälfte der nationalen Fallstudien erfolgt eine dichte Beschreibung der Regulierung der Pflege*arbeit* seit den 1990er Jahren. Dieses Vorgehen ist notwendig, um die Auswirkungen der Pflegereformen auf die Pflegearbeit zu erfassen. Es wird hier davon ausgegangen, dass die Pflegereformen aufgrund ihres Charakters als *Critical Junctures* erheblichen Einfluss auf die weitere Entwicklung der Pflegearbeit haben. Gleichwohl muss berücksichtigt werden, wie die Regulierung der unterschiedlichen Pflegearbeitsformen *vor* den Pflegereformen der 1990er Jahre ausgesehen hat und welche Weiterentwicklung sich *nach* den Pflegereformen vollzogen hat. Es wird hier zwischen der familiären, der beruflichen, der ehrenamtlichen und der transnationalen Pflegearbeit unterschieden. Untersucht werden Regulierungsaspekte, wie die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen beruflicher Pflegearbeit, die wohlfahrtsstaatliche Unterstützung familiärer Pflegearbeit, die wohlfahrtsstaatliche Förderung ehrenamtlicher Pflegearbeit und der staatliche Umgang mit transnationaler Pflegearbeit. Methodisch erfolgt die Darstellung des Regulierungswandels der Pflegearbeit sowohl sekundäranalytisch als auch durch die Analyse weiterer pflegepolitischer Gesetze und Verordnungen. Die Quellen und Dokumente sowie die Sekundärliteratur werden auf der Basis des beschriebenen analytischen Konzepts der Arbeit hermeneutisch, also qualitativ-interpretierend, ausgewertet.

Die drei Fallstudien werden dann in Teil D der Arbeit einem Vergleich unterzogen. Trotz unterschiedlicher Regimezuordnungen wurden in allen drei Ländern in der Phase der wohlfahrtsstaatlichen Restrukturierung pflegepolitische Reformen durchgeführt, die auf ähnliche Problemlagen und gesellschaftliche Veränderungen reagieren (Globalisierung/Standortkonkurrenz, Alterung der Gesellschaft und zunehmende Frauenerwerbstätigkeit). Während *Scharpf* (2006, 54) die gemeinsamen Rahmenbedingungen als Erklärungsfaktoren ausblendet, wird hier überprüft, ob die Ökonomisierungsprozesse konvergente Entwicklungen – im Sinne länderübergreifender pflegepolitischer Reaktionen auf die gleichen ökonomischen und sozio-demographischen Triebkräfte – zu Folge haben oder ob die unterschiedlichen Ausgangslagen zu regimespezifischen Ausprägungen der Reformen führen. Anhand der theoretischen Ansätze zu Konvergenz und Divergenz/Pfadabhängigkeit werden dabei die drei dargestellten Hypothesen (Konvergenz-, Divergenz- und divergente Konvergenzhypothese) überprüft. Ziel ist es, das Verhältnis von Konvergenz und Divergenz darzustellen und – im nächsten Schritt – zu erklären, warum welche Reformpfade eingeschlagen wurden. Die Ergebnisse des Vergleichs werden im Kontext der pflegepolitischen Triebkräfte einerseits und der jeweiligen nationalen Regimearrangements andererseits erklärt. Ziel ist es weiter, mit Hilfe des gewählten methodischen Ansatzes zum einen Aussagen darüber zu treffen, welche Rolle die einzelnen nationalspezifischen Teil-Regimeausprägungen sowie deren Zusammenspiel bzw. Widersprüche für den Wandel von Pflege spielen. Wichtig für die Erklärung nationaler Pflegepfade sind zudem die institutionellen Strukturen sowie die Handlungsoptionen und -ressourcen der beteiligten politischen Akteure.

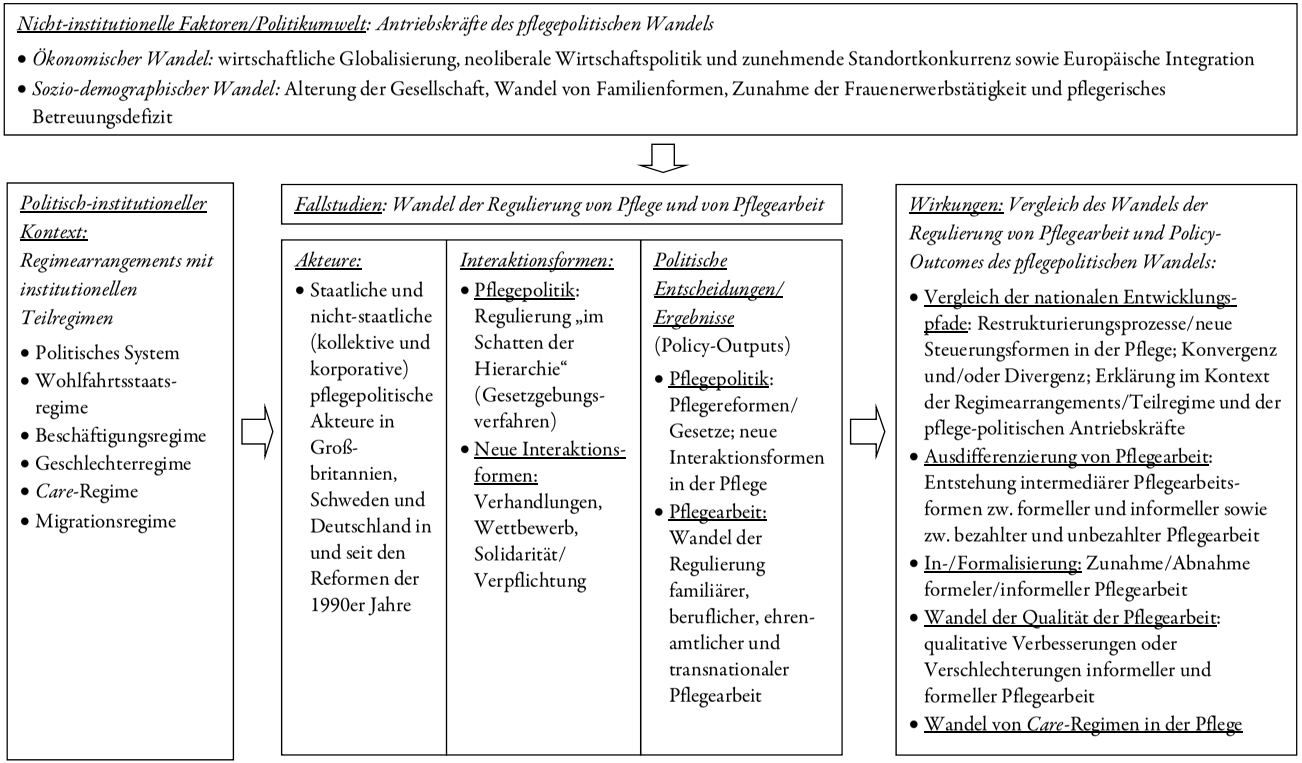
Im zweiten Schritt werden die Auswirkungen der Pflegereformen auf die Pflegearbeit betrachtet. Der pflegepolitische Wandel beeinflusst das Handeln der Regulierungsobjekte bzw. der Adressat/innen der Regulierung, also von Unternehmen und von Haushalten. In Bezug auf die Unternehmensebene wirken sich die pflegearbeitsbezogenen Regulierungen erstens auf Unternehmensgründungen, -ausbau und -strukturen, zweitens auf die Rekrutierung, Einstellung, Bezahlung, Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen von professionell Pflegenden, drittens auf die Rekrutierung von und die Zusammenarbeit mit ehrenamtlich Pflegenden sowie viertens auf die Anwerbung von Migrant/innen als Arbeitskräfte aus. Im Hinblick auf die Haushaltsebene wird erstens die Entscheidung über das konkrete häusliche Pflegearrangement, zweitens die Erwerbsbeteiligung und der Erwerbsumfang der familiär pflegenden Person(en) sowie drittens die Entscheidung über die Nutzung irregulär-transnationaler Pflegearbeit beeinflusst.

In Bezug auf die pflegearbeitsbezogenen *Policy Outcomes* der Reformen wird danach gefragt, wie sich die Pflegearbeit ausdifferenziert hat, ob Formalisierungs- oder Informalisierungsprozesse stattgefunden haben, welche qualitativen Auswirkungen die Pflegereformen auf die Pflegearbeit haben und welche Auswirkungen diese Entwicklungen auf das jeweilige *Care*-Regime haben.

Um die Auswirkungen des Wandels der Regulierung der Pflegearbeit zu vergleichen, werden in Teil D der Arbeit länderspezifische und vergleichende empirische Untersuchungen herangezogen und quantitativ hinsichtlich der Ausdifferenzierung von Pflegearbeit sowie in Bezug auf In-/Formalisierungsprozesse und die geschlechtliche Verteilung der Pflegearbeit ausgewertet. Es handelt sich um eine sekundäranalytische und -statistische Auswertung unterschiedlicher Daten und Studien.

Dieser Teil der Studie hat einen explorativen Charakter, da die Datenbasis zur vergleichenden Betrachtung von Pflegearbeit in den vier Formen rudimentär ist. Zum einen variiert die Datenlage zur Pflegearbeit von Land zu Land, zum anderen ist sie unzureichend. *Sipilä, Anttonen* und *Baldock* (2003, 15) stellen für einen Vergleich verschiedener *Care*-Arrangements in fünf Ländern (Finnland, Großbritannien, Deutschland, Japan und die USA) fest: "In none of the countries we have studied are data on informal care collected or presented in systematic ways." Es werden daher Daten aus amtlichen Statistiken und verschiedenen Erhebungen zusammengetragen und dargestellt. Dabei werden sie auf ihre Vergleichbarkeit hin überprüft und kritisch reflektiert. Ziel ist es, ein umfassendes Bild über den Wandel der Verteilung der vier Pflegearbeitsformen in den drei Ländern zu erhalten und die Länder in ihrem Wandel zu vergleichen. Dabei wird untersucht, welche Auswirkungen der pflegepolitische Wandel der 1990er Jahre auf die Ausdifferenzierung formeller und informeller Pflegearbeitsformen hat und inwieweit seit den pflegepolitischen Reformen Prozesse der Formalisierung oder Informalisierung stattgefunden haben. Anhand der Ausdifferenzierung von Pflegearbeitsformen und der Beschreibung von In-/Formalisierungsprozessen können auch Aussagen zur Veränderung von Arbeitsteilungsmustern zwischen den Geschlechtern gemacht werden. Zudem wird die Qualität der Pflegearbeit in den Blick genommen. Es wird überprüft, ob die Prozesse der In-/Formalisierung mit einer besseren oder schlechteren Absicherung formeller und informeller Pflegearbeit einhergehen. Hier stehen in Bezug auf die formelle Pflegearbeit der Wandel der Löhne, der Qualifikationsstrukturen, der Beschäftigungsformen sowie der Arbeitsbedingungen im Fokus der Untersuchung. Bei der informellen Pflegearbeit werden die materielle und soziale Absicherung, Freistellungsmöglichkeiten und Maßnahmen zur Unterstützung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege betrachtet.

Abbildung 3: Das Analysekonzept zur Untersuchung des Wandels der Regulierung von Pflegearbeit



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Mayntz/Scharpf 1995a, 45; Scharpf 2006, 85

Abschließend werden im Fazit unter der Überschrift „Wandel von *Care*-Regimen in Zeiten der Ökonomisierung" die nationalen Restrukturierungspfade und die Prozesse der Ausdifferenzierung, In-/Formalisierung und der pflegearbeitsbezogenen Qualitätsverschiebungen auf den Wandel von *Care*-Regimen rückbezogen. Dabei geht es um das Ineinandergreifen formalisierender und informalisierender Maßnahmen und Prozesse in den drei Ländern. Es wird überprüft, inwieweit die drei nationalspezifischen *Care*-Regime in Bezug auf die Pflegearbeit im Kontext der Restrukturierung der Pflege einen Wandel vollzogen haben.

In der Abbildung 3 wird das theoretisch-analytische Gesamtkonzept der Arbeit zusammengefasst.

Teil B

Pflegepolitische Antriebskräfte und nationale Regimearrangements

6. Pflegepolitische Antriebskräfte

6.1 Ökonomische Antriebskräfte pflegepolitischen Wandels

Mit dem Zusammenbruch des *Bretton-Woods*-Systems fester Wechselkurse und den Ölkrisen der 1970er Jahre ging die Phase der Vollbeschäftigung und des kontinuierlichen Wirtschaftswachstums, auf dessen Basis die nationalen Wohlfahrtsstaaten nach dem Zweiten Weltkrieg ausgebaut werden konnten, zu Ende. In dieser Phase, die durch relativ abgeschottete nationale Märkte und eine keynesianische makroökonomische Nachfragesteuerung geprägt war, gelang es den Nationalstaaten, eine redistributive und expansive Wohlfahrtsstaatpolitik zu betreiben, die es immer mehr Menschen ermöglichte, im Falle von Krankheit, Arbeitslosigkeit und im Alter abgesichert zu sein. Diese Phase wurde mit dem Label „goldenes Zeitalter" des Wohlfahrtsstaates versehen. Der Wohlfahrtsstaat in dieser Zeit wird als „Interventionsstaat" (Leibfried/Zürn 2006, 30) oder als redistributiver oder kompensatorischer Wohlfahrtsstaat (vgl. z.B. Butterwegge 2005, 72) bezeichnet.

Der Wandel, der sich nun seit Mitte der 1970er Jahre abzeichnet, ist demgegenüber geprägt durch die Liberalisierung der Güter- und Dienstleistungsmärkte. Das Allgemeine Zoll- und Handelsabkommen (GATT-Abkommen), mit dem bis Mitte der 1990er Jahre Zölle und Handelshemmnisse abgebaut wurden, sowie die Vollendung des Europäischen Binnenmarktes im Jahr 1993, dessen Kern die Freiheit bzw. die freie Beweglichkeit von Gütern, Dienstleistungen, Kapital und Arbeitskräften ist, sind Kennzeichen dieser Öffnung nationaler Volkswirtschaften und wirtschaftlicher Globalisierung. Seitdem haben die globalen Kapitalflüsse, die ausländischen Direktinvestitionen, die internationalen Kapitalmarktfinanzierungen sowie die wirtschaftlichen Verflechtungen, also die Summe der Exporte und Importe, deutlich zugenommen (vgl. Swank 2001, 201ff.). Auch die Deregulierungs- und Privatisierungspolitik, die von den Vereinigten Staaten und von Großbritannien vorangetrieben wurde, beeinflusste die Politik der Länder der OECD (vgl. Scharpf 2006, 338f.; Lütz 2004, 11ff.). "Reductions in some forms of interest rate differentials across countries and markets, as well as removal of legal restrictions on capital and overall financial movements have also proceeded rapidly. Today, few formal impediments to capital

inflows and outflows exist in the large majority of advanced capitalist democracies." (Swank 2001, 203)

Die Nationalstaaten sind seitdem nicht mehr in der Lage, auf eigene Faust die globalisierten Finanzmärkte zu regulieren, weil ihnen sonst schlichtweg Kapitalflucht droht. Auch ihr Einfluss auf den nationalen Produktionsbereich ist deutlich gesunken. Produktionsunternehmen im Inland konkurrieren mit ausländischen Unternehmen, können ihre Produktionsstandorte verlagern (insbesondere in Länder mit niedrigeren Löhnen und Lohnnebenkosten) oder sich gleich ganz zu transnationalen Unternehmen wandeln. Nationale Regierungen innerhalb der EU dürfen zudem keine Regulierungsmaßnahmen mehr verabschieden, die nationale Unternehmen fördern, da dies zu Wettbewerbsverzerrungen innerhalb der EU führen würde (negative Integration). Auch der Zwang, die Konvergenzkriterien der Europäischen Währungsunion einzuhalten, verringert die nationalstaatlichen Möglichkeiten, die Nachfrage durch fiskalische oder geldpolitische Maßnahmen zu steigern. Erschwerend kommt noch hinzu, dass die europäischen Nationalstaaten angehalten sind, weitere Maßnahmen zu ergreifen, die die Konkurrenzfähigkeit der eigenen Unternehmen im internationalen Wettbewerb erhöhen. Reformen dagegen, die zu Kostensteigerungen bei den inländischen Unternehmen führen, drohen mit Arbeitsplatzverlusten einherzugehen und werden daher politisch vermieden. In diesem Sinne konkurrieren nicht nur die Unternehmen miteinander, sondern auch die nationalen Regierungen – und zwar im Rahmen ihrer Steuer-, Wohlfahrtsstaats- und Tarifpolitik (vgl. Scharpf 2006, 339f.; Lütz 2004, 13; Swank 2001, 203ff.). "All European welfare states must become 'competitive' to the extend that simultaneously meeting their fiscal, solidarity and employment creation objectives requires a creative new mix of policies in an era of open borders and increasingly competitive product markets." (Ferrera/Rhodes 2000, 2) Aufgrund dieser Standortkonkurrenzen sprechen *Stephan Leibfried* und *Michael Zürn* (2006, 53) von einem „[...] sich verengende[n] Interventionskorridor bei der wohlfahrtsstaatlichen Politik." Insbesondere die national regulierte Sozialpolitik, zu der auch die Absicherung im Pflegefall gehört, wird zum Kostenfaktor. Die Konsolidierung der öffentlichen Haushalte und die Begrenzung der Lohnnebenkosten erhalten demgegenüber Priorität. Es entstehen innerstaatliche Verteilungskonflikte und zwar zum einen zwischen Erwerbstätigen und Sozialleistungsempfänger/innen, zum anderen zwischen den unterschiedlichen Gruppen von Transferempfänger/innen, wie Rentner/innen, Familien, Arbeitslosen – und eben auch Pflegebedürftigen (vgl. Kaufmann 2002, 294f.).

Im Kontext eines derartigen wohlfahrtsstaatlichen Wettbewerbsdrucks finden die nationalen Pflegepolitiken statt. In den beiden steuerfinanzierten Pflegemo-

dellen in Großbritannien und Schweden sollen trotz des steigenden Anteils an Pflegebedürftigen Steuererhöhungen vermieden werden. Und in Deutschland, das sich im Übergang zu einem Versicherungsmodell befindet, ist es wichtig, dass sich dieses Modell nicht negativ auf die Lohnnebenkosten auswirkt. Politiker/innen und viele Ökonom/innen gehen davon aus, dass die Erhöhung wohlfahrtsstaatlicher Kosten mit dem Verlust von Arbeitsplätzen und internationaler Konkurrenzfähigkeit einhergeht. Gleichzeitig müssen Regierungen auf der Ausgabenseite darauf achten, dass die Kosten infolge der Reformen nicht nur nicht steigen, sondern möglichst stattdessen Einsparungen erzielt werden können. Angesichts der sozio-demographischen Antriebskräfte, wie dem demographischen Wandel und der gestiegenen Frauenerwerbstätigkeit, stellt dies die wohlfahrtsstaatlichen Akteure vor besondere Herausforderungen.

6.2 Sozio-demographische Antriebskräfte pflegepolitischen Wandels

Abgesehen von der Globalisierung stellt auch der sozio-demographische Wandel eine Antriebskraft des pflegepolitischen Wandels dar. Sowohl in Deutschland als auch in Großbritannien und in Schweden liegt die Geburtenrate unterhalb der Nettoreproduktionsrate von 2,1 Kindern pro Frau. Die zusammengefasste Geburtenziffer *(Total Fertility Rate, TFR)* liegt im Jahr 2009 in Deutschland bei 1,36. Hier sind seit den 1970er Jahren kaum Veränderungen erkennbar. In Schweden ist die *TFR* zunächst seit den 1980er und in Großbritannien seit den 1990er Jahren gesunken. Seit der Jahrtausendwende stieg sie von ca. 1,6 auf 1,95 im Jahr 2009 und nähert sich damit in beiden Ländern der Nettoreproduktionsrate wieder an (vgl. European Commission 2011, 28). Neben der Geburtenrate ist die Lebenserwartung wichtig für die Altersstruktur einer Gesellschaft. Die Lebenserwartung ist in allen Ländern der EU kontinuierlich angestiegen und wird dies den Prognosen zufolge auch weiter tun (vgl. European Commission 2011, 33, 2006, 27ff.). Die dritte Variable, die für die Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur einer Gesellschaft von Relevanz ist, ist der Wanderungssaldo. Dieser ist in Schweden und Großbritannien positiv und in Schweden auch für die positive Bevölkerungsentwicklung maßgeblich verantwortlich. In Großbritannien steigt die Bevölkerungszahl auch, aber v.a. aufgrund der positiven natürlichen Bevölkerungsbilanz. Hier übersteigt die Zahl der Geburten die Sterbefälle. In Deutschland ist nicht nur der Wanderungssaldo, sondern auch die natürliche Bevölkerungsbilanz negativ und die Bevölkerungszahl sinkt infolgedessen (vgl. European Commission 2011, 60, Zahlen für 2009). Bevölkerungsvorausberech-

nungen zufolge hält diese Entwicklung an: Die Bevölkerungszahl in Deutschland sinkt weiter, während sie in Schweden und Großbritannien weiter ansteigt, v.a. aufgrund der höheren *TFR* und des positiven Wanderungssaldos (vgl. European Commission 2006, 33). Aufgrund dieses bevölkerungsbezogenen Schrumpfungsprozesses steht Deutschland vor besonderen demographischen Herausforderungen, die auch die Pflegepolitik betreffen.

Unabhängig von der Entwicklung der Bevölkerungszahl findet in fast allen europäischen Ländern ein gesellschaftlicher Alterungsprozess statt, mit einem Höhepunkt, wenn die Generation der *Baby-Boomer* das Rentenalter erreicht (vgl. European Commission 2011, 59). Seit dem Jahr 1990 ist der Anteil der unter 20-Jährigen in allen drei Ländern gesunken, während der Anteil der über 65-Jährigen angestiegen ist. Er liegt in Deutschland mit knapp 21% am höchsten, gefolgt von Großbritannien mit 18% und Schweden mit gut 16%. Der Anteil der 20- bis unter 65-Jährigen, also der erwerbsfähigen Bevölkerung, ist in Deutschland gesunken, in Großbritannien und Schweden dagegen leicht angestiegen. Die Anteile ähneln sich allerdings und liegen im Jahr 2010 in Deutschland bei knapp über 60%, in Schweden und Großbritannien bei knapp unter 60% (vgl. European Commission 2011, 63; vgl. auch European Commission 2006, 33).

Tabelle 3: Altersstruktur der Bevölkerung in Großbritannien, Schweden und Deutschland 1990 und 2010 (in %)

	0-19 Jahre		*20-64 Jahre*		*65 Jahre und älter*	
	1990	2010	1990	2010	1990	2010
Großbritannien	25,9	23,9	58,4	59,8	15,7	16,3
Schweden	24,5	23,4	57,7	58,5	17,8	18,1
Deutschland	21,8	18,8	63,3	60,6	14,9	20,7

Quelle: European Commission 2011, 63

Die Zunahme der über 65-Jährigen führt auch zu einer höheren Anzahl an Pflegebedürftigen, deren Versorgung aufgrund des Sinkens der erwerbsfähigen Bevölkerung, das in Deutschland bereits eingetreten, für Großbritannien und Schweden prognostiziert wird, schwieriger wird (vgl. European Commission 2006, 33). *Dass* die Zahl der Pflegebedürftigen ansteigt, ist relativ unstrittig. Unsicherheiten bestehen jedoch hinsichtlich des Umfangs des Anstiegs, denn es ist unklar, ob mit dem Anstieg der Lebenserwartung die 'Jahre in guter Gesundheit' zunehmen werden (Kompressionsthese), ob sich die Phase der Pflegebedürftigkeit einfach nur ins höhere Alter verschiebt (schwächere Variante der Kompressionsthese), ob die 'Jahre in schlechter Gesundheit' ansteigen werden (konstante Prävalenz/

Medikalisierungsthese) oder ob ein schichtspezifischer Mix aller Varianten eintritt (Kompressions- und Medikalisierungsthese) (vgl. Gerlinger 2012). Je nach Annahme steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland zwischen 2004 und 2050 um 34% (schwache Version der Kompressionsthese) oder 104% (Medikalisierungsthese), in Schweden um 17% oder 77% und in Großbritannien um 18% oder 92% (vgl. European Commission 2006, 155f.).

In allen drei Ländern ist des Weiteren die Zahl der weiblichen Erwerbstätigen seit den 1970er Jahren angestiegen, wobei der Anstieg in Deutschland am stärksten, in Großbritannien dagegen am schwächsten war. Die hohe schwedische Frauenerwerbsquote ist dagegen in der Wirtschaftskrise Anfang der 1990er Jahre gesunken und steigt erst seit Ende der 1990er Jahre wieder an. Im Jahr 2013 ist die Frauenerwerbsquote in Schweden mit 72,5% am höchsten, gefolgt von Deutschland mit 68,8% und Großbritannien mit 65,9% (vgl. OECD 2014b; vgl. auch Burau u.a. 2007, 21).

Tabelle 4: Entwicklung der Frauenerwerbsquote in Großbritannien, Schweden und Deutschland (Jahresdurchschnitte, 15-64 Jahre, in %)

	1992	*1997*	*2002*	*2007*	*2013*
Großbritannien	60,8	63,1	65,2	65,5	65,9
Schweden	73,1	67,2	72,2	71,8	72,5
Deutschland	55,9	55,3	58,9	63,2	68,8

Quelle: Eurostat 2014

Zudem ist die Steigerung der weiblichen Erwerbsbeteiligung ein erklärtes arbeitsmarktpolitisches Ziel der EU. Nach der Lissabon-Strategie sollte die Frauenerwerbsquote bis 2010 bei mindestens 60% liegen. Das neue Leitbild ist das *Adult Worker Model*, demzufolge jeder und jede in den Arbeitsmarkt integriert sein und ein Einkommen erzielen soll (vgl. Lewis 2004, 62ff.). Nach der neuen EU-Wachstumsstrategie „Europa 2020" soll die Erwerbsquote der 20 bis 65-Jährigen auf 75% angehoben werden. Auch hier spielt die weitere Steigerung der Frauenerwerbsquote eine wichtige Rolle, nicht zuletzt aufgrund des sinkenden Erwerbspersonenpotenzials. Die gestiegene Frauenerwerbstätigkeit ist aber auch ein Zeichen veränderter Geschlechterverhältnisse und sich wandelnder Familienformen. Zweiverdiener-Modelle im Sinne des *Adult Worker Model* haben in allen drei Ländern zugenommen, wenn auch in unterschiedlichem Maße und auf der Basis unterschiedlicher Formen der Frauenerwerbstätigkeit (kurze Teilzeit, lange Teilzeit, Vollzeit). In Großbritannien lebten im Jahr 2011 22% der Paare mit Kindern in der Variante beide Partner/innen arbeiten Vollzeit, in 37% der

Paare wurde die Variante ein/e Partner/in arbeitet Vollzeit, der oder die andere Teilzeit gewählt und bei 26% der Paare arbeitete nur eine Person. In Deutschland arbeiteten im selben Jahr etwas weniger, nämlich 13% der Paare mit Kindern Vollzeit/Vollzeit, 50% der Paare haben die Variante Vollzeit/Teilzeit gewählt und 30% lebten in einer Alleinverdienerehe. In Schweden lebte im Jahr 2007 mit 41% ein deutlich höherer Anteil der Paare mit Kindern in der Variante beide Partner/innen arbeiten Vollzeit. 34% der Paare haben die Variante Vollzeit/Teilzeit gewählt und 15% lebten in der Alleinverdienerehe (vgl. OECD 2014a; vgl. auch Eurostat 2009, 31; BMFSFJ 2011, 117ff.).

Tabelle 5: Erwerbsmuster von Eltern in Paarhaushalten mit Kindern in Großbritannien, Schweden und Deutschland, 2011, in %

	Beide Vollzeit	*Vollzeit/ Teilzeit*	*Vollzeit/ nicht-erwerbstätig*	*Beide nicht-erwerbstätig*	*Andere*
Großbritannien	22	37	26	8	7
Schweden (2007)	41	35	15	4	5
Deutschland	13	50	30	3	4

Quelle: OECD 2014a, European Labour Force Survey; Schweden: EU-SILC, Zahlen gerundet

Aufgrund der steigenden Frauenerwerbsquote sinkt auch das häusliche Pflegepotential, weil weniger Zeit für familiäre Tätigkeiten zur Verfügung steht. Verstärkend kommt noch hinzu, dass sich auch sozialpolitische und erwerbsstrukturelle Veränderungen negativ auf die häusliche Pflegebereitschaft und -fähigkeit auswirken. So führt der Anstieg des Renteneintrittsalters sowie der Erwerbsquote der Älteren zu einem Rückgang des familiären Pflegepotenzials. Eine weitere Ursache des Rückgangs des häuslichen Pflegepotenzials liegt in der verstärkten, oft beruflich bedingten Mobilität, die dazu führt, dass die räumliche Entfernung zwischen zwei Generationen zunimmt und die potenziell pflegenden Kinder weit weg von den zu pflegenden Eltern leben.

Aufgrund dieser ökonomischen, sozio-demographischen und geschlechterbezogenen Entwicklungen entsteht eine neue Betreuungslücke, das sog. *Care*-Defizit (vgl. Hochschild 1995). Einerseits steigt der Bedarf an Betreuungsleistungen aufgrund der Alterung der Gesellschaft und der zunehmenden Zahl an Pflegebedürftigen, andererseits macht die gestiegene Frauenerwerbstätigkeit und die Etablierung des *Adult Worker Model* die Neuorganisation der Pflegearbeit notwendig. Die Betreuungslücke wirkt als länderübergreifende pflegepolitische Triebkraft.

7. Nationale Regimearrangements in Großbritannien, Schweden und Deutschland

Im Folgenden werden die nationalen Regimearrangements der drei Vergleichsländer vorgestellt, denn die Regulierung der Pflege und der Wandel der Pflegearbeit finden im Kontext unterschiedlicher institutioneller und kultureller Teilregime statt. Die verschiedenen Teilregime zusammen ergeben das nationale Regimearrangement eines Landes. Als relevante Teilregime werden das politische System, das Wohlfahrtsstaats-, das Beschäftigungs-, das Geschlechter-, das *Care*- und das Migrationsregime betrachtet. Die Länder werden auf der Basis relevanter Forschungsansätze verschiedenen Regimetypologien zugeordnet und beschrieben. Es wird zudem berücksichtigt, ob sich seit den 1990er Jahren ein Wandel in der Regimezuordnung vollzogen hat.

Das politische System bildet den politisch-institutionellen Rahmen sowohl der pflegepolitischen Entscheidungen als auch der Regulierungen in den anderen Teilregimen. Neben den Regierungssystemen (föderaler oder unitarischer Staat, Machtzentralisierung oder -verteilung) (vgl. Lijphart 1999) sind insbesondere Vetomöglichkeiten (vgl. Tsebelis 1995, 2002, 2010) und die Organisation des Parteiensystems (vgl. Sartori 1976, 2005) relevant, um die pflegepolitischen Reformprozesse erklären zu können (vgl. Pierson 2001b, 8). Für die pflegepolitischen Reformen sind – neben dem politischen System – insbesondere das Wohlfahrtsstaats-, das Geschlechter- und das *Care*-Regime relevant. Im Kontext der wohlfahrtsstaatlichen Regulierung werden die Regimetypologien von Esping-*Andersen* (1990; 1999), *Castles* und *Michell* (1993) und *Bonoli* (1997) näher betrachtet. Es wird untersucht, ob es sich um universelle, erwerbszentrierte oder residuale Wohlfahrtsstaaten handelt, wie der Zugang und der Umfang sozialer Leistungen/Sozialversicherungen ausgestaltet ist und welche Möglichkeiten des sozial abgesicherten Ausstiegs aus dem Arbeitsmarkt bestehen *(Esping-Andersens* Kriterium der De-Kommodifizierung) und welcher Grad sozialer Schichtung vorliegt. Die wohlfahrtsstaatliche Klassifizierung der drei Länder ist insbesondere notwendig, um die Regimekonformität des pflegepolitischen Wandels zu beurteilen. Miteinbezogen werden dabei sowohl wohlfahrtsstaatsstrukturelle und -kulturelle als auch quantitative Aspekte von Wohlfahrtsstaatlichkeit. Die

Betrachtung der Geschlechterregimetypologien, insbesondere die Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen, die abgeleitete oder eigenständige soziale Absicherung und die Ausgestaltung des Steuerrechts (individualisiert oder ehebezogen) (vgl. Lewis 1992; Lewis/Ostner 1994; Sainsbury 1994, 1999c; Pfau-Effinger 2000; Lewis 2001b, 2003) ist notwendig, weil es sich bei der Pflegearbeit traditionell um eine weibliche Tätigkeit handelt, die entweder dem informellen Sektor zugewiesen wird und/oder als weibliche Berufstätigkeit institutionalisiert ist. Wissen zu Geschlechtsrollenvorstellungen hinsichtlich Erwerbs- und Sorgearbeiten und deren geschlechtliche Verteilung sowie deren gesellschaftliche Verankerung sind also Voraussetzung für ein Verständnis nationaler Pflegearbeitsspezifika und deren Wandel. Ganz ähnlich verhält es sich mit den *Care*-Regimen (vgl. Anttonen/Sipilä 1996; Bettio/Plantenga 2004; Esping-Andersen 1999; Leitner 2003, 2013), die sich zum Teil aus den Geschlechterregimen heraus entwickelt haben. Pflegearbeit ist – neben der Kinderbetreuungsarbeit – Teil der gesellschaftlich notwendigen Sorgearbeit, deren nationale Ausprägungen relevant sind, um die Regulierung und den Wandel nationaler Pflegearbeiten zu verstehen und nachzuvollziehen. Dabei geht es sowohl um die Bereitstellung einer (öffentlichen oder öffentlich geförderten) Kinderbetreuungs- und Pflegeinfrastruktur als auch um zeitliche Rechte (Freistellungsregelungen) sowie die materielle Unterstützung und soziale Absicherung informell Sorgearbeitender. Um den Wandel der Regulierung der beruflichen Pflegearbeit angemessen beurteilen zu können, müssen zudem auch die Spezifika der nationalen Arbeitsmärkte und der Beschäftigungsverhältnisse (Ausgestaltung des Berufsausbildungssystems und arbeitsrechtliche Regulierung von Beschäftigungsverhältnissen) sowie die Stärke und die Aushandlungsmuster der arbeitsmarktpolitischen Akteure in den Blick genommen werden. Im Kern geht es um die Beschreibung von Beschäftigungsregimen (vgl. Gallie 2007)[12], mit denen die länderspezifischen Besonderheiten der beruflichen Pflegearbeit erläutert und erklärt werden können (vgl. Scheiwe/Krawietz 2010, 12). Um die Besonderheiten und den Wandel der transnationalen Pflegearbeit zu erfassen und zu erklären, werden neben den genannten Regimen noch die Migrationsregime,

12 Ich werde im Folgenden mit dem Begriff der Beschäftigungsregime arbeiten, weil er sich in der englischsprachigen Literatur durchgesetzt hat. Für meine Zwecke wäre allerdings der Begriff der Erwerbsarbeit passender, weil er breiter angelegt ist als der Beschäftigungsbegriff. Während sich Beschäftigung auf abhängige, weisungsgebundene, nicht-selbständige Arbeitsverhältnisse bezieht, umfasst der Begriff der Erwerbsarbeit alle Arbeitnehmer/innen (v.a. Arbeiter/innen, Angestellte, Beamte und Beamtinnen) sowie Selbständige und mithelfende Familienangehörige, deren Tätigkeit auf wirtschaftlichen Erwerb hin ausgerichtet ist.

Tabelle 6: Länderspezifische Regimezuordnungen

	Großbritannien	*Schweden*	*Deutschland*
Politisches System			
Lijphart 1999	Zentralisierter Einheitsstaat	Dezentralisierter Einheitsstaat	Dezentraler, föderaler Staat
Tsebelis 1995, 2002	wenige Vetospieler	wenige Vetospieler	viele Vetospieler
Sartori 2005	Zweiparteien-System	moderater Pluralismus	moderater Pluralismus
Wohlfahrtsstaatsregime			
Esping-Andersen 1990, 1999	Liberaler Wohlfahrtsstaat	Sozialdemokratischer Wohlfahrtsstaat	Konservativ-korporatistischer Wohlfahrtsstaat
Castles/Mitchell 1993	radikaler Wohlfahrtsstaat	*Non-right hegemony welfare state*	Konservativer Wohlfahrtsstaat
Bonoli 1997	*Beveridge*-Wohlfahrtsstaat/ niedriges Ausgabenniveau	*Beveridge*-Wohlfahrtsstaat/hohes Ausgabenniveau	*Bismarck*-Wohlfahrtsstaat/hohes Ausgabenniveau
Beschäftigungsregime			
Gallie 2007	Marktorientiertes Beschäftigungsregime	Inklusives Beschäftigungsregime	Dualistisches Beschäftigungsregime
Geschlechterregime			
Lewis 1992; Lewis/Ostner 1994	Starkes Ernährermodell	Schwaches Ernährermodell	Starkes Ernährermodell
Sainsbury 1994, 1999c	Modell der getrennten Geschlechterrollen	Individuelles Modell	Ernährermodell
nach Pfau-Effinger 2000; Lewis 2001b, 2003	Modernisiertes Versorgermodell mit weiblicher Teilzeit-Sorgearbeiterin	Zweiverdiener-Modell mit institutioneller Kinderbetreuung	modernisiertes Versorgermodell mit weiblicher Teilzeit-Sorgearbeiterin

	Großbritannien	*Schweden*	*Deutschland*
Care-Regime			
Anttonen/Sipilä 1996	Bedürftigkeitsprüfungsmodell	Modell der öffentlichen sozialen Dienste	Subsidiaritätsmodell
Bettio/Plantenga 2004	Modell der hohen Bedeutung informeller Sorgearbeit, Kinderbetreuung: Privatangelegenheit; Altenpflege: öffentliche Unterstützung	Modell der universellen öffentlichen sozialen Dienste	Modell der öffentlich unterstützten privaten Sorgearbeit
Esping-Andersen 1999	Schwacher De-Familialismus	De-Familialismus	Familialismus
nach Leitner 2003, 2013	Kinderbetreuung: De-Familialismus (Wandel zum optionalen Familialismus); Altenpflege: expliziter Familialismus	Optionaler Familialismus	Expliziter Familialismus (Wandel zum optionalen Familialismus im Bereich der Kinderbetreuung)
Migrationsregime			
Castles/Miller 1993, 2009	Zuwanderungspolitik: ehemalige Kolonialmacht Inkorporation: multikulturelles Modell	Zuwanderungspolitik: Einwanderungsland Inkorporation: multikulturelles Modell	Zuwanderungspolitik: „Gastarbeiter"-Modell Inkorporation: selektive Exklusion
Sainsbury 2006, 2012	Inkorporationsregime: restriktiv	Inkorporationsregime: inklusiv	Inkorporationsregime: restriktiv

Quelle: eigene Zusammenstellung

insbesondere die Einwanderungs- und Einbürgerungspolitik, der Zugang zum Arbeitsmarkt und die sozialen Rechte von Migrant/innen, mit einbezogen. Die Ausgestaltung von *Care*-Regimen hat auch Auswirkungen darauf, ob und in welcher Form Migrant/innen Sorge- bzw. Pflegearbeit in einem Land leisten. In den meisten westlichen Ländern wird ein nicht unbeträchtlicher Teil der Sorgearbeit von Migrant/innen erledigt, entweder in Privathaushalten oder im Rahmen von sozialen Diensten und stationären Einrichtungen. Dabei variieren die Länder, aus denen die Migrant/innen kommen, ebenso wie deren politische Teilhaberechte sowie deren arbeits- und sozialrechtliche Stellung in den Aufnahmeländern. Kurz gesagt: Die politische und soziale Integration von Migrant/innen im Kontext der neuen globalen Betreuungsketten hängt vom Migrations- oder Integrationsregime der Zuwanderungsländer ab.

Es ergeben sich zusammenfassend die in Tabelle 6 aufgezeigten nationalen Regimearrangements.

7.1 Das nationale Regimearrangement in Großbritannien

Das nationale Regimearrangement Großbritanniens besteht aus einem politischen System, das als zentralisierter Einheitsstaat gilt. Das „Westminster-Modell" ist geprägt durch eine hohe Machtkonzentration, dessen stabiles Machtzentrum das Unterhaus *(House of Commons)* und dessen 'Kopf' der bzw. die Premierminister/in ist (vgl. Abromeit/Stoiber 2006, 81ff.). Das Parlament bzw. Unterhaus besitzt die legislative Gewalt. Wer die Mehrheit im Parlament hat, stellt die Regierung und verfügt über die Entscheidungsmacht. Neben dem Unterhaus existiert noch eine zweite Kammer, das Oberhaus *(House of Lords)*, das sich aus Adelsvertreter/innen zusammensetzt, aber kaum noch politischen Einfluss hat. Es hat lediglich ein befristetes suspensives Vetorecht. Unter Premierminister *Blair* wurden Volksvertretungen auf Länderebene eingeführt. Das Wirkungsfeld der Parlamente in Schottland, Wales und Nordirland ist aber auf die jeweilige Region begrenzt. Es gibt keine Länderkammer, die auf nationaler Ebene Einfluss ausüben kann. Auf der kommunalen Ebene existieren die sog. *Local Councils*, kommunale Parlamente bzw. Gemeinderäte, die vom Volk gewählt werden und über eigene Finanzquellen verfügen.

Im politischen System Großbritanniens gibt es nur wenige Vetospieler, die einen Politikwechsel verhindern können. Der wichtigste Vetospieler ist der bzw. die Premierminister/in. Als weiterer Vetospieler kann das Unterhaus fungieren, allerdings nur, wenn die Regierungsmehrheit zerstritten ist. Das Oberhaus stellt keinen Vetospieler dar, weil es den Gesetzgebungsprozess zwar zeitlich verzögern,

aber nicht aufhalten kann. Auch die im Parlament vertretenen Oppositionsparteien, die Volksvertretungen auf Länderebene und die Judikative stellen keine Vetospieler dar. Zusätzliche, aber eher potenzielle situative Vetospieler können die Staatssekretär/innen sein. Sie verfügen zwar nicht über Einspruchsrechte, können aber mit Hilfe ihres großen Einflusses auf das Agenda-Setting Politik und Gesetzesvorhaben mitgestalten, verändern, verschleppen oder abwehren (vgl. Abromeit/Stoiber 2006, 81ff.).

Des Weiteren ist das politische System durch ein Zweiparteiensystem geprägt, das in Großbritannien eine lange Tradition aufweist. Waren es im 18. und 19. Jahrhundert zunächst Konservative und Liberale, die sich gegenüberstanden und um die Macht kämpften, so sind es seit Anfang des 20. Jahrhunderts die Konservativen *(Conservative Party/Tories)* und die Arbeiterpartei *(Labour Party)*, die um die Regierungsmehrheit ringen. Die Liberalen *(Liberal Democrats)* spielen nur noch eine untergeordnete Rolle. Dies gilt in noch viel höherem Maße für die in den 1980er Jahren gegründete *Green Party*. Der Parteiendualismus von *Tories* und *Labour* hält bis heute an (vgl. Hartmann 2011, 60f.; Abromeit/Stoiber 2006, 156ff.).

Der Gesetzgebungsprozess (vgl. Hartmann 2011, 65ff.; vgl. auch Parliament UK) liegt in Großbritannien in den Händen der jeweiligen Regierung. Die wichtigsten Gesetzesvorlagen *(public bills)* werden von Regierungsmitgliedern eingebracht. Dem kann ein Diskussionspapier *(Green Paper)* oder ein Weißbuch *(White Paper)*[13] vorausgehen (vgl. Sturm 2009, 280). Der Gesetzgebungsprozess im Unterhaus besteht aus drei Lesungen. Das Einbringen der Gesetzesvorlage, also das Informieren des Unterhauses, bildet die erste Lesung (ohne Aussprache). In der zweiten Lesung wird die Gesetzesvorlage in ihren Grundzügen diskutiert. Danach wird sie an einen Ausschuss verwiesen. Die *General Committees* (vor 2006: *Standing Committees*) beraten über die Gesetzentwürfe. Dazu dürfen sie auch Expert/innen einladen und befragen (vgl. Sturm 2009, 282; Hartmann 2011). Nach Abschluss seiner Arbeit berichtet der Ausschuss dem Unterhaus über das Beratungsergebnis, die Änderungsanträge werden debattiert und unter Umständen einzeln abgestimmt. In der dritten Lesung werden die Gesetzesvorlagen erneut diskutiert, diesmal auch im Detail. Danach findet die Abstimmung

13 Weißbücher sind Berichte, die von der Regierung erstellt und in denen Vorschläge und Informationen zur zukünftigen Politik in einem bestimmten Politikfeld präsentiert werden. Ein Weißbuch stellt oftmals die Grundlage für ein Gesetz dar, bevor es ins Parlament eingebracht wird. Durch das Weißbuch erhält die Regierung eine Rückmeldung zu dem geplanten Gesetz und diese kann in die Gesetzesvorlage einfließen (vgl. Parliament UK 2014).

statt. Das vom Unterhaus verabschiedete Gesetz wird daraufhin an das Oberhaus verwiesen. Dort wird das Gesetz ebenfalls in drei Lesungen behandelt. Nach der zweiten Lesung wird es an einen Ausschuss überwiesen, wobei es sich häufig um den Ausschuss des Gesamten Hauses *(Committee of the Whole House)* handelt. Die Änderungsvorschläge werden dann im *House of Lords* diskutiert und abgestimmt. Nach der dritten Lesung erfolgt die Abstimmung. Das Oberhaus kann das Gesetz annehmen oder mit Änderungswünschen an das Unterhaus zurückgeben. Werden die Änderungswünsche vom Unterhaus abgewiesen, und es kommt zu keiner Einigung, ist das Gesetz in dieser Sitzungsperiode gescheitert. Es kann dann in der nächsten Sitzungsperiode, die jeweils ein Jahr dauert, ohne Zustimmung des Oberhauses vom Unterhaus verabschiedet werden. Der verabschiedete Gesetzesentwurf benötigt noch die Unterschrift der Krone *(Royal Assent)*, um Gesetz zu werden (vgl. Sturm 2009, 281). Aufgrund der großen Macht der Regierung(smehrheit) ist das Spannende am britischen Parlamentarismus nicht das Abstimmungsergebnis, sondern der Charakter als sog. Redeparlament.

Der britische Wohlfahrtsstaat gilt traditionell als liberal. Dennoch ordnet *Esping-Andersen* ihn zunächst in seinem 1990 erschienenen Wohlfahrtsstaatsklassiker *"The Three Worlds of Welfare Capitalism"* keinem Wohlfahrtsstaatsregime eindeutig zu. Der Konservativmuswert ist niedrig und der Liberalismus- sowie der Sozialismuswert sind im mittleren Bereich (vgl. Esping-Andersen 1990, 74). In seiner erneuten Auseinandersetzung mit den drei Wohlfahrtsstaatstypen knapp zehn Jahre später wird Großbritannien dann dem liberalen Wohlfahrtsstaatsregime zugeordnet (vgl. Esping-Andersen 1999, 63). Prägend für das liberale Wohlfahrtsstaatsregime ist der Residualismus: bedarfsgeprüfte Sozialleistungen, niedrige universelle und steuerfinanzierte Sozialtransfers und bescheidene Sozialversicherungssysteme. Die Zugangsvoraussetzungen zu Sozialleistungen sind strikt und oft stigmatisierend. Der Staat fördert die marktliche Absicherung – und zwar entweder indirekt durch niedrige Sozialleistungen oder direkt durch Steuervergünstigungen für private Versicherungsprodukte. Aufgrund der niedrigen Sozialleistungen ist der Grad der De-Kommodifizierung gering. Demgegenüber ist der Stratifizierungsgrad hoch, denn der Dualismus zwischen den universell auf niedrigem Niveau abgesicherten Armen und den privat entsprechend ihres Einkommens bzw. Vermögens abgesicherten Mittel- und Oberschichten bleibt erhalten. Nach *Castles* und *Mitchell* (1993), die Umverteilungsaspekte ins Zentrum ihrer Analyse stellen und Mindestlohnpolitiken sowie die Steuergesetzgebung stärker mit einbeziehen, gehört Großbritannien zu den radikalen Wohlfahrtsstaaten mit niedrigen Sozialausgaben, aber einem

hohen Grad an Umverteilung, die v.a. mit Hilfe von bedürftigkeitsorientierten Leistungen und hohen progressiven Steuern erfolgt. Ursache dafür sind starke Arbeiterbewegungen in Großbritannien, die allerdings keine regierungspolitische Macht erlangen konnten. Stattdessen waren es konservative Parteien, die lange Zeit die Regierung innehatten. *Bonoli* (1997, 359ff.), der sowohl das quantitative Ausmaß wohlfahrtsstaatlicher Aktivitäten als auch die strukturelle Ausgestaltung miteinbezieht, zählt Großbritannien zu den *Beveridge*-Ländern. Der britische Wohlfahrtsstaat weist einen hohen Anteil an steuerfinanzierten Leistungen auf und ist universalistisch ausgerichtet, aber die Sozialausgaben liegen eher im Mittelfeld. Viele der steuerfinanzierten Sozialleistungen dienen der Armutsvermeidung und sind daher bedürftigkeitsgeprüft.

Als Grundprinzipien des britischen Wohlfahrtsstaates gelten bis heute die Armutsvermeidung durch bedürftigkeitsorientierte niedrige Fürsorgeleistungen, ein hohes Maß an Eigenverantwortung, v.a. durch private Absicherungen, sowie universelle Leistungen, insbesondere im Rahmen der Gesundheitsversorgung durch den steuerfinanzierten *NHS*. Auch Sozialversicherungen existieren im Falle von Alter, Arbeitslosigkeit und Unfällen sowie im Bereich des Kranken- und Mutterschaftsgeldes, aber sie sind deutlich geringer ausgebaut als in konservativen und sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten. Die Altersabsicherung besteht heute aus einer Basisabsicherung *(Basic State Pension)*, die durch staatlich-einkommensbezogene *(State Second Pension, S2P)* sowie betriebliche und private Rentenversicherungen aufgestockt werden muss. Auch für die Absicherung bei Arbeitslosigkeit besteht eine Sozialversicherung *(Jobseeker's Allowance)*, die sich aus einem einkommensbezogenen und einem bedürftigkeitsorientierten Teil zusammensetzt. Wichtig hinsichtlich der Arbeitsmarktpolitik ist die Aktivierungspolitik *(Welfare-to-work)*, z.B. die steuerliche Subventionierung von Familien mit niedrigem Einkommen *(Working Families Tax Credit)*. Auch die bedürftigkeitsabhängige Fürsorgeleistung *(Employment and Support Allowance)* ist stark auf die Erwerbsaktivierung und -integration hin ausgerichtet. Die Gesundheitsversorgung erfolgt über den *NHS*. Er umfasst die ambulante und stationäre Versorgung der gesamten Bevölkerung. Zuzahlungen existieren im Bereich der zahnärztlichen Versorgung und bei Arzneimitteln. Von einkommensstärkeren Bevölkerungsgruppen werden häufig private Zusatzversicherungen abgeschlossen. Während die Sozialversicherungen über Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge finanziert werden, sind der *NHS* und die Fürsorgeleistungen steuerfinanziert (vgl. Schmid 2010, 185ff.). Zudem verfügt der britische Wohlfahrtsstaat über einen ausgeprägten Marktsektor, der sich aus der Notwendigkeit privater Absicherungen ergibt.

Der britische Wohlfahrtsstaat hat sich – so kann man bilanzieren – seit den 1980er Jahren weiter liberalisiert oder – aus der Perspektive des wohlfahrtsstaatlichen Ausbaus nach dem Zweiten Weltkrieg – von einem durch *Beverdige* geprägten *"Lib-Lib"*-Modell[14] zu einem liberalen Wohlfahrtsstaat weiterentwickelt (vgl. Borchert 1998, 154ff.). Die Bedürftigkeitsorientierung wurde gestärkt, die Leistungen begrenzt und die Anspruchsvoraussetzungen verschärft. Dieser Pfad wohlfahrtsstaatlichen Ab- und Umbaus durch die konservativen Regierungen wurde auch von *New Labour* nicht gestoppt, sondern moderat in Richtung Aktivierung, *Workfare* und *New Deal* (vgl. Schmid 2010, 187, 198) sowie in Richtung einer investiven Sozialpolitik weiterentwickelt.

Passend zum liberalen Wohlfahrtsstaatsregime zählt das britische Beschäftigungsregime nach *Gallie* zu den marktorientierten Beschäftigungsregimen. "[...] Britain is closest to the criterion for a market employment regime with relatively weak unions and policies for the integration of more vulnerable groups (although more recently government policies have been developing with respect specially to employment integration)." (Gallie 2007, 32)

Dabei weist das britische System der Berufsausbildung einen relativ geringen Stellenwert auf (vgl. Estevez-Abe u.a. 2001, 169ff.). Auch der Zusammenhang zwischen Studienfach, Ausbildung und Stellenbesetzung ist eher locker, d.h., die Besetzung von Stellen erfolgt in geringerem Maße auf der Basis beruflicher Ausbildungen. "This longstanding feature of the UK system as educational achievement is taken primarily to be an indication of general ability, rather than a means of developing specific skills." (Rubery u.a. 2009, 68) In diesem Sinne weist das britische System der Berufsausbildung einen niedrigen Grad an beruflicher Ausbildung vor Eintritt in den Arbeitsmarkt auf. Demgegenüber ist der Anteil der Beschäftigten, die an einer beruflichen Weiterqualifizierung teilnehmen, hoch (vgl. Gallie 2007, 21ff.; Estevez-Abe u.a. 2001, 170ff.). Erst nachdem eine Stelle besetzt ist, erfolgt die beschäftigungsbezogene Qualifizierung in Form von Befähigungsnachweisen. Ein sich abzeichnender Trend besteht in Großbritannien in der zunehmenden Hochschulausbildung. Immer mehr Schulabgänger/innen studieren und verstärken die britische Spezifität des Bildungsabschlusses als Zu-

14 Der „Lib-Lab"-Pfad steht für die Entwicklung eines Wohlfahrtsstaates im Kontext einer unitarischen Demokratie, einer liberalen Regierung zusammen mit einer relativ starken Arbeiterbewegung. Dieser Pfad kennzeichnet die Entstehung und Weiterentwicklung des britischen, dänischen, neuseeländischen und schwedischen Wohlfahrtsstaates (vgl. Borchert 1998, 154).

gangsfilter zu Beschäftigung im Gegensatz zu einer (betrieblichen) Ausbildung (vgl. Rubery u.a. 2009, 71). Dabei ist die Art der Qualifizierung in Großbritannien eher allgemein, d.h. weniger spezialisiert auf bestimmte Branchen oder Industrien hin fokussiert (vgl. Estevez-Abe u.a. 2001, 172).

Der Grad der rechtlichen Regulierung von Arbeitsverhältnissen ist in Großbritannien niedrig und lange Zeit wurde auch der Niedriglohnsektor gefördert. In den 1980er Jahren setzte die *Thatcher*-Regierung den Trend durch die Verbilligung von Arbeit fort, indem sie die Lohnräte *("wage councils")* abschaffte, die für die Festsetzung von Branchenmindestlöhnen zuständig waren, die Kündigungsschutzregelungen lockerte und viele Staatsbetriebe privatisierte (vgl. Wood 2001b, 395). Infolge der arbeitsrechtlichen Deregulierungen ist der Schutz der Beschäftigten in Großbritannien heute eher niedrig. "[E]mployers have the greatest freedom to hire and fire." (Gallie 2007, 30) "Non-standard forms of employment have flourished in Britain since the early 1980s, and inequality has risen. Britain after Thatcher is a country with one of the weakest trade union movements in Western Europe, very low levels of employment protection, a high level of contractual flexibility, and a thriving low-wage service economy." (Wood 2001b, 396) Auch wenn Großbritannien im Rahmen der Umsetzung von EU-Richtlinien einige Regulierungen vornehmen musste (z.B. hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie), zeichnet sich der britische Arbeitsmarkt auch heute noch durch ein hohes Maß an Ungleichheit und Segmentierung aus (vgl. Rubery u.a. 2009, 69, 74).

Zudem wurde in den 1980er Jahren unter Premierministerin *Thatcher* die Macht der Berufsgewerkschaften drastisch eingeschränkt (vgl. Wood 2001b, 395; Thelen 2001, 94). Auch die steigende Arbeitslosigkeit wirkte sich negativ auf die Gewerkschaften aus, denn sie verloren infolgedessen viele Mitglieder (vgl. Wood 2001b, 395). Des Weiteren wurden die Lohnverhandlungen im Öffentlichen Dienst dezentralisiert – ein Trend, der von der *Labour*-Regierung wieder gestoppt wurde (vgl. Rubery u.a. 2009, 69f.). Die Folgen waren eine zunehmende Individualisierung von Aushandlungsprozessen zwischen Unternehmen und Beschäftigen sowie ein deutlicher Rückgang des gewerkschaftlichen Organisationsgrades (vgl. Thelen 2001, 95). Mittlerweile ist der gewerkschaftliche Zentralisations- und Organisationsgrad in Großbritannien daher relativ niedrig (vgl. Gallie 2007, 25; Ebbinghaus/Kittel 2006, 230). Die Gewerkschaften sind hochgradig fragmentiert und haben nur einen geringen Einfluss auf politische Entscheidungen auf nationaler Ebene. Nur noch 29% der Bevölkerung sind Mitglied einer Gewerkschaft. Programme zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen spiel(t)en in der britischen Gewerkschaftspolitik kaum eine Rolle (vgl. Gallie 2007, 29). V.a.

der Übergang von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft ging mit einem Verlust gewerkschaftlicher Stärke einher. Von den vielen Beschäftigten im privaten Dienstleistungssektor arbeitet nur ein geringer Teil unter den Bedingungen gewerkschaftlich ausgehandelter Löhne. "This decline in union coverage and collective bargaining has been in process since the late 1970s and has not been halted by New Labour." (Rubery u.a. 2009, 71) Tarifverträge konzentrieren sich mittlerweile stark auf den Öffentlichen Dienst.

Großbritannien zählt nach der *Male Breadwinner*-Typologie von *Lewis* und *Ostner* (1994), die v.a. auf der Art der sozialstaatlichen Regulierung von Geschlechterverhältnissen basiert, zu den starken Ernährermodellen. Männer wurden sozialpolitisch als Familienernährer, Frauen als Abhängige 'konstruiert', auch im Kontext der *Beveridge'schen* Wohlfahrtsstaatsreformen nach dem Zweiten Weltkrieg. "Hence women were defined as wives and mothers and therefore as dependent on a male wage." (Lewis 1992, 163; vgl. auch Lewis/Ostner 1994, 20) Die weibliche Arbeitsmarktpartizipation war eher niedrig und das Niveau an Kinderbetreuungseinrichtungen war ebenfalls tendenziell gering. Die Erwerbstätigkeit verheirateter Frauen in Großbritannien ist aber dennoch kontinuierlich angestiegen und lag bei 62% im Jahr 1981. Allerdings waren zu dieser Zeit nur wenige Mütter (vollzeit-)erwerbstätig. Viele verheiratete Frauen bzw. Mütter arbeiteten Teilzeit, die in Großbritannien meist den Charakter kurzer, eher prekärer Teilzeitarbeit mit geringen wohlfahrtsstaatlichen Ansprüchen hatte (vgl. Lewis 1992, 164). "In Britain, the inheritance of the male-breadwinner model is reflected in the nature rather than the level of women's labour market participation." (Lewis 1992, 164) Frauen und Mütter hatten in erster Linie den Status von Zuverdienerinnen. Da der Ausbau der Kinderbetreuungseinrichtungen lange auf sich warten ließ, waren die Erwerbsquoten von Müttern mit Kindern im vorschulischen Alter niedrig. In den 1980er Jahren wurden weniger als die Hälfte der Kinder zwischen drei und fünf Jahren in öffentlichen Betreuungseinrichtungen betreut. Da Frauen als Zuständige für die Kinderbetreuung galten, waren die Mutterschutzrechte und die damit verbundenen Lohnersatzleistungen und Wiedereinstellungsrechte niedrig (vgl. Lewis 1992, 164). Ende der 1980er Jahre wurde das britische Steuersystem individualisiert. Aufgrund der geringen Progression war der Anreiz in Richtung eines Zweiverdiener-Modells allerdings eher gering (vgl. Lewis 1992, 169). Gleichzeitig wurden in den 1980er Jahren viele universelle Leistungen in bedürftigkeitsgeprüfte Leistungen umgewandelt. Frauen wurden seitdem als Erwerbstätige betrachtet und zwar unabhängig von ihren Sorgeverpflichtungen. Infolge dieser Residualisierungspolitik wurden die

familiären Abhängigkeitsverhältnisse von Frauen verstärkt. *Sainsbury* (1994, 158ff. ; 1994, 158ff.) stuft Großbritannien als Land zwischen dem *Breadwinner Model* und dem *Individual Model* ein. Das britische soziale Sicherungssystem der Nachkriegszeit basiert zwar auf der Ernährerideologie, was man beispielsweise daran erkennt, dass verheiratete Frauen die Option hatten, auf eine eigenständige Absicherung zu verzichten, eine Option, die drei Viertel der Frauen in den 1970er Jahren auch nutzten. Aber die Familienleistungen wurden an die Mutter (als Zuständige für Sorgearbeit) gezahlt. Demgegenüber konnte die Sozialhilfe nur vom Ehemann (als Familienoberhaupt) beantragt werden. Und da das Steuersystem Anreize zur Erwerbstätigkeit bot, arbeitete Ende der 1960er Jahre immerhin die Hälfte der britischen Ehefrauen. Dass nicht mehr als die Hälfte der verheirateten Frauen arbeitete, lag am sozialen Sicherungssystem und an den fehlenden Kinderbetreuungseinrichtungen. Aufgrund der finanziellen Anerkennung (weiblicher) familiärer Sorgearbeit, der "initial recognition of the principle of care" (Sainsbury 1994, 159; vgl. auch Sainsbury 1996, 57), der steuerlichen Begünstigung verheirateter Frauen und der Tatsache, dass die Basis für Sozialversicherungsbeiträge und Sozialleistungen das Individuum ist, zählt *Sainsbury* (1994, 160) Großbritannien nicht zu den starken Ernährermodellen, sondern zu der Variante der traditionellen Rollen, die sie später als Modell der getrennten Geschlechterrollen *(separate gender roles)* bezeichnet hat (vgl. Sainsbury 1999a, 78f.; Sainsbury 1999b, 256ff.). *Lewis* (2001b, 153ff.) bescheinigt Großbritannien einen Wandel vom starken *Male Breadwinner Model* zum *Adult Worker Model* und zwar in der Form des Doppelverdiener-Modells I mit männlicher Vollzeiterwerbstätigkeit und weiblicher kurzer Teilzeiterwerbstätigkeit *(one-and-a-half-earner)*. D.h., britische Frauen sind meist erwerbstätig, auch wenn sie Kinder haben. Sie arbeiten allerdings oftmals in kurzer Teilzeit. Ende der 1990er Jahre arbeitet ein Viertel der britischen Frauen weniger als 20 Wochenstunden (vgl. Lewis 2001b, 155). Der Wandel wurde von der *Labour*-Regierung unter *Blair* vorangetrieben. Seitdem wird die *Welfare-to-Work*-Strategie umgesetzt, wonach alle, die arbeiten können, auch arbeiten sollen. Sozialleistungen sollen nur noch diejenigen erhalten, die nicht erwerbsfähig sind. Als erwerbsfähig gelten seitdem auch Alleinerziehende und verheiratete Mütter. Diese Politik des *New Deal* beinhaltet u.a. Mindestlöhne, Lohnergänzungsleistungen, Aktivierungsprogramme sowie Steuererleichterungen für Familien mit niedrigem Einkommen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Großbritannien geschlechterpolitisch einen Wandel vom starken Ernährermodell zum modernisierten Versorgermodell vollzogen hat. Der Mann arbeitet als Hauptverdiener Vollzeit und die Frau fungiert als (kurze) Teilzeit arbeitende Zuverdienerin und als Hauptzuständige für

Sorgearbeiten. Weiter zeichnet sich ein Trend in Richtung Zweiverdiener-Modell ab, denn Kinderbetreuungseinrichtungen, v.a. für unter Dreijährige, werden ausgebaut und auch die materielle Unterstützung von Müttern und Vätern ist – wenn auch eher moderat – verbessert worden (vgl. Rüling 2007, 32; Rüling 2010, 207ff.).

Die Ausgestaltung der Kinderbetreuung ist auch ein Element des *Care*-Regimes. Kernpunkt des britischen *Care*-Regimes ist die Fokussierung staatlicher Unterstützungsleistungen auf bedürftige Personen bzw. arme Familien. Daher zählt es nach *Anttonen* und *Sipilä* (1996, 96), die die Ausstattung mit und die Organisation von sozialen Diensten in der Kinderbetreuung und in der Altenpflege ländervergleichend untersucht haben, zum Bedürftigkeitsprüfungsmodell. In Großbritannien übernimmt der Staat zwar einerseits die Verantwortung für die familienbezogenen sozialen Dienste, versucht aber andererseits gleichzeitig, diese Verantwortung zu umgehen und nur in geringem Maße soziale Dienste anzubieten. Die öffentlichen sozialen Dienste spielen eine wichtige Rolle, werden aber seit den 1980er Jahren im Kontext einer residualen Wohlfahrtsstaatspolitik zurückgedrängt. Sie sind des Weiteren nur für Menschen mit geringem Einkommen und Vermögen zugänglich. Öffentliche Kinderbetreuungseinrichtungen sind ebenfalls auf Familien in prekären Lagen zugeschnitten und sie sind gleichzeitig rar (vgl. Anttonen/Sipilä 1996, 96). Die öffentliche Betreuungsquote war in den 1980er Jahren im internationalen Vergleich niedrig. Etwas anders fällt dagegen das Ergebnis in der Altenpflege aus. Hier nimmt in den 1980er Jahren ein vergleichsweise hoher Anteil der über 65-Jährigen ambulante oder stationäre Pflegeangebote in Anspruch (vgl. Anttonen/Sipilä 1996, 92). Aufgrund dieser Unterschiede zählen *Anttonen* und *Sipilä* Großbritannien zu den Ländern mit *"abundant services for elderly people but scarce services for children"* (Anttonen/Sipilä 1996, 93).

Bettio und *Plantenga* (2004, 101) kommen zu einem ähnlichen Ergebnis, wenn sie neben den sozialen Diensten auch die finanziellen Leistungen in die Analyse miteinbeziehen. Großbritannien zählt hier zu den Modellen mit einer hohen Bedeutung informeller Sorgearbeit und großen Unterschieden zwischen Kinderbetreuung und Altenpflege. Während Kinderbetreuung in Großbritannien als Privatangelegenheit betrachtet wird, besteht im Rahmen der Altenpflege eine größere öffentliche Unterstützung, so die Autorinnen. Bezüglich der Kinderbetreuung ist die Dauer des Mutterschutzes und der Elternzeit vergleichsweise niedrig, und auch die finanzielle Absicherung ist gering. Gleichzeitig sind im Jahr 1999 nur 20% der Kinder unter drei Jahren in Betreuungseinrichtungen untergebracht, wobei die meisten davon privat finanziert sind. Die Rahmenbedingungen in der britischen Altenpflege sind demgegenüber besser. Gemessen an den zur Verfügung stehenden

Plätzen in der Altenpflege nimmt Großbritannien einen der Spitzenplätze in Europa ein (vgl. Bettio/Plantenga 2004, 86ff.). Bei *Esping-Andersen* (1999, 61, 71), der Wohlfahrtsstaaten danach unterscheidet, inwieweit sie eine Familienpolitik betreiben, die die Familie von ihren Sorgeverpflichtungen entlastet, zählt Großbritannien zu den liberalen Wohlfahrtsstaatsregimen mit eher geringen Ausgaben für öffentliche soziale Dienste für Familien und einer niedrigen Ausstattung mit öffentlichen Kinderbetreuungseinrichtungen für unter Dreijährige. Als besonders problematisch arbeitet er die hohen Betreuungskosten in den dominierenden privaten Einrichtungen heraus, die durch familienpolitische Leistungen kaum aufgefangen werden. In der Altenpflege zeichnet sich das liberale britische Regime durch eine moderate Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste und ebenfalls moderate Leistungen an Pflegebedürftige aus. Das liberale Wohlfahrtsstaatsregime weist nach *Esping-Andersen* zusammenfassend einen eher geringen De-Familialisierungsgrad auf, wird aber noch als *"non-familialist"* bezeichnet (vgl. Esping-Andersen 1999, 86). *Esping-Andersen* geht allerdings nicht explizit auf die Unterschiede zwischen Kinderbetreuung und Altenpflege in Großbritannien ein. *Leitner* (2003) wiederum differenziert zwischen den beiden *Care*-Bereichen und unterscheidet zwischen familialisierenden und de-familialisierenden Politiken. Während sie das britische Kinderbetreuungsregime als de-familialistisch klassifiziert, herrscht bezüglich des Altenpflegeregimes ein expliziter Familialismus vor. Die Unterschiede entstehen durch die fehlenden finanziellen Transfers an Kinderbetreuende (Erziehungs-/Elterngeld). Die Ausstattung mit Kinderbetreuungsplätzen für unter Dreijährige lag in Großbritannien im Jahr 2001 bei ca. einem Drittel, so dass hier Anreize zur außerfamiliären Kleinkinderbetreuung bestehen. Dass sich die Ergebnisse von *Esping-Andersen* und *Leitner* an dieser Stelle unterscheiden, liegt daran, dass *Esping-Andersen* (mit Bezug auf *Anttonen* und *Sipilä*) nur die öffentlichen Betreuungsplätze in die Analyse miteinbezieht, *Leitner* dagegen – wie auch *Bettio* und *Plantenga* – auch die privaten Plätze für unter Dreijährige (vgl. Leitner 2003, 358ff.).

Als Fazit kann festgehalten werden, dass es kein einheitliches *Care*-Regime in Großbritannien gibt. Gemeinsam ist beiden Bereichen – der Kinderbetreuung und der Altenpflege – lediglich die Bedürftigkeitsorientierung. Ansonsten besteht ein größeres staatliches Engagement in der Altenpflege, das *Daly* und *Rake* folgendermaßen erklären: "Public provision of caring services for the elderly has somewhat greater legitimacy, perhaps because care for the elderly is more distanced from the norm of family provision than is the care for children." (Daly/Rake 2003, 144) Da die Kinderbetreuung im letzten Jahrzehnt ausgebaut und die finanzielle Unterstützung Kinderbetreuender moderat verbessert wurde (vgl. Rüling 2007,

32; Rüling 2010, 207ff.), zählt Großbritannien m.E. in diesem *Care*-Bereich nun zu den Ländern mit optionalem Familialismus.

Das Migrationsregime Großbritanniens lässt sich nicht ohne Rückschau auf die Kolonialvergangenheit verstehen. Als ehemalige Kolonialmacht hat sich das Land von einer imperialen Macht zu einem Einwanderungsland entwickelt, in dem seit Ende der 1990er Jahre das Prinzip der *Managed Migration* im Vordergrund steht. Von der gesteuerten Zuwanderung von Migrant/innen erhoffte man sich ökonomische Vorteile (vgl. Ruhs/Anderson 2010, 199f.). In Großbritannien gab es bis 2008 ca. 80 verschiedene Programme für Arbeitserlaubnisse für Nicht-Europäer/innen, die mit der Art der Tätigkeit zusammenhingen und jeweils mit bestimmten jährlichen Quoten verknüpft waren (vgl. Ruhs/Anderson 2010, 199f.). Die Regierung unter Premierminister *Blair* war bestrebt, den Prozess der Gewährung von Arbeitserlaubnissen zu beschleunigen, die Restriktionen zu lockern und die Zahl der Rekrutierungen aus dem Ausland zu erhöhen. In Großbritannien können seitdem international tätige Unternehmen eigenständig Arbeitserlaubnisse für ihre Beschäftigten gewähren (vgl. Jordan/Düvell 2002, 221). Generell war die britische Zuwanderungspolitik der *Managed Migration* gegenüber hochqualifizierten Arbeitskräften sehr liberal, gegenüber Geringqualifizierten dagegen eher restriktiv (vgl. Ruhs/Anderson 2010, 200). Großbritannien gehörte auch zu den Ländern, die die Freizügigkeitsrechte für die EU-Beitrittsländer sofort, d.h. ab dem Jahr 2004, gewährten (vgl. Ruhs/Anderson 2010, 200; Sainsbury 2012, 170f.). Auf diese Weise wurde der Arbeitskräftebedarf, v.a. im Bereich der Geringqualifizierten, gedeckt. Die Immigrationsmöglichkeiten für Nicht-EU-Bürger/innen haben sich dadurch verschlechtert. Seit dem Jahr 2008 gibt es ein neues punkte-basiertes System mit fünf Zugangsmöglichkeiten für Migrant/innen aus Nicht-EU-Ländern, die in Großbritannien arbeiten, studieren oder eine Ausbildung machen wollen: erstens ohne Beschränkung als hochqualifizierte Migrant/innen (v.a. aus dem IT- und Computerdienstleistungsbereich), zweitens als ausgebildete Migrant/innen in Bereichen, in denen Arbeitskräftemangel herrscht (z.B. *Senior* Pflegende), drittens als zeitweise beschäftigte Migrant/innen im geringqualifizierten Bereich, viertens als Migrant/innen, die in anderen Bereichen arbeiten (z.B. als Haushaltshilfen, im medizinischen Bereich oder in der Filmbranche), oder fünftens als Migrant/innen mit britischer Abstammung. Bei allen Zugangsmöglichkeiten wird vorausgesetzt, dass eine Tätigkeit vorliegt, also dass ein Arbeitgeber bereits gefunden wurde (vgl. Government UK 2014d). Arbeitserlaubnisse werden generell für fünf Jahre vergeben (vgl. Jordan/Düvell 2002, 221; Ruhs/Anderson 2010, 199f.; van Hooren 2011, 93; Cangiano u.a. 2009, 39ff.).

In Bezug auf die Integration von Migrant/innen wurde bereits seit den 1960er Jahren *(Race Relation Act)* eine Politik der Anerkennung unterschiedlicher ethnischer Gruppen sowie religiöser und kultureller Vielfalt betrieben. Ausdruck dieses Multikulturalismus ist die Bekämpfung der Diskriminierung ethnischer Minderheiten in der Öffentlichkeit, im Bildungsbereich, im Öffentlichen Dienst, bei der Kreditvergabe sowie auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt. Dennoch kommen *Castles* und *Miller* (2009, 254) zu dem Schluss, dass ein Kontrast besteht zwischen der formellen Gleichberechtigung ethnischer Minderheiten und der alltäglichen Erfahrung von Arbeitslosigkeit, Ungleichheit und sozialer Exklusion (vgl. Castles/Miller 2009, 254).

Die sozialen Rechte der Migrant/innen, der Zugang zum Arbeitsmarkt und zum sozialen Sicherungssystem, sind seit den 1970 Jahren eingeschränkt worden. *Sainsbury* bezeichnet das Inkorporationsregime daher zusammenfassend als restriktiv (vgl. Sainsbury 2012, 173). Eine Ausnahme davon stellen die universalistischen Sozialleistungen dar, deren Zugang generell nicht an die britische Staatsbürgerschaft gebunden ist, sondern an den Wohnort (vgl. Dummett 2006, 552). Daher erhalten Migrant/innen beispielsweise unabhängig von der Staatsbürgerschaft und einer Erwerbstätigkeit Zugang zum *NHS*. Dies gilt sogar für irreguläre Migrant/innen (vgl. Jordan/Düvell 2002, 198ff.; Birsl u.a. 2003, 120; Sainsbury 2012, 38). Ansonsten wird Migrant/innen der Zugang zu öffentlichen (nicht-beitragsbezogenen sowie bedürftigkeitsgeprüften) Sozialleistungen erschwert. Es wird darauf geachtet, dass nur einwandern darf, wer sich (und gegebenenfalls seine Familie) selbst versorgen kann (vgl. Sainsbury 2012, 43). Zudem werden bestimmte Gruppen von Migrant/innen gänzlich von sozialen Rechten ausgenommen. Dazu zählen EU-Bürger/innen[15], Asylbewerber/innen, Studierende und Personen, die über den Familiennachzug nach Großbritannien gekommen sind. Stehen Migrant/innen allerdings in einem Beschäftigungsverhältnis, besitzen sie dieselben arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Ansprüche wie britische Staatsbürger/innen (vgl. Cangiano u.a. 2009, 48; Sainsbury 2012, 39ff.).

7.2 Das nationale Regimearrangement in Schweden

Das zweite Land, dessen Regimearrangement in den Blick genommen wird, ist Schweden. Das politische System Schwedens lässt sich am besten als „dezentraler Einheitsstaat" bezeichnen (Jann/Tiessen 2008, 99). Hier ist die Machtkonzen-

15 EU-Bürger/innen erhalten erst Sozialleistungen, nachdem sie zwölf Monate in Großbritannien gearbeitet haben (vgl. Sainsbury 2012, 170).

tration deutlich geringer ausgeprägt als in Großbritannien (vgl. Abromeit/Stoiber 2006, 101). Regierung und Parlament sind in Schweden die entscheidenden politischen Institutionen, die über die Gesetzgebung im Reichstag *(risksdag)* entscheiden, den/die Ministerpräsident/in wählen und die Regierungskontrolle ausüben. Typisch für die politische Praxis Schwedens ist zum einen die Stärke der sozialdemokratischen Partei *(Sveriges socialdemokratiska arbetareparti, SAP)* sowie deren enge Verknüpfung mit dem Dachverband der Arbeitergewerkschaften *(Landsorganisationen i Sverige, LO),* zum anderen die Minderheitenregierungen. Des Weiteren gilt Schweden als Konsensdemokratie. Trotz Unitarismus ist Schweden ein stark dezentralisierter Staat. Sowohl die 20 Provinzlandtage *(landsting)* als auch die 290 Kommunalparlamente *(kommuner)* werden direkt vom Volk gewählt. Sie sind im Rahmen ihrer Zuständigkeitsbereiche relativ autonom und dürfen eigenständig Steuern erheben (vgl. Abromeit/Stoiber 2006, 96ff.; Jahn 2009, 128ff.).

Die Zahl der Vetospieler ist in Schweden sehr begrenzt. Der wichtigste Vetospieler im politischen System Schwedens ist das Parlament, das aufgrund der häufigen Minderheitenregierungen faktisch eine entscheidende Rolle einnimmt. Da die Verbände aufgrund der starken Konsensorientierung in das schwedische Gesetzgebungsverfahren eingebunden sind, übernehmen auch sie unter Umständen die Rolle von Vetospielern. Die Judikative und die Bürger/innen (Referenden) stellen in Schweden kein Vetospieler dar (vgl. Abromeit/Stoiber 2006, 99).

Das schwedische Parteiensystem galt bis Mitte der 1980er Jahre als klassisches skandinavisches Fünfparteien-System. Die meisten der im schwedischen Parlament vertretenen Parteien sind aus den gesellschaftlichen Konfliktlinien des 19. Jahrhunderts heraus entstanden, so neben der *SAP* auch die Konservativen *(Moderata samlingspartiet)*, die Liberalen *(Folkpartiet liberalerna),* die aus der Bauernpartei hervorgegangene Zentrumspartei *(Centerpartiet)* und die 1917 von der Sozialdemokratie abgespaltene kommunistische Partei, die sich seit 1990 Linkspartei *(Vänsterpartiet)* nennt. Dieses Fünfparteien-System, das durch zwei Blöcke entlang der Rechts-Links-Achse geprägt ist, wurde von der *SAP* dominiert, die bei Reichstagswahlen meist zwischen 40% und 50% der Stimmen erhielt. In den 1960er Jahren entstand noch eine weitere bürgerliche Partei, die Christdemokraten *(Kristdemokraterna)*, die stärker religiös ausgeprägt ist als die Konservativen. Als letzte Partei hat sich in den 1980er Jahren die Umweltpartei der Grünen *(Miljöpartiet de gröna)* gegründet. Die beiden jüngeren Parteien zogen Mitte der 1980er Jahre erstmals in den schwedischen Reichstag ein (vgl. Abromeit/Stoiber 2006, 164f.; Jahn 2009, 122ff.; Jann/Tiessen 2008, 100). Aufgrund der Stabilität des ausdifferenzierten Parteiensystems spricht *Sartori*

(2005, 154ff.) von einem Dominanzsystem (bis in die 1970er Jahre) oder von einem stabilen moderaten Pluralismus – letzteres v.a. aufgrund der Konservativen, die bis 2014 immerhin fast zehn Jahre regiert haben.

Der Gesetzgebungsprozess ist in Schweden weniger umfangreich als in Großbritannien und in Deutschland, weil es keine zweite Kammer (mehr) gibt, die zustimmungspflichtig ist. Er ist v.a. durch das Mitwirken von Kommissionen *(utredningar)* geprägt. Sie werden von der Regierung eingerichtet, um Informationen zu einem gesellschaftlichen Problem zu sammeln, Kompromisse auszuhandeln, Gesetzesvorschläge auszuarbeiten und so politische Entscheidungsprozesse zu verkürzen. Die Kommissionsarbeit wird mit einem Bericht oder Gutachten *(betänkande)* beendet (vgl. Jann/Tiessen 2008, 110f.). Im Rahmen des schwedischen Gesetzgebungsverfahrens wird meist das sog. *Remiss*-Verfahren angewandt. Danach erhalten die politischen und gesellschaftlichen Akteure, die von dem Gesetz betroffen sind, die Möglichkeit, nach der Veröffentlichung des Kommissionsberichts Stellung zu nehmen (vgl. Jahn 2009, 118f.; Abromeit/Stoiber 2006, 98; Jann/Tiessen 2008, 103ff., 111f.). Das *Remiss*-Verfahren gilt als „[...] das entscheidende Charakteristikum schwedischer Konsenspolitik." (Jahn 2009, 119)

Nach Abschluss des *Remiss*-Verfahrens wird von der Regierung der Gesetzesentwurf *(proposition)* erarbeitet. Er wird dann in erster Lesung ohne Aussprache in den Reichstag eingebracht. Die Oppositionsparteien haben nun die Möglichkeit, Änderungsanträge dazu einzubringen und so ihre Positionen darzulegen. Dann wird der Gesetzentwurf zusammen mit Änderungsanträgen an den zuständigen Ausschuss weitergeleitet. Dieser legt nach seinen Beratungen einen Bericht mit einer Entscheidungsempfehlung vor. In der zweiten Lesung findet eine parlamentarische Debatte über die Ausschussvorlage sowie die Schlussabstimmung statt. In der Reichstagsdebatte werden die Hauptargumente der unterschiedlichen Parteien zu einem Gesetzesvorhaben vorgebracht. Sie dient nicht mehr der Entscheidungsfindung, sondern der Präsentation der Ergebnisse und Argumente für die Öffentlichkeit. Ein vom Reichstag verabschiedetes Gesetz muss noch von dem/r Reichstagspräsident/in unterzeichnet und veröffentlicht werden (vgl. Jahn 2009, 119f.; Jann/Tiessen 2008, 112ff.).

Schweden gilt seit der Studie von *Esping-Andersen* (1990) als Prototyp des sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaates, der gekennzeichnet ist durch einen hohen Grad an Universalismus, also sozialen Bürgerrechten, durch einen hohen Grad an De-Kommodifizierung, also hohen Umverteilungswirkungen durch großzügige wohlfahrtsstaatliche Leistungen und einem sehr gut ausgebauten öffentlichen Sektor mit sozialen Diensten, sowie durch geringe Stratifizierungs-

effekte. Wohlfahrtsstaatlich wird demnach "equality of the highest standard" (Esping-Andersen 1990, 27) gefördert. Um diese Art der umfassenden staatlichen Absicherung zu gewährleisten, muss Vollbeschäftigung bzw. ein hohes Beschäftigungsniveau vorliegen. An diesem Ziel müssen die sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten festhalten, um den universalistischen Wohlfahrtsstaat auf hohem Niveau finanzieren zu können. *Esping-Andersen* betont an dem schwedischen Weg zweierlei: Zum einen sei es der schwedischen Arbeiterbewegung gelungen, mit der organisierten Bauernschaft zu kooperieren, so dass dieses universelle Modell an Wohlfahrtsstaatlichkeit etabliert werden konnte. Zum anderen wurde der wohlfahrtsstaatliche Ausbau nach dem Zweiten Weltkrieg durchgesetzt, indem man den Wohlfahrtsstaat auch für die Mittelschichten attraktiv ausgestaltete, z.B. durch die Institutionalisierung umfangreicher und qualitativ hochwertiger sozialer Dienste. "The Swedish social democrats were the first to pave the way for a universalism of 'middle-class' standards. The formula was to combine universal entitlements with high earnings-graduated benefits, thus matching welfare-state benefits and services to middle-class expectations." (Esping-Andersen 1990, 69) *Castles* und *Mitchell* (1993, 122f.) zufolge zählt Schweden zu den Wohlfahrtsstaaten, in denen nicht-rechte Parteien, meist die Sozialdemokratie, politisch dominierten *("Non-right hegemony welfare state")*. Dies erfolgte auf der Basis einer starken Arbeiterbewegung und einem hohen gewerkschaftlichen Organisationsgrad. Der schwedische Wohlfahrtsstaat zeichnet sich durch hohe Sozialstaatsausgaben und vielfältige umverteilende Maßnahmen, wie progressive Steuern und Transferleistungen, aus. Nach *Bonoli* (1997, 359ff.) gehört Schweden zu den *Beveridge*-Wohlfahrtsstaaten mit hohem Sozialausgabenniveau. Schweden ist in seiner empirischen Analyse sogar das Land mit den höchsten Sozialausgaben im Verhältnis zum BIP.

Der schwedische Wohlfahrtsstaats zeichnet sich – abgesehen von der stark universalistischen Ausrichtung und einem hohen Leistungsniveau – auch durch einen hohen Grad an De-Zentralisierung und lokaler Autonomie aus. Im schwedischen Wohlfahrtsstaat ist das (nationale) Sozialversicherungssystem mit einer umfassenden Staatsbürgerversorgung (auf regionaler und kommunaler Ebene) verbunden. Im Falle von Alter und Arbeitslosigkeit bestehen Sozialversicherungen, die entweder paritätisch oder durch die Arbeitgeber finanziert werden. Die Absicherung im Alter erfolgt über eine steuerfinanzierte Garantierente *(garantipension)*, eine einkommensbezogene Rente *(inkomstpension)* sowie eine kapitalgedeckte Rente *(premiepension)*. Im Rahmen der freiwilligen und gewerkschaftlich organisierten Arbeitslosenversicherung gibt es eine Leistung, deren Lohnersatzrate nach 200 Tagen stufenweise verringert wird (von 80%

auf 65%). Die Sozialversicherungsleistungen sind vergleichsweise hoch, private Zuzahlungen niedrig und private Zusatzversicherungen eher unüblich. Die Arbeitsmarktpolitik ist traditionell auf Aktivierung und Erwerbsintegration hin ausgerichtet. Die Gesundheitsversorgung in Schweden ist – ähnlich wie in Großbritannien – durch ein universelles Versorgungssystem, zu dem die gesamte Wohnbevölkerung Zugang hat, geregelt. Lediglich das Krankengeld und der Zahnersatz werden über die Sozialversicherung ausgezahlt. Abgesehen davon gibt es noch eine Elternversicherung, über die das Elterngeld ausgezahlt wird. Die vergleichsweise unbedeutenden kommunalen Fürsorgeleistungen sind bedarfsorientiert und steuerfinanziert (vgl. Schmid 2010, 222ff.).

Auch der schwedische Wohlfahrtsstaat hat *Borchert* (1998, 167ff.) zufolge im Rahmen der Restrukturierung einen Wandel vollzogen, und zwar vom sozialdemokratischen zu einem *Lib-Lab*-Wohlfahrtsstaatsregime. Seit den 1980er Jahren, spätestens aber seit dem Anstieg der Arbeitslosigkeit Anfang der 1990er Jahre wurden einige wohlfahrtsstaatliche Leistungen eingeschränkt, die Zugangsbedingungen verschärft, eine stärker aktivierende Arbeitsmarktpolitik eingeführt sowie auf dem Äquivalenzprinzip basierende Statusunterschiede im sozialen Sicherungssystem stärker betont. Anders als *Borchert* ist *Schmid* (2010, 239) allerdings der Ansicht, dass man – im Vergleich zu anderen Ländern – nicht von einer Erosion des universalistisch geprägten sozialdemokratischen Modells sprechen kann.

Nach *Gallie* (2007, 32) zählt Schweden zu den inklusiven Beschäftigungsregimen mit starken Gewerkschaften, einer solidarischen Lohnpolitik und Programmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten.

Das System der Berufsausbildung basiert in Schweden auf schulischen Ausbildungen, und auch der Anteil der Beschäftigten in beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen ist hoch (vgl. Gallie 2007, 21ff.). In der Phase der Arbeitslosigkeit Anfang der 1990er Jahre wurde allerdings ein Wandel vollzogen. Die Programme zur beruflichen Weiterbildung wurden reduziert, während gleichzeitig die Bedeutung der Berufsausbildungen zunahm. Das bezieht sich zum einen auf schulische Ausbildungen, zum anderen auf universitäre Studiengänge (vgl. Wood 2001b, 404).

Der Schutz der Beschäftigten ist in Schweden gut ausgebaut und zwar sowohl hinsichtlich des (individuellen und kollektiven) Kündigungsschutzes als auch in Bezug auf die Anwendung von Zeitarbeitsverträgen (vgl. Gallie 2007, 29f.). Auch die Arbeitslosenunterstützung ist in Schweden generell sehr generös, d.h., die Armutsrate von Arbeitslosen ist niedrig.

In Schweden war das Modell der Aushandlung von Löhnen und Arbeitsbedingungen bis Ende der 1990er Jahre stark zentralisiert. Die Arbeitgeberverbände und die Gewerkschaften handelten bis in die 1970er Jahre auf nationaler Ebene die Lohnvorgaben für alle Branchen und Betriebe aus. Auf Branchen- und Betriebsebene bestanden dann noch Spielräume zur Konkretisierung der nationalen Vorgaben. Im Rahmen dieses hochgradig korporatistischen Systems besaß der Staat wenig Interventionsmöglichkeiten (vgl. Schroeder/Weinert 2004, 270f.; Wood 2001b, 399; Thelen 2001, 86). Die schwedische Lohnpolitik war (und ist) in hohem Maße auf Lohnzurückhaltung und Solidarität ausgelegt. Den normativen Rahmen dafür bietet das *Rehn-Meidner*-Modell[16], das sich zum einen auf die Einkommensverteilung zwischen Arbeitnehmer/innen und Unternehmen bezieht, zum anderen auf eine solidarische Einkommensverteilung zwischen den unterschiedlichen Beschäftigtengruppen (vgl. Schroeder/Weinert 2004, 271; Wood 2001b, 399; Anxo/Niklasson 2009, 82f.). Seit den 1980er Jahren bekam das System der solidarischen Lohnpolitik allerdings Risse, und ein tarifpolitischer De-Zentralisierungsprozess setzte ein. Dem Gesamtverband der schwedischen Gewerkschaften gelang es immer weniger, gegenüber den Beschäftigten der produktiven exportorientierten Branchen Lohnzurückhaltung durchzusetzen. Dazu kamen Spannungen zwischen den Gewerkschaften des Öffentlichen Dienstes, deren Mitarbeiter/innen-Zahl infolge der Ausdehnung des Öffentlichen Sektors stark zugenommen hatte, und den Gewerkschaften der exportorientierten Branchen, v.a. im Bereich der Metallindustrie. Anfang der 1990er Jahre wurden die zentralen Lohnverhandlungen reformiert, nachdem die Arbeitgeberverbände sich hiervon zurückgezogen hatten. Der Staat trat als Vermittler auf, und es begann eine Phase staatlich koordinierter Lohnverhandlungen. Die Möglichkeiten branchenspezifischer und betrieblicher Lohnflexibilität wurden vergrößert, was dazu führte, dass sich die Löhne stärker ausdifferenzierten. Im Industrieabkommen von 1997 wurden die Strukturen der branchenbezogenen Lohnverhandlungen inklusive der Schlichtung von Lohnkonflikten erneut neu festgelegt (vgl. Schroeder/Weinert 2004, 274ff., 284; Wood 2001b, 400ff.; Anxo/Niklasson 2009, 89f.; Thelen 2001, 87f.). *Thelen* spricht diesbezüglich insgesamt von einer "[...] fundamental renegotiation of the terms of coordination – from national-

16 Das in den 1950er Jahren entwickelte *Rehn-Meidner*-Modell umfasst neben der solidarischen Lohnpolitik auch eine strenge Fiskalpolitik (Inflationskontrolle) und eine aktive Arbeitsmarktpolitik, um den Strukturwandel des Arbeitsmarktes bewältigen zu helfen, denn infolge der solidarischen Lohnpolitik werden Unternehmen mit niedriger Produktivität bestraft und aus dem Markt gedrängt (Anxo/Niklasson 2009, 82f.; vgl. Wood 2001b, 399).

confederal bargaining to a more flexible system of coordinated multi-industrial bargaining – along with increased reliance on mediation to achieve compromise without industrial strife." (Thelen 2001, 88)

Im internationalen Vergleich ist das gewerkschaftliche Aushandlungssystem in Schweden in hohem Maße zentralisiert, d.h., der Fragmentierungsgrad ist gering und der gewerkschaftliche Einfluss auf den nationalen Gesetzgebungsprozess sehr groß. Sowohl der gewerkschaftliche Organisationsgrad als auch der Deckungsgrad von Tarifverträgen ist außerordentlich hoch in Schweden (vgl. Gallie 2007, 25; Ebbinghaus/Kittel 2006, 230f.). In Bezug auf die Aushandlung von Löhnen achten die schwedischen Gewerkschaften besonders auf solidarische Lohnstrukturen. Dementsprechend sind die Lohnunterschiede zwischen den besser Verdienenden und den gering Verdienenden hier vergleichsweise niedrig. Auch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, z.B. in den Bereichen Arbeits- und Gesundheitsschutz oder Autonomie und Selbstbestimmung, ist ein fester Bestandteil der schwedischen Gewerkschaftspolitik, insbesondere seit den 1980er Jahren (vgl. Gallie 2007, 27f.).

Schweden zählt nach der *Male Breadwinner*-Typologie zu den schwachen Ernährermodellen. Zunächst wurde ab den 1940er Jahren das von *Alva Myrdal* und *Viola Klein* (1971) entwickelte Drei-Phasen-Modell politisch umgesetzt. Danach sollten Mütter bis zur Geburt ihres ersten Kindes erwerbstätig sein, danach zur Kinderbetreuung die Erwerbstätigkeit unterbrechen und zurückkehren, wenn das Kind die Schule verlässt. Die Müttererwerbstätigkeit stieg in Schweden erst Ende der 1960er und seit den 1970er Jahren an, als der Wandel hin zum Zweiverdiener-Modell begann. Seitdem werden Frauen – wie Männer – in erster Linie als Arbeiterinnen betrachtet. Die wohlfahrtsstaatlichen Leistungen wurden an Erwerbstätigkeit geknüpft, beispielsweise durch (hohe) Lohnersatzleistungen für erziehungsbedingte Erwerbsunterbrechungen. Und im Jahr 1974 wurde eine Elternzeit (zunächst) von sechs Monaten mit einer Lohnersatzleistung von 90% gewährt. Sie wurde 1975 und 1980 auf zwölf Monate ausgedehnt. Das soziale Sicherungssystem bietet keine Anreize für Frauen und Mütter, die Erwerbstätigkeit darüber hinaus zu unterbrechen. Es gibt keine Unterhaltszahlungen für Geschiedene, keine bzw. nur geringe Witwenrenten sowie keine abgeleiteten Sozialleistungen für Ehefrauen. Des Weiteren wurde das Steuerrecht individualisiert. Aufgrund der starken Progression ist es seitdem – im Unterschied zu Großbritannien – für Familien finanziell günstiger, wenn die Frau mitverdient. Zweiverdiener-Haushalte werden demnach staatlich gefördert (vgl. Lewis 1992, 169; Langan/Ostner 1991, 306; Lewis/Ostner 1994,

27ff.). So waren in Schweden im Jahr 1986 knapp 90% aller Frauen zwischen 25 und 54 Jahren erwerbstätig und über 85% der Mütter mit Kindern unter sieben Jahren gingen einer Erwerbstätigkeit nach (vgl. Lewis 1992, 169; Lewis/Ostner 1994, 28f.). Die Beschäftigungsverhältnisse in Schweden entsprechen oft dem Standard-Beschäftigungsverhältnis, allerdings ist die geschlechtliche Arbeitsmarktsegregation hoch. Seit den 1970er Jahren wurde das öffentliche Kinderbetreuungssystem ausgebaut, so dass Ende der 1980er Jahre für knapp die Hälfte der Kinder im Vorschulalter Plätze zur Verfügung standen (vgl. Lewis 1992, 168f.; Lewis/Ostner 1994, 28). Schweden gilt als 'entwickelter Dienstleistungsstaat' und viele Frauen haben im Dienstleistungssektor Beschäftigungen gefunden. Frauen wurden dadurch aus der Abhängigkeit von ihren Ehemännern befreit. Aufgrund der geschlechtlichen Arbeitsmarktsegregation und der höheren Teilzeitrate sind Frauen nun allerdings in stärkerem Maße von wohlfahrtsstaatlichen Leistungen abhängig, so die Kritik von *Langan* und *Ostner* (1991, 307). Aufgrund all dieser Entwicklungen wird das schwedische Geschlechterregime als schwaches Ernährermodell eingestuft. *Lewis* (1992, 169) kritisiert allerdings, dass Frauen in den Arbeitsmarkt gezwungen wurden, ohne dass sich etwas an ihrer Verantwortlichkeit für Sorgearbeit geändert hat. Das Verhalten der Männer blieb zunächst unverändert (vgl. auch Lewis/Ostner 1994, 29). Bei *Sainsbury* (1994, 162ff.; 1999a, 86f.) wird Schweden als individuelles geschlechterpolitisches Regime *(individual earner-carer regime)* eingestuft, v.a. aufgrund der Tatsache, dass soziale Leistungen universell zugänglich sind. "Entitlement to benefits on the basis of citizenship has weakened the influence of the breadwinner ideology." (Sainsbury 1994, 162) Zudem ist eine breite Palette an öffentlichen sozialen Diensten vorhanden, (verheiratete) Frauen sind auf individueller Basis in das soziale Sicherungssystem integriert und auch das Steuersystem behandelt Frauen und Männer als Individuen. Sorgearbeit wird des Weiteren durch die Zahlung diverser Familienleistungen anerkannt. Seit den 1980er Jahren existiert ein zweiwöchentlicher Väterurlaub. Ein weiteres Merkmal ist die aktive Arbeitsmarktpolitik, die auf beide Geschlechter ausgerichtet ist und die Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen fördert, v.a. im Öffentlichen Sektor.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass Schweden sich bereits in den 1960er und 1970er Jahren vom Ernährermodell verabschiedet hat. Seitdem ist das schwedische Geschlechterregime ein Zweiverdiener-Modell mit institutioneller Kinderbetreuung. Beide Partner/innen sind erwerbstätig, was nicht nur aufgrund der hohen Gleichstellungsorientierung gewünscht, sondern aufgrund der geringen Lohnspreizung und der hohen Abgabenquote auch familienökonomisch not-

wendig ist. Die Einordnung des schwedischen Geschlechterregimes ist in der Literatur relativ unstrittig. Schweden gilt als das Land, in dem die Gleichstellung der Geschlechter am weitesten fortgeschritten ist.

Auch die Einordnung des schwedischen *Care*-Regimes fällt eindeutig aus. Nach *Anttonen* und *Sipilä* (1996, 96) zählt Schweden zum skandinavischen Öffentliche-Dienste-Modell. Soziale Dienste für Kinder und für Ältere stehen in ausreichendem Maße zur Verfügung. Sie sind universell verfügbar und werden öffentlich finanziert. Bürger/innen haben einen Rechtsanspruch auf die Versorgung mit sozialen Diensten. Aufgrund der vergleichsweise hohen Quoten im Hinblick auf die (Klein-)Kinderbetreuung und die Altenpflege, auch bereits in den 1980er Jahren, zählt Schweden nach *Anttonen* und *Sipilä* zu den Ländern, in denen soziale Dienste reichlich vorhanden sind. Bei *Bettio* und *Plantenga* (2004, 102) taucht Schweden im *Cluster* der nordischen Länder auf, die sich durch ein moderates bis hohes Niveau bei den formalen *Care*-Ressourcen auszeichnen. Durch die universalistische Ausrichtung werden große Teile der Bevölkerung durch ein breites Angebot an sozialen Diensten versorgt. In der Phase der Elternzeit sind die Eltern materiell gut abgesichert und Betreuungsplätze stehen in ausreichendem Maße zur Verfügung. Im Jahr 1998 steht bereits für die Hälfte der unter Dreijährigen ein öffentlicher Betreuungsplatz zur Verfügung. Diese Quote wird nur noch von Dänemark übertroffen. Auch im Bereich der Altenpflege rangiert Schweden unter den führenden Ländern, was die ambulante und die stationäre Versorgung der Pflegebedürftigen angeht. Nach *Esping-Andersen* (1999, 61ff.) zählen alle sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten, deren Prototyp Schweden darstellt, zu den de-familialisierenden Wohlfahrtsstaaten. Der schwedische Wohlfahrtsstaat gibt verhältnismäßig viel Geld für familienunterstützende soziale Dienste aus. Sowohl die öffentliche Versorgungsquote der unter Dreijährigen als auch die der über 65-Jährigen ist hoch. Die finanziellen Familienleistungen decken einen großen Teil der Kosten für die Kinderbetreuung ab. Anders als bei *Esping-Andersen* zählt Schweden bei *Leitner* (2003, 359ff.) nicht zu den de-familialisierenden Ländern. Laut ihrer Analyse zählt das schwedische *Care*-Regime zu den Ländern mit optionalem Familialismus. Aktuell wird das Elterngeld gut ein Jahr lang als Lohnersatzleistung (80%) gezahlt, danach einige Monate als Pauschalleistung. Aufgrund der hohen Betreuungsquote, auch bei den unter Dreijährigen, können schwedische Eltern zwischen häuslicher und institutioneller Betreuung wählen. Auch in der Altenpflege bestehen Wahlmöglichkeiten, weil einerseits Pflegegeld gezahlt wird, andererseits ausreichend soziale Dienste zur Verfügung stehen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das schwedische *Care*-Regime in sich konsistent ist. Kernelemente sind universalistische soziale Dienste, die in ausreichender Menge zur Verfügung stehen. Zudem erhalten Eltern und Pflegebedürftige finanzielle Unterstützungsleistungen, so dass zwischen häuslicher, ambulanter und institutioneller Pflege und Betreuung gewählt werden kann.

Schweden zählt nach *Castles* und *Miller* (2009, 250f.) zu den klassischen Einwanderungsländern, unterscheidet sich aber von anderen Einwanderungsländern: "[...] Sweden should be distinguished from the United States, Canada, and Australia, although it has facilitated permanent settlement, it was not a settlement colony whose nation was built through settlement in the same way that the other three were." (Williams 1995, 144) Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde in Schweden die Ansiedlung von Migrant/innen gefördert, um Arbeitskräfte zu gewinnen. Ab Ende der 1960er Jahre wurde die Anwerbung von Arbeitsmigrant/innen schrittweise wieder beendet. Seitdem kamen v.a. nachziehende Familienangehörige und Flüchtlinge nach Schweden (vgl. Hammar 2003, 238; Sainsbury 2012, 85). Das Zuwanderungsrecht wurde von der Mitte-Rechts-Regierung unter Ministerpräsident *Reinfeldt* wieder liberalisiert, so dass *Sainsbury* (2012, 93) von einer Rückkehr der Arbeitsmigration spricht. Seitdem können einzelne Unternehmen für jede (Vollzeit-)Beschäftigung Migrant/innen aus EU- oder Nicht-EU-Staaten anwerben und zwar für jede ausgeschriebene Stelle und unabhängig vom Qualifikationsniveau. Korporatistische Arrangements, die Arbeitsgeberverbänden und Gewerkschaften Einspruchs- und Vetorechte gewährten, wurden abgeschafft. Die angeworbenen Arbeitsmigrant/innen erhalten zunächst eine befristete Aufenthaltserlaubnis. Nach vier Jahren Beschäftigung in Schweden wird diese in eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis umgewandelt. Das schwedische System des Zugangs zum Arbeitsmarkt unterscheidet sich dahingehend von Deutschland und Großbritannien, dass es nicht zwischen qualifizierten und unqualifizierten Migrant/innen unterscheidet. Dadurch ist das schwedische Modell der Arbeitsmigration OECD-weit eines der liberalsten (vgl. Sainsbury 2012, 93). Auch Migrant/innen mit befristeten Aufenthaltsgenehmigungen (z.B. Asylbewerber/innen) erhalten eine Arbeitserlaubnis (vgl. Sainsbury 2006, 239).

Die schwedische Integrations- bzw. Inkorporationspolitik wird von *Castles* und *Miller* (2009, 249) sowie von *Williams* (1995, 145) als multikulturell und von *Sainsbury* (2012, 84ff.) als inklusiv bezeichnet. Hier dominiert das Prinzip des Wohnsitzes bzw. das Residenzprinzip, das *ius domicilis,* v.a. in Bezug auf die Gewährung von politischen und sozialen Rechten; lediglich im Hinblick auf die Gewährung der Staatsangehörigkeit gilt das Prinzip der Abstammung, das *ius*

sanguinis. Das inklusive Moment des schwedischen Migrationsregimes zeigt sich weiter in einem einfachen Aufenthaltsgenehmigungssystem, in liberalen Einbürgerungsbedingungen, in großzügigen Regelungen für den Familiennachzug sowie in sozialen, kulturellen und politischen Rechten für Migrant/innen. Der schwedische Ansatz der Integration unterscheidet sich damit von anderen europäischen Staaten. Das Ziel besteht darin, Migrant/innen in das sozialdemokratische Modell der Vollbeschäftigungsgesellschaft mit einem starken Wohlfahrtsstaat zu integrieren. Der Erfolg dieses inklusiven Modells zeigt sich darin, dass Schweden seit 1988 hohe Einbürgerungsquoten aufweist (vgl. Castles/Miller 2009, 269f.). Hier gibt es keine Quasi-Staatsbürgerschaft oder andere Zwischenformen auf dem Weg zur Staatsbürgerschaft. Alle schwedischen Staatbürger/innen haben denselben rechtlichen Status und dieselben Rechte und Pflichten (vgl. Bernitz/Bernitz 2006, 518).

Insbesondere in den 1970er Jahren wurden die Rechte der Migrant/innen verbessert, so dass *Sainsbury* (2012, 214) sogar von einem "inclusive turn" spricht. Neben der Einführung des Kommunalwahlrechts bezieht sich dies auf die Stärkung von Minderheitenrechten, die Vereinfachung der Einbürgerung, den leichteren Zugang von Migrant/innen zum Öffentlichen Dienst, die Unterstützung von Migrant/innen-Organisationen sowie die Verbesserung der sozialen Integration durch die Gleichstellung mit schwedischen Staatsbürger/innen in vielen Bereichen (vgl. Sainsbury 2012, 216ff.; Bernitz/Bernitz 2006, 532).

Da das schwedische Wohlfahrtsstaatsregime in vielen Bereichen an den Wohnsitz oder an die Staatsbürgerschaft geknüpft ist, erhalten Migrant/innen mit einem dauerhaften Aufenthaltsstatus nach relativ kurzer Zeit auch Zugang zu Sozialleistungen, wie zum nationalen Gesundheitssystem, zu Kinder- und Wohngeld sowie zu Sozialhilfeleistungen. Der Zugang zu den anderen Sozialleistungen, wie der Absicherung im Alter oder bei Arbeitslosigkeit, ist dagegen an eine Erwerbstätigkeit geknüpft. Nach drei Jahren Erwerbstätigkeit oder nach einem zehnjährigen Aufenthalt in Schweden (mit Wohnsitz dort) besteht der Anspruch auf eine Mindestrente *(garantipension)* (vgl. Sainsbury 2006, 237ff.; Sainsbury 2012, 86; Bernitz/Bernitz 2006, 532).

7.3 Das nationale Regimearrangement in Deutschland

Deutschland[17] steht für einen dezentralen, föderalen Staat, in dem eine hohe Macht(ver)teilung, v.a. zur Gewährleistung politischer Stabilität, institutionalisiert wurde. Das Zentrum des Regierens bildet zum einen der Bundestag, der den/die Bundeskanzler/in wählt und Gesetze verabschiedet, und zum anderen der/die Bundeskanzler/in, der bzw. die den Kopf der Bundesregierung bildet. Aufgrund deren bzw. dessen herausragender Stellung wird die Bundesrepublik häufig als „Kanzlerdemokratie" bezeichnet (Sontheimer u.a. 2007, 306; vgl. auch Abromeit/Stoiber 2006, 130f.; Ismayr 2009, 515ff.; Schmidt 2007, 169). Ein weiteres wichtiges Element des politischen Systems ist die förderale Struktur. Die Bundesländer, die über gewählte Landesparlamente verfügen, besitzen für bestimmte Bereiche die Gesetzgebungskompetenz und wirken im Sinne eines kooperativen Föderalismus über den Bundesrat an der Gesetzgebung auf Bundesebene mit (vgl. Ismayr 2009, 517).

Im politischen System Deutschlands ist die Zahl der Vetospieler hoch. Zu den institutionalisierten Vetospielern zählen der/die Bundeskanzler/in, der bzw. die aufgrund der Richtlinienkompetenz die politischen Entscheidungen maßgeblich beeinflussen kann. Ein weiterer Vetospieler ist der Bundestag als gesetzgebende Institution. Der dritte Vetospieler ist der Bundesrat, der die Möglichkeit besitzt, die Gesetzesvorschläge der Regierung(skoalition) scheitern zu lassen (vgl. Ismayr 2009, 525ff.; Abromeit/Stoiber 2006, 131f.). Einer der wichtigsten Vetospieler in Deutschland ist des Weiteren das Bundesverfassungsgericht, das häufig als 'Hüter der Verfassung' bezeichnet wird und das Gesetze auf ihre Verfassungskonformität hin überprüft. Da im Grundgesetz (fast) keine Plebiszite verankert sind, stellen die Bürger/innen keine Vetospieler dar (vgl. Abromeit/Stoiber 2006, 131f.). Als situative Vetospieler gelten in Deutschland neben den Parteien auch Verbände und große Unternehmen, die oft an der Vorbereitung von Gesetzen mitwirken (vgl. Abromeit/Stoiber 2006, 133ff.).

Das deutsche Parteiensystem ist in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entlang traditioneller Konfliktlinien entstanden. Es bildete sich ein multipolares Fünfparteien-System heraus, das stark polarisiert war, v.a. in Bezug auf die rechten Parteien. In der Bundesrepublik konnten einige Parteien an ihre Traditionen vor dem Nationalsozialismus wieder anknüpfen. Dazu zählten die SPD und

17 Für die Zeit vor 1990 wird auf Westdeutschland Bezug genommen, für die Zeit nach 1990 steht die Entwicklung in Gesamtdeutschland im Zentrum. Wenn deutliche Differenzen zwischen West- und Ostdeutschland erkennbar sind, wird zwischen den beiden Landesteilen unterschieden.

die Liberalen. Neu gegründet wurde die CDU/CSU, mit deren Hilfe es gelang, die Konfessionsspaltung der Parteien zu überwinden und kleine bürgerliche Parteien zu integrieren. In den 1980er Jahren bildete sich mit den Grünen eine neue Partei heraus, der es gelang, sich langfristig im deutschen Parteiensystem zu etablieren (vgl. Abromeit/Stoiber 2006, 185ff.). Die Deutsche Einheit veränderte das Parteiensystem noch einmal. Zum einen schlossen sich nach der Wende die Grünen mit der DDR-Bürgerbewegung zu „Bündnis 90/Die Grünen" zusammen. Zum anderen etablierte sich nach 1989 die Nachfolgepartei der SED, die PDS, die sich 2007 mit der westdeutschen „Wahlalternative soziale Gerechtigkeit" (WASG) zur Partei „Die Linke" zusammenschloss. Nach *Sartori* (2005, 158f.; vgl. auch Abromeit/Stoiber 2006, 186) lässt sich das deutsche Parteiensystem als moderater Pluralismus bezeichnen, nach *Manfred G. Schmidt* (2007, 97) liegt es mit seinen zwei großen und drei kleinen Parteien „[...] in der Mitte zwischen einem Viel- und einem Zweiparteiensystem".

Der Gesetzgebungsprozess in Deutschland ähnelt den beiden anderen Ländern. Über das Recht, Gesetzentwürfe in den Bundestag einzubringen, verfügen u.a. die Bundesregierung, die Fraktionen und der Bundesrat. Bevor ein Gesetz in den Bundestag eingebracht wird, fertigt das zuständige Ministerium meist einen Referentenentwurf an, der dann zur Information und Abstimmung anderen Ministerien, den Fraktionen, wichtigen Verbänden, den Länderministerien, den kommunalen Spitzenverbänden und dem Bundeskanzleramt vorgelegt werden. Nach einem Beschluss im Kabinett und/oder im Koalitionsausschuss wird der Gesetzentwurf in den Bundestag eingebracht. Dort wird er nach der ersten Lesung (mit Debatte bei wichtigen Gesetzen) an einen federführenden Ausschuss überwiesen (vgl. Ismayr 2009, 531, 2008, 390ff.). In den Ausschusssitzungen erhalten Verbände, Expert/innen sowie die Parteien die Möglichkeit, Einfluss auf den Gesetzentwurf zu nehmen. Nach der Beschlussempfehlung des Ausschusses wird der Gesetzentwurf mit den Änderungsanträgen in der zweiten und dritten Lesung im Bundestag behandelt. Im Anschluss an die dritte Lesung erfolgt die Abstimmung. Handelt es sich um ein zustimmungspflichtiges Gesetz, muss der Bundesrat dem Gesetz zustimmen. Wird der Gesetzentwurf vom Bundesrat abgelehnt, wird der Vermittlungsausschuss angerufen. Dieser besteht aus Mitgliedern des Bundestags und des Bundesrats. Er sucht Kompromisse und formuliert Gesetzesänderungsvorschläge, die dann erneut von beiden Gremien angenommen werden müssen, bevor ein zustimmungspflichtiges Gesetz in Kraft treten kann. Findet der Vermittlungsausschuss keinen Kompromiss, ist das Gesetz gescheitert (vgl. Ismayr 2009, 534f.; Ismayr 2008, 400ff.; Schmidt 2007, 203ff.).

Deutschland zählt nach *Esping-Andersen* zu den konservativ-korporatistischen Wohlfahrtsstaaten. Hier waren die konservativen Akteure bereits an der Entstehung des Wohlfahrtsstaates maßgeblich beteiligt. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden die Mittelschichten in Westdeutschland zwar eingebunden, aber auf der Basis eines stark selektierenden Sozialversicherungssystems mit unterschiedlichen berufsständischen Zweigen (vgl. Esping-Andersen 1990, 31f.) Der konservativ-korporatistische Wohlfahrtsstaat umfasst stark subsidiäre Elemente, wie den Vorrang der Selbstsorge und weitreichende Unterhaltsverpflichtungen, und ein soziales Sicherungssystem, das im Kern auf verschiedenen Sozialversicherungen basiert. Der Grad der De-Kommodizifierung liegt höher als in liberalen Wohlfahrtsstaaten, aber niedriger als in sozialdemokratischen Wohlfahrtstaaten. Demgegenüber ist der Grad der Stratifizierung sehr hoch, was sich mit dem nach Berufsgruppen fragmentierten sozialen Sicherungssystem und einer starken Ausrichtung am Äquivalenzprinzip ausdrückt. Gegenüber den staatlichen Sozialversicherungen spielen marktliche und betriebliche Absicherungsformen nur eine untergeordnete Rolle. In diesem Wohlfahrtsstaatsregime ist der Einfluss der Kirche deutlich erkennbar, beispielsweise in Form der Aufrechterhaltung traditioneller Familienformen, was man am geringen Ausbau sozialer Dienste für Kinder und Pflegebedürftige, v.a. in Westdeutschland, erkennen kann (vgl. Esping-Andersen 1990, 26ff.). Wie bei *Esping-Andersen* zählt Deutschland auch bei *Castles* und *Mitchell* (1993, 119) zu den konservativen Wohlfahrtsstaaten, die sich durch hohe Sozialleistungen, aber einer geringen sozialtransferbezogenen und steuerlichen Umverteilungswirkung auszeichnen. In ähnlicher Weise erläutert *Bonoli* (1997, 359ff.), dass (West-)Deutschland zu den klassischen *Bismarck*-Ländern mit erwerbsarbeitszentrierten Sozialversicherungen gehört. Im Gegensatz zu den südeuropäischen Ländern ist der Anteil der Sozialausgaben am BIP hier hoch, wobei der Abstand zu Schweden beträchtlich größer ist als der zu Großbritannien.

Das auf *Bismarck* zurückgehende umfangreiche Sozialversicherungssystem besteht heute aus fünf Sozialversicherungen (Renten-, Unfall-, Kranken-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung), die 1990 auch auf die neuen Bundesländer übertragen wurden, und es ist nach wie vor eng mit dem Arbeitsmarkt und mit Erwerbsarbeit verbunden. Dies zeigt sich v.a. an dem starken Äquivalenzprinzip, wonach sich die Beiträge und die Sozialleistungen nach der Höhe des Erwerbseinkommens und der Dauer der Erwerbstätigkeit richten. Auf diese Weise garantiert der konservative deutsche Wohlfahrtsstaat die Sicherung des Lebensstandards bei Krankheit, Arbeitslosigkeit und im Alter. Die Absicherung im Alter erfolgt über die umlagefinanzierte Rentenversicherung, wobei das Prinzip der Lebensstandardsicherung gilt. Daneben existieren freiwillige

betriebliche und private Rentenversicherungen sowie eine steuerfinanzierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Die Arbeitslosenversicherung basiert auf dem einkommensbezogenen Arbeitslosengeld I, das ca. ein Jahr lang bezogen werden kann. Danach greift das bedürftigkeitsorientierte und steuerfinanzierte Arbeitslosengeld II, das alle erwerbsfähigen Erwachsenen erhalten und das mittlerweile die Sozialhilfe in ihrer Bedeutung als unterstes soziales Auffangbecken abgelöst hat. Die Arbeitsmarktpolitik erfolgt seit den 2000er Jahren auf der Basis des Leitbildes der Aktivierung. Anders als in den beiden anderen Ländern ist die Gesundheitsversorgung in Deutschland (inklusive der Pflege) auf der Basis einer Sozialversicherung geregelt. Besserverdienende, Beamte und Beamtinnen sowie Selbständige haben die Möglichkeit, eine private Kranken- und Pflegeversicherung abzuschließen (vgl. Schmid 2010, 129ff.). Mit dem Sozialversicherungssystem werden arbeitsmarktbezogene Schicht- und Geschlechtsspezifika wohlfahrtsstaatlich reproduziert. Das – mittlerweile etwas abgeschwächte – Prinzip der Lebensstandardsicherung wirkt also, zusammen mit der sozialstaatlichen Trennung der abhängig Beschäftigten von den Beamten und Beamtinnen sowie den Selbständigen, als Element der gesellschaftlichen Stratifizierung. Die Absicherung von nicht-erwerbstätigen Familienmitgliedern erfolgt abgeleitet durch die kostenlose Mitversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie durch die Hinterbliebenenversorgung. Zudem existiert in Deutschland ein ausgeprägter Dritter Sektor, der von frei-gemeinnützigen Wohlfahrtsverbänden dominiert wird.

Zusammenfassend lässt sich der deutsche Wohlfahrtsstaat auch heute noch dem christdemokratischen oder konservativ-korporatistischen Wohlfahrtsstaatsregime zuordnen, auch wenn seit Ende der 1980er Jahre weitreichende Liberalisierungen und Kürzungen durchgeführt wurden (vgl. Borchert 1998, 166f.). Wie in den anderen beiden Ländern wurden auch in Deutschland wohlfahrtsstaatliche Leistungen gekürzt, der Zugang zu den Leistungen eingeschränkt, Eigenbeteiligungen verstärkt und das Äquivalenzprinzip gestärkt. Allerdings wurden auch neue Leistungen eingeführt. *Schmid* (2010, 130) spricht daher von einer „ambivalente[n] Mischung aus finanzieller Konsolidierung und Ausweitungen in der Sozial- und Familienpolitik". *Lessenich* (2003, 291) bezeichnet diese Art des Wandels treffend als „dynamische[n] Immobilismus" mit einer Kontinuität der Sozialversicherungstradition, aber deutlichen Veränderungen innerhalb dieser Strukturen.

Das Beschäftigungsregime Deutschlands gilt nach *Gallie* (2007, 32) als dualistisch. Die Stärke der Gewerkschaften ist moderat und zeigt sich insbesondere im

Schutz der Kernbelegschaften. Demgegenüber erhalten die Randbelegschaften bzw. die benachteiligten Arbeitsmarktgruppen eine geringere Unterstützung.

Der Einstieg in das Normalarbeitsverhältnis ist geprägt durch duale Berufsausbildungen mit einem hohen betrieblichen und einem kleineren schulischen Anteil (vgl. Lehndorff u.a. 2009, 22). Demgegenüber ist der Grad der beruflichen Weiterbildung im deutschen Ausbildungs- und Qualifizierungssystem eher niedrig (vgl. Gallie 2007, 21ff.; Wood 2001b, 386).

Der Schutz von Beschäftigungsverhältnissen und bei Arbeitslosigkeit ist in Deutschland relativ gut ausgebaut und das Normalarbeitsverhältnis ist in hohem Maße sozial- und arbeitsrechtlich reguliert. In den 1980er und 1990er Jahren wurden allerdings zahlreiche atypische Beschäftigungsverhältnisse gefördert. Angefangen vom Beschäftigungsförderungsgesetz unter Kanzler *Kohl* bis hin zur Agenda 2010 unter Kanzler *Schröder* wurden befristete Beschäftigungsverhältnisse und Leiharbeit erleichtert, Teilzeit und Mini-Jobs liberalisiert und gefördert sowie das Eingehen einer Selbständigkeit propagiert und protegiert (vgl. zu den 1980er und 1990er Jahren Wood 2001b, 388, 2001a, 266ff.). *Lehndorff* u.a. (2009, 40) konstatieren ein „Ausfransen der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen nach unten", das zum Anwachsen eines Niedriglohnsektors beigetragen hat. Als die Arbeitslosigkeit in den 1980er Jahren anstieg, reagierten die christdemokratischen Wohlfahrtsstaaten, zu denen auch Deutschland zählt, mit der Reduzierung des Arbeitsangebots, v.a. in Form von Frühverrentung und Vorruhestand (vgl. Wood 2001b, 386), was sich negativ auf die männliche Erwerbsquote auswirkte, während die (niedrige) Frauenerwerbsquote anstieg (vgl. Huber/Stephens 2001, 126ff.).

Prägend für die deutschen Arbeitsbeziehungen ist die grundgesetzlich garantierte Tarifautonomie. Danach obliegt das Recht zur Aushandlung von Löhnen und Arbeitsbedingungen den Tarifvertragsparteien, also den Gewerkschaften und den Arbeitgeberverbänden, und zwar im Wesentlichen ohne staatliche Einmischung. Die gewerkschaftliche Organisation erfolgt im Branchenkontext (Industrie- oder Branchengewerkschaften). Die Aushandlungen finden meist regional auf Branchenebene statt (Flächentarifverträge), zum Teil aber auch im betrieblichen Rahmen (Firmentarifverträge und Betriebsvereinbarungen auf der Basis von Tarifverträgen). "This bargaining model has delivered high but stable wages, and high employment security for company employees." (Wood 2001b, 386; vgl. auch Schroeder/Weinert 2004, 271f.; Thelen 2001, 82ff.; Lehndorff u.a. 2009, 22ff.)

Der gewerkschaftliche Zentralisationsgrad liegt nach *Gallie* (2007, 25) in Deutschland im mittleren Bereich, was bedeutet, dass der Grad der Fragmentie-

rung moderat und die Möglichkeiten der politischen Einflussnahme im Mittelfeld liegen. Der gewerkschaftliche Organisationsgrad ist mit 22% im Jahr 2003 noch niedriger als in Großbritannien (vgl. Ebbinghaus/Kittel 2006, 230). "The picture that emerges for Germany is rather one of a segmented workforce, in which employees in medium or smaller firms have relatively weak representation in the workplace through either unions or works councils." (Gallie 2007, 27)

Trotz dieser Tatsache war der Deckungsgrad flächentarifvertraglicher Regelungen bis in die 1990er Jahre mit über 70% in Westdeutschland sehr hoch, in Ostdeutschland dagegen deutlich niedriger (vgl. Wood 2001b, 389). Ursache des hohen westdeutschen Deckungsgrades ist die Tatsache, dass Unternehmen Tariflöhne auch an Nicht-Gewerkschaftsmitglieder zahlen (vgl. Ebbinghaus/Kittel 2006, 230f.), Ursache des niedrigen Deckungsgrades in Ostdeutschlands ist das Scheitern der Übertragung des Tarifvertragssystems auf Ostdeutschland (vgl. Lehndorff u.a. 2009, 27f.). Viele Unternehmen, gerade in Ostdeutschland, traten den Arbeitgeberverbänden nicht mehr bei, was die Bedeutung des Flächentarifvertragssystems schmälerte (vgl. Schroeder/Weinert 2004, 280f., 286f.; Thelen 2001, 83). Infolge des Rückgangs der Tarifbindung und des geringeren gewerkschaftlichen Organisationsgrades setzte sich immer mehr eine De-Zentralisierung der Aushandlung von Löhnen und Arbeitsbedingungen durch, v.a. durch Öffnungsklauseln oder Korridorregelungen in Tarifverträgen. Die Verhandlungen wurden vielfach auf die Betriebsebene verlagert, wo den Arbeitgebern schwächere Betriebsräte gegenüberstanden, die nicht über das Streikrecht verfügen (vgl. Wood 2001b, 390; Thelen 2001, 83f.; Lehndorff u.a. 2009, 33ff.). „Ein zentrales Merkmal ist, dass die außerordentliche Konzentration auf den Flächentarifvertrag an Bedeutung verliert, ohne als Referenzgröße überflüssig zu werden, dass aber parallel dazu neue, dezentrale betriebliche sowie zentrale Regelungen an Bedeutung gewinnen." (Schroeder/Weinert 2004, 286)

Damit haben sich die Arbeitsbeziehungen in Schweden und Deutschland im Laufe der 1990er Jahre deutlich angenähert (vgl. Thelen 2001, 91). Ein Unterschied besteht allerdings noch darin, dass der gewerkschaftliche Organisationsgrad in Schweden deutlich höher ist als in Deutschland.

Das (west-)deutsche Geschlechterregime zählt nach der *Male Breadwinner*-Typologie zu den starken Ernährermodellen. In diesem Modell wird eine geschlechtliche Arbeitsteilung praktiziert, wonach der Ehemann der Allein- oder zumindest der Hauptverdiener der Familie ist, während die Ehefrau die familiäre Sorgearbeit erledigt und über den Ehemann sozial abgesichert ist (Familienversicherung). Zudem unterstützt das Ehegattensplitting im Steuerrecht diese Art

der Arbeitsteilung. Hier ist der Steuervorteil dann am größten, wenn eine Person Vollzeit erwerbstätig ist, während die andere Person auf niedriger Stundenbasis oder gar nicht erwerbstätig ist. Aufgrund dieser Regulierungen wird die Nicht- oder Teilzeiterwerbstätigkeit von Frauen gefördert. Dementsprechend war die Frauenerwerbsquote in Westdeutschland lange Zeit niedrig. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wurde – anders als in Schweden – nicht durch ein simultanes Modell, sondern sequenziell gefördert. Frauen können drei Jahre Elternzeit nehmen, erhielten dafür aber bis 2007 keine Lohnersatzleistung, sondern das stark bedürftigkeitsorientierte Erziehungsgeld. Der Erziehungsurlaub wurde rentenrechtlich anerkannt und nach Ende des Erziehungsurlaubs konnten Wiedereingliederungsmaßnahmen in Anspruch genommen werden. Im westdeutschen, starken *Male Breadwinner Model* war die Ausstattung mit sozialen Diensten lange Zeit eher niedrig, so dass man die deutsche Familienförderung insgesamt als stark transferlastig und wenig service-orientiert bezeichnen kann (vgl. Langan/Ostner 1991, 310f.; Lewis/Ostner 1994, 20ff.). *Pfau-Effinger* (2000, 111ff.) setzt sich mit der Veränderung des deutschen Geschlechterarrangements auseinander und beschreibt die Entwicklung als Wandel vom Hausfrauenmodell der Versorgerehe zum Vereinbarkeitsmodell der Versorgerehe bzw. zum modernisierten Versorgermodell. In den 1950er Jahren dominierte in Westdeutschland das kulturelle Leitbild der Hausfrauenehe, auch wenn dieses in der sozialen Praxis mehrheitlich nicht gelebt wurde, d.h., Umfragen zufolge strebten junge Frauen zwar ein familienorientiertes Leben an, aber faktisch gingen viele verheiratete Frauen einer Erwerbstätigkeit nach: im landwirtschaftlichen Bereich, als mithelfende Familienangehörige, als Fabrikarbeiterinnen oder (seltener) als berufsorientierte Frauen. Der Wandel in den 1960er und 1970er Jahren vollzog sich in Form von Teilzeitarbeit, die es Frauen ermöglichte, Kindererziehung und Erwerbstätigkeit im Anschluss an eine erziehungsbedingte Erwerbsunterbrechung zu verknüpfen. Nur in der Phase der aktiven Elternschaft, wenn das Kind noch klein ist, wurde eine Erwerbsunterbrechung im Sinne des 'Kindeswohls' in den 1990er Jahren für notwendig erachtet (‚Idee der privaten Kindheit'). Dies entsprach dem neuen geschlechterkulturellen Leitbild, das v.a. von Frauen und Aktivistinnen der Frauenbewegung vorangetrieben wurde, während die korporativen und wohlfahrtsstaatlichen Akteure eher Beharrungstendenzen aufwiesen und längerfristige Erwerbsunterbrechungen von Müttern befürworteten (Ehegattensplitting, abgeleitete soziale Sicherung, Mangel an Kinderbetreuungsplätzen). Zum geschlechterkulturellen Wandel haben auch die Bildungsexpansion, der neu entstandene Dienstleistungssektor und die neuen Methoden der Empfängnisverhütung (die 'Pille') beigetragen. Institutionell zeigt sich die kulturelle Verände-

rung daran, dass das Ehe- und Familienrecht in den 1970er Jahren reformiert, die Anrechnung von Kindererziehungszeiten im Rentenrecht verbessert und in den 1980er Jahren der Erziehungsurlaub und das Erziehungsgeld eingeführt wurden. Dadurch wurde aus dem Alleinernährer ein Haupternährer und aus der Hausfrau eine Teilzeitsorgearbeiterin und Zuverdienerin, die meist kurze Teilzeit arbeitete.

Heute zeichnet sich das deutsche Geschlechterregime durch eine moderate Arbeitsmarktintegration von Frauen, eine hohe Teilzeitquote mit einem hohen Anteil kurzer Teilzeitarbeit (Mini-Jobs) sowie der bereits erwähnten abgeleiteten sozialen Absicherung aus. Es besteht ein Trend in Richtung Zweiverdiener-Modell, der durch den Ausbau der Kinderbetreuungseinrichtungen, die neue Elterngeldregelung sowie die Reform des Unterhaltsrechts vorangetrieben wurde. In der Tendenz sollen Frauen ihre Erwerbstätigkeit möglichst kurz unterbrechen, Elternzeit mit dem Partner teilen und eine eigenständige Existenzsicherung betreiben.

Während in den 1990er Jahren, also zu dem Zeitpunkt, als die Pflegereformen durchgeführt wurden, noch deutliche Unterschiede in den Geschlechterregimen der drei Länder erkennbar waren, zeichnet sich seit der Jahrtausendwende ein Wandel in Großbritannien und Deutschland in Richtung Zweiverdiener-Modell ab, also eine Annäherung an das schwedische Geschlechtermodell.

Nach *Anttonen* und *Sipilä* (1996, 96) ist Deutschlands in Bezug auf das *Care*-Regime ein typischer Repräsentant des Subsidiaritätsmodells. Hier liegt die Hauptverantwortung für Sorge- und Pflegearbeit bei der Familie. Die Autor/innen erkennen allerdings deutliche Unterschiede zwischen Kinderbetreuung und Altenpflege. Während das Ausmaß des Ausbaus der öffentlich finanzierten sozialen Dienste für Ältere eher auf mittlerem Niveau angesiedelt ist, gibt es in Westdeutschland in den 1980er Jahren kaum öffentliche Betreuungseinrichtungen für Kinder unter drei Jahren. Die Betreuungsquote der Drei- bis Fünfjährigen liegt in diesem Zeitraum im moderaten Bereich. Soziale Dienste für Ältere werden v.a. von Wohlfahrtsverbänden angeboten, die zum Teil religiösen Ursprungs sind. Der Anteil der über 65-Jährigen, die in Heimen versorgt werden, ist vergleichsweise hoch, wohingegen der Anteil der über 65-Jährigen, die Hilfen durch ambulante Pflegedienste erhalten, sehr niedrig ist. Die Quote wird nur noch von den südeuropäischen Ländern unterschritten. (West-)Deutschland zählt daher zur Gruppe der Länder, die eher spärlich mit sozialen Diensten, bezogen auf Kleinkinderbetreuung und Altenpflege, ausgestattet sind (vgl. Anttonen/Sipilä 1996, 92f.). *Bettio* und *Plantenga* (2004, 101) ordnen Deutschland (zusammen mit Österreich) in das *Cluster* der öffentlich unterstützten privaten Sorgearbeit ein. In diesem *Cluster* spielt die informelle, privat organisierte Sorgearbeit eine

wichtige Rolle, wird aber durch staatliche Leistungen und – allerdings auf eher niedrigem Niveau – durch soziale Dienste und Einrichtungen unterstützt. Im Bereich der unter Dreijährigen liegt die Betreuungsquote im Jahr 2000 bei 10%, bei den über Dreijährigen immerhin bei knapp 80% (vgl. Bettio/Plantenga 2004, 94). Rein rechnerisch stehen für 100 über 65-Jährige 5,5 Plätze in Heimen und lediglich 0,7 Altenpfleger/innen in ambulanten Pflegediensten zur Verfügung (vgl. Bettio/Plantenga 2004, 98). Laut *Esping-Andersen* (1999, 61ff.) zählt Deutschland zu den familialistischen konservativen Wohlfahrtsstaaten. Die Ausgaben für familienorientierte soziale Dienste sind niedrig und bewegen sich ungefähr auf dem Niveau Großbritanniens. Die öffentliche Betreuungsquote für unter Dreijährige ist ebenso niedrig wie der Anteil der über 65-Jährigen, die soziale Dienste in Anspruch nehmen. *Esping-Andersen* (1999, 65) betont v.a. die familialistische Wirkung des deutschen Unterhaltsrechts, das Familien Verpflichtungen und Lasten auferlegt, und des Steuersystems, das weibliche Erwerbstätigkeit bzw. das Zweiverdiener-Modell 'bestraft'. Bei *Leitner* (2003) gilt Deutschland bezogen auf Sorgearbeit als Land mit einem expliziten Familismus. Sorgearbeit gegenüber Kindern wird wohlfahrtsstaatlich unterstützt, aber Ende der 1990er Jahre stehen nur für wenige unter Dreijährige öffentliche oder private Betreuungsplätze zur Verfügung (vgl. Leitner 2003, 361). Da die Kinderbetreuungseinrichtungen für unter Dreijährige in Deutschland seit 2005 massiv ausgebaut werden, gehört Deutschland nach *Leitners* Definition bezüglich der Kinderbetreuung mittlerweile zu den Ländern mit einem optionalen Familialismus. Zu diesem Wandel hat auch die Ersetzung des stark pauschalierten und zu großen Teilen bedürftigkeitsgeprüften zweijährigen Erziehungsgeldes durch das 2007 neu eingeführte Elterngeld beigetragen (vgl. Leitner 2013, 196, 2010, 229ff.).[18] In Bezug auf die Altenpflege gehört Deutschland nach *Leitner* (2003, 364f.; 2013, 193f.) zu den Ländern mit einem expliziten Familismus. Pflegebedürftige erhalten ein Pflegegeld, das sie an die Pflegeperson(en) weiterleiten soll(en). Die Ausstattung mit sozialen Diensten ist allerdings eher gering (vgl. Leitner 2013, 125).

18 Das Elterngeld wird ein Jahr lang gewährt und kann um zwei Monate verlängert werden, wenn der andere Elternteil Elternzeit nimmt (sog. Partnermonate). Die Elternzeit beträgt weiterhin drei Jahre, die von beiden Elternteilen (auch gleichzeitig) genommen werden kann, wobei eben nur im ersten Jahr eine finanzielle Leistung (das Elterngeld) gewährt wird. Das Elterngeld beträgt 65%–67% des vorherigen Nettoeinkommens. Es wird ein Mindestelterngeld von 300 Euro gezahlt und die Leistung ist bei 1.800 Euro gedeckelt (vgl. Leitner 2013, 113f.). Mittlerweile besteht die Möglichkeit, das Elterngeld in Kombination mit Teilzeitarbeit über einen längeren Zeitraum zu strecken (Elterngeld Plus).

Zusammenfassend lässt sich zum deutschen *Care*-Regime sagen, dass es sich durch eine starke Familienorientierung verbunden mit dem Grundsatz der Subsidiarität auszeichnet. Allerdings werden seit den 1990er Jahren die sozialen Dienste im Bereich der Altenpflege und seit den 2000er Jahren die Betreuungseinrichtungen für unter Dreijährige massiv ausgebaut. Des Weiteren werden Familien finanziell unterstützt, wenn Kinder betreut oder Pflegebedürftige häuslich gepflegt werden.

Das deutsche Migrationsregime ist generell geprägt von der unterschiedlichen Behandlung verschiedener Zuwanderungsgruppen. Die deutsche Zuwanderungspolitik nach dem Zweiten Weltkrieg ist zunächst durch die Integration vieler Flüchtlingsgruppen gekennzeichnet. Auch wenn die Zuwanderung der bevorzugt behandelten Aussiedler/innen anhielt, konnte der Arbeitskräftebedarf infolge des wirtschaftlichen Aufschwungs in den 1950er Jahren nicht gedeckt werden, und die Politik der Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte, der sog. 'Gastarbeiter', begann. Aufgrund dessen wird die deutsche Zuwanderungspolitik von *Castles* und *Miller* (2009, 250f.) und von *Williams* (1995, 145) dem Gastarbeitermodell zugeordnet. Im Jahr 1973 wurde aufgrund der wirtschaftlichen Rezession ein Anwerbestopp beschlossen, so dass die Migration in den Folgejahren v.a. im Nachzug von Familienmitgliedern bestand. Seit den 1980er Jahren stieg dann – wie in Großbritannien und Schweden auch – die Zahl der Asylsuchenden an. Anfang der 1990er Jahre wurde das Asylrecht verschärft und Kontingente für (Spät-) Aussiedler/innen eingeführt, um die Zuwanderung zu drosseln (vgl. Hailbronner 2006, 216; Schneider 2005). Seit der Jahrtausendwende findet erneut ein Wandel in der Zuwanderungspolitik statt. Aufgrund des demographischen Wandels wird die gesteuerte Zuwanderung höher Qualifizierter gefördert (vgl. Birsl u.a. 2003, 53ff.). Zu dieser Art der auf Qualifizierte ausgerichteten Zuwanderungspolitik zählt auch, dass Deutschland die Freizügigkeit den Menschen aus den neuen EU-Beitrittsländern bis 2011 verwehrt hat.

Im Jahr 2005 wurde unter rot-grüner Regierung das Zuwanderungsgesetz eingeführt, mit dem die Zuwanderung nach Deutschland erstmals gesteuert und begrenzt werden sollte. Es umfasst auch ein neues Aufenthaltsgesetz, wonach es nur noch zwei Aufenthaltstitel gibt: die befristete Aufenthaltserlaubnis (z.B. für Asylbewerber/innen) und die unbefristete Niederlassungserlaubnis (z.B. für Hochqualifizierte) (vgl. Schneider 2007; Sainsbury 2012, 64f.).

Das deutsche Staatsbürgerschaftsrecht, das von *Castles* und *Miller* (2009, 44f.) sowie von *Williams* (1995, 145) bis zum Jahr 2000 als völkisch bzw. ethnisch bezeichnet wird, basiert in erster Linie auf dem Prinzip der Abstammung. Da

sich Deutschland lange Zeit nicht als Einwanderungsland sah, wurde auch keine bewusste Integrationspolitik betrieben. Lediglich die Integration der Aussiedler/innen wurde aktiv gefördert. Erst im Rahmen des Zuwanderungsgesetzes aus dem Jahr 2005 wurden Integrationskurse, v.a. Sprachkurse, für Migrant/innen verpflichtend eingeführt (vgl. Özkan 2007).

Ein wichtiger Bestandteil der sozialen Integration ist auch der Zugang zum Arbeitsmarkt. Nach dem Freizügigkeitsgesetz benötigen Personen aus EU-Ländern keine gesonderte Arbeitserlaubnis, für sie gilt die Arbeitnehmerfreizügigkeit. Migrant/innen aus Drittstaaten haben einen nachrangigen Arbeitsmarktzugang, d.h., es wird eine Arbeitsmarktprüfung vorgenommen. Migrant/innen dürfen generell erst dann eine Beschäftigung antreten, wenn über die Arbeitsagentur geprüft wurde, dass kein deutscher Arbeitsuchender für die Stelle geeignet ist (Vorrangprinzip). Asylbewerber/innen und geduldete Ausländer/innen dürfen im ersten Jahr keiner Erwerbstätigkeit nachgehen und erhalten danach einen nachrangigen Arbeitsmarktzugang (vgl. Schneider 2007; Sainsbury 2012, 57). Lediglich hochqualifizierte ausländische Beschäftigte erhalten sofort eine Arbeitserlaubnis und damit generell den Zugang zu Sozialversicherungsleistungen (vgl. Schneider 2007).

Auch im deutschen Sozialrecht wird zwischen verschiedenen Gruppen von Migrant/innen und zwischen unterschiedlichen Herkunftsregionen unterschieden. Asylbewerber/innen aus Drittstaaten weisen den schlechtesten Zugang zum Arbeitsmarkt und damit zu Sozialleistungen auf, qualifizierte Arbeitsmigrant/innen aus Ländern der EU sind im Wesentlichen mit deutschen Staatsangehörigen gleichgestellt. Aufgrund der starken Erwerbsorientierung des deutschen Wohlfahrtsstaates sind die sozialen Rechte von Migrant/innen an Erwerbstätigkeit geknüpft. Wer über eine Arbeitserlaubnis verfügt und ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis ausübt, wird verpflichtend in das Sozialversicherungssystem integriert (vgl. Sainsbury 2006, 235; vgl. auch Sainsbury 2012, 58). Hier sollte allerdings erwähnt werden, dass es auch ohne Erwerbstätigkeit und mit befristetem Aufenthaltsstatus möglich ist, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Dies gilt allerdings nicht für irregulär in Deutschland lebende Migrant/innen (vgl. Birsl u.a. 2003, 120; Scheiwe 2010, 128). Migrant/innen, die keinen Zugang zum Arbeitsmarkt erhalten und/oder von Sozialleistungen (v.a. Arbeitslosengeld II und Sozialhilfe) leben, verringern ihre Chancen auf Erlangung der deutschen Staatsbürgerschaft (vgl. Sainsbury 2012, 57).

Aufgrund der unterschiedlichen Behandlung verschiedener Migrant/innen-Gruppen im Hinblick auf die staatsbürgerschaftlichen Rechte bezeichnen *Castles* und *Miller* (2009, 247) den deutschen Modus der Inkorporation als selektiv.

Teil C

Wandel der Regulierung von Pflegearbeit in Großbritannien, Schweden und Deutschland

8. Die Regulierung von Pflegearbeit in Großbritannien

8.1 Pflege(arbeit) vor dem *NHS and Community Care Act*: von der langsamen Expansion zu den ersten Sparmaßnahmen in der *Community Care*

In Großbritannien wurden Pflegebedürftige bis in die 1970er Jahre im Normalfall familiär versorgt. Bis in die 1940er Jahre gab es überhaupt keine sozialen Dienste, auch nicht für Ältere, die nicht durch Verwandte versorgt werden konnten. Vermögende Familien beschäftigten Hausangestellte, die auch die Pflege übernahmen. Einkommensärmere Pflegebedürftige waren häufig in Krankenhäusern oder in Alten- und Pflegeheimen untergebracht. Bei einem großen Teil dieser Heime handelte es sich um die alten Arbeits- bzw. Armenhäuser *(workhouses)*, in denen die Versorgung mangelhaft war. Der *NHS* übernahm die *Workhouses* zwei Jahre nach seiner Einführung im Jahr 1948. Sie sollten zu 'Hotels für Ältere' umgestaltet werden, doch es änderte sich zunächst nichts an den dortigen Zuständen (vgl. Means/Smith 1998, 16ff.; Means u.a. 2008; Means u.a. 2002, 28ff.; Baldock 2003b, 124). "For at least two decades after 1948, many local authority old people's homes were in fact no more than renamed public assistance institutions or former workhouses." (Baldock 2003b, 125)

Im *National Assistance Act* aus dem Jahr 1948 wurde die Versorgung der Älteren dann nicht dem Gesundheitswesen zugeordnet, sondern den Kommunen überantwortet (vgl. Nolan u.a. 2004, 34). "This was the point at which care services for older people become cut off from the mainstream of the post-war welfare settlement and relegated to a relatively underfunded and lower status, local government backwater." (Baldock 2003b, 126) Aufgrund der schlechten Versorgung auf großen Stationen mit wenig Privatsphäre in den alten *Workhouses* sollten die Kommunen nach dem *National Assistance Act* kleinere kommunale Altenheime errichten, um älteren Menschen bessere Lebensbedingungen zu bieten. Doch aufgrund finanzieller Restriktionen wurde dieses Ziel zunächst nicht erreicht. Dennoch wurde in den folgenden Jahrzehnten ein beträchtlicher Teil des kommunalen Etats in die Renovierung der alten oder den Bau neuer Alten- und Pflegeheime gesteckt. Der *National Assistance Act* ermöglichte auch

erstmals die Schaffung häuslicher Pflegeangebote. Da jedoch keine zusätzlichen Mittel bereitgestellt wurden, blieb die kommunale Altenpflege in erster Linie fokussiert auf stationäre Einrichtungen. Da die Kommunen zunächst keine präventiven Dienste, wie Essen auf Rädern, anbieten durften, bezogen sich die kommunalen sozialen Dienste vorerst auf die haushaltsbezogene Pflege. Die präventiven Aufgaben übernahmen die Wohlfahrtsorganisationen, wie das *National Old People's Welfare Committee (NOPWC,* heute: *Age Concern)*, der *Women's Royal Voluntary Service (WRVS), Crossroads Care* oder das Rote Kreuz. Die Wohlfahrtsorganisationen wurden meist durch einen Zuschuss der Kommunen unterstützt (vgl. Means/Smith 1998, 16ff.; Means u.a. 2002, 28f., 49ff.; Baldwin 1994, 182; Baldock 2003b, 130f.; Rostgaard/Fridberg 1998, 360).

Erst in den 1960er Jahren, als die Schließung der alten *Workhouses* ein wichtiges politisches Ziel wurde – u.a. aufgrund einiger Skandale in Pflegeheimen, durch die die schlechten Lebensbedingungen öffentlichkeitswirksam bekannt wurden – begannen die Kommunen, mehr und mehr soziale Dienste anzubieten. Mit dem *National Assistance (Amendment) Act* aus dem Jahr 1962 wurde es den Kommunen dann auch ermöglicht, präventive soziale Dienste direkt anzubieten. Diese Möglichkeit wurde mit dem *Health Services and Public Health Act* aus dem Jahr 1968 auf häusliche Dienste und sonstige Leistungen für Ältere ausgeweitet.[19] Mit dem *National Health Service Act* aus dem Jahr 1977 wurde die häusliche Pflege dann von einer Ermessensleistung in eine obligatorische Leistung umgewandelt (vgl. Means/Smith 1998, 16ff.; Means u.a. 2002, 28f.; Baldwin 1994, 183).

Doch der Ausbau der ambulanten Pflegedienste ging in Großbritannien bis in die 1970er Jahre hinein nur schleppend voran. Dies hatte vielfältige Gründe. Der erste Grund liegt in der Trennung zwischen medizinischer *NHS*-Versorgung und kommunal bereitgestellten sozialen Diensten, der sog. *"health and social care divide"* (vgl. dazu v.a. Lewis 2001a). Der *NHS* war (und ist) in erster Linie für die medizinische Versorgung von Kranken zuständig, während den Kommunen die Aufgabe der Bereitstellung sozialer Dienste oblag (und obliegt). Diese Art der geteilten Gesundheitsversorgung prägte auch die Organisation der gesundheitlichen und sozialen Dienste in der Altenpflege (vgl. Lewis 2001a, 343f.; Burau u.a. 2007, 70ff.; Baldock 2003b, 114). Während der *NHS* die Verantwortung für die Krankenhausbehandlung, die ambulante medizinische Versorgung und

19 Das Inkrafttreten des *Health Services and Public Health Act* wurde bis 1971 hinausgezögert, da zu diesem Zeitpunkt die *Social Services Departments (SSD)* eingeführt wurden.

die häusliche Krankenpflege von Älteren und Pflegebedürftigen trug, waren die Kommunen für die Alten- und Pflegeheime, die sozialen Dienste und die Tagespflege von Älteren und Behinderten zuständig (vgl. Glendinning 1998, 11; Lewis 2001a, 344). In Bezug auf die Verantwortlichkeiten für ältere Menschen wurde differenziert zwischen denjenigen, die kontinuierliche medizinische und krankenpflegerische Versorgung bedurften und vom *NHS* versorgt wurden, und denjenigen, die kontinuierliche Pflege und Betreuung benötigten. Diese fielen in den Verantwortungsbereich der Kommunen. Problematisch war die – größer werdende – intermediäre Gruppe derjenigen, die zwar kontinuierliche Krankenpflege, aber keine kontinuierliche medizinische Versorgung benötigte oder die beides zwar regelmäßig, aber nicht ständig brauchte. Für diese Gruppe pflegebedürftiger Menschen fühlte sich weder der *NHS* noch die Kommunen zuständig (vgl. Lewis 2001a, 345f.). Durch derartige Streitigkeiten um Verantwortlichkeiten stockte der Ausbau der häuslichen Pflegedienste der Kommunen und das Problem des sog. *'Bed-blocking'* verschärfte sich seit den 1960er Jahren: Viele ältere Menschen, die eigentlich bereit waren, aus den Krankenhäusern entlassen zu werden, blockierten Betten in den Akutbereichen der Krankenhäuser. Die kommunalen Behörden handelten aufgrund finanzieller Zwänge nicht, stellten keine sozialen Dienste oder Heimplätze zur Verfügung und beschwerten sich stattdessen darüber, dass sie immer häufiger für Ältere mit einem hohen Grad an Gebrechlichkeit (und damit krankenpflegerischem Bedarf) zuständig sein sollten (vgl. Baldock 2003b, 114; Lewis 2001a, 344ff.).

Der zweite Grund für den stockenden Ausbau der sozialen Dienste waren die Befürchtungen der Kommunen, dass die familiäre häusliche Pflege durch soziale Dienste beeinträchtigt würde. Daher beschränkten die Kommunen die häuslichen Dienste zunächst auf bedürftige Ältere, die keine pflegenden Angehörigen hatten (vgl. Finch/Groves 1985, 232). Erst in den 1970er Jahren wurde die Bedeutung sozialer Dienste für die Aufrechterhaltung häuslicher Pflegearrangements erkannt. Seitdem hatten soziale Dienste auch die Aufgabe, die häuslich-informelle Pflege zu unterstützen und damit die Einweisung in ein Pflegeheim zu verhindern (vgl. Means/Smith 1998, 39f.).

Drittens hatten die Älteren keinen hohen sozialpolitischen Stellenwert, als Anfang der 1970er Jahre die *Social Services Departments (SSD)* geschaffen wurden. *Robin Means* u.a. (2002, 163) sprechen von einem "lack of priority and policy direction" in Bezug auf die medizinische und soziale Versorgung der Älteren. Die Debatte um die Ausweitung der häuslichen Pflegedienste für Ältere wurde erst in den 1980er Jahren geführt, als man erkannt hatte, dass die institutionelle Versorgung in Alten- und Pflegeheimen wesentlich kostenintensiver ist als die

ambulante Versorgung (vgl. Means/Smith 1998, 24ff.; Lewis/Glennerster 1996, 1f.). "[I]t is quite clear that the increasing cost of institutional provision has been a factor in the growing emphasis of governments in both the UK and other countries in arguing for a need to switch resources from institutional provision to the development of care in the community." (Means/Smith 1998, 38)

Im Kontext dieser ausgabenorientierten Debatte beginnt auch das sog. *'Targeting of Services'*, die Fokussierung sozialer Dienste auf Pflegebedürftige, die besonders hilfebedürftig sind. Das konnte sich auf das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit oder auf die Aufrechterhaltung informeller häuslicher Pflegearrangements beziehen. Unter der konservativen Regierung, die seit 1979 unter Premierministerin *Margret Thatcher* regierte, galten öffentliche soziale Dienste nur dann als legitim, wenn durch sie die Einweisung in ein Pflegeheim vermieden werden konnte (vgl. Means u.a. 2002, 37f.).

Der vierte Grund für den verzögerten Ausbau sozialer Dienste stellt eine Sozialhilfereform aus dem Jahr 1983 dar, die es ärmeren älteren Menschen ermöglichte, die gesamten Kosten für Unterkunft und Versorgung in einem privaten oder freigemeinnützigen Pflegeheim über den Sozialversicherungsfonds abzurechnen, wenn sie finanziell bedürftig waren *(supplementary benefit)*. Es gab keine medizinische Begutachtung, so dass durch diese Regelung auch die institutionelle Versorgung leichter Fälle von Pflegebedürftigkeit zunahm. Diese Pflegebedürftigen hätten auch ambulant versorgt werden können, wenn soziale Dienste als Alternative zur Verfügung gestanden hätten (vgl. Glendinning 1998, 15). *Caroline Glendinning* u.a. sprechen von einem 'perversen Anreiz', der von dieser Sozialversicherungsregelung ausging (vgl. Glendinning 1998, 15f.; Lewis/Glennerster 1996, 2ff.; vgl. auch Means u.a. 2002, 58ff.; Baldwin 1994, 184f.). "As a 'safety net' benefit, social assistance expenditure on long-term residential and nursing home care was not cash-limited but entirely demand-led." (Glendinning 1998, 14) Diese Sozialhilfereform trug – unintendiert – dazu bei, dass private Pflegeheime zunahmen und die Versorgung der Pflegebedürftigen sowohl durch *NHS*- als auch durch kommunale Dienste und Einrichtungen abnahm. Sie trug aber auch dazu bei, das *Bed-blocking*-Problem etwas zu entschärfen. "The discharge of older patients from NHS hospitals to private sector nursing homes for convalescence, rehabilitation and long-term nursing and personal care became increasingly common." (Glendinning 1998, 14) Auch das Problem der Versorgung der intermediären Gruppe der Pflegebedürftigen, deren Größe bis Ende der 1970er Jahre angestiegen war, verschwand infolge dieser Reform wieder. Stellten im Jahr 1979 noch 11.000 Personen einen Antrag auf Übernahme der Pflegekosten in Heimen, so waren es Anfang der 1990er Jahre bereits über

280.000 Pflegebedürftige (Means u.a. 2002, 59). In der Folge stiegen die Sozialversicherungsausgaben enorm an, und die Zahl der Betten in privaten Alten- und Pflegeheimen nahm zwischen 1983 und 1996 um 242% zu. Diese Entwicklung stellt den Anfang der Privatisierung der Altenpflege in Großbritannien dar (vgl. Glendinning 1998, 12ff.). Zwischen 1980 und 1994 hat parallel dazu die Zahl der Betten für Langzeit-Pflegebedürftige in Krankenhäusern um ein Drittel abgenommen. Auch die Verweildauer von älteren Menschen in Krankenhäusern halbierte sich zwischen 1979 und 1986 (vgl. Glendinning 1998, 12f.; vgl. auch Means u.a. 2002, 79ff.). Ursachen dafür sind – neben der Sozialhilfereform – Budgetkürzungen im Bereich der geriatrischen Krankenpflege sowie technische Weiterentwicklungen, wie ambulante Behandlungen und nicht-invasive chirurgische Praktiken (vgl. Lewis 2001a, 346f.; Glendinning 1998, 12f.). Da es keine Anreize für den Ausbau der häuslich-ambulanten Pflege, der Tagespflege und der öffentlichen Versorgung in Pflegeheimen gab, nahm die teurere private institutionelle Pflege zu, während im Bereich der häuslichen Pflege lange Zeit kein angemessenes Angebot an sozialen Diensten vorhanden war.

Last not least entwickelten sich die sozialen Dienste in Großbritannien so langsam, weil das öffentliche und dementsprechend auch das politische Interesse an der Versorgung Älterer eher gering waren. Während in anderen europäischen Ländern die gewählten Regierungen und Oppositionsparteien sowie die sonstigen verschiedenen pflegepolitischen Akteure pflegebezogene Konflikte austrugen und Kompromisse aushandelten, so waren es in Großbritannien in erster Linie Rangeleien zwischen dem Finanzministerium und den anderen beteiligten Ministerien sowie Kämpfe zwischen den unterschiedlichen politischen Ebenen (v.a. zwischen dem Nationalstaat und den Kommunen), die den Pflegebereich dominierten. Im *House of Commons* spielte die Versorgung Pflegebedürftiger und Älterer kaum eine Rolle. "The subject has no glamour", formulieren *Means* und *Smith* (zit. nach Baldock 2003b, 133). "The evolution of social care has been a bureaucratic rather than a democratic process. It has provided services on a discretionary basis and not in response to citizenship entitlements." (Baldock 2003b, 133) Aufgrund der *Poor Law*-Tradition, in der die sozialen Dienste standen, der Konstruktion als bedürftigkeitsorientierte kommunale Leistung und der gesellschaftlichen Vorstellung, dass es sich bei der Altenpflege um eine private Angelegenheit handele, entwickelten sich die wohlfahrtsstaatlichen Rechte auf soziale Dienste in Großbritannien nur spärlich (vgl. Baldock 2003b, 133ff.). Der Ausbau begann erst in den 1980er Jahren. Die sozialen Dienste wurden dabei bis in die frühen 1990er Jahre nicht nur öffentlich finanziert, sondern auch direkt von öffentlichen Trägern angeboten (vgl. Forder u.a. 2004, 208).

Hier noch ein paar kurze Anmerkungen zum Begriff der *'Community Care'* in Großbritannien, der im Übergang von der institutionellen zur ambulanten Versorgung von Pflegebedürftigen entwickelt wurde. Er entstand im Kontext zweier unterschiedlicher Entwicklungstendenzen. Zum einen ging es um die Versorgung von geistig Behinderten und älteren Pflegebedürftigen durch kommunal organisierte soziale Dienste, die seit den 1960er Jahren rechtlich möglich war. Die *Community Care* sollte als Alternative zu den kostenintensiveren Krankenhäusern sowie Alten- und Pflegeheimen ausgebaut werden. Auch wenn dieser Ausbau nur schleppend voranging, erhielt der Begriff in dieser Phase seine spezifische Prägung. Der Begriff *Community Care* bezog sich zum anderen auf die familiäre Versorgung der Älteren, eine Entwicklung, die seit den 1980er Jahren in Großbritannien forciert wurde. Die Versuche von offizieller Seite, *Community Care* zu stärken "has been a concern to shift the responsibility for care from one agency to another – from the NHS to local authorities, from local authorities to families." (Lewis/Glennerster 1996, 2; vgl. auch Means/Smith 1998, 4f.; Langan 1990, 61; Finch/Groves 1985, 218ff.) In den 1990er Jahren wandelte sich der Begriff erneut und bezog sich nun auf alle staatlich unterstützten Versorgungsarten, egal ob informell, durch soziale Dienste oder in Institutionen und unabhängig von der Trägerschaft (staatlich, freigemeinnützig oder gewinnorientiert) (vgl. Department of Health 1989, 9; Means/Smith 1998, 6; Rostgaard/Fridberg 1998, 403; Holdenrieder 2003, 190).

8.2 Der *NHS and Community Care Act* (1990)

8.2.1 Problemdefinition und Agenda-Gestaltung: vom Griffiths-Report zum White Paper

Es folgt nun eine Politikfeldanalyse der Einführung des *NHS and Community Care Act*, deren theoretische Grundlage der akteurszentrierte Institutionalismus darstellt (vgl. Kap. 1). Der Zeitraum der *Policy*-Analyse liegt zwischen 1988, dem Jahr, in dem der *Griffiths*-Report erschien (vgl. Griffiths 1988), und dem Jahr 1990, in dem der *NHS and Community Care Act* verabschiedet wurde.

Der neoliberale Umbau des britischen Wohlfahrtsstaates begann im Jahr 1979, als die konservative Partei unter *Margret Thatcher* die Regierung übernahm. Ein Höhepunkt dieses wohlfahrtsstaatlichen Umgestaltungsprozesses stellt der *NHS and Community Care Act* aus dem Jahr 1990 dar, in dem (interne) Marktstrukturen, Effizienzkriterien, Konkurrenzprinzipien und Privatisierungselemente in das britische Gesundheitswesen und in den Bereich der sozialen Dienste eingeführt

wurden. Wie die Vorgeschichte der Versorgung von Pflegebedürftigen gezeigt hat, stellt der *NHS and Communtiy Care Act* keinen abrupten Neuanfang dar, sondern ist Teil eines Prozesses, der bereits in den 1960er Jahren langsam und schrittweise begonnen hatte. Dennoch kann der *NHS and Community Care Act* als tiefgreifender Einschnitt in die Strukturen des britischen Gesundheitswesens bezeichnet werden, als institutionelle Weichenstellung bzw. als *Critical Juncture* im Sinne des historischen Institutionalismus (vgl. Kap. 2.2 und Kap. 3; vgl. Wilsford 1994, 265).

Die Debatte um die politische Neuausrichtung der Versorgung von Pflegebedürftigen begann mit dem Report *"Community Care: Agenda for Action"*, den *Sir Roy Griffiths* im Jahr 1988 verfasst hatte und der in der Literatur unter dem Titel *„Griffiths-Report"* verhandelt wird. Dieser Bericht bereitete die gesundheitspolitische Reform in Richtung Ökonomisierung des sozialen Dienste-Sektors vor. *Sir Griffiths* war ein politischer Berater der Premierministerin in Sachen *NHS*, über den er Anfang der 1980er Jahre einen Bericht verfasst hatte (vgl. Lewis/Glennerster 1996, 6f.). *Griffiths* wurde Ende 1986 von *Norman Fowler*, dem damaligen Minister für Soziale Sicherheit, beauftragt, die Finanzströme im Kontext der *Community Care* zu untersuchen und Vorschläge für eine effizientere Verwendung der Mittel zu machen (vgl. Griffiths 1988, iii; Means/Smith 1998, 52f.).

Dass das Thema *Community Care* in den 1980er Jahren auf die politische Agenda gelangte, hat mit der politischen Stimmung nach dem dritten Wahlsieg der Konservativen in Folge – 1979, 1983 und 1987 – zu tun (vgl. Lewis/Glennerster 1996, 6f.; Wilsford 1994, 268). Die Ursprünge dieses Politikwandels sind allerdings komplexer: Erstens war es ein langjähriges Anliegen der konservativen Regierung, die hohen Krankenhauskosten zu senken, die Menschen mit Lernschwierigkeiten und geistigen Behinderungen – darunter viele Ältere – verursachten. Auch viele Ärzte und Ärztinnen sowie Wissenschaftler/innen waren der Ansicht, dass dieser Personenkreis besser durch kommunale Dienste versorgt werden könnte. Zum Zweiten erhielt das Thema aufgrund medialer Berichte über die schlechte Behandlung von Behinderten bis hin zu Misshandlungen durch das Krankenhauspersonal eine hohe Bedeutung in der Bevölkerung (vgl. The Guardian 1989a, 17.11.). Drittens brachten Versuche einer gemeinsamen Planung und Finanzierung von Projekten durch den *NHS* und die Kommunen (sog. *Joint Finance*-Projekte*)* nicht den gewünschten Erfolg in den 1970er Jahren, so dass der Unmut über die schlechte Versorgung Älterer wuchs – und zwar sowohl in der Regierung als auch in der Bevölkerung. Hinzu kam viertens noch die wachsende Sorge der Regierung vor dem demographischen Wandel,

insbesondere der zunehmenden Zahl an Hochbetagten in den 1980er Jahren. Fünftens war die Regierung auch von den steigenden Sozialversicherungsausgaben zugunsten privater Pflegeheime (infolge der Sozialhilfereform aus dem Jahr 1983) beunruhigt. In den 1980er Jahren wurden sechstens diverse offizielle Berichte veröffentlicht, die die falschen Anreize und Probleme der *Community Care* bereits klar benannten (vgl. Means/Smith 1998, 47ff.).

Der *Griffiths*-Report stellte eine zusammenfassende Antwort auf alle diese politischen Stellungnahmen dar, insbesondere auf den Bericht der *Audit Commission for Local Authorities in England and Wales*, die 1986 unter dem Titel *"Making a Reality of Community Care"* die Finanzierung, die Fehlanreize durch die sozialversicherungsbasierte Finanzierung privater Pflegeheime, das fragmentarische Gesundheitssystem und die schlechte Koordination zwischen Gesundheits- und sozialen Diensten beklagte und eine hochrangige Überprüfung der Zustände forderte (vgl. Griffiths 1988, iii; Langan 1990, 58; Lewis/Glennerster 1996, 5f.; Means/Smith 1998, 51).

Griffiths, der nicht den Auftrag hatte, nach Möglichkeiten zu suchen, die Kosten im Bereich sozialer Dienste zu senken, sondern stattdessen Wege einer effizienteren Verwendung der bisherigen Mittel aufzeigen sollte, kam zu dem Ergebnis, dass das soziale Sicherungssystem falsche Anreize in Richtung privater Pflegeheime setze. Pflegeheime seien zwar nicht generell schlecht, aber auf jeden Fall teurer als häusliche Pflege, so *Griffiths* (vgl. Griffiths 1988, iii ff.). Daher plädierte er stark für eine Bündelung von Verantwortlichkeiten auf der kommunalen Ebene (vgl. Griffiths 1988, vii, 1). Die Kommunen sollten für die kommunale Bedarfsplanung im Bereich sozialer Dienste, die Feststellung der sozialen, häuslichen und pflegerischen Bedarfe auf individueller Ebene, die Gewährung von Hilfen unter Berücksichtigung informell und ehrenamtlich Pflegender sowie die Organisation sozialer Dienste verantwortlich sein. Wichtig war es *Griffiths* zu betonen, dass ambulante Hilfen durch soziale Dienste einer institutionellen Versorgung in Pflegeheimen vorzuziehen seien und dass die Kommunen nicht zwingend als Anbieter dieser sozialen Dienste auftreten müssten. Stattdessen sollten sie "[...] making the maximum possible use of voluntary and private sector bodies to widen consumer choice, stimulate innovation and encourage efficiency." (Griffiths 1988, 1) Und: "They should look rigorously at the comparative costs of domiciliary services, [...] whether from the private, voluntary or statutory sectors." (Griffiths 1988, 21) In diesen beiden Zitaten wird die ideologische Rahmung der *Community-Care*-Reform bereits deutlich: Es sollte darum gehen, die Rechte der Konsument/innen zu stärken und die sozialen Dienste effizienzorientierter auszugestalten – etwas, das man in erster Linie von privaten und freigemein-

nützigen sozialen Diensten im *"independent sector"*[20] erwartete. Weiter schlug *Griffiths* vor, dass die Kommunen nicht nur für die ambulante, sondern auch für die stationäre Altenpflege zuständig sein sollten. Dies bezog sich sowohl auf die Infrastruktur (Alten- und Pflegeheime) als auch auf die finanzielle Unterstützung von Pflegebedürftigen, die sich die stationäre Versorgung nicht leisten können. Um diese Verantwortungsbereiche übernehmen zu können, müssten – so *Griffiths* – zweckgebundene Ressourcen von der zentralstaatlichen auf die kommunale Ebene transferiert werden (Griffiths 1988, 3f., 12). Aufgrund der Begrenzung der kommunalen Ressourcen schlug *Griffiths* vor, Prioritäten dort zu setzen, wo schwere bzw. schwerste Pflegebedürftigkeit vorliegt und wo keine sonstigen familiären und ehrenamtlichen Ressourcen vorhanden sind *(Targeting of Services)*.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass *Griffiths* für eine Verantwortungskonzentration bei den Kommunen plädierte. Sie sollten fortan für den gesamten Bereich der sozialen Dienste und Pflegeheime für Ältere verantwortlich sein. Dazu sollten die *Social Services Departments* in Richtung Planung und Management umstrukturiert, private und gemeinnützige Träger sozialer Dienste und Heime gefördert und so eine *'Mixed Economy of Care'* etabliert werden. Weiter sollten die Kommunen ein bedarfsorientiertes individuelles *Assessment*-Verfahren durchführen, in dem sowohl die pflegerische als auch die finanzielle Bedürftigkeit geprüft wird.

Während die *Social Services Departments* den *Griffiths*-Report enthusiastisch begrüßten, waren die Vertreter/innen der Gesundheitsberufe[21] sowie die Träger privater und freigemeinnütziger Alten- und Pflegeheime weniger begeistert. Diese Reaktionen waren nicht verwunderlich, weil den Kommunen in dem Bericht eine Führungsrolle zugewiesen wurde, wohingegen das Gesundheitswesen im Bereich Pflege und soziale Dienste an Einfluss verlieren sollte. Die *Thatcher*-Regierung

---

20 In Großbritannien hat sich der Begriff *"independent sector"* als Gegensatz zum öffentlichen Sektor durchgesetzt. Im *Independent Sector* agieren zwei Typen von Anbietern, die privaten (gewinnorientierten) Anbieter und die *"voluntary organizations"*, also die freigemeinnützigen Träger bzw. Freiwilligenorganisationen, die nicht gewinnorientiert arbeiten (vgl. Forder u.a. 2004, 209). Im Folgenden wird der Begriff der Freiwilligenorganisation verwendet, um deutlich zu machen, dass es sich um Organisationen handelt, in denen sowohl (unbezahlte) ehrenamtliche Arbeit als auch (bezahlte) professionelle Arbeit geleistet wird. (vgl. Svedberg/Olsson 2010, 226)

21 Ein Teil der Mediziner/innen plädierte allerdings seit Langem für die Konzentration der Krankenhäuser auf die Akutversorgung (vgl. Lewis 2001a, 349).

äußerte sich kaum zu dem Report, einige Abgeordnete waren richtiggehend überrascht und bestürzt von den Ergebnissen. V.a. aus dem Finanzministerium waren Vorbehalte gegenüber zweckgebundenen Beihilfen an die Kommunen zu vernehmen (vgl. Means/Smith 1998, 55f.). "Several members of the Cabinet were said to be horrified at the idea of extending the powers of local authorities in community care; they had expected the Griffiths Report to criticize local authorities and to demand a dramatic reduction in their role." (Means/Smith 1998, 56) Auch Premierministerin *Thatcher* selbst reagierte zunächst wenig begeistert auf die Idee, den Kommunen eine herausragende Rolle hinsichtlich der sozialen Dienste zukommen zu lassen (vgl. Langan 1990, 58). Das würde eine freiwillige Abgabe von Macht an die Kommunen bedeuten. "The idea was deeply unpopular among Conservative ministers and the Department of Health spent a fruitless 16 months searching for alternatives. Yesterday it admitted that Sir Roy had been right all along." (Financial Times 1989, 17.11.) Trotz der verhaltenen Reaktionen aus der Regierung setzte sich die Einsicht durch, dass es wichtig sei, die Sozialausgaben für Bewohner/innen privater Pflegeheime einzudämmen. Wenn gleichzeitig gesichert werden könnte, dass die Kommunen keine zusätzlichen Mittel erhielten und zudem die transferierten Gelder in Richtung privater und freigemeinnütziger Dienste und Einrichtungen flössen, dann ließe sich auch die Premierministerin von den Plänen überzeugen (vgl. Lewis/Glennerster 1996, 7; Langan 1990, 58).

> "But it is fairly clear that the main purpose was to get Mrs Thatcher to accept the Griffiths package. If the money being transferred to social services departments was *not* going to end up by further enlarging bloated local councils' social work staffs and *would* end up with private providers, her objections might be removed. So it proved." (Lewis/Glennerster 1996, 7f., Herv. i. O.)

Hier zeigt sich, dass die Wohlfahrtsstaatspolitik der Konservativen geprägt war von einem Misstrauen gegenüber dem Öffentlichen Sektor, einer Abneigung gegenüber Staatsausgaben und dem Glauben an die Effizienz der Märkte (vgl. Means/Smith 1998, 69).

Im Juli 1989 verkündete Gesundheitsminister *Kenneth Clarke* in einer Debatte im *House of Commons*, dass die Regierung die meisten Vorschläge aus dem *Griffiths*-Report übernehmen werde (vgl. HC Deb 12.07.1989 vol 156 cc971-94; vgl. auch Press Association 1989a, 12.07.). Es dauerte allerdings noch bis November, bis das *White Paper "Caring for People"* veröffentlicht wurde. Das Weißbuch wurde dem Parlament am 16. November 1989 von den Ministern für Gesundheit und für Soziales sowie von den Ministern für Wales und Schottland vorgelegt und beinhaltete die Regierungsvorschläge zur Reform der Organisa-

tion und Finanzierung der kommunalen sozialen Dienste für Ältere, psychisch Kranke sowie geistig oder körperlich Behinderte. Inhaltlich ging das Weißbuch in dieselbe Richtung wie der *Griffiths*-Report. Den Kern bildete die Verlagerung der kompletten Verantwortung für die Altenpflege und die Versorgung von Behinderten in die Hände der Kommunen. "[L]ocal authorities are to become responsible [...] for assessing individual need, designing care arrangements and securing their delivery within available resources" (Department of Health 1989, 6). Dazu zählte auch die Verantwortung für die Bewohner/innen von Alten- und Pflegeheimen (vgl. Department of Health 1989, 6). Demgegenüber sollten die Gesundheitsbehörden bzw. der *NHS* weiterhin für die häusliche, ambulante und stationäre medizinische Versorgung zuständig sein. Sie sollten dazu verpflichtet werden, mit den kommunalen Behörden zusammenzuarbeiten, z.B. im Rahmen des *Assessment* oder der Versorgungsplanung (vgl. Department of Health 1989, 33ff.). Die Kommunen sollten fortan die häusliche Pflege gegenüber stationären Lösungen stärken, v.a. aus Kostengründen. Weiter sollten die *Social Services Departments* nicht mehr in erster Linie als Anbieter sozialer Dienste in Erscheinung treten, sondern stärker als *"'enabling' agencies"* (Department of Health 1989, 5, 17; vgl. auch Langan 1990, 58), die die gewinnorientierten Träger und die Freiwilligenorganisationen dazu ermutigen, soziale Dienste anzubieten, die bis dahin vorwiegend von öffentlichen Trägern erbracht wurden. Die Kommunen sollten Rechenschaft über die maximale Nutzung der Ressourcen des *Independent Sectors* ablegen (vgl. Department of Health 1989, 6; Langan 1990, 65). Die Schaffung eines Anbieterwettbewerbs sollte zu günstigeren Angeboten und einem besseren Preis-Leistungs-Verhältnis *("better value for money")* führen (vgl. Department of Health 1989, 22). Zur neuen Rolle der Kommunen sollte auch die Zuständigkeit für die Überprüfung von Qualitätsstandards in den öffentlichen, privaten und gemeinnützigen Diensten und Einrichtungen gehören (vgl. Department of Health 1989, 6). Die Kommunen sollten weiter aufgefordert werden, in Abstimmung mit dem *NHS* und anderen betroffenen Institutionen den lokalen Bedarf an sozialen Diensten zu planen und der Regierung Bericht darüber zu erstatten (vgl. Department of Health 1989, 41ff.). Eine weitere wichtige neue Aufgabe der Kommunen sollte in der individuellen Bedarfsprüfung in Form eines *Assessment* bestehen. Danach sollten die Kommunen Versorgungspakete *(packages of care)* festlegen. Diese Pakete können aus häuslichen Diensten, Verhinderungspflege, Kurzzeit- und Tagespflegeangeboten, betreutem Wohnen bis hin zu stationärer Pflege bestehen. Dabei sollten die Präferenzen der Bedürftigen bezüglich der Wahl der sozialen Dienste berücksichtigt werden (vgl. Department of Health 1989, 9, 17f.). Neben der Überprüfung der Versorgungsbedarfe sollte in einem zweiten

Schritt die finanzielle Bedürftigkeit überprüft werden. Ist diese nicht oder nur teilweise gegeben, sollten die Betroffenen sich finanziell an den Kosten für soziale Dienste oder die stationäre Pflege beteiligen, wobei es den Kommunen freistehen sollte, ob und in welcher Höhe sie Gebühren für soziale Dienste erheben (vgl. Department of Health 1989, 18, 27ff.). Unter den Labeln Wahlfreiheit *(choice)* und Unabhängigkeit *(independence)* wurde die Reform als Fortschritt für die Pflegebedürftigen präsentiert, die nun in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung versorgt werden sollten (vgl. Department of Health 1989, 4). Gleichzeitig sollten die sozialen Dienste aber auf die Bedürftigsten fokussiert werden. Soziale Dienste sollten sich "concentrate on those with the greatest needs." (Department of Health 1989, 5, vgl. auch S. 20) Da die Stärkung der häuslichen Pflege oberstes Ziel war, sollten auch Hilfen für informell Pflegende, z.B. Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege, bereitgestellt werden (vgl. Department of Health 1989, 9). Um diese Ziele, v.a. die Übernahme der Verantwortung für die stationäre Altenpflege und die Versorgung der psychisch Kranken, zu erreichen, sollte die Finanzierung neu geregelt werden. Die Kommunen sollten ein gemeinsames Budget für die ambulante und die stationäre Versorgung von Pflegebedürftigen und Behinderten erhalten. Dabei sollten die Sozialversicherungsleistungen *(income support* und *housing benefit)*, die bislang für die stationäre Versorgung aufgebracht wurden, von den Sozialversicherungen an die Kommunen transferiert werden (vgl. Department of Health 1989, 64f.; Langan 1990, 58f.).

8.2.2 *Politikformulierung: der Gesetzgebungsprozess des* NHS and Community Care Act

Der offizielle Gesetzgebungsprozess begann kurz nach der Veröffentlichung des *White Paper* (zum Gesetzgebungsprozess in Großbritannien vgl. auch Kap. 7.1). Der Schattengesundheitsminister der *Labour Party*, *Robin Cook,* kritisierte, dass zwischen der Veröffentlichung des *White Paper* und der Präsentation des Gesetzentwurfs gerade einmal sechs Tage lagen. Er beanstandete weiter, dass die Regierung aufgrund dieses kurzen Zeitraums die Kritik, die der Veröffentlichung des *White Paper* folgte, nicht in den Gesetzentwurf eingearbeitet hatte (HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569: Cook).

Die erste Lesung, das Einbringen des Gesetzesvorschlags im *House of Commons* ohne Aussprache, fand am 22.11.1989 statt (vgl. HC Deb 22 November 1989 vol 162 c116). Die zweite Lesung und Diskussion des Gesetzesvorschlags erfolgte am 7. und am 11.12. (vgl. HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569; HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770). Nach dieser intensiven Parlamentsdebatte

Tabelle 7: Der Gesetzgebungsprozess des *NHS and Community Care Act* in Großbritannien

Ort	*Datum*
House of Commons	
1. Lesung	22.11.1989
2. Lesung und Diskussion	07.12. und 11.12.1989
Standing Committee E, 30 Sitzungen	19.12.1989–27.02.1990
Diskussion und Abstimmung der Änderungsanträge, 2 Sitzungen *(Report Stage)*	13.03. und 14.03.1990
3. Lesung und Abstimmung	15.03.1990
House of Lords	
1. Lesung	19.03.1990
2. Lesung	03.04.1990
Committee of the Whole House, 8 Sitzungen	19.04.–14.05.1990
Diskussion und Abstimmung der Änderungsanträge, 4 Sitzungen *(Report Stage)*	07.06.1990–18.06.1990
3. Lesung und Abstimmung	25.06.1990
House of Commons	
Beratung der Änderungsanträge des *House of Lords* und Verabschiedung des Gesetzes	27.06.1990
House of Lords	
Zustimmung zu den Änderungsanträgen des *House of Commons*	28.06.1990
Zustimmung der Königin/Verabschiedung	29.06.1990
Inkrafttreten Community Care	
Geplant	01.04.1991
Im Juli 1990 verschoben auf	01.04.1993

wurde die Gesetzesvorlage an einen Ausschuss, das *Standing Committee E* unter dem Vorsitz der konservativen Unterhausabgeordneten *Janet Fookes*, verwiesen.[22] Der Gesetzentwurf wurde zwischen dem 19.12.1989 und dem 27.02.1990 in 30 Ausschusssitzungen intensiv diskutiert. Die Änderungsvorschläge wurden zwischen dem 13. und dem 14.3. im Unterhaus diskutiert. Die dritte Lesung,

22 Mitglieder des *Standing Committee E* waren u.a. *Virginia Bottomley, Kenneth Clarke, Tom Clarke, Robin Cook, Michael Forsyth, Roger Freeman, Ian Grist, Harriet Harman, David Hinchliffe, Ieuan Wyn Jones, Andrew Rowe* und *Roger Sims* (vgl. Parliament UK 1989).

Diskussion und Abstimmung fand schließlich am 15.03. statt (vgl. HC Deb 15 March 1990 vol 169 cc684-731).

Inhaltlich ging es im *NHS and Community Care Act* in erster Linie um die Neugestaltung des *NHS*. Innerhalb des *NHS* wurden interne „Quasi-Märkte" eingeführt (vgl. Le Grand 1991, 1257; vgl. auch Means u.a. 2002, 129f.), indem die Käufer/innen von Gesundheitsleistungen von den Anbietern dieser Leistungen getrennt wurden (sog. *purchaser-provider-split)*. Der *NHS* tritt seit der Reform nicht mehr als Anbieter von Diensten auf, sondern als 'Ermöglicher' *('enabler')* sozialer und gesundheitlicher Leistungen und Dienste. Dazu wurde ein System von Gesundheitsbehörden auf Bezirksebene *(district health authorities),* von regionalen Gesundheitsbehörden *(regional health authorities)* und allgemeinen Gesundheitsbehörden *(family health service authorities)* eingeführt. Die *District Health Authorities* und die *Family Health Service Authorities* können Verträge mit Anbietern von Gesundheitsleistungen abschließen. Um Leistungen und Dienste anbieten zu können, werden Gesundheitsorganisationen zu selbständigen *NHS-Trusts*, die dann untereinander konkurrieren. Beispielsweise können sich Krankenhäuser seitdem aus der Kontrolle der lokalen Gesundheitsbehörden befreien *(opt out)* und zu selbständigen *Trusts* zusammenschließen. Sie können dann mit den *District Health Authorities* Verträge schließen. Auch Hausärzte und Hausärztinnen mit großen Praxen können die Verantwortung für ihr Budget selbst übernehmen *(fund-holding general practitioners)* und mit Krankenhäusern kooperieren. Die Höhe des Budgets wird mit den *Regional Health Authorities* ausgehandelt. Hausärzt/innen ohne eigenes Budget sind ebenfalls wirtschaftlich selbständig und schließen Verträge mit den *Family Health Service Authorities* ab. Sie sind für die ambulante Krankenversorgung zuständig (vgl. Wilsford 1994, 265f.). Die Gesundheitsdienste, die weiterhin in die Zuständigkeit des *NHS* fallen, sollen nun von Gemeindeversorgungstrusts *(community care trusts)* angeboten werden (vgl. Le Grand 1991, 1259; Burau u.a. 2007, 71).

Die *Community-Care*-Reform war ein kleinerer Teil dieser gesundheitspolitischen Großreform. Wie im *Griffiths*-Report und im *White Paper* angekündigt, war es das Ziel der konservativen Regierung, die Aufgabenverteilung zwischen dem *NHS* und den lokalen Behörden zu reformieren. Dabei ging es erstens um die Neuregelung der Verantwortlichkeiten für ältere Pflegebedürftige und für Behinderte. Die Verantwortung für die Verwendung der finanziellen Mittel für Alten- und Pflegeheime sowie für die sozialen Dienste für ältere Pflegebedürftige und Behinderte sollte auf die kommunalen Behörden, genauer in die *Social Services Departments,* verlagert werden. Damit sollten Bereiche, die zuvor zum *NHS* oder zum nationalen Sicherungssystem zählten, in die kommunale Verantwortung

gegeben werden. Dazu zählten insbesondere der Bereich Kuren und Rehabilitation *(reconvalescence)* und die Langzeit-Krankenpflege *(long-term nursing care)* (vgl. Glendinning 1998, 16). In diesem Kontext sollten Gelder aus dem Sozialversicherungsetat, der für die Sozialhilfe zuständig war, an die Kommunen überwiesen werden. Danach sollte es nur noch ein Budget für die institutionelle und die häuslich-ambulante Pflege geben, womit Anreize gesetzt werden sollten, mehr Geld in die kostengünstigere ambulante oder Tagespflege zu investieren.

Zum Zweiten sollten Anreize für die Entstehung eines Marktes im Bereich der sozialen Dienste, also zur Gründung profitorientierter und freigemeinnütziger sozialer Dienste, geschaffen werden. Im Gegensatz zur institutionellen Pflege war der Markt im Bereich der sozialen Dienste noch unterentwickelt. Zur Stimulation entwickelte das Gesundheitsministerium z.B. die Initiative *"Caring for people who live at home"*, an der sich 15 Kommunen beteiligten, und stellte Gelder zur Finanzierung innovativer Projekte, die zur Entwicklung häuslicher und Tagespflegedienste durch kommerzielle Anbieter und freie Wohlfahrtsorganisationen beitragen, zur Verfügung (vgl. Glendinning 1998, 16ff.).

Drittens sollten die Kommunen fortan in einem kommunalen Begutachtungsprozess *(assessment)* die Pflegebedürftigkeit der Antragstellenden beurteilen. Die Kommunen sollten das Recht bzw. die Pflicht erhalten, Personen, die soziale Leistungen und Dienste benötigen, zu begutachten und zu entscheiden, ob und welche Art von Diensten und Leistungen sie bekommen. Dabei zielte die Reform auch auf eine stärkere Konzentration der Leistungen auf die Schwerst-Pflegebedürftigen *(targeting of services)* sowie auf die Verbesserung der Koordination der Leistungen für die einzelnen Pflegebedürftigen entsprechend deren Bedarf und Wünschen (vgl. Glendinning 1998, 18f.). Die Dienste und Leistungen sollten die *Social Services Departments* dann bei Anbietern sozialer Dienste und Einrichtungen einkaufen. Die Kommunen sollten verpflichtet werden sicherzustellen, dass Pflegebedürftige entweder Unterstützung im eigenen Haushalt erhalten oder in stationären Einrichtungen versorgt werden.

Aufgrund der klaren Machtposition der Regierung war der Ausgang des formalen Abstimmungsprozesses des Gesetzes im Parlament weitgehend berechenbar. *Robin Cook* stellte auch zu Beginn der zweiten Lesung klar, dass die Opposition gegen das Gesetz votieren werde (HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569, Cook). Da sich das britische Parlament aber als Redeparlament versteht, ist es wichtig, die Parlamentsdebatte und die ausgetauschten Argumente zur Reform der *Community Care* genauer zu betrachten. Die politischen Akteure, die sich gegenüberstanden, waren die konservative Regierung unter Premierministerin *Thatcher* und die *Labour Party* als Oppositionspartei. Innerhalb der konservativen

Regierung waren der Gesundheitsminister *(secretary of state of health) Kenneth Clarke*[23] sowie dessen Staatsministerin für Gesundheit *(minister of state of health) Virginia Bottomley*[24] von besonderem Interesse. In der *Labour Party* unter dem Parteivorsitzenden und Fraktionsführer *Neil Kinnock* nahm der Schattengesundheitsminister *(shadow health secretary) Robin Cook* eine besondere Rolle ein.

Da es sich um eine weitreichende Reform des *NHS* und der *Community Care* handelte, war die Beteiligung an der Parlamentsdebatte groß, so dass die Redezeit pro Abgeordneter/m auf zehn Minuten begrenzt wurde. Davon ausgenommen waren lediglich Gesundheitsminister *Clarke* und Schattengesundheitsminister *Cook*. Zudem waren zwei Tage für die zweite Lesung und Diskussion vorgesehen, wobei die *Community-Care*-Reform v.a. am zweiten Tag diskutiert wurde. Es fällt auf, dass sich v.a. die Abgeordneten der Opposition zu dem Thema *Community Care* (kritisch) äußern. Die Abgeordneten der konservativen Partei sprechen generell viel seltener über die Pflegereform, und wenn, dann waren es eher die Abgeordneten, die Einwände gegen die Reform formulierten. Es wurde sogar von einer „Revolte der Hinterbänkler" *("backbench rebellion")* gesprochen, die sich auch auf die *Community-Care*-Reform, v.a. auf die fehlende Zweckbindung der Mittel, bezog (vgl. The Guardian 1989c, 07.12.). Es gab insgesamt viel weniger befürwortende Beiträge, auch nicht von den politischen Protagonist/innen innerhalb der Regierung, wie dem Gesundheitsminister und den Ministern für Schottland und Wales. Daher formulierte die *Labour*-Abgeordnete *Harriet Harman* gegen Ende der zweiten Lesung: "It is lamentable that the community care provisions have been tagged on to the Bill as nothing more than an afterthought. Undoubtedly the Government hoped that community care would be an uncontroversial appendix to the Bill." (HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Harman) Und ihr Parteikollege *David Hinchliffe* bezeichnete die *Community-Care*-Reform in der dritten Lesung als "forgotten part of the bill" (HC Deb 15 March 1990 vol 169 cc684-731, Hinchliffe).

Im Folgenden werden die Inhalte der *Community-Care*-Reform und die Konfliktlinien zwischen den Parteien bzw. zwischen den regierenden Konservativen und der *Labour*-Opposition anhand der zweiten und dritten Lesung des Gesetzes aufgezeigt. Dazu zählten (1) die zukünftige Rolle der Kommunen und das *Assessment*, (2) die Einführung von Quasi-Märkten, (3) die (neue) Rolle der Freiwilligenverbände, (4) die Ressourcenfrage und die Zweckbindung der Mittel,

23 *Kenneth Clarke* war von 1988-1990 Gesundheitsminister.

24 *Virginia Bottomley* war von 1989-1992 Staatsministerin im Gesundheitsministerium.

(5) die Stellung und die Rechte der Pflegebedürftigen als Konsument/innen und (6) die Rolle der informell Pflegenden.

(1) Zukünftige Rolle der Kommunen und das Assessment
Die Debatte im *House of Commons* wurde eröffnet von Gesundheitsminister *Clarke*, der sich v.a. auf die *NHS*-Reform konzentrierte. Zur *Community Care* sagte er lediglich:

> "The key policy changes mean that we shall move to a system where local authorities clearly have the overall role in community care. They will provide services based on a proper assessment of the needs of individuals. They will use that assessment to make a more suitable provision for services than has sometimes been made in the past when there was an undesirable bias towards social security support for patients in private nursing homes. We shall also require local authorities to produce community care plans and added powers will be given to my inspectorate to check on their performance." (HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569, Clarke)

Auch die Staatsministerin für Gesundheit, *Virgina Bottomley,* hob die klare Zuweisung der Verantwortung an die Kommunen, die zu einer besseren Ressourcenverwendung, zur Steigerung der Qualität sozialer Dienste und zur Verbesserung der Wahlmöglichkeiten der Betroffenen beitrage, positiv hervor. "The proposals will secure the delivery of successful community care services, ensuring the best use of resources to achieve diversity and flexibility of provision." (HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Bottomley) Sie betonte, dass sich viele Kommunen die Verantwortung für die sozialen Dienste wünschten, und sie lobte die innovativen Initiativen und die Pionierarbeit einiger Kommunen in diesem Bereich (vgl. auch HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Wolfson). *Michael Forsyth* und *Ian Grist*, die parlamentarischen Staatssekretäre für Schottland und Wales *(parliamentary under-secretary of state of Scotland and Wales)*, sowie der konservative Abgeordnete *Andrew Rowe* betonten die Beendigung des falschen Anreizes zur stationären Pflege, der durch die Übergabe der kompletten Verantwortung für die stationäre und die ambulante Pflege an die Kommunen wegfallen würde. "We shall end the perverse system of funding that makes putting people into residential care a more attractive option for many local authorities." (HC Deb 15 March 1990 vol 169 cc684-731, Forsyth; vgl. auch HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569, Grist, Rowe) In diesem Sinne sprach sich der konservative Abgeordnete *David Nicholson* sogar für die Schließung alter großer Einrichtungen für geistig Behinderte aus. Stattdessen, so war es im Gesetz geplant, sollten die Kommunen die Behinderten in kleineren Einrichtungen versorgen (vgl. HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Nicholson).

Schattengesundheitsminister *Robin Cook* monierte demgegenüber, dass die Kommunen zwar die Verantwortung für die sozialen Dienste erhielten, aber wesentliche Entscheidungsbefugnisse und die Kontrolle beim Gesundheitsministerium bleiben würden. "This is not a Bill that gives power to local communities." (HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569, Cook) Das Gesundheitsministerium reguliert, vergibt Aufträge und erteilt Anweisungen an die Kommunen. Das Gesetz war zudem unklar in den Anforderungen an die Kommunen, wurde weiter von dem *Labour*-Abgeordneten *Tom Pendry* kritisiert. "The rhetoric of the White Paper has not been translated by the Bill into definitive proposals for action." (HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Pendry)

Während *Cook* die Machtposition des Gesundheitsministeriums kritisch hinterfragte, äußerte sich sein Parteikollege *Jack Ashley* gerade umgekehrt eher besorgt über die neue Macht der Kommunen. Sie seien es, die fortan bestimmen könnten, wem unter welchen Bedingungen Hilfen gewährt werden (vgl. HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569, Ashley).

(2) Die Einführung von Quasi-Märkten

Der Staatssekretär für Schottland, *Grist,* hob die Expansion des privaten und freigemeinnützigen Sektors positiv hervor. Die Reform werde dadurch zur Entwicklung qualitativ hochwertiger sozialer Dienste und zur Maximierung individueller Unabhängigkeiten beizutragen (vgl. HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569, Grist). Die Reform biete auch einen guten Rahmen, um den demographischen und sozialen Wandel zu bewältigen, inklusive der höheren Anforderungen, die mit den schnelleren Krankenhausentlassungen einhergingen, so *Michael Irvine* von der konservativen Partei. "They [the reform, D.A.] will help to reduce waste and will save resources." (HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Irvine)

Labour-Schattengesundheitsminister *Cook* kritisierte dagegen die geplante Schaffung eines manipulierten Marktes und unfairen Wettbewerbs, da die Dienste und Einrichtungen privater und gemeinnütziger Träger eine stärkere Förderung erhalten sollten als die bestehenden kommunalen Dienste. So könnten Pflegebedürftige in Pflegeheimen profitorientierter und freigemeinnütziger Träger Sozialhilfe und Wohngeld beantragen; bei Pflegebedürftigen in öffentlichen Einrichtungen müssten die Kommunen die Leistungen übernehmen. Den Einwand des unfairen Wettbewerbs teilte sein Parteikollege und früherer Sozialarbeiter *David Hinchliffe*. "The Bill is ideological because it attacks local authority provision and discrimination in favour of the voluntary and private sector. This discrimination against local authority is indefensible." (HC Deb 07

December 1989 vol 163 cc488-569, Hinchliffe) Auch der *Labour*-Abgeordnete *Pendry* kritisierte diese Art der Privatisierung, wenn er moniert, dass "the funding policy of the legislation deliberately discriminates in favour of private residential care at the expense of public provision." (HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Pendry) *Pendry* fügte hinzu, dass es nicht möglich sein werde, soziale Dienste einerseits für private Anbieter attraktiv zu machen und gleichzeitig für Durchschnittsrentner/innen erschwinglich zu halten. Die einzige Möglichkeit, beides zu erreichen, stelle die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und die Senkung der Löhne der beruflich Pflegenden dar.

Daran schloss sich die Kritik an der Herabsetzung der öffentlichen Träger in der Altenpflege an. So beanstandete der *Labour*-Abgeordnete *Peter L. Pike*, dass die Versorgung von Älteren und Behinderten eine öffentliche Angelegenheit sei und daher auch von öffentlichen Trägern durchgeführt werden sollte (vgl. HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Pike). *Hinchliffe* fragte in ähnlicher Weise, ob "caring for profit [...] is morally right" und bezeichnete das 'Marktmodell' als eine "licence for exploitation" in Bezug auf ältere, verwundbare und abhängige Menschen (HC Deb 15 March 1990 vol 169 cc684-731, Hinchliffe). *Rosie Barnes* von der sozialdemokratischen Partei (SDP) plädierte zwar – wie die Konservativen – für eine *Mixed Economy of Care*. Dazu müssten die Kommunen aber die Möglichkeit erhalten, gut funktionierende Dienste und Einrichtungen unabhängig von der Trägerschaft zu fördern (vgl. HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Barnes).

(3) Die (neue) Rolle der Freiwilligenverbände

Mit der Förderung der Träger des *Independent Sectors* sollten die Freiwilligenverbände auch eine neue Funktion innerhalb der *Community Care* erhalten. *Andrew Rowe*, ein konservativer Abgeordneter, begrüßte einerseits die Anerkennung der Freiwilligenorganisationen, teilte aber das Unbehagen der freigemeinnützigen Organisationen dahingehend, dass ihre bisherigen Initiativen und Prioritäten infolge der Übernahme öffentlicher Aufgaben gestört oder verfälscht werden könnten (vgl. HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569, Rowe). Auch die *Labour*-Abgeordneten *Hinchliffe* und *Eric Martlew* berichteten über Gespräche mit Mitgliedern der Freiwilligenorganisationen. Diese äußerten Bedenken gegenüber der neuen Rolle, die ihnen nach dem Gesetz zukommen sollte. Sie wollten kein Ersatz für gesellschaftlich notwendige soziale Dienste sein, die in den öffentlichen Verantwortungsbereich gehörten (vgl. HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569, Hinchliffe; HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Martlew).

(4) Die Ressourcenfrage und die Zweckbindung der Mittel

Weiter wandte der *Labour*-Abgeordnete *Pendry* ein, dass Freiwilligenorganisationen, wie *Crossroads Care*, Befürchtungen hinsichtlich einer unzureichenden Finanzierung äußerten (vgl. HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Pendry). Auch die *Labour*-Abgeordneten *Martlew* und *Harman* berichteten von Freiwilligenorganisationen, die dies befürchteten. "Community care is not a cheap option. It needs extra resources and we are fearful that the Government will not provide them." (HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Martlew) *Harman* führte weiter aus, dass sich auch Institutionen, wie die *National Association of Health Authorities* und das *Institute of Health Services Management,* besorgt über die Ressourcenfrage geäußert hatten (vgl. HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Harman).

Die Ressourcenfrage und damit verknüpft die Frage der Zweckbindung der Mittel, die an die Kommunen überwiesen werden sollten, stellten die schärfste Kontroverse in der Parlamentsdebatte dar. Der *Labour*-Abgeordnete *Hinchliffe* betonte die finanzielle Motivation des Gesetzes: "It is a clear attempt to reduce Government spending. [...] The Bill is a deliberate attempt to shift the burden of funding residential care away from the Department of Social Security to the backs of local authorities. The Government continue to regard community care as a cheap option." (HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569, Hinchliffe) Die Befürchtung, dass mit Hilfe der *Community Care* Kosten eingespart werden sollten, teilten weitere *Labour*-Abgeordnete, wie *Pike* und *Pendry* (HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Pike, Pendry). Auch die *Association of County Councils*, die Vertretung der Kommunen, fordere, so *Hinchliffe*, die Erhöhung finanzieller Ressourcen, um die neue Verantwortung tragen zu können.

Selbst einige Abgeordnete der Konservativen, wie *Roger Sims* oder *Peter Thurnham*, betonten die Wichtigkeit einer adäquaten Finanzierung der *Community Care*. *Sims* merkte an, dass die Sozialleistungen nicht ausreichen würden, um die Kosten für (öffentliche) Pflegeheime zu decken, und kritisierte, dass dieses Problem in dem Gesetzentwurf nicht angegangen werde (vgl. HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Sims, Thurnham).

Die Regierung ließ in dem Gesetz offen, woher die zusätzlichen Ressourcen für die Kommunen kommen sollten. Es sollte in jedem Fall keine zweckgebundenen Mittel geben, wie *Griffiths* es vorgeschlagen hatte. Dies kritisierten auch die *Labour*-Abgeordneten *Ashley, Pendry* und *Harman,* die konservativen Abgeordneten *Mark Wolfson, David Price* und *Thurnham* sowie die Abgeordneten der Liberaldemokraten, *Charles Kennedy,* der nordirischen Unionisten, *Martin Smyth*, und der walisischen Partei, *Ieuan Wyn Jones* (vgl. HC Deb 07 December

1989 vol 163 cc488-569, Jones, Smyth, Ashley; HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Harman, Pendry, Thurnham, Wolfson; HC Deb 15 March 1990 vol 169 cc684-731, Price, Kennedy). "They [the voluntary agencies and local authorities, D.A.] all say that, unless a community care budget is specified, money will simply go into the local authority pot without being earmarked for community care." (HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569, Jones)

Gesundheits-Staatsministerin *Bottomley* verwies darauf, dass fortan die Sozialleistungen, die aus dem Sozialversicherungsetat an private und freigemeinnützige Pflegeheime überwiesen wurden, den Kommunen zur Verfügung gestellt würden (vgl. HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Bottomley) Auch der parlamentarische Staatssekretär für Gesundheit, *Roger Freeman,* setzte sich mit der Kritik an den nicht-zweckgebundenen Mitteln auseinander. Er betonte zum einen, dass es keinen Beleg für die Annahme gebe, dass Kommunen die *Social Services Departments* finanziell schlechter behandeln würden als andere kommunale Behörden. Zum anderen erläuterte *Freeman*, dass nach der Argumentation der Opposition alle Transfers an die Kommunen zweckgebunden sein müssten. "That would be a complete denial of the responsibility and flexibility that we have awarded to local authorities." (HC Deb 15 March 1990 vol 169 cc684-731, Freeman)

(5) Die Stellung und die Rechte der Pflegebedürftigen als Konsument/innen

Der parlamentarische Staatssekretär für Gesundheit, *Freeman*, hob gegen Ende der dritten Lesung den Aspekt der Wahlfreiheit hervor. „We intend them [the frail elderly, D.A.] to have a real choice between staying at home with proper domiciliary care and going into residential care." (HC Deb 15 March 1990 vol 169 cc684-731, Freeman) Demgegenüber wurde die Stellung der Pflegebedürftigen als Konsument/innen von der Opposition scharf kritisiert. Schattengesundheitsminister *Cook* sowie die *Labour*-Abgeordneten *Ashley* und *Hinchliffe* betonten, dass die Rechte der Konsument/innen in dem Gesetzentwurf überhaupt nicht erwähnt werden. "The idea that choice can be provided by community care is a myth." (HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569, Hinchliffe, vgl. auch Cook) Und der *Labour*-Abgeordnete *Pendry* kritisierte, dass nur diejenigen Wahlmöglichkeiten hätten, die es sich leisten könnten (vgl. HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Pendry). Trotz der Rhetorik – so der Blinden-Lobbyist *Ashley* – wurde in dem Gesetzentwurf kaum Wert auf die Art und die Qualität der sozialen Dienste für die Konsument/innen gelegt (vgl. HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569, Ashley). Und *Hinchliffe* monierte, dass "market forces do not lead to improved quality." (HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569, Hinchliffe)

(6) Die Rolle der informell Pflegenden

Neben den Pflegebedürftigen erhielten auch die informell Pflegenden keine zusätzlichen Rechte im Rahmen der *Community-Care*-Reform, stellten *Cook* und *Pendry* fest.

> "The Bill does not once mention carers, does not give them one new right, does not place on local authorities one new duty in respect of care, and does not place upon them an obligation to assess the needs of carers, or even to consult carers about the community care services that they provide." (HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569, Cook; vgl. auch HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Pendry)

Auch der Abgeordnete der Liberaldemokraten, *Charles Kennedy*, und der Abgeordnete der schottischen Nationalpartei, *Andrew Welsh*, beklagten die fehlende Anerkennung informell Pflegender. *Welsh*' Ansicht nach sollten familiär Pflegende ein angemessenes Einkommen erhalten. Er plädierte z.B. für die Auszahlung von Arbeitslosengeld für jüngere Pflegende (vgl. HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Welsh; HC Deb 15 March 1990 vol 169 cc684-731, Kennedy).

Die häuslich Pflegenden sind auch vom kommunalen *Assessment* betroffen. Der *Labour*-Abgeordnete *Ashley* kam zu dem Schluss:

> "I make this appeal to the House. The problems of carers and of disabled people will not be solved by the Bill, which fails to provide them with essential rights. It also fails to provide adequate cash and to provide comfort for carers. I hope that the government will listen to the voices of disabled people, carers and voluntary organisations, and think again." (HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569, Ashley)

Staatsministerin *Bottomley* (HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770) hob demgegenüber verteidigend hervor, dass die häusliche Pflege durch das *Assessment* stärker berücksichtigt werden solle. Zudem hob sie die Anerkennung der Hilfen für Pflegende positiv hervor. Die Freiwilligenorganisationen der Pflegenden, z.B. die *Carer's National Association*, seien in der Vergangenheit in hohem Maße finanziell unterstützt worden. Deren Arbeit werde nun durch das Gesetz gewürdigt und weiter unterstützt.

Insgesamt äußerten sich in der politischen Debatte lediglich ein paar Abgeordnete zu den Auswirkungen des Gesetzes auf Frauen als die maßgeblich informell Pflegenden. Der Abgeordnete der schottischen Nationalpartei, *Andrew Welsh,* reflektierte als einer der wenigen in der Parlamentsdebatte, dass informelle Pflege v.a. von Frauen ausgeführt werde.

> "Changes of pattern of community care are likely to affect women disproportionately. There is a danger that many women will be trapped into providing care for relatives and become a support safety net. That problem must be urgently addressed. What

action will the Government take to protect carers in the front line?" (HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Welsh)

Pendry, der zweite Abgeordnete, der die Bedeutung des Gesetzentwurfs für Frauen reflektierte, bezeichnete es als direkten Angriff auf die Lebensqualität von Frauen, da diese die Mehrheit der informell und beruflich Pflegenden darstellen. "The legislation will lead to yet more women taking on the role of unpaid carer while receiving no extra financial help, at a time when the poll tax will add yet another heavy burden to their daily lives." (HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Pendry)

Nach der dritten Lesung wurde über den Gesetzentwurf abgestimmt. Da die Konservativen die Mehrheit im Parlament stellten, war die Annahme der Gesetzesvorlage relativ sicher. Danach wurde im Oberhaus, dem *House of Lords,* über das Gesetz diskutiert und abgestimmt. Die erste Lesung fand am 19.03. statt (vgl. HL Deb 19 March 1990 vol 517 c9), die zweite Lesung am 03.04. (vgl. HL Deb 03 April 1990 vol 517 cc1255-387). Zwischen dem 19.04. und dem 14.05. wurde der Gesetzentwurf im Ausschuss des Gesamten Hauses *(Committee of the Whole House)* in acht Sitzungen diskutiert. Zwischen dem 7. und dem 18.06. wurden die Änderungsanträge im *House of Lords* diskutiert und einzeln abgestimmt. Am 25.06. erfolgte die dritte Lesung und Abstimmung über das gesamte Gesetz. Es wurde mit Änderungen, die u.a. die Zweckbindung der Mittel betrafen, angenommen. Im *House of Commons* mussten diese Änderungsanträge aus dem *House of Lords* am 27.06. erneut abgestimmt werden (vgl. HC Deb 27 June 1990 vol 175 cc318-38). Die generelle Zweckbindung der Mittel wurde von der Regierungsmehrheit im *House of Commons* abgelehnt. Hierbei votierten elf konservative Abgeordnete mit der Opposition für den Änderungsantrag aus dem *House of Lords* und damit gegen die Pläne der *Tory*-Regierung (vgl. The Independent 1990b, 30.06.). Dennoch reichte die konservative Mehrheit im Parlament aus. Die Abstimmung endete mit 293 Ja- zu 215 Nein-Stimmen (vgl. HC Deb 27 June 1990 vol 175 cc318-38; vgl. auch The Guardian 1990, 28.06.). Da die Debatte politisch wichtig und inhaltlich strittig war, dauerte sie sehr lange. Die Regierung beantragte das Ende der Debatte und die Abstimmung *(guillotine motion)* – und setzte sich damit durch. Das *House of Lords* stimmte am 28.06. den Änderungen des *House of Commons* zu (vgl. HL Deb 28 June 1990 vol 520 cc1729-30). Das Gesetz erhielt am 29.06. die königliche Zustimmung und war damit verabschiedet (National Health Service and Community Care Act, vgl. auch Wilsford 1994, 265). Das Gesetz sollte am 1. April 1991 in Kraft treten (vgl. Wilsford 1994, 265). Mitte Juli 1990 entschied Gesundheitsminister *Kenneth*

Clarke die Verschiebung der Einführung. Ein wichtiger Grund dafür lag in der politischen und finanziellen Krisensituation aufgrund der neuen Gemeinde- bzw. Kopfsteuer *(Community Charge* bzw. *Poll Tax)*, die 1989 in Schottland und ein Jahr später in England und Wales eingeführt wurde[25] (vgl. Langan 1990, 59). Zudem standen im Jahr 1992 Wahlen an. Offiziell wurde die Verschiebung bzw. die Einführung eines gestuften Zeitplans damit begründet, dass ein Teil der Kommunen noch nicht ausreichend auf die Verantwortungsübernahme vorbereitet sei. Die *Community-Care*-Reformen traten letztendlich am 1. April 1993 in Kraft (vgl. HC Deb 18 July 1990 vol 176 cc1018-58).

8.2.3 Der NHS and Community Care Act im Spannungsfeld parteipolitischer und gesellschaftlicher Akteure

Baldock (2003b, 133) weist darauf hin, dass in Bezug auf die Altenpflege in Großbritannien „the important decisions have rarely been the product of public debate of the issues followed by democratic political choices and compromises." Stattdessen handelt es sich eher um Vereinbarungen zwischen administrativen Institutionen, z.B. zwischen dem Finanz-, dem Gesundheits- und dem Sozialministerium oder zwischen dem Nationalstaat und den Kommunen. Zudem bestehen im britischen Gesetzgebungsprozess kaum Vetospieler, so dass die Regierung ohne Rücksicht auf die Position der Opposition und im Wesentlichen auch des Oberhauses ihre Gesetzentwürfe verabschieden kann (vgl. auch Kap. 7.1). Vor dem Hintergrund dieser britischen Besonderheiten werden nun die Konfliktlinien und Akteursinteressen rund um den *NHS and Community Care Act* analysiert.

8.2.3.1 Parteipolitische Konfliktlinien im Gesetzgebungsprozess

> "This history is crucial to understanding the reforms and the way they were implemented. They were not primarily driven by a desire to improve the relations between the various statutory authorities, or to improve services for elderly people, or to help those emerging from mental hospital. They were driven by the need to stop

25 Es handelt sich dabei um eine auf kommunaler Ebene festgelegte Kopfsteuer, die lediglich für Bezieher/innen von Niedrigeinkommen ermäßigt wurde. Sie diente der Finanzierung der kommunalen sozialen Dienste. Nach der Einführung der kommunalen Kopfsteuer kam es zu massiven Protesten in der britischen Bevölkerung und ein Teil der Bevölkerung weigerte sich, die Steuer zu zahlen, die letztendlich – neben der EU-Politik – mit zum Rücktritt von Premierministerin *Thatcher* führte. Ihr Nachfolger, *John Major*, reformierte die Steuer *(council tax)* 1993 dahingehend, dass nun Wohneigentum (wieder) in die Steuerberechnung miteinbezogen wurde.

> the haemorrhage in the social security budget and to do so in a way that would minimise political outcry and not give additional resources to the local authorities themselves. Most of the rest of the policy was, as the Americans would say, for the birds." (Lewis/Glennerster 1996, 8)

Wie das Zitat deutlich zeigt, war die gesamte Reformdebatte rund um den *NHS and Community Care Act* geprägt von ökonomischen Argumenten und der Durchsetzung wirtschaftlicher Ziele. Die Beseitigung der Fehlanreize zugunsten privater Pflegeheime, die den Sozialversicherungsetat stark belasteten, die Förderung der privaten und freigemeinnützigen Einrichtungen und sozialen Dienste, von der sich die konservative Regierung eine effizientere Wirtschaftsweise erwartete und die die Macht der Kommunen begrenzen sollte sowie die Einführung eines kommunalen *Assessment*, in dem häusliche Pflegearrangements bevorzugt und eine zielgenauere Ressourcenverwendung erwartet wurden, deuteten in dieselbe Richtung: Die Kosten sollten gesenkt werden, indem soziale Dienste statt Pflegeheime und private sowie freigemeinnützige statt öffentliche Träger gefördert werden. Zudem sollten die Leistungen auf die schwer(st)en Fälle von Pflegebedürftigkeit konzentriert werden. Die Mittel zur Durchsetzung dieser wirtschaftlichen Ziele lauteten: die Schaffung von Quasi-Märkten, die Initiierung einer Trägerkonkurrenz und eines Wettbewerbs sowie das *Targeting of Services*.

Aufgrund dieser ökonomischen Rahmung des Gesetzesvorhabens stellte die Finanzierung der *Community-Care*-Reform auch die wichtigste Konfliktlinie in der Reformdebatte dar. Dass die Finanzierung ein Kulminationspunkt der Debatte wurde, zeigte sich bereits an der zögerlichen Haltung der Konservativen, diese Reform überhaupt umzusetzen. Die Abgabe von Aufgaben, Verantwortung, Macht und damit auch finanziellen Ressourcen an die Kommunen war großen Teilen der konservativen Abgeordneten und Minister/innen inklusive der Premierministerin schwer gefallen. Die Reform wurde daher nach Erscheinen des *Griffiths*-Reports mehr als ein Jahr hinausgezögert, bis man glaubte, Mittel gefunden zu haben, den kommunalen Einfluss trotz dortiger Verantwortungskonzentration begrenzen zu können, v.a. durch die fehlende Zweckbindung der Mittel und die Einführung von Quasi-Märkten.

Die kontroverseste Finanzierungsdebatte betraf die (fehlende) Zweckbindung der Mittel, die aus dem Etat des Sozialministeriums an die Kommunen überwiesen werden sollten. Die Mittel sollten im Rahmen der allgemeinen staatlichen Zuschüsse an die Kommunen übertragen werden. Die konservative Regierung widersprach an dieser Stelle mit ihrer Politik im Weißbuch und im Gesetzentwurf den Vorschlägen des *Griffiths*-Reports. Stattdessen argumentierten die Konservativen, dass die Kommunen selbst über ihre Prioritätensetzung

entscheiden (können) müssten. Zudem seien die kommunalen Etats für den Bereich soziale Dienste in der Vergangenheit deutlich angestiegen, so dass nicht von einer Vernachlässigung der Altenpflege auszugehen sei (vgl. Financial Times 1989, 17.11.; Department of Health 1990, 4f.). Mit zu dieser Positionierung beigetragen hatte der unerbittliche Widerstand aus dem Finanzministerium gegenüber zweckgebundenen Mitteln. Diese machen den Betrag, der für die kommunale Altenpflege zur Verfügung gestellt wird, öffentlich, und es wird sofort sichtbar, wenn Kürzungen vorgenommen werden, so die Argumentation des Finanzministeriums (vgl. Lewis/Glennerster 1996, 9, Means/Smith 1998, 56, 1998, 56). Auch aus der Perspektive des Gesundheitsministeriums ist die Zuweisung der – in der Höhe unbestimmten – Mittel vorteilhaft, weil damit die Verantwortung für die Unterfinanzierung der Altenpflege an die Kommunen abgegeben werden kann (vgl. Biggs 1990, 28).

Diese Position der Regierung brachte *Griffiths* dazu, über die Reform als von einem dreirädrigen Auto zu sprechen, "leaving out the fourth wheel of ring-fenced funding." (Griffiths, zit. nach Social Services Committee 1990, iv) Bereits bei der Ankündigung des Gesetzes äußerte die Opposition Bedenken hinsichtlich der Finanzierung, v.a., weil die Regierung sich weigerte, überhaupt vor dem Jahr 1991 konkrete Zahlen zu nennen (vgl. Press Association 1989a, 12.07.). Dies bestärkte die Befürchtung der *Labour Party*, dass der Umfang der finanziellen Transfers durch diese Maßnahme verschleiert werden sollte. Nur die Zweckbindung der Mittel biete die Garantie dafür zu überprüfen, wie viel Geld tatsächlich jährlich aus dem Sozialversicherungsetat für die kommunale Altenpflege an die Kommunen überwiesen wird, so die *Labour*-Partei (vgl. The Guardian 1990, 28.06.). Die zweite Gefahr, die von der fehlenden Zweckbindung der Mittel ausging, bestand darin, dass die Kommunen infolgedessen die Macht hätten, eigene Schwerpunkte zu setzen und den Etat politischen Trends anzupassen. Dabei wurde befürchtet, die Altenpflege stände nicht oben auf der Prioritätenliste der Kommunen, weil andere Themenfelder, wie z.B. Bildungsmaßnahmen, populärer seien oder werden könnten (vgl. Press Association 1989b, 16.11.; The Guardian 1989b, 17.11.; Financial Times 1989, 17.11.).

In der Phase des Gesetzgebungsprozesses erstellte der Sozialausschuss im Auftrag des Unterhauses einen Bericht über die Finanzierung der Kommunen, der Anfang März pünktlich zur dritten Lesung des Gesetzes erschien (vgl. Social Services Committee 1990). Darin setzte sich der Sozialausschuss, der vom *Labour*-Abgeordneten (und späteren Sozialminister unter Premierminister *Blair) Frank Field* geleitet wurde, vehement für die Zweckbindung der Mittel ein und lieferte der Opposition viele Argumente. Die Positionierung des Sozialausschusses ver-

wundert, da sieben der elf Ausschussmitglieder der konservativen Partei angehörten. Das lässt den Schluss zu, dass v.a. die (oppositionellen wie regierungsinternen) Kritiker/innen der Reform im Sozialausschuss aktiv waren.[26] "Almost all the evidence we have received expresses regret, or dismay, that the Government has not decided to 'ring fence' local authorities' resources for community care." (Social Services Committee 1990, v) Der Sozialausschuss sah die Gefahr bestätigt, dass die Kommunen das Geld aus dem nationalen Sozialversicherungsetat für andere Dinge ausgeben könnten. Er hatte dazu viele politische, wissenschaftliche und zivilgesellschaftliche Akteure befragt und die meisten, u.a. viele Verbände der Kommunen, Freiwilligenorganisationen und Wissenschaftler/innen, sprachen sich für die Zweckbindung der Mittel aus (vgl. Social Services Committee 1990, ix).

Dieses Themenfeld war v.a. deshalb so relevant in der Reformdebatte, weil sich nicht nur die Opposition geschlossen gegen die fehlende Zweckbindung der Mittel aussprach, also neben der *Labour Party* auch die Liberaldemokrat/innen, sondern auch einige konservative Abgeordnete, angeführt vom früheren Gesundheitsminister *George Young* (vgl. The Guardian 1990, 28.06.). "Some Tory MPs feared, like the Opposition, that unless money was specifically earmarked for community care, local authorities might spend the new grant they will receive from central government on more politically attractive policies than services for groups such as the mentally handicapped." (Financial Times 1990b, 28.06.)

Nachdem sich zudem das *House of Lords* mehrheitlich für zweckgebundene Mittel ausgesprochen hatte, und der Gesetzentwurf mit Änderungsanträgen zurück ans *House of Commons* überwiesen wurde, entschieden die mehr als 30 *Tory*-Abweichler/innen im Unterhaus, Widerstand gegen das Gesetz zu leisten: "[S]ome Tory backbenchers [...] defy the party line and stage a rebellion." (Financial Times 1990a, 27.06.) Die *Labour*-Opposition präsentierte zeitgleich eine Studie, der zufolge 80% der *Social Services Departments* in England und Wales die Zweckbindung der Mittel befürworteten (vgl. Financial Times 1990a, 27.06.).

Letztendlich votierten aber nur einige wenige konservative Parlamentarier/innen tatsächlich gegen den Gesetzentwurf ihrer Regierung (vgl. HC Deb 27 June 1990 vol 175 cc318-38). Die meisten ließen sich umstimmen, nachdem Gesundheitsminister *Clarke* das Angebot unterbreitete, zweckgebundene Mittel für Freiwilligenorganisationen zur Verfügung zu stellen, die Angebote für Drogen- und Alkoholabhängige anböten (vgl. The Guardian 1990, 28.06.) – ein Bereich,

26 Die Abgeordneten *Nicholas Winterton* und *David Price* beispielsweise waren Mitglieder des Sozialausschusses und konservative Kritiker der Reform (Financial Times 1990b; vgl. The Guardian 1989c).

der allerdings in keinem Zusammenhang zur kommunalen Altenpflege stand. Zudem wurde beschlossen, eine Zweckbindung für Mittel einzuführen, die Maßnahmen für Personen umfassen, die an einer psychischen Krankheit leiden. Für alle anderen Personengruppen stellt die Regierung fest: "Moreover the evidence suggests that other client groups such as elderly or mentally handicapped people do not have the same compelling case for such treatment, because they have been afforded higher priority by local authorities." (Department of Health 1990, 6)

Die zweite Konfliktlinie betraf die Anbieterstruktur. Es sollten laut Regierungsplan, wie im Bereich des *NHS*, auch in der Pflege Quasi-Märkte[27] eingeführt werden. Durch die Einführung von *Markt*-Strukturen sollte die monopolistische öffentliche Anbieterstruktur zugunsten eines Trägerwettbewerbs aufgelöst werden. Es sollten laut Gesetzentwurf drei Jahre lang (1993/94 bis 1995/96) 85% der Mittel, die aus dem Sozialversicherungsetat an die Kommunen überwiesen werden, an Anbieter nicht-öffentlicher Einrichtungen und Dienste weitergeleitet werden *(social security transfer element* innerhalb des c*ommunity care special grant* bzw. *special transitional grant)*. "[S]ocial service authorities were not only being encouraged to develop independent sector services but access to their social security transfer money was dependent upon 85 per cent of that money being spent on that sector." (Means/Smith 1998, 68; vgl. auch Glendinning 1998, 17; Land/Lewis 1998, 55) Damit sollte der private Markt, der in den 1980er Jahren langsam entstanden war, nicht durch die starke Stellung der öffentlichen Anbieter zerstört und die freie Wahl der Anbieter wieder eingeschränkt werden (vgl. Lewis/Glennerster 1996, 9). Allerdings verzichtete die Regierung auf verpflichtende Ausschreibungen im Bereich der *Community Care*. Zur Kontrolle des Fortschritts der Privatisierung und der Effizienzsteigerung sollten die Kommunen jährlich Dreijahres-*Community-Care*-Pläne aufstellen bzw. aktualisieren (The Guardian 1989b, 17.11.).

Die *Labour Party* kritisierte nach Erscheinen des *White Paper* die Privatisierungspläne und die Schaffung von Marktstrukturen im Pflegesektor. Schattenminister *Cook* spricht von "Thatcher's last hurrah" und "a doomed attempt to impose the discredited dogma of privatization on services to elderly and disabled people" (The Guardian 1989b, 17.11.). Die *Labour Party* befürchtete zudem, dass

27 Man spricht von *Quasi*-Märkten, weil die geplanten Marktstrukturen in einigen Punkten von konventionellen Märkten abweichen. Auf der Angebotsseite sind nicht alle Anbieter profitorientiert und auf der Nachfrageseite ist das Budget vorgegeben und die Konsument/innen können nicht frei entscheiden, sondern werden durch *Care*-Manager/innen vertreten (vgl. Le Grand 1991, 1259f.; Means u.a. 2002, 129ff.).

die Kommunen gezwungen würden, ihre Altenheime an private Anbieter zu verkaufen (vgl. Press Association 1989b, 16.11.). Die Kritik war insofern berechtigt, als die Regierung plante, dass die Kommunen für die Unterkunft und Verpflegung in öffentlichen Heimen selbst aufkommen müssten, während diese Bereiche in privaten und freigemeinnützigen Einrichtungen aus dem Sozialversicherungsetat übernommen werden sollten.

Die dritte ressourcenbezogene Kontroverse betrifft das kommunale *Assessment*, also die neue Rolle der Kommunen als Entscheidungsinstanz in Bezug auf häusliche oder stationäre Pflegeversorgung. Die Regierung versprach sich von dieser Reform, dem Umbau der *Social Services Departments* zu „'enabling' agencies", eine stärkere Management-Orientierung und damit eine stärkere Effizienzorientierung (Department of Health 1989, 5; vgl. auch Press Association 1989b, 16.11.). Die *Case-* oder *Care-*Manager/innen sollten vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen den Versorgungsbedarf der Pflegebedürftigen beurteilen. Dabei sollten sie sowohl die Leistungen auf schwere Fälle begrenzen als auch die häuslichen Pflegepotentiale der Pflegebedürftigen berücksichtigen (vgl. Baldock 2003b, 121). Auch die ökonomisch begründete Bevorzugung ambulanter gegenüber stationären Versorgungsformen war Ziel des gemeinsamen Budgets für die Altenpflege (vgl. Langan 1990, 59).

Die *Labour Party* kritisierte die *Assessment-* und *Targeting*-Pläne der Regierung und befürchtete, dass viele Pflegebedürftige daraufhin ihren Anspruch auf soziale Dienste verlören (vgl. Press Association 1989b, 16.11.). Die Kritik zielte auf die Folgen des *Targeting*, also die schlechtere Versorgung bzw. die vermehrte Eigenfinanzierung oder familiäre Eigenerbringung von Pflegeleistungen bei den nicht schwer(st) Pflegebedürftigen.

Die letzten beiden Konfliktlinien spielten zwar im Rahmen der politischen Debatte und der medialen Berichterstattung darüber eine wichtige Rolle, beeinflussten den Gesetzgebungsprozess allerdings nicht weiter. Die konservative Regierung war nicht zu Zugeständnissen gezwungen, weil hier parteiintern keine Kontroverse bestand und die Regierungsmehrheit ausreichte, um das Gesetz zu verabschieden.

8.2.3.2 Der *NHS and Community Care Act* im Kontext des sozio-politischen Akeursspektrums

Neben den politischen Parteien und der Regierung spielten noch andere Akteure im Kontext der Reform eine wichtige Rolle. Dazu zählten auf der politischen Ebene die Verbände der Kommunen und die *Social Services Departments*, auf der (zivil-)gesellschaftlichen Ebene die Wohlfahrtsorganisationen, die Orga-

nisationen der Pflegenden sowie die medizinischen und sozialarbeiterischen Berufsverbände und die Gewerkschaften.

Die kommunalen Interessen wurden in der Debatte von zwei Verbändegruppen vertreten. Dabei handelte es sich zum einen um die Verbände der Kommunen, die *Association of Metropolitan Authorities,* die *Association of County Councils* und die *Association of District Councils*,[28] zum anderen um die Vertretung der *Social Services Departments* innerhalb der Kommunen, die *Association of Directors of Social Services (ADSS).*

Die *ADSS* begrüßte die Vorschläge aus dem *Griffiths*-Report und dem *White Paper* und wäre gerne bereit gewesen, die Verantwortung für die sozialen Dienste zu übernehmen (vgl. Langan 1990, 59). In der Phase nach der Veröffentlichung des *Griffiths*-Reports beklagte die *ADSS* öffentlich die Untätigkeit der Regierung, beispielsweise durch eine gemeinsame Erklärung zusammen mit der *British Medical Association (BMA)*. "The BMA and ADSS believe that a publicily [sic!] accountable lead agency should assume responsibility for community care in each locality. There should be better use made of the funds available within the social security system, some of which could more appropriately be allocated to community care." (PR Newswire Europe 1989, 28.04.)

Die *ADSS* und die Kommunen befürchteten allerdings, dass nur Teile des Sozialversicherungsetats, der für Ältere in Pflegeheimen ausgegeben wird, auch wirklich an die Kommunen weitergegeben werde (vgl. Lewis/Glennerster 1996, 28). Nach der Veröffentlichung des *White Paper* kritisierte die *ADSS*, dass der Vorschlag der Zweckbindung aus dem *Griffiths*-Report von der Regierung nicht aufgenommen wurde (vgl. The Guardian 1989b, 17.11.; Press Association 1989b, 16.11.; The Independent 1990a, 24.03.). Auch im Sozialausschuss äußerte sich die *ADSS* kritisch zu den Regierungsplänen (vgl. Social Services Committee 1990, xi). Weiter formulierte sie Bedenken gegenüber den Anreizen zugunsten profitorientierter und gemeinnütziger Träger, v.a. im Heimbereich. Jede Art von Wettbewerbsverzerrungen sei schlecht für die Konsument/innen, so das Argument der *ADSS*. "Local authorities must be able to compete with the private sector on equal terms." (vgl. Press Association 1989b, 16.11.)

Die drei kommunalen Verbände, von denen die *Association of County Councils* und die *Association of District Councils* in diesem Zeitraum von den Konservativen kontrolliert wurden, die *Association of Metropolitan Councils* dagegen von der *Labour Party,* äußerten sich nicht in der Presse zur *Community-Care*-Reform. Im

28 Im Jahr 1997 haben sich die drei Verbände zur *Local Government Association (LGA)* zusammengeschlossen.

Rahmen des Sozialausschusses traten die *Association of Metropolitan Councils* und die *Association of County Councils* für die Zweckbindung der Mittel ein (vgl. Social Services Committee 1990, viii). Darüber berichtete auch der *Labour*-Abgeordnete *Tom Clarke* in der zweiten Lesung des Gesetzes (vgl. HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770, Clarke). Zudem forderte die *Association of County Councils* die Erhöhung der finanziellen Ressourcen, um die neue Verantwortung tragen zu können (vgl. Social Services Committee 1990, ix; vgl. auch HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569, Hinchliffe).

Im Zuge der Einführung der kommunalen *Poll Tax* trat die *Association of District Councils* Anfang Juli 1990 für eine Verschiebung der Einführung des Gesetzes ein. Sie sah die Kommunen darin überfordert, die zusätzlichen Aufgaben und Ausgaben, die mit der *Community Care* verknüpft waren, zu übernehmen. "The Association of District Councils urged the Government to postpone for a year its plans to transfer to local government responsibility for care in the community, which the Government is considering to help reduce the inevitable rise in the poll tax." (The Independent 1990c, 06.07.)

Die *Association of County Councils* und die *Association of Metropolitan Authorities* hielten an der Einführung der *Community-Care*-Reformen im Jahr 1990 fest. Die Verschiebung sei eine schnelle Lösung auf Kosten der Älteren, so die beiden kommunalen Verbände (vgl. Press Association 1990, 18.07.; The Independent 1990c, 06.07.). Auch die *Association of Directors of Social Services (ADSS)* beklagte die Verschiebung der Einführung (The Independent 1990d, 19.07.).

Ein wichtiger zivilgesellschaftlicher Akteur sind die Freiwilligenorganisationen und -verbände, die von der *Community-Care*-Reform direkt betroffen waren. Erwähnenswert ist das *National Council for Voluntary Organisations (NCVO)*, der Dachverband vieler Freiwilligen- und *Non-Profit*-Organisationen. *Das NCVO* vertritt die Interessen der Freiwilligenorganisationen und fungiert als Sprachrohr der Organisationen zur Regierung. "Influencing government policy formed the cornerstone of NCVO's work", so die Selbstbeschreibung des Verbands auf dessen Homepage (vgl. National Council for Voluntary Organisations).

> "Community care had become a substantial issue for NCVO following Sir Roy Griffiths' report Agenda for Action in 1988. The Government supported Sir Roy Griffiths' recommendations that local authorities take on an enabling and regulatory role in service provision. The implications for the voluntary sector were substantial. Community Care Alliance represented over 120 organisations with an interest in community care." (National Council for Voluntary Organisations)

Die Freiwilligenorganisationen begrüßten generell die Machtverschiebung zugunsten der Kommunen. Bereits im Oktober 1988 meldete sich die Dachor-

ganisation *„Community Care Now!"* zu Wort, in der sich eine Menge Freiwilligenorganisationen und Berufsverbände zusammengefunden hatten, und setzten sich für die schnelle Umsetzung der Vorschläge aus dem *Griffiths*-Report ein (vgl. Prowse 1988, 06.10.). Allerdings äußerten sich die Freiwilligenorganisationen auch sofort zur Frage der finanziellen Mittel. "We now look forward to Government assurances that the level of resources available to local authorities will recognise the true costs of providing care for the most vulnerable people in our society." (Press Association 1989a, Sally Greengross/Age Concern)

Sofort nach Bekanntwerden der Regierungspläne wandten viele Freiwilligenorganisationen und das *NCVO* in einer schriftlichen Stellungnahme ein, dass sie nur dann ihre Leistungen zu günstigeren Preisen anbieten könnten, wenn sie Gehaltskürzungen vornehmen oder die Arbeitsbedingungen verschlechtern würden und zwar unterhalb des Standardniveaus der öffentlichen Anbieter und dass dies keine Garantie für die Qualität bedeute (vgl. Langan 1990, 65). Daher wurden von Seiten der Freiwilligenorganisationen Forderungen nach einer höheren Finanzierung laut.

Generell versuchte das *NCVO* als Dachorganisation in der Debatte um die *Community-Care*-Reform sowohl die Interessen der großen wie die der kleinen Freiwilligenorganisationen zu vertreten, die zum Teil deutlich voneinander abwichen. So hieß es in der Reaktion auf das *White Paper* beispielsweise: "[M]any voluntary bodies would want to rise to the challenge, but none would 'compete to run services on the cheap'" (Press Association 1989b, 16.11.). Hier wurde das Interesse der großen Verbände an einem Einstieg in die sozialen Dienste ebenso berücksichtigt wie die Bedenken der kleineren Organisationen gegenüber einem Lohnsenkungswettbewerb.

Die großen, auf nationalstaatlicher Ebene organisierten, professionellen privaten *Non-Profit*-Organisationen, wie *Help the Aged,* die *Spastics Society* (seit 1994: *Scope*) und *Age Concern*, begrüßten nicht nur die Regierungsvorschläge, den Kommunen mehr Verantwortung und Macht zu geben (vgl. Langan 1990, 59), sie witterten auch die Chance, ihre Macht und ihren Einflussbereich zu vergrößern, weil sie nun nicht mehr nur die öffentlichen sozialen Dienste ergänzen, sondern ersetzen sollten (vgl. Langan 1990, 65). Die *Spastics Society* äußerte sich positiv zur *Community-Care*-Reform und betonte die im Zentrum der Reform stehende Wahlfreiheit der Konsument/innen. *Age Concern* begrüßte die Tatsache, dass Verträge mit den lokalen Behörden nun umfassender und formalisierter ausgestaltet würden. Nach der Veröffentlichung des *White Paper* wurden von den großen *Non-Profit*-Organisationen allerdings auch kritische Punkte angeführt. So wurden – wie von der *Labour Party* – die fehlende Zweckbindung der Mittel

und die fehlende Garantie ausreichender Mittel kritisiert. Dies geschah zum einen über die Medien (vgl. Press Association 1989b, 16.11.), zum anderen im Rahmen des Sozialausschusses (vgl. Social Services Committee 1990). Weiter zeigte sich die *Spastics Society* nach der Veröffentlichung des *White Paper* sehr besorgt über die Verlagerung der Versorgung von Behinderten vom öffentlichen in den profitorientierten und freigemeinnützigen Sektor (vgl. The Guardian 1989b, 17.11.).

Deutlich kritischer zu einem der Hauptpunkte der *Community-Care*-Reform, dem Ab- bzw. Rückbau oder Verkauf öffentlicher sozialer Dienste und Einrichtungen, äußerten sich die kleineren, zum Teil auch radikaleren Freiwilligenorganisationen. Sie befürchteten finanzielle Schwierigkeiten, weil einerseits die Einnahmen sinken sollten, während andererseits die Ausgaben stiegen und keine zusätzlichen öffentlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden sollten. Daher zeigten die kleineren Freiwilligenorganisationen eher Zurückhaltung in Bezug auf die Pläne der Regierung über die zukünftige Rolle der Freiwilligenorganisationen im neuen *Community-Care*-System. Eines der größten Bedenken der Freiwilligenorganisationen Anfang der 1990er Jahre bezog sich auf die Folgen ihrer neuen Rolle als Anbieter sozialer Dienste und als Vertragspartner der Kommunen für ihr eigenes Selbstverständnis. Die Freiwilligenorganisationen befürchteten, dass sie ihre führende Rolle als Interessenvertretung der Älteren gegenüber der Regierung und bei der innovativen Weiterentwicklung von Hilfsstrukturen und Diensten für Ältere verlieren könnten, wenn sie fest in das System der Altenbetreuung und -versorgung integriert würden. Die Freiwilligenorganisationen in Großbritannien traten bis dahin häufig als Innovatoren in Erscheinung, sie vertraten die Interessen der Nutzer/innen sozialer Dienste und nahmen die Rolle als 'Anwälte der Betroffenen' gegenüber den lokalen Behörden ein. Wenn die *Social Services Departments* nun eine Managementrolle einnähmen, könnten neue Konflikte entstehen. Die kleineren Freiwilligenorganisationen befürchteten, ihre Unabhängigkeit und ihren Status als lokale Initiativen zu verlieren. Wer von den kommunalen Geldern abhängig sei, könne sich nicht mehr frei für die Belange der Älteren einsetzen, so die Argumentation (vgl. Means u.a. 2002, 122f.). Zudem zeigten sich die kleineren Verbände besorgt über die Belastung, sich nun Management- und finanzielle Kenntnisse anzueignen oder zu akquirieren (vgl. Langan 1990, 66).

Die Interessen der privaten Anbieter sozialer Dienste und Einrichtungen waren ebenso uneinheitlich. Die *Registered Nursing Homes Association*, der Verband der Pflegeheime, begrüßte die neue, herausragende Rolle der profitorientierten Pflegeheime im neuen *Community Care* Arrangement. "[I]t has the expertise and a caring attitude to provide 'homely' environments in cost-effective settings." (Press

Association 1989b, 16.11.) Während die Unternehmer/innen im neu entstehenden profitorientierten Sektor die Regierungspläne des *White Paper* begrüßten (vgl. Langan 1990, 59), waren die Träger privater Pflegeheime besorgt, dass die Sozialversicherungsausgaben, die nun an die Kommunen überwiesen werden sollten, nicht mehr für private Pflegeheimplätze ausgegeben werden sollten (vgl. Lewis/Glennerster 1996, 28). Bei den meisten gewinnorientierten Anbietern sozialer Dienste handelte es sich um kleine Unternehmen, die auf kommunaler Ebene aktiv sind. Es gab kaum große Verbände, die diese Leistungen anboten (vgl. Holdenrieder 2003, 191; Cangiano/Shutes 2010, 44). Daher wurden die Interessen der gewinnorientierten Träger sozialer Dienste im Gesetzgebungsprozess und in der nationalen Presse kaum artikuliert und wahrgenommen.

Im *Griffiths*-Report und im *White Paper* wurde die Bedeutung der informell häuslich Pflegenden betont und Unterstützungsleistungen wurden angekündigt. Die Ausführungen dazu waren allerdings sehr allgemein und unverbindlich gehalten, z.B. hinsichtlich des Versprechens, Möglichkeiten von Pflegenden zu erweitern oder der Betonung der Bedeutung von Kurzzeit- und Verhinderungspflege *(respite care)* (vgl. Langan 1990, 67). "But there [in the White Paper, D.A.] are no *specific* recommendations, particularly in the sphere of income maintenance or in relation to encouraging access to wider involvement in the life of society." (Langan 1990, 67, Herv. i. O.)

Aufgrund dessen kritisierte *Jill Pitkeathley*, die Direktorin der *Carers National Association,* die fehlende Unterstützung häuslich Pflegender durch soziale Dienste (vgl. The Sunday Times 1989, 12.03.). Und *Crossroads*, die größte Wohlfahrtsorganisation im Bereich sozialer Dienste für Pflegende, sagte voraus, dass die Unterstützung informell Pflegender vernachlässigt werden würde, da eine größere Zahl an Älteren häusliche soziale Dienste benötigte (vgl. Press Association 1989b, 16.11.).

Auch Teile der Ärzteschaft übten Kritik an dem Gesetz, v.a. an der Gesundheitsreform. Die *British Medical Association (BMA)*, die die Ärzteschaft als Berufsverband vertritt und auch als Gewerkschaft der Ärzteschaft anerkannt ist und mit dem *NHS* bis dahin die Verträge für Ärzte und Ärztinnen abschloss, startete 1989 eine Kampagne mit Anzeigen und Plakaten gegen die Gesundheitsreform, die sie sich zwei Mio. Pfund kosten ließ. "It opposed the first Government attempts to introduce market forces to the NHS", kann man auf der Homepage der *BMA* nachlesen (vgl. British Medical Association, damaliger Vorsitzender: John Marks). Die Kritik bezog sich allerdings stärker auf die Reform des *NHS*. Die *Community-Care*-Reform wurde eher positiv zur Kenntnis genommen. Nach der Veröffentlichung des *White Paper* vertrat die *BMA* den Standpunkt, dass

es sich um einen ernsthaften und begrüßenswerten Versuch handele, die Unübersichtlichkeit der *Community Care* anzugehen und zu beseitigen. Der Erfolg werde allerdings u.a. von den zur Verfügung gestellten Ressourcen abhängen, so die *BMA* (vgl. Press Association 1989b, 16.11.).

Nach der Bekanntgabe der Regierungspläne durch Gesundheitsminister *Kenneth Clarke* im Juli 1989 äußerten sich die Vertreter/innen der sonstigen Gesundheitsberufe und der Sozialarbeiter/innen einerseits erfreut über die Reformpläne. So begrüßte die *British Association of Social Workers* den Schritt der Regierung sehr, die Verantwortung für die sozialen Dienste den Kommunen zu überantworten. Andererseits zeigten sich die Sozialarbeitsverbände besorgt über die (geringen) finanziellen Mittel, die für die sozialen Dienste zur Verfügung gestellt werden sollten (vgl. Press Association 1989a, 12.07.).

Die meisten Gewerkschaften reagierten wenig begeistert auf die Pläne der Regierung, die Verantwortung für die sozialen Dienste auf die Kommunen zu übertragen bzw. übten Kritik an der Ausgestaltung der *Community-Care*-Pläne. Die *Confederation of Health Service Employees (COHSE)*, die Gewerkschaft der Beschäftigen des *NHS*, bezeichnete die Ankündigung des Gesetzes durch Gesundheitsminister *Clarke* als ein selbstgefälliges nichtssagendes Statement *("a complacent do-nothing statement")* (vgl. Press Association 1989a, 12.07.). *COHSE* kritisierte das *White Paper* dahingehend, dass private Träger die Krise der *Community Care* nicht lösen würden (vgl. Press Association 1989b, 16.11.). Das *Royal College of Nursing*, die Gewerkschaft der Krankenpfleger/innen, warnte davor, dass die *Community Care* den Regierungsvorschlägen zufolge in einer Katastrophe enden werde, wenn keine nationale Aufsichtsbehörde, keine strengen Standards und keine ausreichenden Ressourcen vorhanden seien (vgl. Press Association 1989a, 12.07.). Zudem fehlten die Grundlagen für ein Angebot an integrierten sozialen Diensten, so die Krankenpflegegewerkschaft (vgl. Press Association 1989b, 16.11.). Die *National Union for Public Employees (NUPE)*, die Gewerkschaft der Angestellten im Öffentlichen Dienst, begrüßte zwar die späte Umsetzung der kommunalen Verantwortung für die sozialen Dienste, wie sie im *Griffiths*-Report vorgeschlagen wurde, warnte aber gleichzeitig: "Re-organisation without extra resources will guarantee a continuing financial crisis." (Press Association 1989a, 12.07.) Auch die *National Association of Local Government Officers (NALGO)*, die Gewerkschaft der kommunalen Angestellten des Öffentlichen Dienstes, warf der Regierung vor, eine billige Variante der *Community Care* einführen zu wollen (vgl. Press Association 1989b, 16.11.).

Die politischen und zivilgesellschaftlichen Reaktionen auf die Reform(pläne) zeigen, dass es – je nach Interessenlage – Befürworter/innen und Gegner/innen

der Reform gab, teilweise sogar innerhalb eines Verbandes. Während die *Social Services Departments*, die großen *Non-Profit*-Organisationen, die Anbieter privater Pflegedienste, der Verband der Ärzte und Ärztinnen und der Sozialarbeitsverband die Reform tendenziell begrüßten, reagierten die kleineren Freiwilligenorganisationen, die Vertretungen der informell Pflegenden und die Gewerkschaften eher ablehnend. Allerdings waren sich doch alle (zivil-)gesellschaftlichen Akteure darin einig, dass die öffentliche Finanzierung der *Community Care* unzureichend sein werde.

8.2.4 Der Stellenwert von Pflegearbeit in der Debatte um den NHS and Community Care Act

Auch wenn die informelle Pflege in Großbritannien eine wichtige Rolle spielte (und spielt), und informelle Pflege vorwiegend von Frauen getätigt wird (vgl. Finch/Groves 1985: 218ff.), waren diese Aspekte weder im Kontext der politischen Debatte um die Einführung des *NHS and Community Care Act* noch im Rahmen der medialen Berichterstattung, in der sich die politischen und zivilgesellschaftlichen Akteure zu Wort meldeten, von Bedeutung. "The White Paper virtually ignores the now widely acknowledged fact that the vast majority of carers are women, and fails to take account of years of demands for alternatives which do not exploit women." (Langan 1990, 68)

Lediglich die 'geschlechtslose' informell pflegende Person sollte laut *Griffiths*-Report und *White Paper* unterstützt werden. So führte *Griffiths* in seinem Bericht aus, dass die weitere Unterstützung informell Pflegender wichtig und notwendig sei. Er betonte die häusliche Pflege durch Angehörige und Freunde v.a. deshalb, weil häusliche Pflegearrangements kostengünstiger sind als die institutionelle Pflege. Die informelle Pflege sollte auch im Rahmen des individuellen *Assessment* berücksichtigt werden. Konkret bedeutete dies, dass zunächst die Pflegebedürftigen durch soziale Dienste versorgt werden sollten, die auf keinerlei informelle Pflegeressourcen zurückgreifen können. Im *White Paper* und im Gesetz(entwurf) fand sich dieselbe Argumentation. Die Vernachlässigung der Unterstützung familiär Pflegender kommentierte der *Guardian* in einem Leitartikel nach der Veröffentlichung des *White Paper* kritisch. "Married women should resolve never to forgive *Virginia Bottomley* if she fails to achieve a Carers' Charter." (The Guardian 1989a, 17.11.)

Es ist auffällig, dass die britischen Gewerkschaften zwar die Ressourcenfrage und die geplante Privatisierung thematisierten, allerdings ohne dies in Verbindung zu bringen mit den Auswirkungen auf die Löhne und Arbeitsbedingungen

ihrer Mitglieder, den in den öffentlichen Diensten und Heimen arbeitenden Pflegerinnen und sonstigen Angestellten – zumindest fehlt diese Argumentation in der Medienberichterstattung und im Sozialausschuss.

Baldwin (1994, 192) kommt zu dem Schluss, dass der *NHS and Community Care Act* "reasserts family obligations to provide care." Auch wenn Geschlechterfragen fast keine Rolle in der politischen und öffentlichen Debatte um die *Community-Care*-Reform spielten, so sind doch die geschlechtsspezifischen Auswirkungen der Reform weitreichend, in der häuslichen wie in der professionellen Pflege. Die Schaffung eines Quasi-Marktes, einer Trägerkonkurrenz und eines Wettbewerbs haben Auswirkungen auf die Löhne und Arbeitsbedingungen der professionell Pflegenden, das *Targeting of Services* auf die informelle, weiblich geprägte Pflege. Mit dem Slogan vom Wandel von der *'Care* in *the Community'* zur *'Care* by *the Community'* wird der Wandel von der kommunal angebotenen *Community Care* zur informellen Pflege sehr gut veranschaulicht (vgl. Langan 1990: 61).

8.3 Die Auswirkungen des *NHS and Community Care Act* und die Weiterentwicklung der Altenpflege

Im Folgenden werden die wichtigsten Auswirkungen und Weiterentwicklungen der britischen Altenpflege seit dem *NHS and Community Care Act* dargestellt. Die gravierendste Veränderung der Altenpflege durch die *Community-Care*-Reform besteht in der kompletten Verlagerung der Verantwortung für die Versorgung der Pflegebedürftigen hin zu den Kommunen. *Land* und *Lewis* (1998, 53) beschreiben diesen Prozess als "a massive shift of responsibility downwards without concomitant power" und als "erosion of powers of local government and of local democracy". Der Grund für diese (negative) Einschätzung liegt in der Finanzierung und Kontrolle, die infolge der *Community-Care*-Reform massiv von der zentralstaatlichen Ebene aus gesteuert werden. Der größte Teil der sozialen Dienste wird über Steuern finanziert, die von der zentralstaatlichen Ebene an die Kommunen transferiert werden; nur ein kleinerer Teil, ca. 15%, stammt aus kommunalen Steuern (vgl. Rostgaard/Fridberg 1998, 368). Auf nationaler Ebene werden weiterhin die Entwicklung sozialer Dienste und die Einhaltung bestimmter Mindestbedingungen hinsichtlich der Gesundheit und Sicherheit älterer Menschen festgelegt und kontrolliert. In diesem *Managing Local Authorities*-Prozess werden beispielsweise auf jeder politisch-administrativen Ebene Zielvorgaben für alle Aspekte der Entwicklung sozialer Dienste formuliert. Und die *Social Services Departments* veröffentlichen Ranglisten sozialer Dienste, so dass diese vergleich-

bar werden und Fortschritte gemessen werden können. Zudem kontrolliert das *Social Services Inspectorate (SSI),* die Aufsichtsbehörde für Soziale Dienste, die sozialen Dienste und Einrichtungen sowie die zuständigen Kommunen. Auch eine neue Infrastruktur zur Qualitätskontrolle der sozialen Sorgearbeit wurde eingeführt, zu der das *SSI* ebenso gehört wie das G*eneral Social Care Council (GSCC)*[29]*,* das für die Regulierung und Qualitätssicherung der Professionen im Bereich Gesundheit, Psychologie und soziale Arbeit zuständig ist, sowie das *Social Care Institut for Excellence (SCIE),* das für die Identifizierung und Verbreitung von *Good-Practice*-Modellen im Bereich der sozialen Dienste verantwortlich ist (vgl. Cameron/Moss 2001, 15; vgl. auch Social Services Inspectorate 2003). Die Anbieter sozialer Dienste und von Pflegeheimen müssen sich seit dem Jahr 2003 bei der *Care Quality Commission* registrieren. Die Kommission führt regelmäßige (angekündigte und unangekündigte) Inspektionen durch, um die Einhaltung der Qualitäts- und Sicherheitsstandards zu überprüfen (vgl. Glendinning 2012, 297).

Die Reform der *Community Care* hat das schwierige Verhältnis zwischen Gesundheits- und sozialen Diensten sowie das Problem des *Bed-blocking* nicht zufriedenstellend lösen können (vgl. Baldock 2003b, 114; Malin 2000, 8). Die Reformen der 1980er und 1990er Jahre haben nicht dazu geführt, dass ein in sich kohärentes, integriertes System der medizinischen und sozialen Versorgung von älteren und pflegebedürftigen Menschen entstanden ist. Die Dienste sind weiterhin in hohem Maße fragmentiert und schlecht koordiniert (vgl. Glendinning 1998, 12ff.; Lewis 2001a, 343f.; Nolan u.a. 2004, 10). "In general during the 1990s, the boundary between health and social care still threatened to be a focus for competition and conflict between agencies and professions, rather than for cooperation and collaboration." (Hudson/Henwood 2002, 157) Pflegebedürftige, die sowohl Gesundheits- als auch soziale Dienste benötigen, müssen unter Umständen mehrfach begutachtet werden und erhalten die Dienstleistungen aus unterschiedlichen Quellen (*NHS* und/oder Kommunen). Der Kampf um die Zuständigkeiten zwischen *NHS* und den *Social Services Departments* führte auch dazu, dass die Gesundheitsbehörden wenig Engagement in der (Weiter-)Entwicklung eines adäquaten Angebots an medizinisch-ambulanten Gesundheitsdiensten zeigten (vgl. Glendinning 1998, 13; Lewis 2001a, 347).

Mit der Verantwortungsverlagerung wurde die Grenze um den *NHS* enger gezogen. Er ist nun im Wesentlichen für die medizinische Akutversorgung zu-

29 Das *GSCC* wurde im Jahr 2012 durch das *Health and Care Professions Council (HCPC)* abgelöst.

ständig. Betten für Langzeit-Pflegebedürftige werden seitdem abgebaut. Chronisch Kranke, insbesondere Ältere, werden auf soziale Dienste und informelle Pflege verwiesen (vgl. Land/Lewis 1998, 54). Durch den Rückzug des *NHS* aus der Versorgung der Pflegebedürftigen wurden Aufgaben aus dem Bereich des steuerfinanzierten *NHS* herausgenommen und in den Aufgabenbereich der kommunalen sozialen Dienste, die über einen größeren Ermessensspielraum verfügen, überantwortet (vgl. Langan 1990, 61; Glendinning 1998, 11ff.). Eine Konsequenz dieser Entwicklung ist

> "[...] the transfer of responsibilities for funding and providing long-term care services for older people from a universalist service free at the point of delivery – albeit dominated by professional medical and nursing judgements of need – to the more selective, residual and discretionary domain of local authority social welfare services, in which bureaucratic and procedural processes can now exert considerable influence over access to and levels of service provision." (Glendinning 1998, 15)

In der Tendenz wurden dadurch zunehmend ehemalige Gesundheitsdienstleistungen als soziale Dienstleistungen definiert, bedürftigkeitsabhängig und gebührenpflichtig. Zudem entstand die widersprüchliche Situation, dass die Gesundheitsdienste, die Ältere zuhause in Anspruch nahmen, steuerfinanziert *(NHS)* und frei zugänglich waren, während die medizinische Versorgung in einem Pflegeheim noch bis Anfang der 2000er Jahre zuzahlungspflichtig war (vgl. Burau u.a. 2007, 76f.; Glendinning 1998, 21).

Als die *Labour*-Regierung 1997 an die Macht kam, versprach sie, die 'Berliner Mauer' zwischen Gesundheits- und sozialen Diensten abzureißen und partnerschaftliche Arrangements zu fördern (vgl. Hudson/Henwood 2002, 157). Mit dem *Health and Social Care Act* aus dem Jahr 2001 wurde die Zusammenarbeit von *NHS* und *Social Services Departments* obligatorisch festgeschrieben, wenn sie den Patient/innen dient. Die Erstversorgungs-*Trusts* des *NHS (primary care trusts)* werden seitdem stärker in die Festlegung von Pflegeleistungspaketen einbezogen. Das *Assessment* ist in höherem Maße interdisziplinär, d.h., neben den sozialen Diensten werden auch gesundheits- und wohnbezogene Aspekte verhandelt (vgl. Nolan u.a. 2004, 34f.). An der strukturellen Trennung von Gesundheits- und sozialen Diensten hielt die *Labour*-Regierung allerdings fest (vgl. Hudson/Henwood 2002, 157ff.; Wanless u.a. 2006, 17).

Im Jahr 2012 hat die konservative Regierung unter Ministerpräsident *Cameron* eine Gesundheitsreform *(Health and Social Care Act)* durchgeführt, in der die Trennung zwischen Gesundheits- und sozialen Diensten partiell aufgehoben wird. Der Ministerpräsident sagte im Vorfeld der Reform, sie „must tackle the longstanding and damaging divide between health and social care, including

the bed blocking that still afflicts so many of our hospitals" (Cameron, zit. nach The Guardian 2011, 16.05.). In der Reform, die seit April 2013 in Kraft ist, wird die Verantwortung für eine integrierte Versorgung der Pflegebedürftigen mit Gesundheits- und sozialen Diensten der Kommission für Wohlbefinden in der Kommune *(Community Wellbeing Board)* übertragen, in der hochrangige Vertreter/innen des *NHS*, der Kommunen (u.a. die Leiter/innen der *Social Services Departments),* der öffentlichen Gesundheitsversorgung und von *Healthwatch*[30] vertreten sind (vgl. Handelsblatt 2011, 07.09.; Humphries u.a. 2012).

Die Begutachtung der Pflegebedürftigen findet seit dem *NHS and Community Care Act* auf kommunaler Ebene statt. Sozialarbeiter/innen oder *Care*-Manager/innen entscheiden in einem Begutachtungsverfahren, ob eine Person pflegebedürftig ist und ob ambulante oder stationäre Pflege gewährt wird. Soll die pflegebedürftige Person ambulant versorgt werden, wird weiter entschieden, welche Art von Leistungen von welchen Anbietern gewährt werden. Aufgrund finanzieller Zwänge wurden die Begutachtungsverfahren seit den 1990er Jahren stärker dazu genutzt, Prioritäten bei den Bedürfnissen zu setzen. Die personenbezogenen und hauswirtschaftlichen Dienste werden in hohem Maße auf die schweren Fälle von Pflegebedürftigkeit begrenzt. Die Art der Anspruchsvoraussetzungen, die die Kommunen festlegen, muss den zur Verfügung stehenden Ressourcen entsprechen. In einigen Kommunen wurde daher selbst der Zugang zum Begutachtungsverfahren durch bürokratische Verfahren erschwert (vgl. Glendinning 1998, 18f.; Land/Lewis 1998, 56f.). *Land* und *Lewis* (1998, 57; vgl. auch Arksey 2002) sprechen in diesem Kontext von "rationing services". Das politisch gewollte *Targeting of Services* führte dazu, dass die Zahl der Anspruchsberechtigten seit den 1990er Jahren rückläufig ist: "[I]n directing resources to people with the most intensive needs, a substantial number of people with lesser but still significant needs are not being helped in many cases." (vgl. Wanless u.a. 2006, xxi) Gleichzeitig sind die Stunden pro Pflegebedürftigem bei den schweren Fällen angestiegen. Im Jahr 1992 wurden durchschnittlich gut drei Stunden Pflege pro Pflegebedürftigem und pro Woche gewährt, im Jahr 2005 sind es über 10 Stunden (vgl. Österle 2001, 128; Glendinning 2012, 293f.). Mittlerweile wird in Großbritannien wieder intensiv darüber diskutiert, inwieweit die Vernachlässigung der leichteren Fälle von Pflegebedürftigkeit nicht letztendlich zu höheren Kosten führt, wenn man die Folgekosten der fehlenden Unterstützung

30 *Healthwatch* ist eine seit 2012 bestehende gemeinnützige Organisation, die die Interessen der Patient/innen auf kommunaler Ebene vertritt (vgl. Healthwatch o. J.).

in die Rechnung miteinbezieht (vgl. Wanless u.a. 2006, 16) "For people with low levels of need, there is some evidence that social care, often provided in the community, can delay the use of more intensive services such as nursing home care [...]." (Wanless u.a. 2006, xxiii)

Auch wenn es in Großbritannien keine Unterhaltsverpflichtungen von Kindern gegenüber ihren Eltern gibt, werden zumindest die privaten Ressourcen der Pflegebedürftigen, d.h. potentiell pflegende Angehörige, Nachbarn oder der Freundeskreis, in das kommunale Begutachtungsverfahren einbezogen. Die Grenze zwischen öffentlicher und privater Verantwortlichkeit wird weiter verwischt (vgl. Burau u.a. 2007, 71). Durch die Einbeziehung (potenziell) informell Pflegender und durch die Fokussierung auf die schweren Fälle nimmt der Druck in Richtung häusliche Pflege zu (vgl. Baldwin 1994, 186; Baldock 2003b, 121; Österle 2001, 131). Die Kommunen sparen auf diese Weise Geld. Diese Art der Begutachtung wurde Ende des letzten Jahrhunderts kritisiert und es wurden sog. *Carer Blind Services* gefordert, also die Gewährung sozialer Dienste unabhängig von der Existenz (potentiell) informell Pflegender (vgl. Sutherland 1999, 90; Pickard 2001, 444ff.).

Mit dem *NHS and Community Care Act* nahmen auch die Zuzahlungen zu kommunalen Diensten und Einrichtungen zu, da die Kommunen seitdem die Möglichkeit verstärkt nutzen, Gebühren zu erheben. Zuzahlungen stellen einen gängigen Weg der Kommunen dar, die Lücke zwischen den hohen Bedarfen und den unzureichenden Ressourcen zu schließen. Der finanzielle Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen zu erbringen haben, ist seitdem gestiegen. Das gilt insbesondere für die Leistungen, die vor der *Community-Care*-Reform kostenlos im Rahmen des *NHS* angeboten wurden (vgl. Glendinning 1998, 21; Land/Lewis 1998, 58; Österle 2001, 128).

Die Höhe der Zuzahlungen, die Pflegebedürftige zu den Pflegeleistungen leisten müssen, hängt vom zur Verfügung stehenden Einkommen und Vermögen ab und wird in einer finanziellen Bedürftigkeitsprüfung durch die Kommunen festgestellt. Pflegebedürftige, die im Jahr 2013 ein Vermögen (inklusive des Wertes des Hauses oder anderer Grundstücke) unterhalb von £ 14.250 (16.510 Euro) besitzen, werden von den Kommunen in Bezug auf die stationäre Pflege finanziell unterstützt. Diejenigen, deren Vermögen zwischen £ 14.250 (16.510 Euro) und £ 23.250 (26.938 Euro) liegt, müssen einen gestaffelten finanziellen Beitrag zu den Kosten eines Pflegeheimes zahlen und zwar £ 1 (1,16 Euro) pro Woche pro £ 250 (290 Euro) Ersparnisse. Diejenigen, die ein Vermögen über £ 23.250 (26.938 Euro) besitzen, müssen die gesamten Kosten selbst tragen. Als

Eigenbedarf werden lediglich £ 23.50 (27 Euro) pro Woche nicht angerechnet (vgl. Glendinning 1998, 20; NHS 2012).

Auch für soziale Dienste müssen Zuzahlungen geleistet werden. Diese werden auf kommunaler Ebene festgelegt und variieren beträchtlich, auch zwischen verschiedenen sozialen Diensten und zwischen verschiedenen Bedarfsgruppen. Der Zuzahlungsbetrag ist abhängig vom Pflegebedarf sowie vom wöchentlichen Einkommen und Vermögen (vgl. Glendinning 1998, 20). Die *Royal Commission on Long Term Care,* die 1997 von der *Blair*-Regierung eingesetzt wurde, um Alternativvorschläge zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit zu machen, hat in ihrem Bericht 1999 vorgeschlagen, personenbezogene soziale Dienste steuerfinanziert und zuzahlungsfrei anzubieten, während bei den Lebenshaltungs- und den Wohnkosten bedürftigkeitsorientierte Zuzahlungen geleistet werden sollen (vgl. Sutherland 1999, 55ff.). Die *Blair*-Regierung hat daraufhin zwar die Bedürftigkeitsprüfung für die Krankenpflege in Pflegeheimen abgeschafft, nicht aber generell die kostenlose Inanspruchnahme personenbezogener sozialer Dienste eingeführt (vgl. Comas-Herrera u.a. 2010, 383). Auf Länderebene hat die schottische Regierung im Jahr 2002 soziale Dienste für alle pflegebedürftigen Älteren zuzahlungsfrei zugänglich gemacht. Die neue schottische Regierung, die aus der *Labour Party* und den Liberaldemokraten bestand, folgte damit einem der zentralen Vorschläge der *Royal Commission on Long Term Care*.[31] Demgegenüber können in England, Wales und Nordirland nur ungefähr die Hälfte der Pflegebedürftigen soziale Dienste zuzahlungsfrei in Anspruch nehmen (vgl. Baldock 2003b, 120). Ältere Pflegebedürftige sind hier zunehmend auf eigene Ersparnisse oder familiäre Hilfe angewiesen (vgl. Burau u.a. 2007, 76f.; Glendinning 1998, 21). Schätzungen zufolge nahmen im Jahr 2007 knapp 150.000 über 65-Jährige in England selbst finanzierte soziale Dienste in Anspruch (vgl. Eborall u.a. 2010, 28).

Des Weiteren wurden seit der *Community-Care*-Reform und der allgemeinen Effizienzorientierung im britischen Gesundheitswesen die Alternativen zur stationären Pflege ausgebaut, insbesondere der Bereich der ambulanten häuslichen Pflege. Die Verlagerung der Verantwortung für die gesamte ambulante und stationäre

31 Das schottische Gesetz über den kostenfreien Zugang zu sozialen Diensten für Pflegebedürftige ist eine Folge des jüngeren De-Zentralisierungsprozesses in Großbritannien. Es ist Ausdruck einer ('linken') sozialpolitischen Vorreiterrolle, einer regionalen Zusammengehörigkeit sowie einer Abgrenzung von England und der Sozialpolitik unter Premierminister *Blair*. *Williams* und *Mooney* (2008, 500) nennen dieses Gesetz ein Beispiel für schottische "territorial politics" und für räumliche Diversität innerhalb Großbritanniens.

Pflege in die Hand der Kommunen führte zu einem Ambulantisierungsprozess, v.a. aufgrund der Kosten, die die Kommunen dadurch einsparen konnten. Auf diese Weise wurden auch die Sozialhilfeausgaben für Bewohner/innen privater Pflegeheime gestoppt (vgl. Land/Lewis 1998, 55). Die Zahl der Pflegeheime geht zurück, wohingegen die Zahl der ambulanten Pflegedienste ansteigt (vgl. Knapp u.a. 2001, 290f.). Die ambulante Versorgung der Pflegebedürftigen ersetzt aber nicht nur die stationäre Pflege. Der *NHS* interpretiert die *Community-Care*-Reform auch dahingehend, dass Pflegebedürftige nun v.a. durch die Kommunen versorgt werden (sollen). Längere Krankenhausaufenthalte pflegebedürftiger älterer Menschen nehmen seitdem ab (vgl. Lewis 2001a, 349f.). Zwischen 1983 und 1996 hat dementsprechend auch die Zahl der Krankenhausbetten für ältere Menschen um 38% abgenommen (vgl. Glendinning 1998, 11f.). Umgekehrt hat seit dem Jahr 2004 die Zahl der sozialen Dienste um 29% zugenommen (vgl. Eborall 2010: 24ff.).

Wie im Gesetz vorgesehen, geht mit dem Ambulantisierungsprozess die Privatisierung sozialer Dienste und Einrichtungen einher. Kontext der Privatisierungsentwicklungen sind die Haushaltszwänge, die Einführung gedeckelter Budgets und die Beschränkung sozialer Dienste auf die schwer(st) Pflegebedürftigen (vgl. Glendinning 1998: 11f.). Der Öffentliche Sektor hat sich – wie im *NHS and Community Care Act* vorgesehen – aus dem Angebot sozialer Dienste weitgehend zurückgezogen, einen Quasi-Markt geschaffen und die (Weiter-)Entwicklung sozialer Dienste privaten und freigemeinnützigen Anbietern überlassen. Wurden im Jahr 1992 noch 98% der sozialen Dienste von öffentlichen Trägern angeboten, so sind es im Jahr 2006 nur noch gut ein Viertel (vgl. Glendinning 2012, 294; NHS Information Centre 2007, 3; vgl. dazu auch: Knapp u.a. 2001, 289f.; Holdenrieder 2003, 191; Land/Lewis 1998, 54ff.; Nolan u.a. 2004, 10; Forder u.a. 2004, 208; Cameron/Moss 2001, 18f.). Im Jahr 2006 nahmen in England knapp 360.000 Patient/innen soziale Pflegedienste in Anspruch, die entweder im Auftrag der Kommunen oder von der Kommune selbst angeboten wurden. Davon nehmen knapp über 100.000 Haushalte öffentliche soziale Dienste in Anspruch, und gut 250.000, also mehr als doppelt so viele Haushalte, nehmen private oder freigemeinnützige soziale Dienste[32] in Anspruch (vgl. NHS Information Centre 2007, 6). Im Jahr 2009 werden gut drei Viertel der sozialen Dienste von privaten Trägern angeboten und jeweils 12% von freigemeinnützigen und von öffentlichen Trägern (vgl. Eborall u.a. 2010, 24ff.).

32 In der britischen amtlichen Statistik wird keine Unterscheidung zwischen gewinnorientierten und freigemeinnützigen Trägern vorgenommen.

In Bezug auf die Entwicklung der sozialen Dienste sprechen *Yeandle* und *Stiell* (2007, 113) von der "modernization agenda for social services", den die konservative Regierung unter Premierministerin *Thatcher* angestoßen hat. Durch die Verschiebung des Angebots an sozialen Diensten weg von öffentlichen Anbietern hin zu gewinnorientierten und freigemeinnützigen Organisationen wurde eine *Mixed Economy of Care* durchgesetzt. Die *Royal Commission on Long Term Care* kommt im Jahr 1999 zudem zu dem Ergebnis, dass der Zugang zur und die Nutzung der *Community Care* weniger vom Bedarf, sondern stärker vom Einkommen, der sozialen Schicht sowie dem Wohnort abhängt (vgl. Baldock 2003b, 114).

Im Bereich der stationären Pflege zeichnet sich eine ähnliche Entwicklung ab.[33] Seit den 1980er Jahren nimmt der Anteil der öffentlichen Pflegeheime ab, während der Anteil der gewinnorientierten Träger zunimmt. Im Jahr 1996 leben 64% der Bewohner/innen von Altenheimen in privaten Heimen, 22% leben in Heimen kommunaler Träger und 15% in Pflegeheimen gemeinnütziger Träger. Im Jahr 1985 waren 0,48% der über 65-Jährigen in privaten Pflegeheimen untergebracht, im Jahr 1996 waren es 1,72% (vgl. Rostgaard/Fridberg 1998, 417f.; Österle 2001, 127). Im Jahr 2009 werden 73% der Altenheime und 89% der Pflegeheime von privaten Trägern getragen, knapp ein Fünftel der Alten- und ein Zehntel der Pflegeheime werden von freigemeinnützigen Trägern und nur 7% der Alten- und 1% der Pflegeheime von öffentlichen Trägern getragen. Zwischen 2004 und 2009 ist die Zahl der Altenheime um 9% gesunken, während die Zahl der Pflegeheime um 4% angestiegen ist. Die Zahl der Plätze in Altenheimen ist um 6% gesunken, die Zahl der Plätze in Pflegeheimen dagegen um 10% gestiegen (vgl. Eborall u.a. 2010, 18ff.).

Die privaten und die freigemeinnützigen Träger sollen Alternativen zu den öffentlich angebotenen sozialen Diensten und Einrichtungen bieten. Durch die untereinander konkurrierenden Träger sollen – so die Idee – nicht nur effizientere Arbeitsweisen gefördert, sondern auch die Wahlmöglichkeiten der

33 In Bezug auf die stationäre Versorgung der Älteren und Pflegebedürftigen muss zwischen Altenheimen *(residential homes, care homes)*, in denen ältere Menschen mit kontinuierlichem Unterstützungsbedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens wohnen, und spezielleren Pflegeheimen *(nursing homes, care homes with nursing)*, in denen chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen untergebracht sind, unterschieden werden. Zudem gibt es noch Hospize, in denen schwer Kranke eine Sterbebegleitung erhalten. Im Jahr 2001 gab es in Großbritannien 30.700 Alten- und Pflegeheime, wobei sich die Zahl in den letzten Jahren kaum verändert hat. In den Alten- und Pflegeheimen arbeiten ca. 557.000 Beschäftigte, 13% davon in öffentlichen Alten- und Pflegeheimen (vgl.Cameron/Moss 2001, 31).

Konsument/innen vergrößert werden. Doch trotz der zunehmenden Trägervielfalt haben sich die Wahlmöglichkeiten der älteren Menschen vielfach nicht vergrößert. "[D]espite the rhetoric of consumerism in public services, many older people have little choice over the services available to them." (Glendinning 1998, 12) Die Wahl der sozialen Dienste wird im Rahmen des *Assessment* getroffen, so dass die Pflegebedürftigen selbst kaum mitentscheiden können (vgl. Land/Lewis 1998, 56; vgl. auch Glendinning 2012, 295).

Im Jahr 2009 startete die *Labour*-Regierung die sog. *Big Care Debate.* In dieser Initiative ging es zum einen darum, die Bevölkerung angesichts des gesellschaftlichen Alterungsprozesses darüber zu informieren, welche finanziellen Lücken bestehen und wie sie gefüllt werden können. Im *Green Paper "Shaping the future of care together"* aus dem Jahr 2009 wurden Finanzierungs- und Organisationsalternativen aufgelistet (vgl. HM Government 2009). Dabei ging es v.a. um den Grad der individuellen versus der öffentlichen Finanzierung von Pflegebedürftigkeit. Als Alternativen wurden dem residualen Modell drei Modelle gegenüber gestellt: erstens ein Partnerschaftsmodell, in dem ein Teil der Pflege öffentlich finanziert wird, ein anderer Teil privat (allerdings in Abhängigkeit von den individuellen finanziellen Ressourcen), zweitens ein freiwilliges Versicherungsmodell, in dem diejenigen, die eine Versicherung abschließen, einen Teil der sozialen Dienste kostenfrei erhalten, sowie drittens das in Schottland bereits eingeführte universelle Modell des kostenfreien Zugangs zu sozialen Diensten, das durch einen individuellen Finanzierungsanteil finanzierbar gemacht werden soll (vgl. HM Government 2009, 16ff.). In der öffentlichen Debatte wurden sowohl individuelle Standpunkte als auch Positionen der pflegebezogenen Akteure und Verbände sowie besonders betroffener Personengruppen eingeholt. Auf der Basis des *Green Paper* und der öffentlichen *Care*-Debatte veröffentlichte die *Labour*-Regierung im März 2010 das *White Paper "Building the National Care Service",* in dem angekündigt wurde, einen nationalen *Care*-Service einzurichten, in den u.a. der kostenfreie Zugang zu personenbezogenen sozialen Diensten für die schwersten Fälle von Pflegebedürftigkeit gewährleistet ist. Aufgrund des Regierungswechsels im Mai 2010 wurde das *White Paper* nicht mehr umgesetzt (vgl. Comas-Herrera u.a. 2010, 375ff.; van Hooren 2011, 120).

Die neue Regierung unter Premierminister *Cameron* setzte bereits im Juni 2010 eine Kommission ein, die sich erneut mit der Frage der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit auseinandersetzen sollte, die *Commission on Funding of Care and Support* (sog. *Dilnot-Commission* nach dem Vorsitzenden *Andrew Dilnot*). Der Kommissionsbericht erschien Mitte 2011 und der wichtigste Vorschlag

bestand darin, eine Ausgabenbegrenzung für Pflegebedürftige einzuführen. Ab dem Moment, wo Pflegebedürftige £ 35.000 (40.630 Euro) für ihre Pflege ausgegeben haben, soll der Staat die weiteren Kosten übernehmen. Zudem soll die Einkommens- und Vermögensgrenze, ab der die stationäre Pflege komplett selbst gezahlt werden muss, deutlich von £ 23.250 auf £ 100.000 (von 26.990 Euro auf 116.086 Euro) angehoben werden. Die *Dilnot*-Kommission forderte zudem, die Anspruchsvoraussetzungen auf nationaler Ebene festzulegen (vgl. Commission on Funding of Care and Support 2011). Der Vorschlag der Kommission, eine Ausgabenbegrenzung einzuführen, wurde von der Regierung im *Care Act*, der seit April 2016 in Kraft ist (vgl. Parliamentary Business 2014), aufgenommen. Die Grenze liegt allerdings bei £ 72.000 (83.582 Euro). Die Anhebung der Einkommens- und Vermögensgrenze, ab der die stationäre Pflege komplett selbst finanziert werden muss, wurde auf £ 118.000 (136.982 Euro) angehoben (vgl. Government UK 2014a; Humphries 2013, 3ff.).

8.4 Der Wandel der Regulierung von Pflegearbeit seit dem *NHS and Community Care Act*

8.4.1 Der Wandel der Regulierung familiärer Pflegearbeit

8.4.1.1 Die *Attendance Allowance*

In Großbritannien spielt die informelle Pflege traditionell eine wichtige Rolle. Es war eines der ersten Länder, in denen bereits in der ersten Hälfte der 1970er Jahre finanzielle Leistungen für Pflegebedürftige und für informell Pflegende eingeführt wurden. Als erstes wurde Ende 1971 die *Attendance Allowance*, ein Pflegegeld für Behinderte, eingeführt. Dieses Pflegegeld erhielten geistig oder körperlich Behinderte jeden Alters, die nicht in der Lage waren, sich selbst zu versorgen (vgl. Horton/Berthoud 1990, 3). Es gab (und gibt) zwei Leistungen, die *Higher Rate* und die *Lower Rate*. Erstere wird gezahlt, wenn die behinderte Person eine 24-Stunden-Pflege benötigt, letztere, wenn sich die Pflege 'nur' auf den Tag oder die Nacht bezieht (vgl. Leat/Ungerson 1994, 264; Horton/Berthoud 1990, 3). Die Leistung ist weiter nicht beitragsbezogen, d.h., sie ist nicht in das soziale Sicherungssystem einbezogen (vgl. Holdenrieder 2003, 193; Horton/Berthoud 1990, 3f.). Die *Attendance Allowance* ist weder einkommensbezogen noch bedürftigkeitsgeprüft, und sie ist zudem nicht steuerpflichtig. Sie betrug im Jahr 1988 £ 22 (26 Euro) bzw. £ 33 (39 Euro) pro Woche. Der größte Teil der Bezieher/innen waren ältere Menschen. Im Jahr 1988 waren 72% der Bezieher/innen über 60 Jahre alt (vgl. Horton/Berthoud 1990, 3). Die konser-

vative Regierung unter Premierminister *Heath*, die diese Leistung eingeführt hatte, ließ offen, wofür das Geld verwendet werden sollte. Dennoch kann man aufgrund der Konstruktion der Leistung feststellen, dass es sich nicht um eine Lohnersatzleistung handelt, sondern um finanzielle Mittel, die dazu verwendet werden sollten, die Extrakosten, die durch die Behinderung entstehen (z.B. die Zuzahlungen zu sozialen Diensten), oder die Kosten für häusliche oder personelle Pflege zu finanzieren (vgl. McLaughlin 1991, ix; Rostgaard/Fridberg 1998, 402). Die qualitative Studie von *Horton* und *Berthoud* (1990, 4) bestätigte dies. Die Bezieher/innen von *Attendance Allowance* gaben die Mittel entweder an informell pflegende Angehörige oder Freunde weiter oder sie finanzierten soziale Dienste damit. Zu letzteren zählten bis zur *NHS and Community-Care*-Reform v.a. die öffentlichen Angebote an sozialen Diensten, später dann auch die Angebote privater und freigemeinnütziger Träger.

Im Jahr 1991 wurde die *Disability Living Allowance* eingeführt und von der *Attendance Allowance* abgegrenzt. Die *Disability Living Allowance* erhalten seitdem Behinderte unter 65 Jahren, deren Mobilität eingeschränkt ist. Die *Allendance Allowance* wurde demgegenüber im *Social Security (Contributions and Benefits) Act* und in den *Social Security (Attendance Allowance) Regulations* (Inkrafttreten: 1992) auf über 65-Jährige begrenzt, die wegen Krankheit oder Behinderung mindestens sechs Monate Pflege benötigen und zuhause leben (vgl. Spicker 2011, 168).[34]

Mit dieser Neuregelung wurde aus dem Behindertenpflegegeld ein Alterspflegegeld. Die *Attendance Allowance* bleibt weiterhin eine nicht beitragsbezogene, nicht bedürftigkeitsgeprüfte, steuerfreie Leistung. Das (Alters-)Pflegegeld beträgt heute (2016), je nach Pflegebedarf, zwischen £ 55,10 *(lower rate)* und £ 82,30 *(higher rate)* (zwischen 69 und 104 Euro pro Woche) (vgl. Department of Work and Pensions o. J.; Government UK 2016a). Mit dieser eher symbolischen Leistung können die Kosten der Pflegebedürftigkeit allerdings nicht komplett finanziert werden. "Neither rate [...] is high enough to employ someone 'properly' but there is increasing evidence that recipients are construing the Allowance as the means by which they can employ someone on a casual basis, or pay a relative or neighbor for occasional services." (Leat/Ungerson 1994, 264)

---

34 Von diesen Leistungen abgesehen gibt es noch ein Dauerpflegegeld. Dieses erhalten Personen, die aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit zu 100% erwerbsunfähig sind und dauerhaft Pflege und Betreuung benötigen *(Constant Attendance Allowance).* Es beträgt, je nach Grad der Pflegebedürftigkeit, im Jahr 2014 zwischen £ 32,25 und £ 129.40 pro Woche (vgl. Government UK 2014c).

Die *Attendance Allowance* ist steuerfinanziert und wird vom *Department for Work and Pensions* (vor 2001: *Department of Social Security*) verwaltet (vgl. Holdenrieder 2003, 197). Im Jahr 2013 erhalten 1,5 Mio. Personen (Alters-) Pflegegeld (vgl. Department of Work and Pensions o. J.). Im Jahr 2002 haben 44% der Bezieher/innen von *Attendance Allowance* die Geldleistung dazu genutzt, informell Pflegende zu finanzieren und weitere 18% haben die Finanzierung informeller mit formeller Pflege kombiniert. Nur 9% nutzen die Leistung, um ausschließlich formelle Pflege zu finanzieren. 29% verwenden die Geldleistung für andere Zwecke (vgl. Wanless u.a. 2006, 94).

8.4.1.2 Die *Invalid Care Allowance/Carer's Allowance*

Großbritannien war auch ein Pionierland in Bezug auf die materielle Unterstützung von Pflegenden, die bereits Mitte der 1970er Jahre eingeführt wurde. "The UK was the first country in Europe to pay for private (in the sense of informal) care for ill and elderly adults, with the introduction in 1976 of a social security payment for a person providing care." (Daly/Rake 2003, 52) *Lewis* betont, dass es u.a. britische Feministinnen waren, die Leistungen für Sorgearbeitende gefordert hatten und maßgeblich an der Einführung derartiger Leistungen beteiligt waren (vgl. Lewis 1992, 170; Baldwin 1994, 187). Die Interessen der politischen Akteure waren allerdings etwas anders gelagert. Die Einführung der Leistung für informell Pflegende erfolgte im Kontext der *Community Care,* und das politische Ziel bestand darin, die Pflegebedürftigen durch die Kombination aus altersgerechtem Wohnen, hochwertigen sozialen Diensten und der Unterstützung informeller Pflege von den teuren Alten- bzw. Pflegeheimen fernzuhalten. In diesem Sinne schreibt das *Department of Health and Social Security* im Jahr 1981:

> "Whatever level of public expenditure proves practicable and however it is distributed, the primary sources of support and care for elderly people are informal and voluntary [...]. It is the rôle of public authorities to sustain and, where necessary, develop – but never to displace – such support and care. Care in the community must increasingly mean by the community." (Department of Health and Social Security 1981: 3, zit. nach Means/Smith 1998, 5)

Häusliche Pflege durch (weibliche) Angehörige, die als Alternative zur teuren, rigiden und bürokratischen Pflege in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen und manchmal auch zur ambulanten Pflege angepriesen wurde (vgl. Means/Smith 1998, 5), sollte durch eine finanzielle Leistung gefördert werden.

Konkret führte die damalige *Labour*-Regierung 1975 im Rahmen des *Social Security Act* ein Art Beihilfe für Pflegende, die *Invalid Care Allowance* (*ICA,* seit 2003: *Carer's Allowance*) ein. "[I]n proposing an ICA at all we are moving into

unknown territory", erklärt *Alfred Morris*, der Staatssekretär für Gesundheit und soziale Sicherung, in der Parlamentsdebatte (Morris in: HC Deb 12 March 1975 vol 888 cc621-49). Die *Invalid Care Allowance* wird häuslich Pflegenden gezahlt und soll ihnen ein Einkommen unabhängig von der pflegebedürftigen Person gewähren. Konzipiert als Lohnersatzleistung stellt sie eine symbolische finanzielle Kompensation des Einkommensausfalls infolge der informellen Pflegearbeit dar (vgl. McLaughlin 1991, 1ff.; Burau u.a. 2007, 108). "The invalid care allowance has been designed primarily to meet the case of the single daughter who would be a breadwinner in paid employment but for the need to stay at home to look after a severely disabled parent or parents." (Morris in: HC Deb 12 March 1975 vol 888 cc621-49) Es wird also nicht das Pflegen an sich finanziell gewürdigt, sondern das entgangene Erwerbseinkommen (teil-)kompensiert. Die *Invalid Care Allowance* ist dementsprechend als nicht bedürftigkeitsgeprüfte Lohnersatzleistung konzipiert worden: Den Lohnarbeitscharakter der Regelung erkennt man auch daran, dass sie Männern nur bis zum 65. und Frauen nur bis zum 60. Lebensjahr gewährt wurde – die damaligen Regelaltersgrenzen für den Rentenbezug (vgl. McLaughlin 1991, vii). Die Mittel sind steuerfinanziert und werden – wie die *Attendance Allowance* – aus dem Budget des *Departments of Social Security* finanziert (vgl. Holdenrieder 2003, 197).

Die Leistung war allerding nur insofern nicht bedürftigkeitsorientiert, als dass keine Vermögensprüfung vorgenommen wurde. Demgegenüber bestanden Einkommensgrenzen. Um die Leistung zu beziehen, musste die pflegebedürftige Person *Attendance Allowance* beziehen und die Pflege musste mehr als 35 Stunden pro Woche umfassen. Die Höhe der Leistung war von Beginn an eher niedrig (60% des Niveaus beitragsbezogener Leistungen). Sie betrug im Jahr 1976 gut £ 7,90 (9,60 Euro) pro Woche (vgl. Institute for Fiscal Studies o. J.) und lag damit deutlich unterhalb des Niveaus anderer vergleichbarer Lohnersatzleistungen und sogar unterhalb des Sozialhilfesatzes. Die Leistung musste zudem noch versteuert werden. Die pflegende Person war zwar rentenrechtlich abgesichert, allerdings nur auf niedrigem Niveau. Andere Sozialleistungen wurden auf die *Invalid Care Allowance* angerechnet. Wer in den 1970er Jahren über £ 6 (7 Euro) pro Woche verdiente, hatte keinen Anspruch mehr auf die *Invalid Care Allowance*. Aufgrund dieser Konstruktion wurde die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, beispielsweise durch die Verknüpfung einer Teilzeitarbeit mit informeller Pflege, nicht gefördert.

Zunächst erhielten lediglich Männer und unverheiratete Frauen, die mit dem/der Pflegebedürftigen verwandt waren, die *Invalid Care Allowance*, weil man davon ausging, dass verheiratete Frauen sowieso zuhause waren, dass daher kein Erwerbsausfall kompensiert werden musste und dass Pflegen zu den 'normalen'

Verpflichtungen von Ehefrauen gehörte. Die Ausgrenzung verheirateter Frauen wurde heftig diskutiert und von den betroffenen Frauen als großes Ärgernis zur Kenntnis genommen (vgl. McLaughlin 1991, 1ff.; Lewis 1992, 164; Baldwin 1994, 187; Leat/Ungerson 1994, 263; vgl. auch Lewis/Ostner 1994, 20; Sainsbury 1996, 57). In der Parlamentsdebatte wurde die Ausgrenzung verheirateter Frauen allerdings nicht thematisiert (vgl. HC Deb 12 March 1975 vol 888 cc621-49). Es wurde lediglich intensiv darüber debattiert, dass es notwendig sei, die Regelung so schnell wie möglich auch auf Pflegende, die mit dem Pflegebedürftigen nicht verwandt sind, auszudehnen.

Dementsprechend wurde die *Invalid Care Allowance* bereits im Jahr 1981 auf Personen ausgedehnt, die in keinem Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person stehen (vgl. McLaughlin 1991, 1). Es dauerte noch bis zum Jahr 1986, bis sie auch verheirateten Frauen gewährt wurde. Die Reform wurde zeitgleich mit einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs zur *Invalid Care Allowance* verabschiedet. Der Europäische Gerichtshof befand, dass die ursprüngliche Regelung gegen die Richtlinie zur Gleichbehandlung von Männern und Frauen im Bereich der sozialen Sicherheit (Richtlinie 79/7/EWG) aus dem Jahr 1978 verstößt (vgl. Baldwin 1994, 187; McLaughlin 1991, 1; European Court Reports 1986). Die Ausdehnung der Leistung auf verheiratete Frauen hat auch mit der zunehmenden Frauen- und Müttererwerbstätigkeit zu tun. Die *Labour*-Abgeordnete *Betty Lockwood* kommentierte die alte Regelung im Reformverfahren im *House of Lords* folgendermaßen: "The fact that when the benefit was introduced it was available to men, married and single, and to single women but not to married women was a residue of the Beveridge concept that married women with few exceptions would be financially dependent on their husbands." (Baroness Lockwood in: HL Deb 15 July 1986 vol 478 cc797-861) Ansonsten wurde in den 1980er Jahren nur noch die Einkommensgrenze von £ 6 auf £ 12 (14 Euro) erhöht. Die niedrige Einkommensgrenze wird von *McLaughlin* (1991: 50) in ihrer Studie zur *Invalid Care Allowance* als einer der Hauptkritikpunkte genannt. Das *House of Commons Social Services Committee* forderte im Jahr 1990 weitere Reformen, doch es änderte sich unter Premierministerin *Thatcher* wenig an der bestehenden Regelung. Lediglich die Höhe des Erwerbseinkommens, das man verdienen durfte, ohne dass die *Invalid Care Allowance* gestrichen wurde, hob man 1990 erneut auf £ 20 (23 Euro) und 1991 auf £ 30 (35 Euro) an (vgl. McLaughlin 1991, xi). Auch in den folgenden Jahren wurde dieser Betrag weiter angepasst.

Aufgrund der beschriebenen Einschränkungen hatte zunächst nur ein geringer Teil der häuslich Pflegenden Anspruch auf die *Invalid Care Allowance*, schätzungsweise nur jede zehnte pflegende Person. Im Jahr 1989 waren 86% der

Empfänger/innen der *Invalid Care Allowance* weiblich (vgl.McLaughlin 1991, 1ff.; 8).

Diese Unterstützungsleistung für Pflegende, die 2003 in *Carer's Allowance* (Pflegebeihilfe[35]) umbenannt wurde, ist in ihrer Grundintention bis heute in Kraft. Sie ist Teil des nationalen Sozialversicherungssystems, wird auf nationalstaatlicher Ebene reguliert (z.B. die Anspruchsvoraussetzungen) und ist landesweit erhältlich. Im *Department of Work and Pensions* wird die Pflegebeihilfe verwaltet.

Um diese Leistung heute zu erhalten, muss die pflegende Person über 16 Jahre alt sein. Da es im Normalfall nicht möglich ist, gleichzeitig *Carer's Allowance* und eine staatliche Rente zu beziehen, wird deutlich, dass es sich weiterhin um eine Leistung handelt, die den pflegebedingten Erwerbsausfall auffangen soll. Die pflegende Person kann in einem verwandtschaftlichen, freundschaftlichen oder nachbarschaftlichen Verhältnis zur pflegebedürftigen Person stehen. Die Pflege muss mindestens 35 Stunden pro Woche betragen und das Einkommen darf bestimmte Grenzen nicht überschreiten. Die Höhe der Beihilfe für Pflegende beträgt im Jahr 2016 einheitlich £ 62,10 (78 Euro) pro Woche, wenn das wöchentliche Nettoeinkommen unter £ 110 (139 Euro) liegt (Government UK 2016b). Eine Vermögensprüfung findet nicht statt. Der Bezug anderer Sozialleistungen wird angerechnet. Der Bezug von Lohnersatzleistungen, wie staatlichen Renten oder Arbeitslosengeld, schließt den zusätzlichen Bezug der *Carer's Allowance* gänzlich aus. Die Beihilfe für Pflegende ist eine beitragsfreie Leistung, allerdings werden die Bezugszeiten auf niedrigem Niveau rentenrechtlich angerechnet *(National Insurance Credit)*, so dass die Person berechtigt ist, eine Basisrente zu beziehen.[36] Die Beihilfe für Pflegende ist auch weiterhin steuerpflichtig. Die pflegebedürftige Person, die betreut wird, muss *Disability Living Allowance* (Unterhaltsgeld für Behinderte; seit 2013: *Personal Independence Payment), Attendance Allowance* oder *Constant Attendance Allowance* beziehen (vgl. Government UK 2014b; Nolan u.a. 2004, 33f.; 71).

Häuslich Pflegende, die die Anspruchsvoraussetzungen der *Carer's Allowance* erfüllen, die Leistung aber nicht erhalten, weil sie andere Sozialleistungen, wie z.B. Sozialhilfe *(Income Support)* oder einkommensbezogene Arbeitslosenunterstützung

35 Ich verwende hier den Begriff Beihilfe für Pflegende bzw. Pflegebeihilfe, um die *Carer's Allowence* von der *Attendance Allowance,* dem Pflegegeld, sprachlich abzugrenzen.

36 Die *Royal Commission on Long Term Care* hat aufgrund dieser defizitären Regelung vorgeschlagen, die rentenrechtliche Absicherung derjenigen, die pflegebedingt ihre Erwerbstätigkeit aufgeben, zu verbessern (vgl. Sutherland 1999, 89f.).

beziehen, haben einen Anspruch auf einen Pflegenden-Zusatzbetrag *(Carer Premium).* Dabei handelt es sich nicht um eine eigenständige Sozialleistung, sondern um einen zusätzlichen Geldbetrag, der in die Berechnung aller bedürftigkeitsgeprüften Sozialleistungen einbezogen wird. Er liegt im Jahr 2016 bei bis zu £ 34,60 (44 Euro) pro Woche (vgl. Carers UK 2016, 11).

8.4.1.3 Direktzahlungen und Persönliches Budget

Neben diesen beiden Leistungen, die informell Pflegende direkt *(Carer's Allowance)* oder via den Pflegebedürftigen *(Attendance Allowance)* unterstützen, gibt es seit Mitte der 1990er Jahre noch eine dritte Möglichkeit der finanziellen Anerkennung informeller Pflegearbeit: die Direktzahlungen *(Direct Payments)* an Pflegebedürftige. Sie haben ihren Ursprung im *Community Care (Direct Payments) Act* aus dem Jahr 1996, der von der konservativen Regierung eingeführt wurde. Die Kommunen erhielten damit ab dem Jahr 1997 die Möglichkeit, Direktzahlungen an Behinderte einzuführen. Zunächst waren die Direktzahlungen allerdings auf Behinderte beschränkt, die jünger als 65 Jahre waren. Sie erhielten mit dem Geld die Möglichkeit, eine/n Persönliche/n Assistent/in einzustellen (vgl. Yeandle/Stiell 2007, 116f.). Die *Royal Commission on Long Term Care* plädierte in ihrem Bericht 1999 dafür, Direktzahlungen auch an über 65-Jährige zu zahlen (vgl. Sutherland 1999, 97ff.). Seit den *Community Care (Direct Payments) Amendment Regulations*, die im Jahr 2000 unter *New Labour* verabschiedet wurden und in Kraft traten, können Gemeinden Direktzahlungen auch für ältere Pflegebedürftige einführen. Seit dem Gesetz über Gesundheit und soziale Dienste *(Health and Social Care Act)*, das 2001 verabschiedet und 2003 in Kraft getreten ist, *müssen* alle Gemeinden Direktzahlungen anbieten (vgl. Burau u.a. 2007, 154; Yeandle/Stiell 2007, 116f.; Comas-Herrera u.a. 2010, 381). Im Jahr 2005 wurde das gesamte System auf Persönliche Budgets *(Personal Budgets)* umgestellt. "Personal budgets can be used to purchase a wider range of services and tasks than previously possible through either care manager-purchased home care or direct payments." (Glendinning 2012, 295) Pflegebedürftige, die infolge des *Assessment* berechtigt sind, soziale Dienste in Anspruch zu nehmen, können nun zwischen ambulanten Pflegeleistungen, die über die Kommune vermittelt werden, speziellen *Care*-Agenturen, die Pflegeleistungen vermitteln, und Direktzahlungen wählen (vgl. Glendinning 2012, 295; 168).[37]

37 Die Direktzahlungen werden aus rechtlichen Gründen in der Praxis zunächst an eine externe Institution gezahlt. Dabei handelt es sich meist um eine *Non-Profit*-Organisation, die eine Vereinbarung mit der Kommune abgeschlossen hat und die

Diese Art der finanziellen Unterstützung Pflegebedürftiger, deren Einführung auf die Lobbyarbeit der Behindertenbewegung zurückgeht, sollte die Wahlmöglichkeiten von Pflegebedürftigen im Sinne der Stärkung der Verbraucherrechte (*consumerism bzw. consumer choice*) erhöhen. Mit den Direktzahlungen werden die Wahlmöglichkeiten zwischen formeller und informeller Pflege gesteigert. Ein zweiter Grund für die Einführung ist die zunehmende Nachfrage nach Pflegearbeit bei gleichzeitigem Rückgang des häuslichen Pflegepotenzials. Des Weiteren sind die Direktzahlungen kostengünstiger als soziale Dienste (vgl. Burau u.a. 2007, 154; 168; Yeandle/Stiell 2007, 104f.; Nolan u.a. 2004, 36; Naiditch u.a. 2013, 73f.). Direktzahlungen stellen einen Trend in Richtung Formalisierung informeller Pflege dar.

Direktzahlungen ermöglichen eine flexible, auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Verwendung des Geldes. Die Leistung gestattet entweder die Bezahlung einer Vermittlungsagentur *(employment agency* oder *home care agency)*, die dann Pflegearbeiter/innen (sog. *agency workers*) auf Stundenbasis bereitstellt, oder die Beschäftigung häuslich Pflegender, also Persönlicher Assistent/innen. Die Persönlichen Assistent/innen können auch Verwandte sein, die *nicht* mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt leben. Insofern werden mit Hilfe der Direktzahlungen unter Umständen auch vormals informell häuslich Pflegende bezahlt. Allerdings wird nur in Ausnahmefällen die Beschäftigung eines im Haushalt lebenden Verwandten genehmigt. Dies geschieht nur dann, wenn es die einzige Möglichkeit darstellt, eine zufriedenstellende häusliche Pflege zu gewährleisten. Es soll in jedem Fall vermieden werden, dass die Direktzahlungen als zusätzliches Haushaltseinkommen verwendet werden. Der Einsatz des Geldes und die Pflegequalität werden durch hohe Pflegedokumentations-Anforderungen überprüft und kontrolliert (vgl. Yeandle/Stiell 2007, 104; Burau u.a. 2007, 113). Die Persönlichen Assistent/innen helfen den Pflegebedürftigen bei einer Reihe von Aktivitäten des täglichen Lebens, inklusive der Körperpflege und der Hilfe im Haushalt sowie der Unterstützung bei der Fortbewegung, bei Beschäftigungen, bei der Bildung und bei sozialen Angelegenheiten (vgl. Yeandle/Stiell 2007, 116; zu den Arbeitsbedingungen der Persönlichen Assistent/innen vgl. Kap 8.4.2.3, zu den Arbeitsbedingungen der *Agency Workers* vgl. Kap. 8.4.2.2).

---

dann den Pflegebedürftigen hilft, eine *Care*-Agentur oder eine Betreuungsperson zu finden bzw. einzustellen, die Direktzahlungen zu verwalten und ggf. die Arbeitgeberrolle auszufüllen. Diese sog. *"third party schemes"* sollen den Pflegebedürftigen helfen, ihre Wahl- und Handlungsmöglichkeiten sowie die Macht und Kontrolle über die Pflegeleistungen zu verbessern (vgl. Yeandle/Stiell 2007, 116; 212ff.).

Die Inanspruchnahme der Direktzahlungen, also die Beschäftigung häuslich Pflegender als Alternative zur Inanspruchnahme sozialer Dienste, war zunächst gering. Lediglich 2.700 Pflegebedürftige oder 0,04% aller über 65-Jährigen nahmen in England die Direktzahlungen in den Jahren 2002/03 in Anspruch, wobei erhebliche regionale Unterschiede bestanden. Die Bezahlung lag in der Höhe der geschätzten Nettokosten für ansonsten benötigte soziale Dienste (vgl. Lundsgaard 2005, 17; Burau u.a. 2007, 101; 110; Cameron/Moss 2001, 13). In den Jahren 2011/12 nahmen demgegenüber bereits über 61.000 Personen über 65 Jahre in England Direktzahlungen in Anspruch. Zum Vergleich: 415.000 über 65-Jährige nahmen personenbezogene ambulante Pflegeleistungen in Anspruch (vgl. NHS Information Centre 2013, 33).

Neben der Einstellung Persönlicher Assistent/innen setzt sich zunehmend die Bezahlung von Vermittlungsagenturen durch, die dann Pflegearbeiter/innen bereitstellen. Die Pflegearbeiter/innen sind entweder bei der Agentur angestellt oder werden lediglich vermittelt. In ersteren Fall schließt die pflegebedürftige Person einen Vertrag mit der Vermittlungsagentur ab, in dem festgelegt ist, wie viel Stunden die Pflege umfassen soll und gegebenenfalls wer bzw. wie viele Pflegende in dem Haushalt arbeiten sollen. Dieses Pflegearrangement hat den Vorteil, dass im Falle von Krankheit oder anderer Arten von Abwesenheit eine Ersatzpflegekraft eingesetzt werden kann. Sollte kein Ersatz möglich sein, gibt es beim Amt für Soziale Dienste einen 'Notpflegedienst'. Für den/die Pflegende/n hat das Agenturarrangement den Vorteil, dass er oder sie schnell wieder vermittelt werden kann, sollte die pflegebedürftige Person in ein Pflegeheim kommen oder sterben (vgl. Yeandle/Stiell 2007, 125f.). Im Falle der reinen Vermittlung durch die Pflegeagentur arbeiten die Pflegenden auf selbständiger Basis.

Die qualitative Studie von *Clare Ungerson* (2004, 202f.; 2005, 63) zu *Routed Wages* hat ergeben, dass Pflegebedürftige in Großbritannien oftmals Pflegende aus ihren lokalen Netzwerken rekrutieren, d.h., sie stellen Personen ein, die sie schon lange kennen. Manche Pflegebedürftige stellen nur eine Pflegeperson ein, die sich um sie kümmert, andere beschäftigen mehrere Pflegende, um eine 24-Stunden-Pflege zu gewährleisten. Auf der Seite der Pflegenden gibt es einige, die nur für eine/n Arbeitgeber/in arbeiten, aber auch solche, die mehrere Pflegebedürftige versorgen. Die Pflegenden fühlen sich teilweise als 'Teil der Familie'. Das hat einerseits den Vorteil einer bekannten, angenehmen Arbeitsatmosphäre, andererseits birgt es die Gefahr der Grenzverwischung in sich. Es ist aufgrund dessen leicht möglich, dass die Persönlichen Assistent/innen auch außerhalb der verabredeten Stunden arbeiten und sich in stärkerem Maße abhängig und verantwortlich fühlen (vgl. Ungerson 2005, 64). *Sue Yeandle* und *Bernadette*

Stiell (2007, 124.ff) haben auch Interviews mit Bezieher/innen von Direktzahlungen durchgeführt. Die Pflegebedürftigen haben die Pflegenden entweder als Persönliche Assistent/innen eingestellt oder die Pflege über eine Pflegeagentur organisiert. Die Pflegebedürftigen äußern sich positiv über die zusätzlichen Wahlmöglichkeiten und die Gelegenheit, persönliche Pflegewünsche umsetzen und kontrollieren zu können. Einige Pflegebedürftige berichten allerdings über Schwierigkeiten bei der Suche nach geeigneten Pfleger/innen. Die Einführung dieser niedrigschwelligen Variante, Pflegende einzustellen, hat immerhin dazu geführt, dass in der untersuchten englischen Kleinstadt kein grauer Pflegemarkt entstanden ist (vgl. Yeandle/Stiell 2007, 124ff.).

Tabelle 8: Materielle Leistungen an Pflegende und Pflegebedürftige in Großbritannien

	Attendance Allowance (Pflegegeld)	*Carer's Allowance* (Pflegebeihilfe)	*Direct Payments* (Direktzahlungen)
Finanzielle Bedürftigkeitsprüfung	Nein	Ja (Einkommen)	Ja (Einkommen und Vermögen)
Leistung geht an	Pflegebedürftige	Pflegende	Pflegebedürftige
Höhe der Leistung	69 oder 104 Euro pro Woche	78 Euro pro Woche	Höhe der Leistung richtet sich nach dem Pflegebedarf
Steuerpflichtigkeit	Nein	Ja	Als Einkommen der Pflegeperson zu versteuern
Pflegeperson sozial abgesichert	Nein	Ja (auf niedrigem Niveau rentenversichert)	Ja
Art der Leistung	Symbolische Leistung als Hilfe zur Finanzierung formeller Dienste oder informell Pflegender	Symbolische Leistung als Lohnersatzleistung	Geldleistung zur Finanzierung einer/eines Persönlichen Assistent/in oder einer über eine *Care*-Agentur vermittelte Pflegekraft auf Stundenbasis
Regulierungsebene	Nationalstaat	Nationalstaat	Kommune

8.4.1.4 Unterstützungsleistungen für häuslich Pflegende

Informell Pflegende wurden in Großbritannien im Kontext der *Community Care* in erster Linie als Ressource wahrgenommen. Nur wenn keine pflegenden Angehörigen oder Freunde zur Verfügung standen, wurden kommunale Dienste gewährt. Daher geriet die Unterstützung informell Pflegender erst relativ spät

in den Fokus politischer Akteure (vgl. Pickard 2001, 442). Die Einbeziehung häuslich Pflegender in den *Assessment*-Prozess wurde bereits als weiche Formulierung im *NHS and Community Care Act* erwähnt und im *Carers (Recognition and Services) Act* im Jahr 1995 (Inkrafttreten: 1996) zur kommunalen Pflichtaufgabe erklärt (vgl. Nolan u.a. 2004, 36). "Carers' new entitlements under the Act were modest, but even so it was seen as a major step forward: it gave a legal status." (Arksey 2002, 82) Allerdings hatten die Pflegenden nur ein Recht auf Begutachtung, nicht aber auf Unterstützung. "Recognition costs little; services, however, are expensive to provide." (Arksey 2002, 86f.; vgl. auch Nolan u.a. 2004, 36f.) Aufgrund fehlender zusätzlicher Ressourcen blieb der Rechtsanspruch auf ein *Assessment* für die Pflegenden zunächst relativ wirkungslos (vgl. Pickard 2001, 447f.; Arksey 2002, 87; Means/Smith 1998, 60). Die qualitative Studie von *Arksey*, in der vier Kommunen untersucht wurden, ergab beispielsweise, dass fast nur informell Pflegende, die über 20 Stunden in der Woche pflegten, überhaupt Zugang zu einem Begutachtungsverfahren erhielten. Generell wurden die Anspruchsvoraussetzungen der Begutachtung an die vorhandenen Ressourcen angepasst (vgl. Arksey 2002, 91; 96).

Die *Labour*-Regierung unter Premierminister *Blair* erkannte, dass die informell Pflegenden eine wichtige Ressource zur Aufrechterhaltung häuslicher Pflegearrangements darstellten. Daher verfolgte sie die Strategie, die informell Pflegenden aktiv zu unterstützen.

> "[T]he government policies have sought to support existing care arrangements through supporting informal carers as co-workers. The co-worker approach treats informal carers first and foremost in an instrumental way. Carers are a resource and the social care system needs to provide support only in the case of informal carers being unable to maintain their role." (Burau u.a. 2007, 101; vgl. auch Twigg 1989)

Im Jahr 1999 wurde die *National Strategy for Carers* angekündigt. Darin wurden v.a. Kurzzeit-Unterbrechungen für Pflegende vorgeschlagen (vgl. Sutherland 1999; Nolan u.a. 2004, 37). Im selben Jahr erschien der Bericht der *Royal Commission on Long Term Care*. In der Kommission herrschte Uneinigkeit über die Art der Unterstützung informell Pflegender. Dennoch tauchten Unterstützungsleistungen in den Vorschlägen der Kommission auf. Die Kommission forderte v.a. *Carer Blind Services* von den *Social Services Departments*. Die Gewährung sozialer Dienste sollte unabhängig von der Existenz informell Pflegender erfolgen. Zudem forderte die Kommission diverse Arten der Verhinderungspflege (vgl. Sutherland 1999, 89f.; Pickard 2001, 442).

Im Gesetz über die Arbeitsbeziehungen *(Employment Relations Act)* aus dem Jahr 1999 wird Beschäftigten das Recht zugestanden, im 'vernünftigen' Umfang die

Erwerbstätigkeit zu unterbrechen, wenn eine unerwartete und plötzliche Situation eintritt, die sich auf die Pflegebedürftigen bezieht. Allerdings kann der Arbeitgeber entscheiden, ob er den Lohn weiterzahlt oder nicht (vgl. Nolan u.a. 2004, 16).

Seit dem Gesetz über Pflegende und behinderte Kinder *(Carers and Disabled Children Act)* aus dem Jahr 2000 (Inkrafttreten: 2001) haben Pflegende das Recht auf Begutachtung, wenn sie dies wünschen. Die Kommunen sind nun verpflichtet, Dienstleistungen für die Pflegenden anzubieten (vgl. Arksey 2002, 99). Die Kommunen sollen die Pflegearbeit unterstützen und dazu beitragen, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Pflegenden zu erhalten. Wird das Risiko der pflegenden Person, weiter pflegen zu können, im Begutachtungsverfahren als 'kritisch' eingestuft, ist die Kommune verpflichtet, Hilfen anzubieten. Diese können z.B. darin bestehen, soziale Dienste für den Pflegebedürftigen (Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege) oder für den Pflegenden (z.B. emotionale Unterstützung) bereitzustellen. Auch *Non-Profit*-Organisationen bieten Hilfen für Pflegende an. Pflegende müssen für die Unterstützungsangebote keine Zuzahlungen leisten. Statt der kommunalen Angebote können die Pflegenden auch Direktzahlungen in Anspruch nehmen und die Leistungen eigenständig auswählen und finanzieren. Eingeführt wurde auch ein Gutschein für Kurzzeitpflege, wenn die pflegende Person eine Auszeit benötigt. Um diese Kurzzeitpflege-Angebote zu finanzieren, wurde im Jahr 1999 der *Carers Special Grant* (heute: *Carers Grant)* eingerichtet, der es den Kommunen ermöglichen soll, solche Angebote zu finanzieren. Die Beihilfe war zunächst zweckgebunden, seit 2003 ist sie es nicht mehr (vgl. Carers UK o. J.; Nolan u.a. 2004, 37ff.; Fry u.a. 2009, 3; Naiditch u.a. 2013, 64).

Trotz der vielen rechtlichen Möglichkeiten sieht die kommunale Praxis weniger erfreulich aus, wie die Audit-Kommission (2004) feststellte. Viele Pflegenden kennen ihre Rechte nicht und werden von den *Social Services Departments* auch nicht darüber informiert. Und diejenigen, die begutachtet werden, erhalten nur in Ausnahmefällen ein schriftliches Dokument über diesen Prozess. Es besteht generell eine Spannung zwischen dem Wunsch seitens der *Social Services Departments*, Pflegenden zu helfen, und den knappen kommunalen Ressourcen (vgl. Nolan u.a. 2004, 48).

Im Gesetz über Chancengleichheit von Pflegenden *(Caring Equal Opportunities Act)* aus dem Jahr 2004, das sich mit der Gesundheit, Information, Erwerbstätigkeit und dem lebenslangen Lernen von Pflegenden beschäftigt, wurden die Rechte von Pflegenden weiter ausgedehnt. Pflegende erhalten nun die Möglichkeit, während ihrer Pflegetätigkeit eine Ausbildung zu machen, erwerbstätig zu sein oder an einer Weiterqualifikationen teilzunehmen (vgl. Nolan u.a. 2004, 38ff.).

Seit 2008 wird unter Premierminister *Brown* eine neue nationale Strategie zur Unterstützung häuslich Pflegender eingeführt, die an die *Carer's Strategy* aus dem Jahr 1999 anknüpft. Im Rahmen des Regierungsdokuments *"Carers at the heart of 21st century families and communities: a caring system on your side, a life of your own"* wurden die Hauptziele der *Carer's Strategy* benannt. Auch hier geht es wieder um soziale Dienste, die informell Pflegende unterstützen sollen, so dass das häusliche Pflegearrangement aufrechterhalten werden kann (vgl. HM Government 2008; Comas-Herrera u.a. 2010, 383). Die Strategie wurde 2010 von der Koalitionsregierung unter Premierminister *Cameron* erweitert (vgl. HM Government 2010).

8.4.2 Der Wandel der Regulierung beruflicher Pflegearbeit

8.4.2.1 Ausbildung und Qualifikationsgrad

Die seit den 1950er Jahren in Großbritannien bestehende institutionelle Trennung zwischen der Krankenpflege *(Health Care)* einerseits und sozialen (Pflege-) Diensten *(Sozial Care)* andererseits wird auch in unterschiedlichen Ausbildungswegen und Qualifikationsgraden sichtbar. Während in der Krankenpflege eine ausdifferenzierte Qualifikations- und Beschäftigungsstruktur mit unterschiedlichen Krankenpflegegraden existiert, die auch eine spezialisierte Gemeindekrankenpflege umfasst, dominieren in den sozialen Diensten pflegebezogene und sozialarbeiterische Ausbildungen und Qualifikationen. "Most training and qualifications [in social care, D.A.] are competency based, with varying degrees of theoretical knowledge included. This is in contrast to other well established human professions, such as education, and health." (Cameron/Moss 2001, 34)

Historisch betrachtet hatte die professionelle häusliche Altenpflege eine marginale Stellung, verglichen mit anderen wohlfahrtsstaatlichen Diensten auf kommunaler Ebene, wie der (häuslichen) Krankenpflege oder dem Bereich der Bildung. Die periphere und unspezifische Stellung der sozialen Dienste erschwerte den Aufbau eines klaren, abgegrenzten Ausbildungs- und Beschäftigungsfeldes (vgl. Burau u.a. 2007, 124). "Social care as an occupational identity was disadvantaged through its failure to organize as a corporate group, and through its dependence on a third party [the state, D.A.] defining and mediating contracts between client and professional worker." (Malin 2000, 9)

In Bezug auf die Regulierung der Ausbildung im Allgemeinen und des Beschäftigungsfeldes Pflege im Besonderen hat sich in Großbritannien eine hybride Form herausgebildet. Der gesetzliche Rahmen wird auf nationaler bzw. seit der De-Zentralisierung auf Landesebene, insbesondere von den Bildungsministerien in

England, Schottland, Wales und Nordirland, festgelegt. Die Um- und Durchsetzung dieser Regulierungen erfolgt in erster Linie über die kommunalen Behörden und den privaten Markt. Wie in Teil B, Kap. 7.1 ausgeführt, basiert das britische System der Berufsausbildung in erster Linie auf Befähigungsnachweisen, die nicht direkt zu Berufen führen. Vereinfacht gesagt beginnt man keine Ausbildung und arbeitet dann in dem Beruf, sondern man sucht sich eine Erwerbstätigkeit und beginnt dann, einen dazu passenden beruflichen Befähigungsnachweis zu erwerben. Das Berufsausbildungssystem beruht demnach weniger auf Ausbildungen, die zu klar abgrenzbaren Berufen führen, sondern auf Qualifikationen, die zur ausgeübten Tätigkeit passen. Seit den 1980er Jahren basiert das Berufsausbildungssystem auf den *National Vocational Qualifications (NVQ)*, den nationalen Befähigungsnachweisen, die stark von den unternehmerischen Arbeitsmarkterfordernissen ausgehen und auf eine tätigkeitsbezogene Berufsausbildung abzielen. Aus der vorher dominierenden berufs- und professionsbezogenen Ausbildung werden stark arbeits- und kompetenzbezogene Qualifikationen. Sektorspezifische Qualifikationsausschüsse *(sector skills councils),* denen auch Unternehmen angehören, definieren die nationalen Berufsstandards (vgl. Burau u.a. 2007, 135; Nolan u.a. 2004, 66; Malin 2000, 16f.).[38] Die *NVQ* wurden zwar für Schüler/innen konzipiert, können aber auch von Erwachsenen erworben werden. Die *NVQ* sind unterteilt in fünf Niveau- oder Kompetenzstufen, die sog. Levels. Level 1 ist das Einstiegslevel; Level 2 und 3 stellen berufsbezogene Abschlüsse dar (Level 2: qualifizierte Beschäftigung; Level 3: qualifiziertes Fachkraftniveau); Level 4 und 5 sind höhere berufsbezogene Abschlüsse, die – was das Niveau angeht – mit Hochschulabschlüssen vergleichbar sind (Level 4: spezialisierte Ausbildung; Level 5: höhere Bildung/höhere berufliche Fortbildung) (vgl. Hanf 2008, 22). Das System der *NVQ* ist sehr flexibel, weil es aus unterschiedlichen Modulen besteht, die nach dem Baukastenprinzip zusammengesetzt werden können, und es ermöglicht eine stark praxisbezogene Berufsausbildung (Hanf 2008, 20). Im Jahr 2011 wurde in England, Wales und Nordirland ein neuer Qualifikationsrahmen *(Qualifications and Credit Framework, QCF)* eingeführt, der unterschiedliche berufliche Leistungssysteme vergleichbar macht, indem ein System von Leistungspunkten eingeführt wurde. Mit dieser Umstellung wurde

38 Im Jahr 1998 hat die Regierung in allen wirtschaftlichen Bereichen sog. Nationale Ausbildungsorganisationen *(National Training Organisations, NTO's)* eingesetzt, die die Arbeitgeberinteressen in Bezug auf die Ausbildung repräsentierten. Für den sozialpflegerischen Bereich, der die stationäre und die ambulante Pflege umfasst, war TOPSS England zuständig. Im Jahr 2002 wurden die *NTO's* durch die *Sector Skills Councils* ersetzt.

das britische Berufsausbildungssystem an das *European Qualification Framework (EQF),* der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen, angepasst, der dazu dient, Ausbildungsabschlüsse, Qualifikationen und Kompetenzen EU-weit vergleichbar zu machen und dadurch die EU-weite Mobilität der Beschäftigen zu fördern. In Schottland wurde ein eigenes, aber ähnliches System eingeführt. Auch die *NVQ* werden in diesem Kontext um die Einführung von Leistungspunkten erweitert bzw. nach und nach ersetzt. Beschäftigte sollen durch das *QCF* stärker ermutigt werden, eigenständig Qualifikationen entlang flexibler Lernwege im eigenen Tempo zu erwerben. Das *QCF* ist unterteilt in acht Niveau- oder Kompetenzstufen sowie eine zusätzliche Eingangsstufe, wobei ab Niveau 4 die höheren Bildungsabschlüsse beginnen (vgl. Glendinning 2012, 296; Government UK 2013; Hanf 2008, 20f.).[39]

Im Bereich der (Alten-)Pflege gab es die *NVQ Health and Social Care* mit drei Qualifikationsgraden (Level 2, 3 und 4). Level 2 bescheinigte eine qualifizierte Beschäftigung im Bereich Gesundheit und soziale Dienste; mit Level 3 erreichte man das Niveau der qualifizierten Pflegefachkraft, und mit Level 4 erwarb man Management- und Führungskompetenzen im Gesundheits- und Pflegebereich. In Bezug auf Level 4 gab es zwei Ausbildungswege – *Leadership and Management in Care Services NVQ* und *Health and Social Care NVQ*. Mit der Einführung des *QCF* wurden die *NVQs* in *Health and Social Care,* Level 2 und 3, ersetzt durch die *Diploma* in *Health and Social Care,* Level 2 und 3. Das neue Level 5 fasst die beiden Level 4-Ausbildungen zum *Diploma Leadership for Health and Social Care* zusammen. Level 4 gibt es nun nicht mehr. Die *Care*-Ausbildung ist in Großbritannien auf Sorgearbeit insgesamt bezogen, also auf die Arbeit mit Kindern, Kranken, Älteren und Pflegebedürftigen gleichermaßen. Der Umgang mit älteren Pflegebedürftigen ist zwar Teil der Ausbildung, allerdings wird keine spezielle Qualifikation erworben (vgl. Skills for Care 2012; Burau u.a. 2007, 135; Nolan u.a. 2004, 66).

Demgegenüber bestehen bei den Berufen Krankenpfleger/in und Sozialarbeiter/in klare Ausbildungswege. Beide Berufe sind professionalisiert und setzen ein dreijähriges Bachelorstudium voraus, z.B. in *Adult Nursing* oder in *Social Work*. Eine Vertiefung durch ein zweijähriges Masterstudium ist in beiden Bereichen möglich. Die ausgebildeten Krankenpfleger/innen (auch: Gemeindekrankenpfleger/innen) und Sozialarbeiter/innen werden registriert und sind damit geschützt.

---

39 Bis zum Level 3 sind *NVQ* und *QCF* identisch; Level 4 *NVQ* entspricht den Leveln 4-6 des *QCF* und Level 5 *NVQ* entspricht Level 7 *QCF* (vgl. Hanf 2008, 22).

> "Nurses are also the group of care workers whose position is particularly well institutionalised in the (health) division of labour. In the UK, for instance, an independent statutory body, the Nursing and Midwifery Council, maintains a register for qualified nurses, sets standards of conduct, performance and ethics, and monitors such standards through dealing with cases of malpractice." (Burau u.a. 2007, 139)

Der auf Kosteneindämmung hin ausgerichtete *NHS and Community Care Act*, in dem Managementaufgaben betont und die häusliche Pflege ausgedehnt wurde, ging sowohl mit De-Qualifizierungsprozessen als auch mit der Aufwertung von Pflegearbeit einher: Einerseits führte die *Community-Care*-Reform zu einer weiteren Schwächung der sowieso schon geringen Regulierung der Ausbildung und Beschäftigung im sozialpflegerischen Bereich. Innerhalb der sozialen Dienste fand ein Prozess der Entqualifizierung von Pflegearbeit statt. Ursache dafür ist die Zunahme häuslicher (ambulanter) Pflege und Betreuung (Ambulantisierungsprozess), die in hohem Maße durch private soziale Dienste, die vielfach un- oder geringqualifizierte Pfleger/innen einstellten, bewältigt wurde. Qualifizierte Pfleger/innen und Sozialarbeiter/innen wechselten ins Management, während sich gleichzeitig bei den direkt Pflegenden in den sozialen Diensten ein De-Qualifizierungsprozess vollzog (vgl. Burau u.a. 2007, 125; vgl. auch Cameron/Moss 2001).

> "[C]are is seen to be something which can be provided without the need for professional training: the job of 'care worker' which exists in residential homes, domiciliary settings or day centres is usually an unqualified post. The provision of 'care' can imply an absence of clinical intervention directed towards cure, and when not undertaken against a background of medical technology, for instance within a hospital setting, it can be seen as activity subordinate to the work undertaken by the professionals." (Malin 2000, 9)

Der Entqualifizierungsprozess setzt sich in der Regulierung der Ausbildung fort. Auch hier hat der unternehmerische Einfluss zugenommen, wie im Folgenden noch gezeigt wird (vgl. Burau u.a. 2007, 135). Gleichzeitig werden infolge der Verschiebungen von den gesundheitlichen zu den sozialen Diensten auf kommunaler Ebene in höherem Maße krankenpflegerische Tätigkeiten übernommen, was wiederum zur Aufwertung der Tätigkeiten in den sozialen Diensten geführt hat. Die Bedeutung der sozialen Dienste hat gegenüber der Krankenpflege zugenommen. Die Qualifikationen der Beschäftigten in den sozialen Diensten wurden in stärkerem Maße auf krankenpflegerische Tätigkeiten ausgedehnt (vgl. Burau u.a. 2007, 125; Glendinning 2012, 296). Auch das *Targeting of Services* hat zur Aufwertung ambulanter Pflegearbeit beigetragen, denn die Pflegebedürftigen, die Leistungen erhalten, sind oft schwerstpflegebedürftig und weisen multiple

Krankheitsbilder mit physischen und psychischen Anteilen auf. *Ungerson* und *Malin* sprechen insgesamt von der Herausbildung eines geteilten, fragmentierten bzw. segmentierten Pflegemarktes, mit einerseits ambulant Pflegenden in privaten Diensten und *Care*-Agenturen, die gering qualifiziert und schlecht bezahlt sind sowie unter schlechten Arbeitsbedingungen arbeiten, und andererseits einem spezialisierten Pflegemarkt für komplexe Pflegetätigkeiten, der von den Kommunen und einigen spezialisierten *Non-Profit*-Organisationen dominiert wird. Hier arbeiten qualifizierte Pflegende mit etwas höheren Löhnen und besseren Arbeitsbedingungen (vgl. Ungerson 2000, 629; Malin 2000, 15ff.). In den sozialen Diensten dominierten in den 1990er Jahren Beschäftigte mit minimalen pflegerischen Qualifikationen. Der Großteil der Beschäftigten verfügte über keine spezifische pflegerische Ausbildung und nur eine Minderheit besaß krankenpflegerische Qualifikationen (vgl. Burau u.a. 2007, 125; Glendinning 2012, 296). "In the UK, care work is rarely at a professional level, in terms of extensive qualifications and training in order to practice." (Cameron/Moss 2001, 34).

Zu Beginn des neuen Jahrhunderts hat das Gesundheitsministerium eine nationale Ausbildungsstrategie gestartet *(Modernising the Social Care Workforce)*, um das pflegebezogene Ausbildungsniveau insgesamt zu heben und die Pflegequalität zu verbessern (vgl. Cameron/Moss 2001, 40). Mit dem *Care Standard Act* aus dem Jahr 2000 wurden nationale Mindest(beschäftigungs)standards eingeführt. Es werden seitdem unternehmensbezogene Qualifikationsziele vereinbart, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums erreicht werden müssen. Dieser Prozess wird von der *Care Quality Commission* überwacht. Eine wichtige Zielmarge bestand z.B. darin, dass bis 2005 50% der stationär Pflegenden eine *NVQ* Level 2 aufweisen mussten. Und neu eingestellte Pflegende in sozialen Diensten müssen innerhalb der ersten sechs Monate ihrer Beschäftigung mit der Qualifizierung (*NVQ* Level 2 oder 3) beginnen und diese innerhalb von zwei Jahren abschließen. Auch unqualifiziert Beschäftigte müssen mit einer Qualifizierung beginnen und diese innerhalb von drei Jahren abschließen. Bis 2008 mussten 50% der ambulant Pflegenden eine *NVQ*-Qualifizierung aufweisen. Die Evaluation zeigt, dass die Nationalen Mindeststandards erfolgreich sind. Im Jahr 2009 haben 80% der ambulanten Dienste, 89% der Altenheime und 85% der Pflegeheime die notwendigen Qualifikationsanforderungen erfüllt. Das ist eine Steigerung um gut 20 Prozentpunkte seit 2004 (vgl. Nolan u.a. 2004, 66; Eborall u.a. 2010, 119f.). Die Mindeststandards wurden mittlerweile überarbeitet und im *Health and Social Care Act* 2008, der 2010 verabschiedet wurde, durch ergebnisorientierte Beurteilungskategorien ersetzt. Die *Compliance Guideline Criteria* gelten seit 2010 (vgl. Eborall u.a. 2010, 119).

Da es entsprechend des Systems der Berufsausbildung keine Ausbildung zum/zur Kranken- oder Altenpfleger/in gibt, variieren die Berufsbezeichnungen in diesem Beschäftigungsfeld. Der Begriff *Care Worker* ist am allgemeinsten und weist auf eine Tätigkeit im Pflegebereich hin. Generell wird unterschieden zwischen stationär Pflegenden *(care assistants, residential workers),* ambulant Pflegenden *(home carers, home care assistants, support workers, home helps)* und Krankenpflegehelfer/innen *(healthcare assistants, assistant nurses, auxiliary nurses).* Steht vor der Berufsbezeichnung ein *Senior*, wie *Senior Care Worker*, *Senior Support Worker* oder *Senior Residential Care Worker*, wird meistens eine *QCF/NVQ* Level 3 vorausgesetzt.

Auch die Qualifikationen der im Pflegebereich Arbeitenden weisen angesichts eines vielfach fehlenden klaren Ausbildungsweges eine hohe Streuung auf. Sowohl stationär als auch ambulant Pflegende sollten ein *QCF/NVQ* Level 2 oder 3 besitzen. Es handelt sich also entweder um Pflegehelfer/innen oder um Pflegefachkräfte. Im Jahr 2008 weisen nach dem *Labour Force Survey* in England zwei Drittel der stationär und ambulant Pflegenden in England eine *QCF/NVQ* Level 2 oder höher auf; nur 7% sind unqualifiziert. Bei den Krankenpflegehelfer/innen sind es knapp drei Viertel, die Level 2 und höher aufweisen, 6% besitzen keine Qualifikation. Bei den Sozialarbeiter/innen sind 93% qualifiziert, 78% besitzen sogar eine *NVQ* Level 4, also einen Hochschulabschluss. Betrachtet man die Entwicklung in der ambulanten und stationären Pflege, zeigt sich, dass das Qualifikationsniveau seit 2006 ansteigt. Zugenommen haben Qualifikationen im Bereich *NVQ* Level 3 und 4. Die Zahl der unqualifizierten ambulant oder stationär Pflegenden ist zwischen 2006 und 2008 um 4 Prozentpunkte gesunken (vgl. Eborall u.a. 2010, 125). Zu einem deutlich schlechteren Ergebnis kommt man, wenn man das *National Minimum Data Set for Social Care (NMDS-SC)* heranzieht. Danach besitzen im Jahr 2009 60% der beruflich Pflegenden keine relevante Qualifikation. Nur ca. ein Drittel weist Qualifikationen im Bereich *NVQ* Level 2 und höher auf. *Eborall* u.a. weisen hier allerdings darauf hin, dass die Zahlen problematisch sind, weil zwei Drittel der Pflegeeinrichtungen keine qualifikationsbezogenen Daten geliefert haben (vgl. Eborall u.a. 2010, 126).

Laut der Studie von *Eborall* u.a. sind in England 71% der Beschäftigten im Bereich der sozialen Dienstleistungen für Erwachsene mit der direkten Versorgung und Unterstützung der Pflegebedürftigen beschäftigt. 9% der Beschäftigten arbeiten im Management- und Aufsichtsbereich. 6% der Beschäftigten arbeiten als Professionelle, d.h., sie weisen meist eine universitäre Qualifikation auf, z.B. im Bereich Krankenpflege oder Soziale Arbeit. Während in den privaten Diensten und Einrichtungen vorwiegend Krankenpfleger/innen beschäftigt sind, arbeiten

Tabelle 9: Geschätzte Zahl an Beschäftigen in unterschiedlichen Arten von Beschäftigungen in der stationären und ambulanten Altenpflege in England, 2009, nach Trägertypen

	Privater Sektor	*Freigemeinnütziger Sektor*	*Kommunen (2008)*	*Gesamt*
Managementbereich				
stationäre Pflege	38.000	13.900	3.100	55.000
soziale Dienste	24.500	5.400	4.900	34.800
zusammen	62.500	19.300	8.000	89.800
Anteil				9%
Professionelle Pflege				
stationäre Pflege	36.100	6.700	-	42.800
soziale Dienste	18.900	400	-	19.300
zusammen	55.000	7.100	-	62.100
Anteil				6%
Direkte Versorgung und Unterstützung				
stationäre Pflege	261.600	85.100	34.500	381.200
soziale Dienste	256.100	38.400	32.200	326.700
zusammen	517.700	123.500	66.700	707.900
Anteil				71%
Andere Bereiche				
stationäre Pflege	81.000	26.700	9.200	116.900
soziale Dienste	12.800	4.100	1.800	18.700
zusammen	93.800	30.800	11.000	135.600
Anteil				14%
Gesamt	729.000	180.700	85.700	995.400
Anteil				100%

- Keine Daten verfügbar
Quelle: Eborall u.a. 2010, 34ff., eigene Berechnung und Darstellung

bei den kommunalen Trägern v.a. Sozialarbeiter/innen. 14% der Beschäftigten arbeiten in anderen Bereichen, die nicht direkt mit der Pflege in Verbindung stehen, wie Verwaltungstätigkeiten, Catering, Transportservice, Hausmeistertätigkeiten usw. (vgl. Eborall u.a. 2010, 32ff.; vgl. Tab. 9).

8.4.2.2 Bezahlung und Arbeitsbedingungen

Die Zunahme privater Anbieter sozialer Dienste und Einrichtungen infolge des *NHS and Community Care Act* hatte negative Auswirkungen auf das Lohnniveau

sowie auf die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen der Pflegekräfte. So sind beispielsweise die Löhne in den privaten Diensten und Einrichtungen generell niedriger. "The private sector paid considerably less than the local authorities [...]. Thus, the work involved in the delivery of care has literally been cheapened." (Ungerson 2000, 631) Eine Ursache dafür liegt in der individuellen Festlegung der Löhne in den privaten Diensten und Einrichtungen. Der gewerkschaftliche Organisationsgrad ist in Großbritannien generell mittlerweile relativ niedrig. Nur ca. 30% der Beschäftigten sind Mitglied einer Gewerkschaft. Im Allgemeinen ist der gewerkschaftliche Organisationsgrad im Bereich der öffentlichen Beschäftigung höher als im privaten Bereich. Nach *Rubery* u.a. (2009, 71) kann man den gesamten privaten Sektor in Großbritannien sogar als „effectively unorganized" bezeichnen. Die Verlagerung sozialer Pflegedienste in den privaten Bereich hat dementsprechend die gewerkschaftliche Verhandlungsmacht erheblich geschwächt. Im privaten Pflegebereich spielen Gewerkschaften kaum eine Rolle. Nur gut 20% der Pflegehelfer/innen sind gewerkschaftlich organisiert (vgl. van Hooren 2011, 102). Es existiert dementsprechend auch keine Einzelgewerkschaft für diesen Bereich. Die wichtigste Gewerkschaft für den öffentlichen Bereich ist die *UNISON*[40], die auch die Beschäftigen im Öffentlichen Dienst der Kommunen vertritt. Zwei weitere Industriegewerkschaften, in denen sich einige Beschäftigte im pflegerischen Bereich wiederfinden, sind die *Transport and General* und die *GMB (General, Municipal, Boilermakers and Allied Trade Union)*.[41]

Die Pflegenden gehören entsprechend der schwachen gewerkschaftlichen Verhandlungsposition und der niedrigen Qualifikationsansprüche wiederholt zu den Beschäftigungsgruppen, die am schlechtesten bezahlt werden. Nach *Wanless* (2006, 128) sind die Stundenlöhne für ambulant und stationär Pflegende zwischen 2002 und 2004 etwas von knapp £ 7 (8,11 Euro) auf gut £ 8 (9,26 Euro) angestiegen. Die durchschnittlichen Stundenlöhne sind in Großbritannien im selben Zeitraum von gut £ 11 (12,74 Euro) auf knapp £ 13 (12,05 Euro) gestiegen. Das bedeutet, dass die Stundenlöhne der Pflegenden zwar deutlich unter dem

40 Im Jahr 1993 vereinigten sich die Gewerkschaften *NUPE (National Union for Public Employees), COHSE (Confederation of Health Service Employees)* und *NALGO (National Association of Local Government Officers)* zu *UNISON*, die damit zur größten Gewerkschaft für den Öffentlichen Dienst und zur zweitgrößten britischen Gewerkschaft wurde.

41 Die *GMB* ist aus einer Reihe von Gewerkschaftszusammenschlüssen hervorgegangen. Seit 1924 hieß sie *National Union of General and Municipal Workers;* im Jahre 1982 wurde sie in *General, Municipal, Boilermakers and Allied Trade Union* umbenannt.

Durchschnitt liegen, aber in diesem Zeitraum immerhin in ähnlichem Umfang angestiegen sind. Auch nach dem *National Minimum Dataset for Social Care (NMDS-SC)* verdienen Pflegende bei privaten Trägern weniger als bei freigemeinnützigen oder kommunalen Trägern. Der durchschnittliche Stundenlohn von Pflegenden in England liegt 2009 bei privaten Trägern bei £ 6,16 (7,15 Euro). Bei einem freigemeinnützigen Träger sind es durchschnittlich £ 7,22 (8,39 Euro) und bei einem kommunalen Träger £ 8,20 (9,52 Euro). Betreuende und *Senior*-Pflegende weisen einen etwas höheren Stundenlohn auf. Die durchschnittliche Bezahlung ist in sozialen Diensten um ca. £ 1 (1,16 Euro) pro Stunde höher als in stationären Einrichtungen. Die Bezahlung steigt mit dem Qualifikationslevel, allerdings nicht erheblich, nämlich um ca. £ 0,50–0,58 Euro – pro Stunde (vgl. Eborall u.a. 2010, 111f.).

Aufgrund der unterdurchschnittlichen Stundenlöhne gehören die Pflegekräfte in den sozialen Diensten und Heimen zu den Beschäftigtengruppen, die am meisten von der Einführung des Mindestlohns in Großbritannien im Jahr 1999 profitiert haben (vgl. Glendinning 2012, 296). Im Jahr 2009 wurden 8% der Pflegenden im privaten Sektor nach dem Mindestlohn bezahlt, der bei £ 5,73 (6,67 Euro) lag. 7% erhielten sogar niedrigere Löhne. Bei den freigemeinnützigen und den kommunalen Trägern erhielten nur ca. 2% der Pflegenden den Mindestlohn oder wurden schlechter bezahlt (vgl. Eborall u.a. 2010, 115; vgl. auch Yeandle/Stiell 2007, 113; Cangiano u.a. 2009, 25).

Neben dem niedrigen gewerkschaftlichen Organisationsgrad, der daraus resultierenden schwachen Verhandlungsposition der Gewerkschaften und der fehlenden Tarifverträge für den privaten Pflegebereich liegt ein weiterer Grund für die niedrigen Löhne auch in der starken Verhandlungsmacht der Kommunen, die den privaten und freigemeinnützigen Trägern harte Vertragskonditionen aufoktroyieren (vgl. Glendinning 2012, 296). Nach einer qualitativen Studie von *Isabel Shutes* und *Carlos Chiatti* (2012, 397) geben private Unternehmen an, dass "[...] low levels of pay were attributed to the low levels of fees paid to providers contracted by local authorities." Die Kostensteigerungen seien höher als der Anstieg der Zuweisungen durch die Kommunen, so ein Anbieter sozialer Dienste (vgl. Cangiano u.a. 2009, 11).

In England arbeiten im Jahr 2009 drei Viertel der Beschäftigten in kommunalen sozialen Diensten und in Pflegeheimen auf Teilzeitbasis (vgl. Eborall u.a. 2010, 54ff.). Die Zahl der befristeten Beschäftigungsverhältnisse ist mit 14,2% im Jahr 2011 relativ gering (vgl. Skills for Care 2012, 8). Den niedrigen Befristungsgrad kann man mit dem niedrigen Kündigungsschutz in Großbritannien erklären (vgl. Kap. 7.1).

Nach *Land* und *Lewis* (1998, 60) haben sich auch die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in den sozialen Diensten infolge des *NHS and Community Care Act* verschlechtert. Von vielen Beschäftigten wird infolge der zunehmenden Orientierung an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen ein höheres Maß an zeitlicher Flexibilität erwartet. Gleichzeitig haben sich die Arbeitsbedingungen aufgrund des Konkurrenzkampfes zwischen öffentlichen und privaten Trägern verschlechtert. So zeigt eine Studie der Gewerkschaft *UNISON* aus dem Jahr 1993, dass von 1.200 häuslich-ambulant Pflegenden zwei Drittel keine soziale Absicherung bei Krankheit und im Alter hatten (vgl. Land/Lewis 1998, 63f.).

Auch die Fluktuation ist in den Pflegeberufen sehr hoch. Sie liegt in England im Jahr 2009 bei 18% bezogen auf alle pflegerischen Berufe bei privaten und freigemeinnützigen Trägern, d.h., ungefähr eine/r von fünf Beschäftigten gibt ihre/seine Beschäftigung innerhalb eines Jahres wieder auf. Der Beschäftigungswechsel ist in den sozialen Diensten mit 22% höher als in Alten- und Pflegeheimen (16% bzw. 19%). Private Träger sind 'unbeliebter' als *Non-Profit*-Organisationen: Eine/r von vier Pflegenden bei privaten Trägern gegenüber knapp einer/m von fünf bei einem freigemeinnützigen Träger geben innerhalb eines Jahres ihre/seine Beschäftigung wieder auf. Die Fluktuation ist weiter bei den Pflegenden mit knapp 23% höher als bei den höher ausgebildeten Pfleger/innen (14% bei Krankenpfleger/innen und 10% bei *Senior*-Pflegenden) und als im Managementbereich (6%-10%). Als Hauptgründe geben die Beschäftigen an, aus persönlichen Gründen aufzuhören oder den Arbeitgeber zu wechseln. Die (schlechte) Bezahlung und die (schlechten) Arbeitsbedingungen werden kaum genannt, wobei zu berücksichtigen ist, dass diese Informationen von den Unternehmen bereitgestellt wurden (vgl. Eborall u.a. 2010, 101ff.).

8.4.2.3 Häuslich-formelle und selbständige Pflegearbeit

Seit der Einführung der Direktzahlungen ist eine neue Beschäftigtengruppe im Pflegebereich entstanden, die sich zunehmend ausgebreitet hat: die Persönlichen Assistent/innen. Schätzungen zufolge gibt es in Großbritannien im Jahr 2009 ca. 160.000 Persönliche Assistent/innen (vgl. Eborall u.a. 2010, 31; vgl. auch Glendinning 2012, 297). Die Beschäftigungsverhältnisse pro Persönlichem Assistenten bzw. Persönlicher Assistentin liegen bei 1.6, d.h., gut jeder zweite Persönliche Assistent bzw. jede zweite Persönliche Assistentin hat zwei Beschäftigungsverhältnisse inne, so dass es sich insgesamt um 263.000 Beschäftigungsverhältnisse handelt. Die Zahl der Persönlichen Assistent/innen lag im Jahr 2006 noch bei 113.000. Sie hat also innerhalb von drei Jahren um 30% zugenommen (vgl. Eborall u.a. 2010, 33).

Der Arbeitsmarkt für Pflegeberufe ist in Großbritannien generell in geringem Maße reguliert. Durch die Einführung und Ausdehnung von Direktzahlungen und von Persönlichen Budgets ist ein weiterer, noch flexiblerer und geringer regulierter Markt entstanden. "There are no requirements for PB- [Personal Budget, D.A.] holders to provide contracts or formal conditions of employment for their PAs [Personal Assistants, D.A.], nor for PAs to have minimum qualifications." (Glendinning 2012, 297) Die Qualifikationen und die Löhne der Persönlichen Assistent/innen sind dementsprechend sehr niedrig (vgl. Yeandle/Stiell 2007, 113; Glendinning 2012, 297). "In the direct payment type of situation, care users and care worker alike operate within a labour market characterized by low wages, lack of skill and qualifications, and where organization of care work through, for example, agencies may be rudimentary or non-existing." (Ungerson 2005, 63) Auch die Zugehörigkeit zu einer Gewerkschaft ist eher unwahrscheinlich (vgl. Cameron/Moss 2001, 41).

Persönliche Assistent/innen können auf drei verschiedene Weisen beschäftigt sein. Sie können entweder bei dem/der Pflegebedürftigen oder bei einer *Care*-Agentur angestellt sein. Die dritte Variante besteht darin, als Selbständige/r zu arbeiten. Wenn die Persönlichen Assistent/innen bei einer *Care*-Agentur oder bei einem/r Pflegebedürftigen angestellt sind, haben sie im Normalfall einen Arbeitsvertrag, sind sozialversichert, haben Urlaubsrechte, und sie werden im Normalfall nach Stunden bezahlt. Hat die pflegebedürftige Person die Arbeitgeberfunktion inne, besteht allerdings ein besonderes Problem der Persönlichen Assistent/innen in der Beschäftigungs(un)sicherheit. Eine Studie der Gewerkschaft *UNISON* hat ergeben, dass mit der Einführung Persönlicher Budgets eine Verschlechterung der Arbeitssituation der Pflegenden stattgefunden hat. Sowohl die Bezahlung als auch das Krankengeld und die rentenrechtliche Absicherung Persönlicher Assistent/innen sind besorgniserregend (vgl. The Guardian 2008, 06.02.; vgl. auch Cangiano u.a. 2009, 15). Sterben die Pflegebedürftigen oder müssen ins Krankenhaus, sind die Persönlichen Assistent/innen unter Umständen von heute auf morgen ohne Beschäftigung. Der Grad der Beschäftigungssicherheit ist niedrig. Auch die Tatsache, dass die Beziehung zwischen dem/r Pflegebedürftigen und dem/r Pflegenden häufig auf Vertrauen und 'Freundschaft' beruht, bringt Probleme in Bezug auf die Arbeitsbedingungen mit sich. Die Persönlichen Assistent/innen gehen unter Umständen auch krank zur Arbeit, weil die pflegebedürftige Person ansonsten unversorgt bleibt. Sie machen unbezahlte Überstunden oder übernehmen Aufgaben, für die sie nicht bezahlt werden, zeigen die qualitativen Studien von *Ungerson (2005, 64)* und von *Yeandle* und *Stiell* (2007, 129f.). Die Autorinnen und die Gewerkschaft *UNISON* fordern daher

zusätzliche Schutzmaßnahmen für Persönliche Assistent/innen, wie Qualifizierungs- und Unterstützungsmaßnahmen, sowie die Beratung und Anleitung von Pflegebedürftigen, die Persönliche Assistent/innen beschäftigen (vgl. Yeandle/Stiell 2007, 129ff.; The Guardian 2008, 06.02.). Ist der/die Persönliche Assistent/in als *Agency Worker* bei der *Care*-Agentur angestellt und wird an Pflegebedürftige vermittelt, besteht diese Form der Beschäftigungsunsicherheit nicht. Die *Agency Worker* sind infolge des *British Care Standard Act* aus den Jahren 2000 in hohem Maße reguliert. Die *Care*-Agenturen werden in England von der *Care Quality Commission* zugelassen und kontrolliert. Häusliche *Care*-Agenturen müssen nachweisen, dass ihre Beschäftigen ein Minimum an Ausbildung aufweisen, und sie müssen sich einem Qualitätssicherungsverfahren stellen. Persönliche Assistent/innen können auch auf selbständiger Basis ihre Pflegearbeit anbieten. Entweder inserieren sie, um pflegebedürftige Kund/innen zu finden, oder sie lassen sich über eine *Care*-Agentur vermitteln (vgl. Ungerson 2005, 55). Selbständig Pflegende müssen sich bei der britischen Steuerbehörde registrieren lassen und eine Steuererklärung abgeben. Es bestehen keinerlei Vorgaben hinsichtlich einer notwendigen pflegerischen Qualifikation. Da es keinerlei Statistiken über die Anzahl selbständig Pflegender in Großbritannien gibt, ist über die Größenordnung dieser Pflegearbeitsform nichts bekannt.

8.4.3 Der Wandel der Regulierung ehrenamtlicher Pflegearbeit

Ehrenamtliche Pflegearbeit hat in Großbritannien eine lange Tradition mit philanthropischen (Stiftungen, Freiwilligenorganisationen), gemeinschaftlichen (Selbsthilfegruppen, Kooperativen, Genossenschaften) und zivilgesellschaftlichen (soziale Bewegungen) Wurzeln (vgl. Aiken 2010, 297ff.). Sie ist weit verbreitet und auch im internationalen Vergleich sehr hoch. Knapp die Hälfte der englischen Bevölkerung ist regelmäßig mindestens einmal im Monat ehrenamtlich tätig (vgl. Rochester u.a. 2010, 39, 56f.). Das Ehrenamt ist dabei untrennbar mit den *Voluntary Organisations*, also den Freiwilligenorganisationen, verbunden. "[T]he ruling classes have tried to minimise the role of the state in providing welfare, and the working classes were never strong enough to insist that it should be a government role. As a result, the United Kingdom has a long history of voluntary provision." (Rochester u.a. 2010, 65)

Anknüpfend an diese Tradition haben sich während des Zweiten Weltkriegs verschiedene Wohltätigkeitsorganisationen, wie das *National Old People's Welfare Committee (NOPWC,* heute: *Age Concern)* oder der *Women's Royal Voluntary Service (WRVS)* oder das britische Rote Kreuz, um die Belange älterer Menschen

gekümmert und kleine Pflegeheime errichtet, Essen-auf-Rädern angeboten, Mittagstische in Pflegeheimen organisiert oder Besuchsdienste und soziale Treffpunkte angeboten (vgl. Baldock 2003b, 129ff.). Diese Aktivitäten wurden von *Beveridge* unterstützt und nach und nach weiterentwickelt. Infolge des *National Assistance Act* aus dem Jahr 1948, der den Kommunen zunächst nicht gestattete, präventive soziale Dienste für Ältere anzubieten, konnten sich die Freiwilligenorganisationen in diesem Bereich etablieren. Dabei wurden sie von den Kommunen finanziell unterstützt. In den 1970er Jahren nahmen allerdings auch die öffentlichen sozialen Dienste zu (vgl. Means u.a. 2002, 100ff.), so dass die quantitative Bedeutung der Freiwilligenorganisationen im Bereich sozialer Dienste zunächst eher marginal war. Die Freiwilligenorganisationen waren bis in die 1970er Jahr nicht in erster Linie für die Bereitstellung sozialer Dienste und Heime zuständig. Sie nahmen stattdessen andere Wohlfahrtsaufgaben wahr, wie die Entwicklung und Erprobung neuer Bereiche für soziale Dienste oder die Interessenvertretung für bestimmte marginalisierte und hilfebedürftige Personengruppen (vgl. Langan 1990, 60).

Erst in den 1980er Jahren begann die Expansion des Freiwilligen- bzw. *Non-Profit*-Sektors. Große Verbände, wie *Age Concern* oder die *Spastics Society*, boten vermehrt soziale Dienste an. Sie entwickeln Spielgruppen für Kinder, Tagesstätten und andere lokal benötige Dienste und Einrichtungen. Ende der 1980er Jahre arbeiteten schätzungsweise bereits 180.000 Menschen im Freiwilligensektor. Kleinere lokale Freiwilligenorganisationen dagegen kümmerten sich weiterhin um die vom politischen *Mainstream* vernachlässigten Gruppen, wie Wohnungslose, Frauen und Alleinerziehende sowie Schwarze und ethnische Minoritäten (vgl. Langan 1990, 62; Baldock 2003b, 131).

Infolge der *Community-Care*-Reform hat die Bedeutung der Freiwilligenorganisationen als Anbieter sozialer Dienste und Heime weiter zugenommen. "There has been surprisingly little protest from the sector about the dismantling of governmental social welfare delivery perhaps because such developments will, institutionally, benefit the prestige and incomes of the larger organizations." (Aiken 2010, 304) Damit einher ging eine Vermarktlichung des Dritten Sektors, weil die *Non-Profit*-Organisationen in Konkurrenz zu den privaten Anbietern sozialer Dienste und Einrichtungen standen (vgl. Aiken 2010, 306f.). Seit den 1990er Jahren hat nicht nur die Zahl der Beschäftigten, sondern auch die Zahl der freiwillig Helfenden und ehrenamtlich Arbeitenden zugenommen. Die *Thatcher*-Regierung hat im Kontext der Reform erkannt, dass die Beteiligung von Freiwilligen an der Erbringung der Pflegearbeit besonders attraktiv ist, weil hierdurch die wohlfahrtsstaatlichen Kosten verringert werden können (vgl. Hardill/Dwyer 2011, 164; Rochester u.a. 2010, 86ff.).

> "One volunteer bureau manager reported being 'bombarded by requests' from social services for volunteers and these demands have grown with the enactment of Community Care legislation in 1993. The shortfall in funds facing many local councils will mean increasing reliance upon unpaid volunteers who will be asked to shoulder an increasing proportion of the burden of caring for the sick, disabled and disadvantaged." (MacDonald 1996, 31)

Die ersten staatlichen Förderprogramme für ehrenamtliche Beteiligung gab es infolge der Wirtschaftskrise der 1970er Jahre. So führte beispielsweise die *Labour*-Regierung unter Premierminister *Callaghan* die *National Good Neighbour Campain* durch, in der Freiwillige dabei unterstützt wurden, sich um ältere und/oder behinderte Nachbarn zu kümmern. Auf diese Weise konnte die Nachfrage nach sozialen Diensten in den 1970er Jahren gesenkt werden. Die konservative Regierung unter *Thatcher* knüpfte in den 1980er Jahren daran an. Zunächst wurden Arbeitslose motiviert, sich ehrenamtlich zu betätigen, auch im Bereich Gesundheit und soziale Dienste. Das Programme *Opportunities for Volunteering* wurde bald darauf für andere Personengruppen geöffnet. Unter Premierminister *Major* wurde 1994 die *Make a Difference*-Kampagne gestartet. Dabei wurde zunächst eine ambitionierte Strategie ausgearbeitet, mit deren Hilfe Ehrenamtliche ermutigt und besser unterstützt werden sollten. Ehrenamtliche wurden hier erstmals als bürgerschaftlich Partizipierende wahrgenommen, nicht als Mittel zur Verbilligung sozialer Dienste. Da die *Major*-Regierung letztendlich aber viel weniger finanzielle Ressourcen zur Verfügung stellte als benötigt wurden, musste das Programm auf eine Medienkampagne, eine Telefon-Hotline, die Unterstützung der ehrenamtlichen Arbeit der eigenen Angestellten in den öffentlichen Verwaltungen und die Einrichtung von Freiwilligenzentren reduziert werden. Auch die *Labour*-Regierung unter Premierminister *Blair* setzte den Ausbau des Engagements Ehrenamtlicher quantitativ und qualitativ fort. Es wurden vielfältige Programme und Kampagnen initiiert, die Infrastruktur verbessert und *Good Practice*-Modelle inkorporiert. Die Zielsetzungen all dieser Regierungsbemühungen um ehrenamtliche Arbeit bleiben aber letztendlich instrumentell, auch wenn die Maßnahmen Partizipation und zivilgesellschaftliches Engagement unterstützen und somit demokratieerhaltend und -fördernd wirken (können). Es geht in erster Linie um die Verringerung von Kosten, auch, aber nicht nur, im Bereich sozialer Dienste (vgl. Rochester u.a. 2010, 88ff.).

Infolge der Budgetkürzungen seit den 1990er Jahren sind die britischen *Non-Profit*-Organisationen und die Kommunen heutzutage in hohem Maße auf die Arbeit von Freiwilligen angewiesen. Eine qualitative Studie von *Hardill* und *Dwyer* (2011) zeigt, dass davon insbesondere soziale Dienste freigemeinnütziger

Träger in ländlichen Regionen betroffen sind. Obwohl viele ehrenamtlich Tätige über positive Erfahrungen berichten, v.a. diejenigen, die ansonsten arbeitslos oder einsam wären, ist es doch nicht unproblematisch, dass die 'Arbeit aus Liebe' der Ehrenamtlichen politisch und ökonomisch genutzt wird, um wohlfahrtsstaatliche Budgetkürzungen vorzunehmen und um Arbeitsplätze im *Care*-Bereich einzusparen (vgl. McDonald 1996: 31f.). "Social services, although relatively extensive, are highly dependent on volunteers for delivery. As a result, much volunteering is instrumental [...]." (Warburton/Jeppsson Grassman 2011, 184)

In Großbritannien gibt es generell zwei Gruppen von Freiwilligen. Es wird unterschieden zwischen Freiwilligen, die unentgeltlich ehrenamtlich arbeiten *(volunteers, informal volunteering)*, und freiwilligen Arbeitenden, die eine Aufwandsentschädigung für ihre Tätigkeiten erhalten *(voluntary workers, formal volunteering)* (vgl. Eborall u.a. 2010, 40; Rochester u.a. 2010, 40). Die finanzielle Unterstützung ehrenamtlicher Arbeit wurde in Großbritannien eine Zeitlang über sog. *Paid Volunteering Schemes* organisiert. Danach wurden freiwillig Helfende, die ältere, pflegebedürftige oder behinderte Menschen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens unterstützen, symbolisch durch eine Geldleistung entlohnt. Das Niveau der Aufwandsentschädigung variierte, war aber immer sehr niedrig (vgl. Cameron/Moss 2001, 13; Ungerson 2000, 630). "Schemes of this kind, which essentially present the work of care as a 'labour of love', have been very successful, both in recruiting workers who have time on their hands and no great desire to earn conventionally sized wages, and in satisfying the needs of very frail elderly people [...]." (Ungerson 2000, 630) Seit der Einführung des Mindestlohnes im Jahr 1999 wurden die Regulierungen verschärft. Ehrenamtliche dürfen seitdem nur noch real entstandene Kosten rückerstattet bekommen, z.B. für Essen und Trinken, Fahrtkosten oder Ausstattungskosten. Sollten sie pauschale Leistungen, z.B. für Reisemittel, erhalten, diese aber nicht nutzen, werden diese pauschalen Mittel als Lohn betrachtet. "You might be classed as an employee or worker rather than a volunteer if you get any other payment, reward or benefit in kind." (vgl. Government UK 2013) In diesem Fall haben die Ehrenamtlichen einen Anspruch auf die Zahlung des Mindestlohnes (vgl. auch Invest Northern Ireland o. J.). Personen, die Sozialleistungen beziehen, können allerdings ehrenamtlich arbeiten, ohne den Anspruch auf Sozialleistungen zu verlieren (vgl. Government UK 2013). Bei Ehrenamtlichen, die auf Vollzeitbasis tätig sind, besteht die Möglichkeit, eine geringe Unterhaltsbeihilfe *(subsistence allowance)* zu gewähren, die von der Organisation zu zahlen ist, für die die Person ehrenamtlich tätig ist (vgl. Jobcentre Plus 2010, 4). Die ehrenamtliche Arbeit auf Vollzeitbasis ist v.a. für junge Menschen sowie für Arbeitslose interessant (vgl.

The Guardian 2012, 10.06.). Die Regierung unterstützt die ehrenamtliche Arbeit v.a. durch die finanzielle Förderung der Infrastruktur, z.B. durch Freiwilligenzentren oder Organisationen, die mit Ehrenamtlichen arbeiten (vgl. Rochester u.a. 2010, 213f.).

Nach Schätzungen von *Eborall* u.a. arbeiten im Jahr 2009 ca. 58.000 Freiwillige im *Social Care* Sektor englischer *Non-Profit*-Organisationen, v.a. in der Tagespflege und in den sozialen Diensten (ca. 30.000), in sonstigen Tätigkeiten, wie im *Catering Service* und in den Transportdiensten (ca. 24.000), und in Managementfunktionen (ca. 4.000). Demzufolge sind 14,3% der Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse der *Non-Profit*-Organisationen im Bereich der sozialen Dienste für Erwachsene mit Ehrenamtlichen besetzt, die diese Arbeit fast unentgeltlich leisten. Dabei handelt es sich insgesamt um 3,3% der Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse im Bereich der sozialen Dienste für Erwachsene (vgl. Eborall u.a. 2010, 34ff., eigene Berechnungen).

8.4.4 Der Wandel der Regulierung transnationaler Pflegearbeit

Laut *Labour Force Survey* liegt der Anteil der Migrant/innen (definiert als diejenigen, die nicht in Großbritannien geboren sind) an allen Pflegehelfer/innen und Pflege-Assistent/innen im Jahr 2008 bei 18% (Cangiano u.a. 2009, 132; vgl. auch Eborall u.a. 2010, 85ff.; Cangiano/Shutes 2010, 46f.; van Hooren 2011, 94, 2012, 138).[42] Im Jahr 1998 hat der Anteil migrantischer Pfleger/innen noch bei 8% gelegen. Er hat sich demnach in den letzten 10 Jahren mehr als verdreifacht, und zwar von 40.000 auf gut 130.000 Migrant/innen (vgl. Cangiano u.a. 2009, 57; Shutes/Chiatti 2012, 397). Gut die Hälfte der beruflich pflegenden Migrant/innen ist zwischen dem Jahr 2000 und 2008 nach Großbritannien eingereist. Und knapp die Hälfte der seit dem Jahr 2000 eingereisten Pfleger/innen stammt aus Simbabwe, aus den Philippinen, aus Indien, aus Nigeria und seit 2004 auch aus Polen (vgl. Eborall u.a. 2010, 84ff.; Cangiano/Shutes 2010, 48). Betrachtet man die regionale Verteilung der pflegenden Migrant/innen, fällt auf, dass der Anteil in London mit Abstand am höchsten ist. Drei Viertel der Pflegehelfer/innen und 63% der Pflege-Assistent/innen arbeiten in London (vgl. Eborall u.a. 2010, 84ff.).

Der Anstieg der Beschäftigung migrantischer Pfleger/innen ist eng mit der Ökonomisierung der Pflege verknüpft. Die Bereitstellung begrenzter finanzieller

42 Es handelt sich hierbei um alle Pflegenden, die mit Erwachsenen arbeiten. Schätzungen zufolge kann man davon ausgehen, dass 70% dieser Pflegenden im Bereich der Versorgung älterer Menschen arbeiten (vgl. Cangiano u.a. (2009, 56f.).

Mittel durch die Kommunen und die Förderung privater und freigemeinnütziger Anbieter sozialer Dienste und Heime hatten, wie bereits gezeigt wurde, negative Auswirkungen auf die Löhne und Arbeitsbedingungen im Pflegebereich. "The principal driver of demand for migrant care worker in the UK that this research has identified is the underfunding of social care for older people, reflected in the low pay of care workers in these sector [...]." (Cangiano/Shutes 2010, 54)

Die zunehmende Beschäftigung migrantischer Pfleger/innen erfolgte weiter im Kontext der alternden Gesellschaft und der zunehmenden Frauenerwerbstätigkeit. Da der Altenpflegebereich v.a. durch niedrige Löhne und schlechte Arbeitsbedingungen gekennzeichnet ist und als typischer Frauensektor bei der einheimischen Bevölkerung eher unbeliebt ist, herrscht hier ein Arbeitskräftemangel. Während britische Beschäftigte vielfach in andere Bereiche des Arbeitsmarktes abwanderten, förderte diese Entwicklung die Beschäftigung von Migrant/innen, v.a. von weiblichen (vgl. Cangiano u.a. 2009, 91ff.; Shutes/Chiatti 2012, 397; van Hooren 2011, 103f.; Hussein u.a. 2011; Cangiano/Shutes 2010, 49f.). Eine quantitative Befragung von über 500 Anbietern sozialer Dienste und Einrichtungen ergab, dass knapp die Hälfte bekundete, Schwierigkeiten zu haben, Pflegestellen mit britischen Pfleger/innen zu besetzen (vgl. Cangiano u.a. 2009, 91). Die Experten-Interviews, die *Franca van Hooren* im Rahmen ihrer Studie zu transnationaler *Care*-Arbeit mit Vertreter/innen von Freiwilligenorganisationen und des Gesundheitsministeriums sowie mit Gewerkschafter/innen geführt hat, bestätigen dies: "[T]he private sector has great difficulties recruiting and retaining sufficient staff" (van Hooren 2012, 141). Auch eine Befragung (vorwiegend) privater Unternehmen durch *Shutes* und *Chiatti* (2012, 397) ergab, dass Rekrutierungsschwierigkeiten der Hauptgrund für die Beschäftigung migrantischer Pfleger/innen sind. Die Migrant/innen werden meist nicht im Ausland angeworben, sondern rekrutiert, wenn sie bereits in Großbritannien sind. Nach *Eborall* u.a. (2010, 89f.) sowie *Cangiano* und *Shutes* (2010, 49) nutzen nur wenige, große Unternehmen ausländische Vermittlungsagenturen, um geeignete Kandidat/innen ausfindig zu machen. Eine Datenanalyse von *Moriarty* (2010, 140f.) bestätigt dies. Die Vermittlungsagenturen gehen davon aus, dass die Nachfrage nach migrantischen Pfleger/innen in den sozialen Diensten sowie in den Alten- und Pflegeheimen in den nächsten Jahren noch steigen wird. Die britische Regierung hat allerdings die Zugangsbedingungen für Migrant/innen im Kontext der wirtschaftlichen Rezession erschwert.

Migrant/innen aus Nicht-EU-Staaten konnten bis 2008 über spezielle, auf fünf Jahre befristete Arbeitserlaubnisse für qualifizierte Berufsgruppen einwandern. Seit der Einführung des Punktesystems stehen ihnen nur noch fünf Zugangswege offen (vgl. Kap. 7.1). Im Bereich Gesundheit und Pflege können

lediglich Krankenpfleger/innen und *Senior*-Pflegende aus nicht EU-Ländern zuwandern. "There is no migration entry route for non-EU migrants to work in social care except for senior care workers, formerly under the work permit system and currently through Tier 2 of the new points system [...]" (Cangiano/Shutes 2010, 47) Die Anspruchsvoraussetzungen für *Senior*-Pflegende wurden im Rahmen des Punktesystems allerdings verschärft. *Senior*-Pflegende müssen nun nach dem Mindestlohn bezahlt werden und bestimmte Qualifikationen sowie Berufserfahrung aufweisen. Eine weitere Möglichkeit der Zuwanderung von Migrant/innen aus Nicht-EU-Staaten besteht darin, als Hausangestellte *(domestic workers)* zusammen mit einer Familie nach Großbritannien einzureisen und dort als *Liv-ins* zu arbeiten (vgl. Cangiano u.a. 2009, 44). Seit 1998 steht es den Hausangestellten frei, sich in Großbritannien neue Arbeitgeber(familien) zu suchen. Pläne der *Blair*-Regierung aus dem Jahr 2006, dieses Recht zu beseitigen, wurden mit Hilfe von Lobbyorganisationen (v.a. *Kalayaan*) und Gewerkschaften (v.a. *UNITE*) verhindert. Die Regierung ließ sich allerdings weniger von rationalen Nachfrage-Argumenten in Bezug auf Haushaltsangestellte und Altenpfleger/innen überzeugen als von Hausangestellten-Schicksalen, die mit Missbrauch und Entführung einhergingen. Da in den Medien über diese Frauenschicksale ausführlich berichtet wurde, entschied sich die *Labour*-Regierung, den Gesetzesvorschlag wieder zurückzuziehen (vgl. van Hooren 2011, 109f.; 114f.). Auch ausländische Studierende können zur Finanzierung ihres Studiums auf Teilzeitbasis (20 Wochenstunden) in Großbritannien arbeiten (vgl. Cangiano u.a. 2009, 42f.). Migrantische Pflegearbeiter/innen aus Nicht-EU-Staaten kommen zudem auch als Flüchtlinge und über den Familiennachzug nach Großbritannien bzw. Migrant/innen mit diesem Aufenthaltsstatus arbeiten in der Pflegebranche (vgl. Shutes/Chiatti 2012, 399; Cangiano/Shutes 2010, 48). „Foreign born carers from outside the EEA [European Economic Area, D.A.] for the most part have entered the UK not through the labour migration system but as asylum seekers, students, family members, domestic workers or working holiday makers, or on ancestral visas." (Cangiano u.a. 2009, 181) Aufgrund der EU-Arbeitnehmerfreizügigkeit, die in Großbritannien von Beginn an gewährt wurde, reisten seit Mai 2004 v.a. Migrant/innen aus Mittel- und Osteuropa ein und übernahmen Pflegetätigkeiten. So sind in den letzten Jahren vermehrt Polen bzw. Polinnen nach Großbritannien eingereist (vgl. Eborall 2010: 84ff.; Hussein/Stevens/Manthrope 2011: 290).

Die zunächst großzügige, dann restriktivere Zuwanderungspolitik spiegelt sich auch in den Zuwanderungszahlen wider. Im Jahr 1995 reisten 1.774 Migrant/innen über die speziellen Arbeitserlaubnisse nach Großbritannien ein. Die Zahl stieg auf 26.568 im Jahr 2004 (vgl. Shutes/Chiatti 2012, 399; vgl. auch Jordan/

Düvell 2002, 219). Aufgrund der Deckung des Pflegearbeitsbedarfs über Ost- und Mitteleuropäer/innen und die restriktivere Einreisepolitik ging die Zahl der Arbeitserlaubnisse für *Senior*-Pflegende von 5.700 im Jahr 2004 auf gut 1.000 im Jahr 2007 zurück (vgl. van Hooren 2011, 107ff.; Cangiano u.a. 2009, 40).

Der Pflegemarkt ist in Großbritannien in hohem Maße geschlechtlich segregiert. Dies zeigt sich auch im Bereich der transnationalen Pflegearbeit. Im Jahr 2008 sind laut *Labour Force Survey* drei Viertel der migratischen Pflegearbeiter/innen Frauen. Der Frauenanteil ist allerdings niedriger als bei den in Großbritannien geborenen Pfleger/innen (87%) (vgl. Shutes/Chiatti 2012, 397, 2012; van Hooren 2012, 138ff.). Zudem steigt der Männeranteil an den migrantischen Pflegearbeiter/innen. Von den seit 1998 nach Großbritannien eingereisten Pflegearbeiter/innen sind knapp ein Drittel Männer (31%). In den Jahrzehnten davor lag der Anteil deutlich niedriger (vgl. Cangiano u.a. 2009, 67f.).

Knapp 80% der migrantischen Pfleger/innen arbeiten für private Träger, die geringere Löhne zahlen als die Kommunen oder der *NHS* (vgl. Cangiano u.a. 2009, 74; Shutes/Chiatti 2012, 397; van Hooren 2012, 138ff.). Daher ist es nicht verwunderlich, dass die Bezahlung migrantischer Pfleger/innen schlechter ist als die Entlohnung britischer Pfleger/innen (vgl. Cangiano u.a. 2009, 82).

Migrant/innen gelten bei den Anbietern sozialer Dienste und Einrichtungen als hart arbeitend, zuverlässig und ehrlich. Sie seien zudem eher bereit, Schichtarbeit zu übernehmen, unbeliebte Arbeiten zu verrichten und sich weiterzuqualifizieren. Als Nachteil werden lediglich die schlechteren Sprachkenntnisse angemerkt (vgl. Cangiano u.a. 2009, 93ff.; Cangiano/Shutes 2010, 50; Hussein u.a. 2011, 290f.). Diese arbeitgeberseitigen Einstellungen werden auch von *Eborall* u.a. (2010, 89) sowie von *Shutes* und *Chiatti* (2012, 397) bestätigt. *Van Hooren* (2011, 102; 2012, 140) zeigt auf der Basis der *Labour Force Survey*-Daten, dass Migrant/innen auch tatsächlich in deutlich höherem Maße Vollzeitarbeit und Schichtarbeit leisten (vgl. auch Cangiano u.a. 2009, 79f.). Sie werden des Weiteren häufiger dazu angehalten, (unbezahlte) Überstunden zu machen sowie flexibler zu sein, ergaben die Interviews mit migrantischen Pfleger/innen im Rahmen der Studie von *Cangiano* u.a. (2009, 135ff.).

Migrant/innen genießen zudem den Ruf, respektvoll mit älteren Menschen umzugehen (vgl. Cangiano u.a. 2009, 93f.). Dies wird darauf zurückgeführt, dass migrantische Pfleger/innen häufig aus Kulturen stammen, in denen die familiäre Pflege einen hohen Stellenwert aufweist. Oft verfügen die Migrant/innen auch bereits über eine pflegerische Qualifikation (Krankenschwestern, -pfleger oder Pflegehelfer/innen), und häufig sind sie für die Stellen, die ihnen angeboten werden, überqualifiziert (vgl. Eborall u.a. 2010, 89; Hussein u.a. 2011).

Während die transnationale Pflegearbeit im Bereich der formellen Pflege in Großbritannien mittlerweile eine wichtige Bedeutung hat, spielt die transnationale Pflegearbeit in Privathaushalten eine eher untergeordnete Rolle. Laut *Labour Force Survey* arbeiten in Großbritannien 15,7% der Migrant/innen im Bereich Gesundheit und soziale Dienste, aber nur 0,7% in privaten Haushalten (vgl. Shutes/Chiatti 2012, 393). Der Anteil ist insgesamt sicherlich etwas höher, wenn man davon ausgeht, dass ein Teil der transnationalen Pflegearbeit irregulär stattfindet und in offiziellen Statistiken nicht dokumentiert wird. Als Erklärung für den insgesamt niedrigen Anteil führt *van Hooren* (2011, 104) kulturelle Gründe an. Ältere Menschen in Großbritannien leben eher unabhängig von ihren Kindern, erwarten im Alter in niedrigerem Maße finanzielle und/oder pflegerische Unterstützung durch ihre Kinder. "Hence, it could be that the employment of a private care assistant and the necessary involvement of family members in this arrangement does not fit with the relative independence of the English elderly." (van Hooren 2011, 104)

Zu dieser Interpretation passt auch die Analyse transnationaler Pflegearbeit von *Weicht* (2008), der darauf hinweist, dass transnationale Pflege in Großbritannien nicht im familiären Kontext von Nähe, Intimität und Liebe stattfindet. In britischen Pflegekontexten steht v.a. die wirtschaftliche Tätigkeit transnationaler Pflegearbeit im Vordergrund. Die transnationale Pflegearbeit wird gekauft. Der oder die Pfleger/in wird als Beschäftigte/r angesehen und der Arbeitsaspekt wird stärker betont als die intime Beziehungsarbeit, die geleistet wird.

> "In the UK migrants are working in both the formal care sector and informally in family homes. The discursive construction of the individuality of care relationships, however, points to an understanding of migrant carers as domestic workers related to many negative connotations, both historically, and in the present days. Migrant carers (and in the UK context consequentially called 'migrant domestic workers') are understood as employees with rights and duties and the care relationship is one based on economic transaction rather than intimate affection." (Weicht 2008, 10)

Auch die Einführung der Persönlichen Budgets hat nicht zu einer Zunahme transnationaler Pflege in Privathaushalten geführt. Pflegebedürftige stellen als Persönliche Assistent/innen v.a. Freunde, Familienangehörige oder Nachbarn ein. Migrant/innen werden eher selten als häuslich Pflegende eingestellt (vgl. Eborall u.a. 2010, 90). Zudem sind die Kontrollen sehr streng, so dass eine irreguläre Beschäftigung von Migrant/innen kaum möglich ist (vgl. van Hooren 2011). *Cangiano* u.a. (2009, 177) äußern allerdings die Befürchtung, dass im Zuge des demographischen Wandels ein grauer Pflegemarkt in Großbritannien entstehen könnte.

> "Therefore, the preference for care provided within the home and the difficulty of regulating employment relationships in private households – especially if paralleled by a lack of legal entry routes for low skilled migrant care workers – raise concerns that the future increase of the demand for care may foster the development of a 'grey area' of irregular migrant labour within private households also in the UK." (Cangiano u.a. 2009, 162)

Über das derzeitige Ausmaß irregulärer Beschäftigung von Migrant/innen in privaten Haushalten, sozialen Diensten und Heimen ist wenig bekannt (vgl. Nolan u.a. 2004, 10). Dass es sie gibt, daran besteht kein Zweifel. So haben *Cangiano* u.a. (2009, 108ff.; vgl. auch Cangiano/Shutes 2010, 48) sowie *Gordolan* und *Lalani* (2009) im Rahmen ihrer Untersuchungen auch Migrant/innen interviewt, deren Aufenthaltserlaubnis abgelaufen ist (z.B. Touristenvisa) oder die keine Arbeitserlaubnis bzw. keine Erlaubnis, außerhalb von Privathaushalten zu arbeiten, besitzen (z.B. Asylsuchende oder Migrant/innen, die als Hausangestellte eingewandert sind). Dennoch ist die irreguläre transnationale Pflegearbeit kein tragender Pfeiler des britischen Pflegeregimes. *Moriarty* (2010, 133) zufolge handelt es sich v.a. um Studierende, die die laut Visa erlaubte Arbeitszeit von 20 Wochenstunden überschreiten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die transnationale Pflegearbeit in Großbritannien infolge der Ökonomisierung der Pflege zugenommen hat. Dabei bezieht sich die transnationale Pflegearbeit v.a. auf die beruflich-formelle Pflegearbeit in sozialen Diensten und Heimen, weniger auf die häusliche Pflegearbeit. Zudem gibt es bislang keinen bedeutenden schwarzen bzw. grauen Pflegemarkt. Die Zuwanderung von Migrant/innen im Bereich der Pflege wurde lange Zeit nur für qualifizierte Pfleger/innen gefördert. Seit der EU-Freizügigkeit wird in stärkerem Maße auf den Zuzug von EU-Bürger/innen gesetzt, v.a. aus Ost- und Mitteleuropa. Die Einschränkung der Zugangsmöglichkeiten für *Senior*-Pflegende aus Nicht-EU-Staaten verdeutlicht diesen Prozess.

9. Die Regulierung von Pflegearbeit in Schweden

9.1 Pflege(arbeit) vor der *Ädel*-Reform

Betrachtet man die schwedische Altenpflege der letzten hundert Jahre bis zu den 1990er Jahren, so lässt sie sich in drei Entwicklungsphasen einteilen. Die erste Phase umfasst die Zeit bis Mitte der 1950er Jahre. Hier stand die armenfürsorgerische stationäre Pflege in Altenheimen im Vordergrund. Die zweite Phase dauerte bis in die 1980er Jahre. In diesem Zeitraum wurden die sozialen Dienste ausgebaut, und es dominierte die öffentlich erbrachte Altenpflege. Die dritte Phase, die in den 1980er Jahren begann, ist durch die De-Zentralisierung und den Rückzug staatlicher Verantwortung im Bereich der Versorgung Älterer geprägt (vgl. Brodin 2005; Edebalk 2010, 66).

In der ersten Phase, die um die Wende zum 20. Jahrhundert begann, stand die Altenpflege im Kontext der Armenfürsorge *(fattigvårdslagen)*. Arme Ältere wurden in Schweden in dieser Zeit in Armenhäusern *(fattighus)* untergebracht, in denen nicht nur Ältere, sondern auch andere bedürftige Personengruppen, wie Behinderte, chronisch Kranke, Alkoholiker/innen oder Alleinerziehende, lebten. Ältere wurden dann in Armenhäusern untergebracht, wenn sie weder Geld noch Angehörige hatten, die sich um sie kümmerten. "Eldercare in the first half of the 20th century was thus seen as a form of poor relief for those elderly that could not support themselves or receive help from their relatives." (Brodin 2005, 59) Die Altenpflege wurde demnach auch in Schweden bis ins 20. Jahrhundert hinein traditionell und auch familienrechtlich als eine familiäre Angelegenheit betrachtet (vgl. Edebalk 2010, 67). Nur bei Bedürftigkeit wurden kommunale Hilfen gewährt. Aufgrund der niedrigen Renten war dies bei einem Drittel der Rentner/innen auch tatsächlich der Fall. Da zu dieser Zeit Kinder gegenüber ihren Eltern noch in gewissem Umfang unterhaltspflichtig waren, konnten die Kommunen Rückforderungen an die Kinder der finanziell bedürftigen Älteren stellen.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden die alten Armenhäuser dann nach und nach durch Altenheime *(ålderdomshem)* ersetzt, die sich speziell an die ältere Bevölkerung richteten (vgl. Edebalk/Lindgren 1994, 135f.; Trydegård

2000, 575ff.; Brodin 2005, 59). "It [the nursing home, D.A.] was to be reserved for the aged poor and to have the character of a home. The function of old people's homes was to provide subsistence, lodging, and care." (Edebalk/Lindgren 1994, 137) Seit der Reform des Armenrechts im Jahr 1918 waren die Kommunen für die Altenpflegeinstitutionen zuständig (vgl. Edebalk 2010, 67f.). Im Jahr 1938 gab es bereits 1.400 Altenheime mit 42.000 Betten. Damit waren Plätze für 5% der über 65-Jährigen vorhanden. Da sich die Qualität der Altenheime etwas verbessert hatte, wurden sie in den 1940er Jahren zunehmend auch von Älteren in Anspruch genommen, die zwar Pflegebedarf aufwiesen, nicht aber finanziell bedürftig waren. Da sie niemanden hatten, der sich zuhause um sie kümmerte, zahlten diese pflegebedürftigen Älteren selbst für Unterkunft und Verpflegung (vgl. Trydegård 2000, 579). Gleichzeitig wurden in den 1930er Jahren in den größeren Städten die ersten neueren Altenheime *(pensionärshem)* gebaut, in denen Ältere mit staatlicher Unterstützung leben konnten. Die neuen Altenheime standen bald für bessere Qualität und moderneres Leben (vgl. Hieda 2012, 65f.; Brodin 2005, 60; Edebalk/Lindgren 1994, 137).

Der Ausbau der Altenheime und die Zunahme von Selbstzahlenden gaben den Anstoß für die Reform der Altenpflege. Die stationäre Altenpflege wurde 1947 infolge des Berichts der Sozialhilfekommission *(Socialvårdskommittéen)* von der sozialdemokratischen Regierung unter Ministerpräsident *Östen Undén* aus dem Kontext der Armenfürsorge herausgenommen. In Zukunft sollte nur noch der pflegerische Bedarf der Älteren im Vordergrund stehen. Diese Reform erfolgte vor dem Hintergrund der Einführung der Rentenversicherung in Schweden und damit höherer Rentenzahlungen, wodurch die kommunalen Beihilfen für Ältere deutlich verringert werden konnten. Daher konnte der pflegerische Bedarf eine wichtigere Bedeutung erhalten als die finanzielle Unterstützung der Älteren. Zudem erhielten die Kommunen durch die Neuregelung der Altenpflege die organisatorische und finanzielle Zuständigkeit für die pflegerische Versorgung der Älteren. Für die medizinische Versorgung und für die Pflegeheime *(sjukhem)* waren die Provinzen zuständig (vgl. Brodin 2005, 58ff.; Edebalk/Lindgren 1994, 137f.; Trydegård 2000, 580; Edebalk 2010, 68f.; Hieda 2012, 65f.).

In den 1950er Jahren war ein Fünftel der über 80-Jährigen in Altenheimen untergebracht. Dabei handelte es sich v.a. um Personen mit schwachen Familienbindungen, wie arme Ältere, von denen gut die Hälfte keine Kinder hatte (vgl. Sundström u.a. 2002, 351). Der Standard in den Altenheimen war entsprechend des vorherigen Armenfürsorge-Kontextes noch relativ niedrig und ging mit Stigmatisierungen und gesellschaftlicher Exklusion einher. Die verhältnismäßig schlechte Qualität hatte auch damit zu tun, dass die Kommunen in der zweiten

Hälfte der 1940er Jahre nicht in der Lage waren, genug Plätze für Ältere in Altenheimen bereitzustellen, weil sie viele Kranke und Behinderte aufnehmen mussten. Ursache dafür wiederum waren fehlende Plätze im Bereich der stationären Altenpflege in den Krankenhäusern, für die die Provinzen zuständig waren (vgl. Brodin 2005, 58ff.; Trydegård 2000, 580). Um den Umbau der alten Altenheime zu forcieren und an die Standards der neuen Altenheime anzupassen, erhielten die Provinzen 1951 die Verantwortung für die medizinisch-pflegerische Versorgung der Älteren in Pflegeheimen. All diese Entwicklungen zeigen, dass sich die Umsetzung des Gesetzes aus dem Jahr 1947 als schwierig gestaltete, v.a., weil die finanziellen Aufwendungen für die Kommunen zu groß waren, um ausreichend Altenheimplätze des neuen Typs zur Verfügung zu stellen und weil Betten in Pflegeheimen fehlten (vgl. Brodin 2005, 60ff.; Edebalk/Lindgren 1994, 138; Hieda 2012, 66).

Im Kontext der fehlenden Betten für pflegebedürftige Ältere in kommunalen Alten- und Provinz-getragenen Pflegeheimen entstanden auch die ersten sozialen Dienste. Es waren v.a. die Freiwilligenorganisationen, insbesondere das Rote Kreuz *(Röda korset)*, die soziale Dienste als Überbrückung zur Verfügung stellten, bis die pflegebedürftigen Personen stationär versorgt werden konnten. Auf diese Weise spielten die *Non-Profit*-Organisationen beim Aufbau sozialer Dienste in Schweden eine wichtige Rolle. Und die sozialen Dienste kamen bei den Älteren gut an. Die Arbeit in den sozialen Diensten übernahmen v.a. Hausfrauen mittleren Alters. Inspiriert wurde die Entwicklung hin zur Versorgung im eigenen Haus teilweise von Großbritannien, wo sich die Freiwilligenverbände – wie bereits dargestellt – ebenfalls um die häusliche Versorgung der Älteren kümmerten (vgl. Korpi 1995, 257; Edebalk/Lindgren 1994, 139; Trydegård 2000, 582f.; Brodin 2005, 51, 63f., Edebalk 2010, 70, 2010, 70; Hieda 2012, 67).

Ein weiterer Anlass für den Ausbau der sozialen Dienste stellte eine Medienkampagne dar, die der Schwedische Rentnerverbund *(Sveriges Pensionärsförbund),* eine der bekanntesten schwedischen Altenorganisationen, zusammen mit dem Schriftsteller *Ivar Lo-Johansson* durchführte. *Lo-Johansson* und der Schwedische Rentnerverbund wiesen auf die Missstände in den Altenheimen älteren Typs hin, in denen die Älteren aus ihrem gewohnten häuslichen Kontext gerissen und ihrer Würde beraubt würden (vgl. Brodin 2005, 64; Hieda 2012, 67; Trydegård 2000, 582; Edebalk/Lindgren 1994, 138f.; Edebalk 2010, 69f.).

Nachdem auch die Altenpflegekommission *(Åldringsvårdutredning)* die Reform der Altenpflege empfohlen hatte, schwenkte die sozialdemokratische Regierung unter Ministerpräsident *Erlander* 1957 um. Im Sozialhilfegesetz *(socialhjälpslagen)* wurde beschlossen, dass die Pflegebedürftigen in höherem

Maße zuhause gepflegt werden sollten. Mit dieser Reform wurde die Altenpflege in Schweden erstmalig als öffentliche Angelegenheit betrachtet. Ziel war es, den Pflegebedürftigen ein Leben zuhause in größtmöglicher Unabhängigkeit (von anderen, der Familie oder den nächsten Angehörigen) zu gewähren, auch wenn sie tagtäglich Hilfe und Pflege benötigten. Im Rahmen des Sozialhilfegesetzes wurde auch das Unterhaltsrecht reformiert (vgl. Edebalk/Lindgren 1994, 139; Sundström u.a. 2002, 351). Seitdem sind Kinder gegenüber ihren Eltern nicht mehr verpflichtet, Pflege zu leisten oder Unterhalt zu zahlen (vgl. Krevers u.a. 2006, 13). "As all citizens are entitled to receive appropriate care at all stages of life, there is no legal obligation for people to provide care for their relatives." (Glenngård u.a. 2005, 86) Eine Ausnahme bilden nur Ehepartner/innen untereinander, wobei sich auch dies nicht auf eine umfassende persönliche Pflege bezieht. Hintergrund dieser Gesetzesentwicklung ist der Wandel von der Agrar- zur Industriegesellschaft und damit auch das Verschwinden der Ökonomie des 'ganzen Hauses', der Wegzug vieler junger Menschen aus den ländlichen Regionen sowie die zunehmende Frauenerwerbstätigkeit (vgl. Brodin 2005, 77).

Im Rahmen der Sozialhilfereform der 1950er Jahre wurde den Kommunen aber weder die Verantwortung für die sozialen Dienste zugeschrieben noch wurden ihnen finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt. Implizit ging die sozialdemokratische Regierung davon aus, dass die schwedischen (Haus-)Frauen – als Ehepartnerinnen oder (Schwieger-)Töchter – diese Aufgabe übernehmen würden. "Recruitment (particularly of middle-aged housewives, who normally were not available to the labour market) was a relatively simple matter." (Edebalk/Lindgren 1994, 139; vgl. auch Brodin 2005, 66ff.; Hieda 2012, 68)

Das Sozialhilfegesetz wurde 1964 unter sozialdemokratischer Regierung erneut reformiert, und zwar dahingehend, dass die Kommunen nun finanzielle Unterstützung von der nationalen Ebene für die Bereitstellung häuslicher Pflegedienstleistungen erhielten. Gut ein Drittel der Personalkosten für soziale Dienste wurden den Kommunen nun erstattet. Ansonsten waren die sozialen Dienste im Sozialhilfegesetz nach wie vor kaum reguliert, sie entstanden mehr oder weniger ohne staatliche Vorgaben. Im Rahmen der Sozialhilfereform erhielten auch die Provinzen Darlehen für den Ausbau der Pflegeheime (vgl. Brodin 2005, 73ff.; Edebalk/Lindgren 1994, 139f.; Hieda 2012, 69).

Seit Mitte der 1950er Jahre fand in Zeiten des ökonomischen Aufschwungs dann ein enormer Ausbau öffentlicher sozialer Dienstleistungen und Einrichtungen für Ältere statt. Unter dem Slogan „Häusliche Pflege statt Pflegeheim" *("hemvård i stället för vårdhem")*, der in der Medienkampagne des Schwedischen Rentnerverbundes zusammen mit *Lo-Johansson* benutzt wurde, bauten die Kom-

munen den sozialen Dienstleistungssektor für Ältere aus. Seit den 1950er Jahren hatte gleichzeitig ein Prozess der De-Institutionalisierung, ein Wandel von der Heimpflege hin zur häuslichen Pflege, stattgefunden. Vielen Älteren wurde es ermöglicht, so lange wie möglich zu Hause zu leben. Die Hauptexpansionsphase der sozialen Dienste waren die 1960er und die 1970er Jahre mit einem Höhepunkt in den 1970er Jahren (vgl. Sundström u.a. 2002, 351; Edebalk/Lindgren 1994, 140f.; Hieda 2012, 67; Trydegård 2000, 583f.; Szebehely 1998, 269). Ein Grund für die Zunahme sozialer Dienste lag auch darin, dass die häusliche Unterstützung von Älteren – anders als die stationäre Versorgung – nicht mit der Armenfürsorge in Verbindung gebracht wurde. Auch Ältere mittlerer und höherer Einkommensschichten nahmen die sozialen Dienste in Anspruch (vgl. Edebalk/Lindgren 1994, 139; Hieda 2012, 68; Edebalk 2010, 70). In den 1970er Jahren bezogen 30% der über 65-Jährigen soziale Dienste (vgl. Brodin 2005, 86). Zudem wurde das Spektrum sozialer Dienste ausgebaut. In dieser Zeit entstanden Fahrdienste, Essen auf Rädern, Tagespflegeangebote etc. (vgl. Trydegård 2000, 584).

Nicht nur die Kommunen, auch die Provinzen bauten den Altenpflegebereich in den 1970er Jahren aus. Sie schufen neue Pflegeheime und bauten die ambulante Krankenpflege aus. Im Jahr 1978 vereinbarten die Provinzen mit den Kommunen, dass die bei den Provinzen angestellten Gemeinde-Krankenpfleger/innen für die medizinische Versorgung der Älteren zuständig sind und damit auch für die Bewohner/innen der kommunalen Altenheime (vgl. Trydegård 2000, 584).

Seit den 1960er Jahren spielen auch gleichstellungspolitische Argumente eine wichtige Rolle für den Ausbau sozialer Dienstleistungen für Ältere. Um Frauen die Beteiligung an Erwerbsarbeit zu ermöglichen, begann man in Schweden, Männer und Frauen als ökonomisch unabhängige Individuen zu betrachten, die gleichermaßen für Haus- und Fürsorgearbeit zuständig sind (vgl. Kap. 7.2). Dieser Wandel zum Zweiverdiener-Modell sollte nun staatlich durch die Bereitstellung einer sozialen Infrastruktur, zu der die sozialen Dienste für Ältere zählten, unterstützt werden (vgl. Theobald 2004b, 179; Burau u.a. 2007, 91). Gleichzeitig fanden viele Frauen, v.a. Hausfrauen und Mütter mittleren Alters, eine Beschäftigung in den sozialen Diensten – wenn auch oft nur gering bezahlt und stundenweise (vgl. Korpi 1995, 257; Hieda 2012, 68). *Brodin* (2005, 72) bezeichnet diese Entwicklung als 'Vergesellschaftung' der Hausfrau *("to 'socialize' the housewife")*. Trotz der Zunahme häuslicher Dienste waren 1975 immer noch 30% der über 80-Jährigen in Pflegeheimen untergebracht (vgl. Sundström u.a. 2002, 351).

Die Basis für die Einführung des Gesetzes über die sozialen Dienste *(socialtjänstlagen)* lieferte die 1968 von den Sozialdemokraten eingesetzte Soziale

Kommission *(Socialutredningen),* die in ihren Berichten 1974 und 1977 die Idee der öffentlichen Verantwortung für soziale Dienste für Ältere und die Bedeutung der individuellen Selbstbestimmung betonte. Sie schlug vor, sich an dem Modell der *Community Care* zu orientieren – was auch von Politiker/innen der Neuen Linken gefordert wurde – und den Kommunen die Verantwortung für verschiedene Arten sozialer Dienste zu übertragen. Die Regierung aus Konservativen, Liberalen und Zentrum, die 1976 die sozialdemokratische Regierung unter Ministerpräsident *Olof Palme* ablöste, begrüßte den Report, betonte im Gesetz über die sozialen Dienste, das 1980 verabschiedet wurde und 1982 in Kraft trat, allerdings stärker als die Vorgängerregierung die Unabhängigkeit und aktive Rolle der Älteren als gesellschaftliche Ressource sowie die Partizipation zivilgesellschaftlicher Organisationen bei der Bereitstellung sozialer Dienste. Das Gesetz über die sozialen Dienste wurde generell von allen gesellschaftlichen Akteuren und Organisationen begrüßt, wobei die Vagheit und Unbestimmtheit stellenweise kritisiert wurden. Seit der Einführung des Gesetzes über die sozialen Dienste haben ältere Menschen einen Rechtsanspruch auf finanzielle Sicherheit, adäquates Wohnen, soziale Dienste und eine Gesundheitsversorgung, die sich am individuellen pflegerischen Bedarf orientiert. Wenn – unter den Bedingungen echter Wahlfreiheit – die familiäre Pflege gewählt wird, dann soll die Angehörigenpflege auf kommunaler Ebene anerkannt und unterstützt werden. Die Stärkung der häuslichen Pflege bedeutete gleichzeitig den Rückgang stationärer Pflege. Dieser Transformationsprozess sollte mit einer Professionalisierung sozialer Dienste einhergehen, um einen realen Ersatz für die medizinisch ausgerichtete Pflege und Betreuung in Krankenhäusern und Pflegeheimen zu bieten. Aus der 'häuslichen Hilfe' angelernter Hausfrauen sollte ein 'sozialer Dienst' werden, durchgeführt von ausgebildeten Pfleger/innen. Auf diese Weise sollten die sozialen Dienste auch als Berufsfeld für jüngere Frauen attraktiv gemacht werden. Das Gesetz über die sozialen Dienste ist bis heute die Grundlage für die sozialen Dienste für Ältere (vgl. Brodin 2005, 79ff.; Krevers u.a. 2006, 12; Theobald 2004b, 178f.; Korpi 1995, 259ff.; Glenngård u.a. 2005, 84; Burau u.a. 2007, 90f.; Trydegård 2000, 585; Krevers u.a. 2006, 13).

Seit dem Gesetz über die sozialen Dienste sind die Kommunen verpflichtet, älteren Menschen häusliche Pflegeleistungen zu gewähren. Benötigt eine pflegebedürftige Person Hilfe, muss er/sie sich einem Pflegebegutachtungsverfahren unterziehen, das kommunale Pflegemanager/innen durchführen. Auf der kommunalen Ebene wird zudem über die Höhe der Leistung, die Zugangsbedingungen und die Art der Leistung entschieden (vgl. Krevers u.a. 2006, 13; Burau u.a. 2007, 163).

Im Gesetz über die sozialen Dienste wurde auch die Qualität der Pflege in den Blick genommen. Seitdem werden die Qualitätsmaßstäbe auf nationalstaatlicher Ebene festgelegt. Zusätzlich hat das Nationale Amt für Gesundheit und Sozialwesen *(Socialstyrelsen)* Empfehlungen zur Arbeitsqualität, zu Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie zu kommunalen Verantwortlichkeiten entwickelt. Es ist jedoch letztendlich Aufgabe der Kommunen, über die Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Pflegequalität zu entscheiden (vgl. Burau u.a. 2007, 165).

Das Gesetz über die sozialen Dienste schrieb zentrale Ziele der Versorgung der Älteren mit sozialen Diensten fest, ließ den Kommunen aber viel Spielraum bei der Umsetzung und Implementierung, was von allen Seiten begrüßt wurde. Im Endeffekt entstand jedoch das Dilemma, dass soziale Dienste einerseits auf kommunaler Ebene ausgebaut werden sollten, andererseits aber von Seiten der nationalen Regierung aus Kostendämpfungsgründen keinerlei zusätzliche finanzielle Unterstützung vorgesehen war. Die finanziellen Ressourcen, die die Kommunen zur Umsetzung des Gesetzes benötigten, mussten daher in erster Linie durch Haushaltsumschichtungen aufgebracht werden. Zudem war die schwedische Wirtschaft infolge der Ölkrise in Schwierigkeiten geraten, die auch Auswirkungen auf die öffentlichen Finanzen hatten. Die geringeren Einnahmen führten zu einem Ende der Expansion sozialer Dienste. Der Höhepunkt des Ausbaus war Anfang der 1980er Jahre erreicht. Aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen wurde das Gesetz über die sozialen Dienste letztendlich als Ideal interpretiert, dem man sich langsam anzunähern versuchte. Inhaltlich wurden die sozialen Dienste stärker auf Hilfe zur Selbsthilfe, Rehabilitation und aktive gesellschaftliche Partizipation hin ausgerichtet, was dazu führte, dass haushaltsbezogene soziale Dienste abgebaut wurden (vgl. Brodin 2005, 85; Burau u.a. 2007, 91f.; Trydegård/Thorslund 2010, 498; Hieda 2012, 71ff.).

9.2 Die *Ädel*-Reform

9.2.1 Problemdefinition: von der Altenpflege- zur Ädel-Kommission

Mit dem Rückgang der stationären Pflege und dem Ausbau der sozialen Dienste gingen neue Probleme einher. Zum einen blieben nun verstärkt auch schwer(st) pflegebedürftige Ältere zuhause und bedurften umfassender ambulanter Versorgung und Betreuung. Da die medizinische Versorgung in den Verantwortungsbereich der Provinzen fiel, die Pflege und Betreuung jedoch zum Aufgabengebiet der Kommunen gehörte, waren Abstimmungen zwischen den beiden (sozial- und gesundheits-)politischen Institutionen zwingend erforderlich. Aufgrund der

abgegrenzten Zuständigkeiten war eine Zusammenarbeit bislang nicht notwendig gewesen. Zum Zweiten bestand – ähnlich wie in Großbritannien – das Problem des *Bed-blocking*. Pflegebedürftige Ältere, die in den Krankenhäusern medizinisch behandelt worden waren, blockierten Betten im Akutbereich, weil in den kommunalen Altenheimen keine Plätze zur Verfügung standen bzw. die kommunal organisierte häusliche Versorgung und Betreuung nicht gewährleistet war. Eine immer größer werdende Gruppe älterer Menschen mit Behinderungen oder Demenz lebte aufgrund dessen in den Pflegestationen der Krankenhäuser (vgl. Hieda 2012, 74; Edebalk/Lindgren 1994, 146).

Bereits kurz nach der Einführung des Gesetzes über die sozialen Dienste Anfang der 1980er Jahre wurde daher erneut ein parlamentarischer Ausschuss, die Altenpflegekommission *(Äldreberedningen)*, eingesetzt. Sie war besetzt mit Regierungsmitgliedern, Parlamentsabgeordneten, Vertreter/innen von Interessenverbänden sowie einigen Behördenmitarbeiter/innen und sollte die Entwicklungen im Bereich der sozialen Dienste für Ältere evaluieren, v.a. die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Älteren, die Prioritätensetzungen der Kommunen und die Koordination in Bezug auf die Altenpflegemaßnahmen (vgl. Brodin 2005, 90f.; Hieda 2012, 76f.). "The purpose of this committee was to examine how housing, social care services and health care services for the elderly should be organized so that older people live an independent and autonomous life." (Hieda 2012, 76f.) Die Altenpflegekommission schlug in ihrem Endbericht „Altenpflege im Wandel" *(Äldreomsorg i utveckling)* aus dem Jahr 1987 vor, den Fokus stärker auf präventive Gesundheitsmaßnahmen zu richten, um ein gesundes Altern zu fördern, das Feld der sozialen Dienste für private und zivilgesellschaftliche Organisationen zu öffnen und den Prozess der Ent-Hospitalisierung der Altenpflege weiter zu fördern. Die Kommunen sollten dazu mehr Verantwortung erhalten, v.a. für die Pflegeheime und für die häusliche Krankenpflege, für die bis dahin die Provinzen zuständig waren. Die Altenpflegekommission schlug auch vor, die Lebensbedingungen in Altenheimen zu verbessern. Des Weiteren plädierte sie für die Einführung von Auszeiten für pflegende Angehörige (vgl. Brodin 2005, 90ff.; Hieda 2012, 76ff.).

Damit war sie die erste Kommission in Schweden, die sich für die finanzielle Unterstützung erwerbstätiger Angehöriger, die Pflegeverantwortung übernommen haben, aussprach (vgl. Szebehely 2005, 175f.). „Die Kommission schlug eine längere und eine kürzere Auszeit vor, wobei die kürzere höchstens 30 Arbeitstage pro Jahr dauern soll, während die längere mehr als 30 Arbeitstage pro Jahr umfassen kann." (Statens offentliga utredningar 1987, 136, Übersetzung D.A.) Die längere Pflegezeit sollte allerdings nur dann gewährt werden, wenn die pflegende Person bei der pflegebedürftigen Person oder der Kommune angestellt oder ein

pflegebedürftiges Kind zu betreuen ist (vgl. Statens offentliga utredningar 1987, 137). Weitergehende Vorschläge in Bezug auf ein Pflegegeld für informell Pflegende gab die Kommission aus finanziellen Gründen nicht. Dabei wurde die informelle Pflege stärker aus der Perspektive der Wahlfreiheit des zu Pflegenden als aus der Sicht der pflegenden Person diskutiert. "In this manner, the committee described the informal eldercare services as women's individual choices rather than a forced responsibility." (Brodin 2005, 92)

Ein weiterer Bereich, mit dem sich die Altenpflegekommission beschäftigte, war das Ausbildungssystem im Bereich der Altenpflege. Um die Altenpflege zu professionalisieren, sollten die schulischen Ausbildungen zur Altenpflege- und zur Krankenpflegehelfer/in zu einem Ausbildungsgang zusammengeführt werden, so dass Pfleger/innen im Altenpflegebereich sowohl sozialpflegerische als auch medizinische Kenntnisse aufweisen (vgl. Brodin 2005, 93).

Die meisten Interessenverbände, Regierungsorganisationen und Kommunalregierungen begrüßten die Vorschläge der Altenpflegekommission (vgl. Statens offentliga utredningar 1987; Brodin 2005, 88ff.; Hieda 2012, 73ff.; Burau u.a. 2007, 92).

9.2.2 Agenda-Gestaltung: die Ädel-Kommission und das Remiss-Verfahren

Im Jahr 1988 setzte die sozialdemokratische Regierung unter Ministerpräsident *Ingvar Carlsson* die Vorschläge der Altenpflegekommission im Gesetz „Altenpflege an der Schwelle der 1990er Jahre" *(Om äldreomsorgen inför 90-talet)* um. Wie im Bericht der Altenpflegekommission, stand im Zentrum des Gesetzes die Selbstbestimmung der Älteren. Sie sollten ihre Lebensbedingungen kontrollieren können, so lange es geht zuhause leben und sich dort sicher fühlen. Die informelle Pflege sollte weiter auf dem Prinzip der Freiwilligkeit basieren. Daher wurde lediglich eine kurze Pflegezeit zur Sterbebegleitung *(närståendepenning)* eingeführt, wonach Angehörige sich für bis zu 30 Tage freistellen lassen können, um einen schwerkranken Angehörigen zu pflegen und in dieser Zeit eine Einkommensersatzleistung auf Krankengeldniveau gezahlt bekommen. Die Pflegezeit zur Sterbebegleitung wird auf nationalstaatlicher Ebene im Rahmen der Sozialversicherung finanziert (vgl. Regeringens proposition 1987/88:176, 97f.). Eine längere Pflegezeit mit Lohnersatzleistung wurde dagegen nicht eingeführt, um nicht den Eindruck zu erwecken, informelle Pflege sei eine Notwendigkeit, für die eine Lohnersatzleistung gezahlt wird (vgl. Brodin 2005, 95ff.; Hieda 2012, 78).

Das Altenpflegegesetz aus dem Jahr 1988 wurde im Reichstag einstimmig beschlossen (vgl. Brodin 2005, 99; Hieda 2012, 78). Die Rentnerorganisationen

begrüßten das Gesetz im Allgemeinen, kritisierten allerdings den Plan einer radikalen De-Hospitalisierung. Sie argumentierten, dass viele Hochaltrige zum einen stationäre medizinische Versorgung benötigten und dass sie sich zum anderen in Pflegeheimen sicherer fühlten als zuhause. Auch die nationalen Organisationen der Provinzen und der Kommunen erklärten sich im Wesentlichen mit dem Gesetz einverstanden, betonten aber die nationalstaatliche Mitverantwortung für die entstehenden Kosten (vgl. Brodin 2005, 97f.).

Auch das weitere Vorgehen wurde gesetzlich geregelt: Um eine ganzheitliche Altenpflege zu gewährleisten, sollten die Kommunen fortan auch für die häusliche Krankenpflege und für die Pflegeheime zuständig sein. Um ein solches umfassendes Altenpflegekonzept auszuarbeiten und ein auf Konsens ausgerichtetes Gesetzgebungsverfahren *(remiss)* durchzuführen (vgl. Kap. 7.2), sollte erneut eine Kommission eingesetzt werden, die innerhalb eines Jahres ein Konzept zur Umsetzung dieser Ziele ausarbeiten sollte. Dabei ging es insbesondere um die Klärung der Verantwortlichkeiten und die künftige Arbeitsteilung zwischen Provinzen und Kommunen. Das neue Altenpflegekonzept sollte dann im Jahr 1991 in Kraft treten (vgl. Hieda 2012, 78).

Das Sozialministerium leitete im November 1988 das *Remiss*-Verfahren ein und richtete – wie im Gesetz beschlossen – die sog. *Ädel*-Kommission *(Ädelutredningen)*[43] ein. Die 'politisierte' Kommission bestand aus sieben Parteipolitiker/innen, die einerseits das Machtverhältnis im Parlament widerspiegelten, andererseits die Kommunen und Provinzen gleichberechtigt vertraten. Die *Ädel*-Kommission bestand aus vier Sozialdemokrat/innen, einem liberalen Politiker, einer Zentrumspolitikerin und einer konservativen Politikerin. Die Kommission wurde von dem Sozialdemokraten *Bengt Lindqvist*, der das Amt des Sozialministers *(Statsråd i Socialdepartementet)* innehatte, geleitet. Dass die *Ädel*-Kommission nur aus Politiker/innen bzw. Vertreter/innen der Kommunen und Provinzen zusammengesetzt war und von einem Regierungsmitglied geleitet wurde, zeigte bereits, dass es in erster Linie darum ging, einen politischen Kompromiss auszuhandeln (vgl. Hieda 2012, 79). Diese Verfahrensart wird auch von den Konservativen *(Moderata samlingspartiet)* in der Reichstagsdebatte kritisiert. „Dieses Verfahren verstößt gegen alle demokratischen Prinzipien und gegen das Kommissionsverfahren, das für den Gesetzentwurf der Regierung vorgeschrieben ist." (Svensson: Riksdag 1990: Anf. 78; Übersetzung D.A.)

---

43 Das Wort *"Ädel"* steht für *"äldredelegation"* (Alten-Delegation) und hat eine Doppelbedeutung: *"ädel"* steht für edel und *"äldre"* für Ältere (vgl. Hieda 2012, 198).

Die *Ädel*-Kommission tagte zwischen 1988 und 1989 und legte im Mai 1989 ihren Bericht „Verantwortung für die Altenpflege" (*Answaret för äldreomsorgen*) vor (vgl. Ds 1989:27). Darin kritisierte sie die doppelte Verantwortung von Provinzen und Gemeinden für die Altenpflege, die zur Dominanz einer medizinischen statt einer sozialen Altenpflege geführt hatte, die mit der Verschwendung finanzieller Ressourcen einherging und zu unklaren (politischen) Verantwortlichkeiten geführt hatte. Die *Ädel*-Kommission schlug daher vor, die Verantwortung für die Altenpflege inklusive der Pflegeheime ganz in die Hände der Kommunen zu legen. Die Kommunen sollten auch für die häusliche Krankenversorgung der Älteren – mit Ausnahme der medizinischen Versorgung durch Ärzte und Ärztinnen – zuständig sein. Um die Verantwortung für die Altenpflege übernehmen zu können, sollten die Pflegeheime und das Pflegepersonal der Provinzen in den Bereich der Kommunen übertragen werden. Ein weiteres Problem sah die *Ädel*-Kommission darin, dass sehr viele pflegebedürftige Ältere ohne medizinische Notwendigkeit Krankenhausbetten, für die die Provinzen zuständig waren, belegten, weil Plätze in Pflegeheimen oder in der ambulanten Pflege fehlten. Die Kommission schlug diesbezüglich vor, dass die Kommunen weiterhin die Verantwortung für die ambulante Pflege Älterer übernehmen sollten, und zwar auch für diejenigen, die aus Krankenhäusern entlassen werden können. Sollten sie dieser Verantwortung nicht nachkommen können, sollten die Kommunen die Kosten für den längeren Krankenhausaufenthalt zahlen (vgl. Ds 1989:27; vgl. auch Hieda 2012, 81; Burau u.a. 2007, 92; Glenngård u.a. 2005, 97f.; Brodin 2005, 99f.).

9.2.3 Politikformulierung: der Gesetzgebungsprozess

Tabelle 10: Der Gesetzgebungsprozess der *Ädel*-Reform in Schweden

Ort	*Datum*
Reichstag *(Riksdag)*	
1. Lesung: Einbringen des Gesetzentwurfs durch die sozialdemokratische Regierung *(proposition)*	04.10.1990
Beratung im Sozialausschuss *(socialutskottet)*	Okt.-Dez. 1990
2. Lesung *(debatt)*	13.12.1990
Verabschiedung *(beslut)*	13.12.1990
Inkrafttreten	01.01.1992

Im Oktober 1990 reichte die sozialdemokratische Regierung den Gesetzentwurf *(proposition)* „Über die Verantwortung für die Versorgung und Pflege von

Älteren und Behinderten usw." *(Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m. m.)* im Reichstag ein (vgl. Regeringens proposition 1990/91:14; Hieda 2012, 82). Der Gesetzentwurf entsprach inhaltlich den Vorschlägen der *Ädel*-Kommission: Die Kommunen sollten erstens die komplette Verantwortung für den Umfang, die Planung, den Ausbau und die Unterhaltung aller Altenpflegeinstitutionen erhalten, sie sollten zweitens die Pflegeheime von den Provinzen übernehmen sowie drittens die Personalverantwortung für die dort arbeitenden Pfleger/innen erhalten, und sie sollten viertens dafür zahlen, wenn sie Pflegebedürftigen, die aus den Krankenhäusern entlassen werden können, keine häusliche Pflege bzw. keinen Pflegeheimplatz anbieten können. Auf diese Weise sollten die Kommunen Anreize erhalten, alternative Wohnformen für Ältere auszubauen (vgl. Regeringens proposition 1990/91:14).

Die erste Lesung des Gesetzentwurfs fand am 04.10. statt. Danach wurde der Gesetzentwurf zur Beratung an den Sozialausschuss *(socialutskottet)* überwiesen. Dort handelte die sozialdemokratische Minderheitenregierung mit den Liberalen *(Folkpartiet liberalerna)* einen Kompromiss aus, in dem die *SAP* Zugeständnisse im Hinblick auf die Gewährung von Staatszuschüssen für Einzelzimmer in Alten- und Pflegeheimen und für neue Wohnformen für Demenzkranke machte. Zudem wurden psychiatrische Kliniken in den Kreis der medizinischen Institutionen aufgenommen, für die die Kommunen die Kosten übernehmen sollten, wenn den entlassungsbereiten Patient/innen keine ambulanten oder stationären Angebote gemacht werden konnten (vgl. Socialutskottet betänkande 1990/91:SoU9; Hieda 2012, 82f.).

Nach der Aushandlung der Kompromisse wurde der Gesetzentwurf am 13.12. im Reichstag diskutiert. In der Debatte kamen alle sechs im Reichstag vertretenen Parteien durch eine Vertreterin bzw. einen Vertreter zu Wort. Lediglich von den regierenden Sozialdemokraten sprachen zwei Politiker, *Bo Holmberg*, der stellvertretende Vorsitzende des Sozialausschusses, sowie der stellvertretende Sozialminister[44] und Vorsitzende der *Ädel*-Kommission, *Bengt Lindqvist*. Im Folgenden wird die Reichstagsdebatte anhand der inhaltlichen Schwerpunkte und Konfliktlinien dargestellt. Dazu zählten (1) die kommunale Verantwortungskonzentration und die Lösung des *Bed-blocking*-Problems, (2) die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen und die Trägerkonkurrenz, (3) die Ambulantisierung als Sparmaßnahme, (4) die Schaffung von Einbettzimmern, (5) die Versorgung

44 *Bengt Lindqvist* war von 1985-1991 Minister für Familie und Behinderte *(familje- och handikappminister)* sowie stellvertretender Sozialminister *(biträdande socialminister* bzw. *statsråd i socialdepartementet)*.

Demenzkranker, (6) die Unterstützung informell Pflegender sowie (7) die Auswirkungen der Reform auf die beruflich Pflegenden. Die letzten beiden Themen wurden allerdings eher am Rande thematisiert.

(1) Kommunale Verantwortungskonzentration und Lösung des Bed-blocking-Problems

Die Sozialdemokraten *Holmberg* und *Lindqvist* verteidigten das Reformvorhaben, v.a. die Übergabe der kompletten Verantwortung für die Altenpflege an die Kommunen, und begründeten dies mit der Notwendigkeit einer effizienteren Ressourcenverwendung bei gleichzeitiger Steigerung der Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen (vgl. Holmberg und Lindqvist: Riksdag 1990: Anf. 91 und 100). Ein Beispiel für die geplante Umverteilung und für die Einsparung von Ressourcen war die Kostenübernahme für entlassungsbereite Patient/innen. Die Übernahme der Kosten für die *Bed-blocker* durch die Kommunen sollte zu Einsparungen führen. Teure Krankenhausbetten sollten durch günstigere häusliche Pflegeangebote ersetzt werden. Der Liberale *Daniel Tarschys,* Politikwissenschaftler und Vorsitzender des Sozialausschusses, klagte in der Parlamentsdebatte darüber, dass es zu dieser Zeit 4.000 Patient/innen gab, die aus den Krankenhäusern hätten entlassen werden könnten. „Das bedeutet, dass ein großer Teil der teuren, wichtigen und nützlichen krankenpflegerischen Ressourcen für Patienten verwendet wird, die keine medizinische Versorgung mehr benötigen [...]." (Tarschys: Riksdag 1990: Anf. 82, Übersetzung D.A.) Die alte Regelung führt zu Mehrkosten, die beseitigt werden könnten, und die betroffenen Patient/innen könnten „auf dem richtigen Niveau" versorgt werden, formulierte auch der Sozialdemokrat *Holmberg* (Holmberg: Riksdag 1990: Anf. 91). Die Kostenübernahme durch die Kommunen schaffe Anreize für den Ausbau alternativer Wohnformen, hob der stellvertretende Sozialminister *Lindqvist* positiv hervor (Lindqvist: Riksdag 1990: Anf.100). Demnach handele es sich nicht um eine bürokratisch aufgeblähte Maßnahme, entgegnete *Tarschys* (Riksdag 1990: Anf.82) den Konservativen und der Zentrumspartei *(Centerpartiet)*, sondern um die Verbesserung der Pflegesituation für die Entlassungsbereiten wie für die Krankenhausversorgung insgesamt. Mit dieser Maßnahme werde man einen schnelleren Zugang zu Operationen und sonstigen Behandlungen für alle erreichen, verteidigte er die Reform.

Demgegenüber argumentierte der konservative Abgeordnete *Sten Svensson* (Riksdag 1990: Anf. 78), wie schon im Sozialausschuss, dass seiner Ansicht nach die wichtigen Fragen der Versorgung der Älteren durch das geplante Gesetz nicht gelöst würden. Die vorgeschlagenen Schritte zur Lösung des *Bed-blocking*-Problems seien nicht zufriedenstellend, sondern bürokratisch und ineffektiv.

Nicht nur von der Lösung des *Bed-blocking*-Problems, auch von der Beseitigung von Doppelstrukturen und der Schaffung klarer Verantwortlichkeiten, erhoffte sich die Regierung finanzielle Einsparungen. „Schließlich wird das klare Verantwortungsverhältnis zwischen den Kommunen und den Provinzen zur Folge haben, dass wir eine bessere und effektivere Planung und einen besseren Ressourcenhaushalt erhalten mit den Mitteln, über die wir verfügen." (Lindqvist: Riksdag 1990: Anfr. 100, Übersetzung D.A.)

Kritik erhielt die geplante De-Zentralisierung von den Konservativen, der Zentrumspartei, den Grünen und der Linkspartei. Die ökonomischen Folgen für die Kommunen und Provinzen seien unklar, so die Politiker/innen. Die Konservativen vermuteten, dass der Transfer der Pflegeheime und dessen Personal gerade im Gegenteil zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand und damit auch zu Mehrkosten führen würden. Es sollten über 20 Mrd. SEK (2,1 Mrd. Euro) transferiert werden, obwohl das Risiko offensichtlich sei, dass der „administrative Revierstreit" zwischen den Kommunen und den Provinzen um Kompetenzen, Zuständigkeiten und Gelder weitergehen würde, so *Svensson*. Des Weiteren sei unklar, ob „[...] die Reformen nicht zu neuen Kosten führen [...]", so *Svensson* (Riksdag 1990: Anfr. 96, Übersetzung D.A.). Dies gelte insbesondere für Kommunen mit einem hohen Anteil älterer Menschen (Svensson: Riksdag 1990: Anfr. 83). *Svensson* fürchtete zudem negative Folgen für die Pflegequalität. Der Transfer der Beschäftigten von den Provinzen zu den Kommunen „[...] würde das Risiko in sich bergen, dass sich die Qualität der Pflege verschlechtert, nicht zuletzt in kleineren Kommunen mit einem hohen Anteil an Älteren und einer angespannten Finanzlage." (Svensson: Riksdag 1990: Anf. 78, Übersetzung D.A.) Er plädierte gegen Ende seiner Rede für die Einführung einer universellen und obligatorischen Krankenversicherung. Diese hielt er für sinnvoll, weil sie auch die Rentner/innen umfasse und eine solidarische Finanzierungsalternative darstelle. Im Rahmen einer solchen Krankenversicherung sollten die Patient/innen zwischen verschiedenen Pflegeformen und Trägern frei wählen können (vgl. Svensson: Riksdag 1990: Anf. 78). Die Sozialdemokraten *Holmberg* und *Lindqvist* kritisierten die Privatisierungspläne der Konservativen, denn deren Ziel sei es, die öffentliche Krankenversorgung durch die Provinzen abzuschaffen und stattdessen ein privates Krankenversicherungssystem einzuführen (vgl. Holmberg und Lindqvist: Riksdag 1990: Anf. 91 und 100).

Die Linke *(Vänsterpartiet)* bzw. dessen Abgeordneter *Margó Ingvardsson* kritisierte die Pflegepolitik der Regierung bzw. den Kompromiss zwischen Sozialdemokraten und Liberalen stark, argumentierte in vielen Punkten aber anders als die Konservativen und die Zentrumspartei. Er hielt z.B. die Frage

der Trägerschaft im Bereich der Alten- und Krankenpflege – Kommunen oder Provinzen – für unwichtig. „Dass Menschen keinen Pflegeplatz bekommen, wenn sie krank werden oder dass sie nicht ausreichend zuhause gepflegt und versorgt werden, hängt selbstverständlich nicht davon ab, ob die Kommunen oder die Provinzen die Träger der Einrichtungen bzw. Dienste sind, sondern es hängt ganz einfach davon ab, wie viel wir gemeinsam für die Pflege der Älteren ausgeben wollen." (Ingvardsson: Riksdag 1990: Anf. 80, Übersetzung D.A.) Er ging davon aus, dass die Kommunen den entlassungsbereiten Krankenhauspatient/innen vielfach häusliche Dienste anbieten werden, weil dies die billigere Variante sei, wohingegen adäquatere Versorgungsangebote, z.B. in Wohngruppen oder Pflegeheimen, seltener zur Verfügung gestellt würden. Daher plädierte er für die finanzielle Unterstützung des Ausbaus von Wohngruppen *(gruppboende)* und kollektiven Wohnformen für Ältere.

Wichtigstes Anliegen der Grünen *(Miljöpartiet de gröna)* war die geplante De-Zentralisierung, die ihnen nicht weit genug ging. Nach Ansicht von *Anita Stenberg*, der Abgeordneten der Umweltpartei der Grünen und Mitglied des Sozialausschusses, sollte auch die medizinische Grundversorgung in den Wohngruppen und Pflegeheimen in die Hände der Kommunen gelegt werden. Den Beschluss im Sozialausschuss, diese Art der De-Zentralisierung der Gesundheitsversorgung versuchsweise einzuführen, befürwortete sie dementsprechend (vgl. Stenberg: Riksdag 1990: Anfr. 81). Auch der Liberale *Tarschys* betonte, es sei eine gute Lösung in Bezug auf die medizinische Grundversorgung gefunden worden: Diejenigen Kommunen, die diese übernehmen wollten, könnten dies mit den Provinzen vereinbaren. Und die Kommunen, die dies nicht wollten, könnten alles beim Alten belassen. „Auf diese Weise werden die Reformen an den kommunalen und regionalen Bedarf angepasst." (Tarschys: Riksdag 1990: Anfr. 82, Übersetzung D.A.)

(2) Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen und Trägerkonkurrenz

Neben der Frage der Effizienzorientierung durch die Kompetenzübertragung an die Kommunen war die Wahlfreiheit der zweite Aspekt, unter dem die Reform der Altenpflege in der *Ädel*-Kommission, im Sozialausschuss und in der Parlamentsdebatte diskutiert wurde. Das Wohlergehen, die Wahlfreiheit und Sicherheit der Älteren waren Argumente, die in der gesamten Parlamentsdebatte häufig und in unterschiedlichen Kontexten herangezogen wurden. Alle Parteien legten Wert darauf, dass ihre Vorschläge zu mehr Wahlfreiheit bei den Älteren und Pflegebedürftigen führten. Die Regierung betonte, dass die Klärung der Verantwortlichkeiten und die Förderung neuer Wohnformen zu mehr Selbstbestimmung

und Wahlfreiheit für die Pflegebedürftigen führe, während die Opposition der Regierung vorwarf, neue Bürokratie statt Wahlfreiheit zu schaffen.

In Bezug auf die Wahlfreiheit wurde von den Protagonist/innen der Reform v.a. unterstellt, dass die Älteren gerne so schnell wie möglich aus den Krankenhäusern entlassen werden und so lange wie möglich zuhause leben möchten. „Im Pflegeheim liegen Ältere, die im Altenheim oder im betreuten Wohnen leben könnten und im betreuten Wohnen sind Ältere, die zuhause gepflegt werden könnten." (Holmberg: Riksdag 1990: Anfr. 91, Übersetzung D.A.) Diese Argumentation passte gut zu den Kostenaspekten und wurde lediglich von den Oppositionsparteien angezweifelt. So betonte beispielsweise *Börje Hörnlund,* Abgeordnete der Zentrumspartei und Mitglied des Arbeitsmarktausschusses, mehrfach, dass es viele Hochaltrige, Gebrechliche und Schwerstpflegebedürftige gebe, die eine gute medizinische Versorgung in einem Pflegeheim benötigten.

Aber auch die Opposition bezog sich positiv auf das Label der Wahlfreiheit. Um die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen zu erweitern, sollte beispielsweise mehr Geld in die Pflege statt in die Bürokratie fließen. Daher plädierten der Konservative *Svensson* und die Zentrumsabgeordnete *Hörnlund* für die Erweiterung der Wahlfreiheit, indem man die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen selbst darüber entscheiden lasse, welche Pflegeformen sie wählen und von welchen Anbietern sozialer Dienste sie versorgt werden wollen (vgl. Svensson und Hörnlund: Riksdag 1990: Anfr. 78 und 79). *Svensson* sprach sich in diesem Kontext auch für die Öffnung sozialer Dienste für private Anbieter aus. Private und öffentliche Träger sollten sich gegenseitig ergänzen und in Konkurrenz zueinander treten. „Durch mehr Wettbewerb verbessert sich auch die Qualität", so *Svensson* (Svensson: Riksdag 1990: Anf. 78, Übersetzung D.A.). „Außerdem führt die erhöhte Konkurrenz zu einer besseren Verwertung der Ressourcen, damit die Warteschlangen und Engpässe des gegenwärtigen Systems angegangen werden können." (Svensson: Riksdag 1990; Anfr. 87, Übersetzung D.A.) *Hörnlund* forderte im Zusammenhang mit der Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen – als Einzige in der Reichstagsdebatte – auch den Ausbau der Unterstützung häuslich Pflegender sowie die Erweiterung der bisherigen Pflegearrangements um die Zusammenarbeit mit Freiwilligenorganisationen sowie privaten Initiativen (vgl. Hörnlund: Riksdag 1990: Anf. 79). Und der Linke *Ingvardsson* wies darauf hin, dass die Finanzierungsverantwortung der Kommunen häufig zur Wahl der kostengünstigsten Pflegeversorgung führen würde, d.h., die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen würde aus Finanzierungsgründen eingeschränkt (vgl. Ingvardsson: Riksdag 1990: Anf. 93).

(3) Ambulantisierung als Sparmaßnahme
Neben der Kostenübernahme für entlassungsbereite Krankenhauspatient/innen sollte auch die Übernahme der Pflegeheime inklusive des Pflegepersonals durch die Kommunen letztendlich der effizienteren Ressourcenverwendung dienen. Dadurch, dass die Kommunen die Gesamtverantwortung für die ambulante und stationäre Altenpflege übernehmen sollten, wurde davon ausgegangen, dass sie aus Kostengründen häusliche Angebote fördern würden, statt die teurere stationäre Pflege auszubauen. „Mit den aktuellen Reformen haben wir die Möglichkeit, das richtige Niveau anzubieten, mit der besten Pflege zu den niedrigsten Kosten." (Holmberg: Riksdag 1990: Anfr. 91, Übersetzung D.A.)

Die Zentrumsabgeordnete *Hörnlund* beklagte demgegenüber bereits die Kürzungen im Bereich der stationären Pflege in den 1980er Jahren. „Es waren Lindqvist und seine Regierungsgenossen, die die heutige Krise verursacht haben." (Hörnlund: Riksdag 1990: Anf. 79, Übersetzung D.A.) Die Kürzungen seien insofern problematisch als es viele schwer(st) Pflegebedürftige und gebrechliche Hochaltrige gebe, die auf eine qualitativ hochwertige Pflege in stationären Einrichtungen angewiesen seien. Daher kritisierte die Politikerin des Zentrums den Vorschlag, die Alten- und Pflegeheime in sog. *Service*-Häuser *(servicehus)* – Altenheime mit angebundenem Pflegedienst – oder in besondere Wohnformen für Ältere *(särskilda boendeformer)* umzuwandeln. Sie schlug dagegen vor, die Alten- und Pflegeheime auszubauen und an den medizinischen Bedarf der Pflegebedürftigen anzupassen (vgl. Hörnlund: Riksdag 1990: Anfr. 79). Auch *Ingvardsson*, der Abgeordnete der Linkspartei, äußerte sich kritisch zur Förderung der häuslich-ambulanten Pflege. Diese sei in den 1970er und 1980er Jahren v.a. aus Kostengründen ausgebaut worden. Infolge des Abbaus von Heimplätzen hätten die Heime nun Rekrutierungsprobleme, und es müssten bereits Pflegestationen aufgrund von Personalmangel geschlossen werden (vgl. Ingvardsson: Riksdag 1990: Anf. 80).

(4) Die Schaffung von Einbettzimmern
Der Liberale *Tarschys* betonte das langjährige Anliegen der liberalen Partei, Einzelzimmer für alle Älteren in Alten- oder Pflegeheimen zu schaffen – zumindest für diejenigen, die es wünschten (und sich leisten können). Derzeit hätten über 50.000 stationär Versorgte keine eigenes Zimmer, beklagte *Tarschys* (Riksdag 1990: Anf. 82). Nun sollten finanzielle Anreize dazu beitragen, diese Vision der Liberalen Volkspartei zu realisieren.

Ingvardsson übte Kritik an dem Vorschlag der Liberalen, Einbettzimmer einzuführen. Dies entspräche nicht den dringlichsten Wünschen der älteren

Menschen, so der Abgeordnete der Linken. Wichtiger sei es, generell mehr Plätze zur Verfügung zu stellen, denn die Wartezeiten für die Aufnahme in ein Pflegeheim seien sehr lang. „Das Problem ist, dass es eine Menge an Patienten gibt, die einen Pflegeplatz benötigen und die überhaupt keinen Pflegeplatz bekommen können." (Ingvardsson: Riksdag 1990: Anf. 80, Übersetzung D.A.) Zudem gehe der Umbau von Zwei- und Dreibettzimmern in Einbettzimmer mit dem weiteren Verlust von Pflegeheimplätzen einher, wenn in den vorherigen Mehrbettzimmern fortan nur noch eine Person untergebracht werden könne (vgl. Ingvardsson: Riksdag 1990: Anfr. 89). Die Zentrums-Abgeordnete *Hörnlund* bezweifelte in diesem Kontext, dass die von den Liberalen durchgesetzten Einzelzimmer aus finanziellen Gründen überhaupt umsetzbar seien (vgl. Hörnlund: Riksdag 1990: Anf. 79).

(5) Versorgung Demenzkranker

Ein weiterer Punkt, der den Liberalen wichtig war, bezog sich auf die Versorgung Demenzkranker. Diese sollten in kleineren Wohneinheiten statt in großen stationären Einrichtungen untergebracht werden. Es existierten 2.000 Plätze, wohingegen 20.000 bis 30.000 Plätze benötigt würden, so *Tarschys* (vgl. Riksdag 1990: Anf. 82). Zur Entwicklung dieser Wohngruppen für Demenzkranke sollten nun finanzielle Mittel, genauer 500 Mio. SEK (gut 52 Mio. Euro), zur Verfügung gestellt werden (vgl. Holmberg: Riksdag 1990: Anf. 91). Auch der konservative Abgeordnete *Sevenson* (Riksdag 1990: Anf. 78) kritisierte, dass die Versorgung der Demenzkranken und der Behinderten nicht zufriedenstellend geklärt sei. Er schlug allerdings vor, nicht nur Wohngruppen für Demenzkranke finanziell zu fördern, sondern generell die Entwicklung neuer Wohnformen voranzutreiben.

(6) Unterstützung informell Pflegender

Die Tatsache, dass der Großteil der Pflege zuhause (von Frauen) erledigt wird, spielte in der Parlamentsdebatte so gut wie keine Rolle. Lediglich die Zentrums-Abgeordnete *Hörnlund* erwähnte die pflegenden Frauen.

> „Wir von der Zentrumspartei wollen auch die anstrengende Pflegearbeit aufwerten, die traditionsgemäß fast ausnahmslos von Frauen getätigt wird. Wir sind der Ansicht, dass eine Arbeit gleich bewertet werden muss, unabhängig davon, wer sie überwiegend ausführt, Männer oder Frauen. Es ist unakzeptabel, dass das Einkommen der Männer 50% höher sein soll als das der Frauen und dass der Unterschied tendenziell ansteigt. Als eine der großen Fragen der 90er Jahre muss gelten, einen gemeinsamen Arbeitsmarkt mit einer gerechten Bewertung unterschiedlicher Arten von Arbeit zu schaffen." (Börje Hörnlund: Riksdag 1990, Anf. 79, Übersetzung D.A.)

Sie plädierte für Unterstützungsleistungen für häuslich Pflegende, auch in Zusammenarbeit mit den Freiwilligenorganisationen und anderen Initiativen. Ihre Anmerkungen wurden allerdings nicht von den anderen Redner/innen aufgegriffen.

(7) Auswirkungen der Reform auf die beruflich Pflegenden
Demgegenüber wurden die Auswirkungen der Reform auf die beruflich Pflegenden an einigen Stellen thematisiert. Die Linke plädierte dafür, das Geld, das bei der Umorganisation der Altenpflege und der Personaltransformation eingespart würde, zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegenden zu verwenden, z.B. für kürzere Arbeitszeiten (vgl. Ingvardsson: Riksdag 1990: Anf. 80). Dem stimmte auch die Grünen-Abgeordnete *Stenberg* zu (vgl. Stenberg: Riksdag 1990: Anf. 81). *Ingvardsson* und *Stenberg* traten generell für bessere Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden ein (Ingvardsson und Stenberg: Riksdag 1990: Anf. 80 und 89; Anf. 81). Infolge der Verbesserungen der Arbeitsbedingungen könnte der Altenpflegeberuf auch wieder attraktiver für junge Menschen werden, so *Ingvardsson* (Riksdag 1990: Anf. 89), der ausführte, dass der Personalmangel im Pflegebereich auf die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen (Arbeitszeiten, Löhne, Arbeitsbedingungen, Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Aufstiegschancen) in den Alten- und Pflegeheimen in den 1980er Jahren zurückzuführen sei (vgl. Ingvardsson: Riksdag 1990: Anf. 80).

Demgegenüber argumentierte der Liberale *Tarschys* (Riksdag 1990: Anf. 86), dass eine Arbeitszeitverkürzung bei den beruflich Pflegenden mit einem weiteren Platzabbau in den Pflegeheimen einhergehen würde, denn es würde das Personal fehlen, das man einstellen müsste, um das Arbeitsvolumen beizubehalten. Und der Sozialdemokrat *Holmberg* gab zu bedenken, dass die Regierung immerhin plane, 500 Mio. SEK (gut 52 Mio. Euro) für die Aus- und Weiterbildung der beruflich Pflegenden zur Verfügung zu stellen (vgl. Holmberg: Riksdag 1990: Anr. 91).

Die Zentrums-Abgeordnete *Hörnlund* (Riksdag 1990: Anf. 88) berichtete, dass die Reform gegen den Widerstand der Beschäftigten in der Altenpflege durchgesetzt werde. Man habe zwar mit den Vorsitzenden einiger Organisationen gesprochen, aber nicht mit den beruflich Pflegenden selbst, die sich daher „sehr verletzt fühlen". Dem widersprach der Liberale *Tarschys*, denn viele Dachorganisationen der Gewerkschaften hätten sich im Sozialausschuss positiv zu den Plänen der Regierung geäußert (vgl. Tarschys: Riksdag 1990: Anf. 90).

Im Anschluss an die Parlamentsdebatte wurde der Gesetzentwurf am 13.12.1990 im Reichstag verabschiedet. Noch bevor das Gesetz in Kraft treten konnte, fanden

im Herbst 1991 in Schweden Reichstagswahlen statt. Dabei verlor die Sozialdemokratische Partei die Mehrheit, und es wurde eine neue Regierung unter dem konservativen Ministerpräsidenten *Carl Bildt* gebildet, die neben den Konservativen noch aus den Liberalen, der Zentrumspartei und den Christdemokraten bestand. Trotz des Regierungswechsels trat das Gesetz im Januar 1992 in Kraft.

Kurz nach der Reform wurde von der neuen Regierung unter dem Titel „Mehr Konkurrenz in kommunalen Betrieben" *(Ökad konkurrens i kommunala verksamheter)* ein weiteres Gesetz verabschiedet, das Anfang 1993 in Kraft trat. Es knüpfte an das Kommunalgesetz *(Kommunallag)* aus dem Jahr 1991 an, nach dem Kommunen erstmals die Möglichkeit erhielten, mit privaten Anbietern sozialer Dienste und Einrichtungen Verträge zu schließen (vgl. Szebehely/Trydegård 2012, 302, 307). Mit dem neuen Gesetz erhielten die Kommunen und die Provinzen erweiterte Möglichkeiten, mit privaten und freigemeinnützigen Anbietern Verträge abzuschließen (vgl. Edebalk/Lindgren 1994, 149ff.; Brodin 2005, 103f.; Gustafsson/Szebehely 2007, 47f.; Szebehely/Trydegård 2012, 302f.). Die Sozialdemokraten opponierten nicht gegen das Gesetz. V.a. der ehemalige sozialdemokratische Finanzminister, *Kjell-Olof Feldt*, befürwortete bereits in den 1980er Jahren die Öffnung des Altenpflegesektors für private Anbieter, zum einen, um Produktivitätssteigerungen zu erzielen, zum anderen, um die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen zu erhöhen (vgl. Hieda 2012, 84f.; Szebehely/Trydegård 2012, 302). *Bengt Westerberg*, der Sozialminister der Mitte-Rechts-Regierung nach 1991, sagte in einem späteren Interview: "I would say, in principle, this issue [privatization, D.A.] was not so controversial in Swedish political debate. It's been accepted by both the Social Democratic and the non-socialist government. But very few local authorities, very few municipalities, wanted to contract-out before the 1990s'." (Westerberg, zit. nach Hieda 2012, 199) Anders als in Großbritannien bestand in Bezug auf die Privatisierung der Altenpflege in Schweden demnach keine Konfliktlinie zwischen der Sozialdemokratie und den Konservativen.

9.2.4 Die Ädel-Reform im Spannungsfeld parteipolitischer und gesellschaftlicher Akteure

9.2.4.1 Parteipolitische Konfliktlinien im Gesetzgebungsprozess

Die Reform der schwedischen Altenpflege wurde stark unter Kostengesichtspunkten diskutiert und durchgeführt. Wichtigstes Ziel der politischen Akteure, insbesondere der regierenden Sozialdemokratie, war die Einführung von *New Public Management*-Konzepten in der Altenpflege. Von der Implementation

dieses privatwirtschaftlichen Managementkonzepts in die Organisation der ambulanten und stationären kommunalen Pflege erhoffte man sich eine effizientere Arbeitsweise und Kosteneinsparungen. Zu den Zielen, die mit Hilfe des *New Public Management* erreicht werden sollten, zählten die Umsetzung von Effizienzkriterien, die Verbesserung der Zielgenauigkeit der Maßnahmen sowie die Kontrolle über die Finanzen. Ursachen der Dominanz von Finanzierungsargumenten war die angespannte Finanzsituation infolge der wirtschaftlichen Rezession und der Alterung der Gesellschaft. Dies wurde auch im Bericht der *Ädel*-Kommission und im Gesetzgebungsverfahren deutlich (vgl. Ds 1989:27; Regeringens proposition 1990/91:14; Socialutskottet betänkande 1990/91:SoU9; Riksdag 1990). "[T]he reform was to a large extent a product of administrative and economic interest [...]", schreibt *Helene Brodin* (2005, 99) in ihrer Analyse der schwedischen Altenpflegepolitik. Und auch *Per G. Ebebalk* und *Björn Lindgren* (1994, 142) betonen, dass die Verbesserung der Effizienz durch eine Umverteilung von Ressourcen das wichtigste Anliegen der sozialdemokratischen Regierung war. "The bill declared the necessity of improving efficiency in the use of resources allotted to the social services and to health care so as to enable the growing need for care and treatment to be met by an economy in balance." (Edebalk/Lindgren 1994, 142)

Um ihre politischen Interessen durchzusetzen, musste die sozialdemokratische Partei v.a. zwei institutionelle Hürden überwinden: die dem Gesetz vorgelagerte Kommissionsarbeit und das damit verbundene *Remiss*-Verfahren sowie die Mehrheitsbeschaffung im Parlament im Rahmen der Verhandlungen im Sozialausschuss. Diesen beiden Institutionenhürden, die im Rahmen des *Ädel*-Reformprozesses von der *SAP* bewältigt werden mussten, waren inhaltlich mit zwei unterschiedlichen Konfliktlinien und mit jeweils unterschiedlichen politischen Akteurskonstellationen verbunden. Die erste Konfliktlinie zeigte sich in den Verhandlungen der *Ädel*-Kommission zwischen den Vertreter/innen der Provinzen und der Kommunen. Die zweite Konfliktlinie entstand im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses, da die sozialdemokratische Minderheitenregierung darauf angewiesen war, mit mindestens einer weiteren Partei einen Kompromiss auszuhandeln, um das Gesetz im Reichstag verabschieden zu können.

Bei der ersten inhaltlichen Kontroverse, die ausgetragen wurde, stand die Kompetenzabgrenzung zwischen den Kommunen und den Provinzen im Zentrum des politischen Aushandlungsprozesses. Geplant war von der *SAP*, die Verantwortung in Bezug auf die gesamte Altenpflege an die Kommunen zu übertragen. Dementsprechend bestand der Konflikt zwischen kommunal- und provinzialpolitischen Akteuren, weniger dagegen zwischen Regierung und Opposition. Die

Kommunalvertreter/innen in der *Ädel*-Kommission forderten – unabhängig von ihrer Parteizugehörigkeit – die Einstellung von Ärzten und Ärztinnen und Krankenpfleger/innen, um die komplette Versorgung der Älteren gewährleisten zu können, ohne dass neue Grenzziehungen und Kompetenzabgrenzungen entstehen würden. Die Vertreter/innen der Provinzen plädierten dagegen parteiübergreifend dafür, dass nur die Verwaltung der häuslichen Krankenpflege und der Pflegeheime von den Kommunen übernommen werde, nicht aber das medizinische Personal selbst (vgl. Hieda 2012, 79f.; Brodin 2005, 99). "Whereas local municipalities wanted to annex the whole primary care system, county councils tried to minimize their loss." (Hieda 2012, 80) Die Kompromisssuche gestaltete sich derart schwierig, dass der vorgesehene Zeitplan nicht eingehalten werden konnte und die Kommissionsarbeit mehr Zeit in Anspruch nahm (vgl. Hieda 2012, 79f.).

Ein weiterer Streitpunkt innerhalb der *Ädel*-Kommission war die Umverteilung der finanziellen Ressourcen zwischen den Provinzen und den Kommunen. Wenn die Kommunen fortan für die Pflegeheime zuständig sein sollten, müsste ungefähr ein Drittel des Etats der Provinzen an die Kommunen fließen. Dieser Streitpunkt konnte kommissionsintern nicht entschärft werden, denn die Vertreter/innen der Provinzen waren zu keiner Einigung bereit. Insbesondere die sozialdemokratischen Vertreter/innen der Provinzen einerseits und der Kommunen andererseits innerhalb der Kommission konnten sich nicht einigen. Der Streitpunkt wurde letztendlich im Präsidium der sozialdemokratischen Partei geklärt. Es war Ministerpräsident *Ingvar Carlsson* selbst, der über die Transferhöhe zwischen Provinzen und Kommunen entschied. Es wurde weiter im Präsidium der Sozialdemokratischen Partei entschieden, dass die Kommunen für die häusliche Krankenpflege und für die Pflegeheime zuständig sein sollten. Die Beschäftigten, die in diesen Feldern tätig sind, sollten von den Provinzen zu den Kommunen transferiert werden. Dies bezog sich auf die Krankenpfleger/innen *(sjuksköterska)*, die (Kranken-)Pflegeassistent/innen *(undersköterska)* und die Pflegehelfer/innen *(vårdbiträde)*. Der Bereich der medizinischen Versorgung der Älteren durch Ärzte und Ärztinnen sollte in der Verantwortung der Provinzen bleiben. Weiter sollten die Kommunen für die Versorgung der entlassungsfähigen älteren Patient/innen zahlen, wenn diese durch kommunale Dienste oder Einrichtungen nicht versorgt werden könnten. Die Führungsriege der Sozialdemokraten beschloss weiter, die Reform zu Beginn des Jahres 1992 einzuführen (vgl. Hieda 2012, 80f.)[45].

45 Aussagen über die Interna der Kommission beruhen v.a. auf Interviews mit *Bengt Lindqvist* und *Bo Könberg* (vgl. Hieda 2012, 198f.).

Die zweite politische Auseinandersetzung rund um die *Ädel*-Reform fand im Rahmen der Verhandlungen im Sozialausschuss statt. Die sozialdemokratische Minderheitenregierung musste bei mindestens einer der anderen Reichstagsparteien Unterstützung suchen, um das Gesetz durch den Reichstag zu bringen. Da alle Parteien Einwände gegen den Gesetzentwurf formuliert hatten, mussten die Sozialdemokraten also Zugeständnisse machen. Die Verhandlungen im Sozialausschuss verliefen unter Zeitdruck, denn der Gesetzentwurf musste bis zum 14.12.1990 eine Mehrheit im Parlament finden, sonst würde er verworfen werden. Doch innerhalb der Opposition bestanden völlig unterschiedliche Vorstellungen von der Reform der Altenpflege. Während sich die konservative Partei für die De-Zentralisierung, d.h., die Kommunalisierung der gesamten Gesundheitsversorgung aussprach, war die Zentrumspartei generell gegen die Verlagerung der Altenpflege in Richtung Kommunen. Die Politiker/innen der Zentrumspartei betonten die wichtige Rolle der Provinzen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung – v.a. in den ländlichen Gebieten (vgl. Hieda 2012, 82f.). Generell formulierten die Konservativen und die Liberalen im Sozialausschuss: „Die Reformen lösen nicht die zentralen Fragen, nämlich eine gute und würdige Pflege für die Älteren." (Socialutskottet betänkande 1990/91:SoU9, Übersetzung D.A.) Auch die Linke war der Ansicht, dass die geplante Verantwortungsaufteilung zwischen Kommunen und Provinzen nicht zu einer besseren Altenpflege beitrage. Und die schwedische Umweltpartei plädierte dafür, den Kommunen die Verantwortung für die gesamte medizinische Grundversorgung (im Rahmen von Gesundheitszentren) zu geben. Den vom Sozialausschuss vorgeschlagenen Weg, zunächst Modellversuche zuzulassen, hielten sie für einen Schritt in die richtige Richtung (vgl. Socialutskottet betänkande 1990/91:SoU9).

Drei Tage vor Ablauf der Frist gelang es den Sozialdemokraten, einen Kompromiss mit den Vertreter/innen der Liberalen auszuhandeln. Einig war man sich in der Verlagerung der Verantwortung für die Altenpflege auf die Kommunen. Ausgenommen sein sollte lediglich die ärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen. „Die Krankenpflege umfasst jedoch nicht die Behandlung durch Ärzte." (Socialutskottet betänkande 1990/91:SoU9, Übersetzung D.A.) In Bezug auf die allgemeine Gesundheitsversorgung waren Modellversuche geplant, d.h., einzelne Kommunen sollten die Übernahme der kompletten Gesundheitsversorgung mit den Provinzen vereinbaren können. Generell unstrittig war auch die von der *Ädel*-Kommission vorgeschlagene Lösung des *Bed-blocking*-Problems. Auf Drängen der Liberalen wurden die Kostenübernahme-Verpflichtungen der Kommunen auch auf entlassungsbereite Patient/innen in Akutkrankenhäusern und in psychiatrischen Kliniken erweitert. Vorher bezog sich die Kostenübernahme nur

auf Krankenhäuser mit dauerhaft körperlich beeinträchtigten Patient/innen. Zudem wurden die Staatszuschüsse für Einzelzimmer in Alten- und Pflegeheimen ausgedehnt. Des Weiteren setzten die Liberalen zweckgebundene Staatszuschüsse für neue Wohnformen für Demenzkranke durch (vgl. Socialutskottet betänkande 1990/91:SoU9; Hieda 2012, 82f.).

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die politischen Akteure insgesamt wenig erfolgreich mit ihren Einwänden gegen die Reform waren. Die sozialdemokratischen Vertreter/innen der Provinzen mussten sich den Reformvorstellungen der sozialdemokratischen Parteispitze letztendlich beugen, nachdem in der *Ädel*-Kommission keine Einigung gelang. Dasselbe gilt für die liberalen Vertreter/innen der Provinzen, die gegen die *Ädel*-Reformvorschläge waren, sich aber der liberalen Parteispitze, die den Vorschlägen letztendlich zustimmte, beugten. In beiden Fällen wird deutlich, dass sich die einfachen Parteimitglieder der Position der Parteiführung fast widerstandslos anschlossen. "The practice that rank-and-file members follow the decision of party leadership is so obvious that nobody recognizes the necessity to compensate the minority in the Swedish political system." (Hieda 2012, 199)

Aufgrund der Minderheitenregierung mussten sich die Sozialdemokraten lediglich einen Partner aus dem Kreis der Oppositionsparteien suchen und Zugeständnisse machen – in diesem Fall war es die liberale Partei. Die Änderungen, die die Liberalen durchsetzen konnten, waren allerdings eher von gradueller Bedeutung. An den wichtigsten Reformelementen änderte sich nichts.

Auch die 'einfachen' Abgeordneten der Sozialdemokratie stimmen im parlamentarischen Gesetzgebungsprozess im Reichstag mit der Regierung für die Reform. Hier zeigte sich sowohl die starke Machtstellung der Regierung und der Parteiführung als auch die hohe Disziplinierung der Parteimitglieder und die starke Verbundenheit zwischen Parlament und Regierung, die *Hieda* (2012, 51) sogar als „symbiotic" bezeichnet.

9.2.4.2 Die *Ädel*-Reform im Kontext des sozio-politischen Akeursspektrums

Dass die *Ädel*-Kommission ausschließlich mit parteipolitischen Akteuren besetzt war, bedeutete gleichzeitig den Ausschluss (zivil-)gesellschaftlicher Akteure. Weder die Verbände der Rentner/innen noch die gewerkschaftlichen Vertreter/innen der Ärzteschaft oder der beruflich Pflegenden waren an der Kommissionsarbeit beteiligt (vgl. Brodin 2005, 99). Die von dem Gesetzesvorhaben betroffenen staatlichen und zivilgesellschaftlichen Institutionen und Organisationen nahmen erst nach der Veröffentlichung des Kommissionsberichts Stellung zu den Kommissi-

onsvorschlägen. Die Stellungnahmen dieses schriftlichen Anhörungsverfahrens, die im schwedischen *Remiss*-Gesetzgebungsprozess vorgesehen sind, wurden im Kontext des Gesetzentwurfs der Regierung publiziert (vgl. Regeringens proposition 1990/91:14, 168ff.).

Die meisten Organisationen begrüßten im Rahmen des *Remiss*-Verfahrens die Ziele der Reform. Dazu zählten die die meisten Kommunen und Provinzen sowie die nationalen Verbände der Kommunen *(Svenska Kommunförbundet)* und Provinzen *(Landstingsförbundet)*, die befragten Gewerkschaften und deren Dachverbände *(Landsorganisationen i Sverige/LO* und *Tjänstemännens Centralorganisationen i Sverige/TCO)* sowie die Organisationen der Pflege- und der medizinischen Professionen. V.a. erhielt der Vorschlag, die Verantwortung für die komplette Altenpflege bei den Kommunen anzusiedeln und die ambulante Versorgung auszubauen, breite Zustimmung (vgl. Regeringens proposition 1990/91:14, 169f., 204; vgl. auch Brodin 2005, 101; Hieda 2012, 82).

Wie in der *Ädel*-Kommission auch, bestand die Hauptkonfliktlinie in der Diskussion der Verbände in der Abgrenzung zwischen den Verantwortlichkeiten der Kommunen und der Provinzen. V.a. die Zuweisung des Bereichs der häuslichen Krankenpflege *(hemsjukvård)* und die Zuordnung der medizinischen Versorgung in den Pflegeheimen *(hälsovård)* wurden kontrovers diskutiert (vgl. Ds 1989, 27; 73ff.; vgl. auch Brodin 2005, 101).

Viele Kommunen sowie der Verband der Kommunen begrüßten die Verantwortungsbündelung bei den Kommunen. Die Kommunen erklärten sich auch einverstanden damit, den entlassungsbreiten Krankenhauspatient/innen kommunale Plätze bzw. ambulante pflegerische Versorgung anzubieten. Klärungsbedarf sahen sie lediglich darin, in welchem Zeitraum Plätze bereitgestellt werden müssen und wer über die 'Entlassungsfähigkeit' entscheidet. Einige Kommunen sowie der Verband der Kommunen wiesen allerdings darauf hin, dass zusätzliche finanzielle Ressourcen notwendig seien, um die Verantwortung für den Ausbau und die Weiterentwicklung der besonderen Wohnformen (Wohngruppen, *Service*-Häuser sowie Alten- und Pflegeheime) zu übernehmen. Zudem betonten die Kommunen die Notwendigkeit des Transfers des gesamten Pflegepersonals bei der Übernahme der Pflegeheime. Auch die häusliche Krankenpflege müsse in die kommunale Verantwortlichkeit übergehen, um eine angemessene Altenpflege zu betreiben, bekräftigten die Kommunen den Vorschlag des Gesetzentwurfs (vgl. Regeringens proposition 1990/91:14, 168ff.).

Auch der Verband der Provinzen sowie zwei Drittel der Provinzen stimmten der Übergabe der Verantwortung für die Altenpflege an die Kommunen generell zu. Sie betonten aber, dass bestimmte Teile der medizinischen Grundversorgung

und der medizinischen Spezialbehandlung nicht transferiert werden sollten, beispielsweise die somatische Kurzzeitpflege und der Bereich der geriatrischen Rehabilitation. Auch die ambulante Krankenpflege, die Ärzte und Ärztinnen sowie die Physiotherapeut/innen und die Ergotherapeut/innen sollten im Verantwortungsbereich der Provinzen bleiben, bekräftigten die Provinzen samt ihres Dachverbands. Zudem kritisierte die Hälfte der Provinzen die Finanzierungsverantwortung der Kommunen für entlassungsbereite Krankenhauspatient/innen. Dies sollte ihrer Ansicht nach erst versuchsweise erprobt werden (vgl. Ds 1989, 27; 75ff.; Regeringens proposition 1990/91:14, 171ff., 205f.).

Wie die Provinzen, so beklagten auch die medizinischen Professionen und Organisationen, wie der Schwedische Ärzteverband *(Sveriges läkarförbund)*, der auch als Gewerkschaft der Ärzteschaft agiert, oder die Schwedische Medizinische Gesellschaft *(Sveriges läkaresällskapet)* die Verlagerung der nicht-medizinischen Gesundheitsversorgung in den Verantwortungsbereich der Kommunen (vgl. Regeringens proposition 1990/91:14, 182ff., 205; Hieda 2012, 82; Brodin 2005, 101).

Demgegenüber stimmten die Dachverbände der Gewerkschaften *(LO* und *TCO)* sowie die Gewerkschaft der Kranken- und Altenpfleger/innen *(Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, SHSTF* seit 1993: *Vårdförbundet)* der Überführung der Pflegeheime sowie der Verantwortungsübergabe für die ambulante Krankenpflege an die Kommunen zu. Auf diese Weise sahen sie die Weiterentwicklung besonderer Wohnformen für Ältere und Pflegebedürftige am besten gewährleistet. Die Gewerkschaft der Kranken- und Altenpfleger/innen hob zudem hervor, dass die Beschäftigten bei der Institution angestellt sein sollten, die die Verantwortung für die Einrichtung trägt (vgl. Regeringens proposition 1990/91:14, 173f.).

Die beiden Verbände der Rentner/innen, der Schwedische Rentnerverbund und die Reichsorganisation der Rentner *(Pensionärernas riksorganisation)*, hielten die Reform der Altenpflege generell für notwendig und begrüßten sie, weil sich dadurch die Versorgung der Älteren verbessere (vgl. Brodin 2005, 101). Die Rentner/innen-Verbände plädierten auch für die Überführung der Ärzte und Ärztinnen an die Kommunen, damit diese Verantwortung in den Pflegeheimen übernehmen könnten (vgl. Regeringens proposition 1990/91:14, 174).

Trotz der Integration gesellschaftlicher Interessen in das Gesetzgebungsverfahren – durch das *Remiss*-Verfahren – kann die Regierungspartei letztendlich unabhängig von den geäußerten Einwänden entscheiden. Der Einfluss der Verbände blieb gering (vgl. Hieda 2012, 83). Die gesellschaftlichen Akteure wurden zwar – institutionell verankert – angehört, die Einwände aber nur zu einem kleinen Teil tatsächlich berücksichtigt. "The policy process of the Ädel reform

clarifies to what extent the state is autonomous from societal interests in Sweden." (Hieda 2012, 83)

So blieb der Einfluss der Ärzteschaft in geriatrischen Kliniken und Pflegeheimen, die von der Ausweitung der kommunalen Verantwortung betroffen waren und die gegen den Gesetzentwurf agierten, letztendlich – so *Hieda* (2012, 82) – ohne Erfolg. Zu einer etwas anderen Einschätzung kommt *Brodin* (2005, 102), die die Tatsache, dass nur die Pflegeheime und das Pflegepersonal an die Kommunen übergeben wurden, als Erfolg des Protests der Provinzen und der Ärzteschaft interpretiert. Demgegenüber sieht sie in den Pflegehelfer/innen eher die Gruppe, deren Protest nicht gehört wurde. "The assistant nurses argued that they wouldn't change employer, as they were afraid that this would worsen their working conditions and lower their wages." (Brodin 2005, 102) Dementsprechend befürwortete die Gewerkschaft der Kranken- und Altenpfleger/innen die Reform nur unter der Bedingung, dass die Löhne und Arbeitsbedingungen der Provinzen, die besser waren als die der Kommunen, erhalten blieben. Die Gewerkschaft befürwortete die Reform jedoch insgesamt vor dem Hintergrund der Verbesserung der Altenpflege durch die Kommunalisierung, da dadurch die Versorgung der Älteren stärker im sozialen statt im medizinischen Kontext betrachtet wurde (vgl. Brodin 2005, 102).

9.2.5 Der Stellenwert von Pflegearbeit in der Debatte um die Ädel-*Reform*

Wie in Großbritannien spielte auch in der schwedischen Reformdebatte die Tatsache, dass der größte Teil der Pflegearbeit von Frauen erledigt wird, kaum eine Rolle. Weder in der *Ädel*-Kommission noch im Sozialausschuss noch in der Parlamentsdebatte wurden die Folgen der Reform für die häuslich oder beruflich pflegenden Frauen (und wenigen Männer) diskutiert.

Die weitgehende Nichtbeachtung der zweifellos weitreichenden Auswirkungen der Reform auf familiär Pflegende, v.a. auf weibliche Angehörige, überrascht vor dem Hintergrund der allgemeinen Gleichstellungsorientierung der schwedischen Wohlfahrtsstaatspolitik. *Brodin* (2005, 104) interpretiert den ökonomischen Rahmen der Reform sogar als Ausdruck einer Reprivatisierung. Der altenpflegerische Bedarf wurde von einer öffentlichen (wieder) zu einer privaten Angelegenheit uminterpretiert. Die Älteren wurden weniger als hilfe- und pflegebedürftig, sondern in hohem Maße als gesunde Menschen dargestellt, denen mehr Wahlfreiheit und Selbstbestimmung zugestanden werden sollte.

> "However, due to this re-privatization of need, the social differentiation among the elderly and the gendered conditions underlying the informal eldercare carried

out by relatives became hidden behind an individualized language use that decontextualized the category of the elderly as well as the category of the relatives from class, gender and race." (Brodin 2005, 104)

Die informelle Pflege wurde stärker aus der Perspektive der Pflegebedürftigen betrachtet und als individuelle Wahl(möglichkeit) dargestellt. Dass es sich aus der Perspektive der weiblichen Angehörigen um eine vergeschlechtlichte Beziehung zwischen der Frau, die ihrem Mann hilft, oder einer Tochter, die ein Elternteil versorgt, handelt, wurde dagegen von den politischen Akteuren ausgeblendet (vgl. Brodin 2005, 115).

Demgegenüber fand die berufliche Pflegearbeit etwas mehr Beachtung. Im Sozialausschuss und im Gesetzentwurf spielte die berufliche Pflege insofern eine Rolle, als finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden sollten, um die Aus- und Weiterbildung der beruflich Pflegenden zu verbessern (vgl. Socialutskottet betänkande 1990/91:SoU9; Regeringens proposition 1990/91:14). In der Parlamentsdebatte wurden die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden zudem im Kontext des Personalmangels thematisiert (vgl. Riksdag 1990).

Vor dem Hintergrund der offensichtlichen Auswirkungen der *Ädel*-Reform auf beruflich oder familiär Pflegende erstaunt die geringe Aufmerksamkeit, die diesem Thema im Reformprozess geschenkt wurde. Die eingeforderte stärkere Kosten- und Effizienzorientierung in der Altenpflege sowie der Personaltransfer von den Provinzen zu den Kommunen betraf schließlich viele beruflich Pflegende. Und die stärkere Ausrichtung der kommunalen Altenpflege auf die (kostengünstigere) ambulante Pflege hatte Rückwirkungen auf die Angehörigen der Pflegebedürftigen, deren pflegerische und betreuerische Mitwirkung in höherem Maße erforderlich war oder erzwungen wurde, als dies bis dahin in der schwedischen Altenpflege der Fall gewesen war.

9.3 Die Auswirkungen der *Ädel*-Reform und die Weiterentwicklung der Altenpflege

Die *Ädel*-Reform gilt als die wichtigste strukturelle Reform des schwedischen Gesundheitssystems der 1990er Jahre. Sie fand im Kontext der wirtschaftlichen Rezession Anfang der 1990er Jahre statt, aufgrund derer die etablierte Form der Altenbetreuung und -pflege unter einen enormen Kostendruck geriet. "At the same time as their responsibilities for the public eldercare have increased, the municipalities' financial space to expand the services has been restricted." (Brodin 2005, 114)

Die *Ädel*-Reform veränderte die Rahmenbedingungen in der Altenpflege ab dem Jahr 1993. Inhaltlich wurde die komplette Verantwortung für die Altenpflege, für die stationäre Langzeitpflege und für die Behinderten auf die Kommunen übertragen. Es waren v.a. die Pflegeheime und ihre Beschäftigen, für die die Kommunen in diesem De-Zentralisierungsprozess nun die Zuständigkeit erhielten. Das bedeutete konkret, dass mehr als 30.000 Betten in Pflegeheimen und mehr als 70.000 Beschäftigte im Pflegebereich von den Provinzen in den Verantwortungsbereich der Kommunen überführt wurden. Zur Finanzierung der Reform erhielten die Kommunen einen einmaligen Zuschuss von der nationalstaatlichen Ebene sowie die Ressourcen, die vorher die Provinzen für die Altenpflege erhalten hatten (vgl. Brodin 2005, 99). Dabei handelte es sich um gut 20% der Gesundheitsausgaben der Provinzen (vgl. Edebalk/Lindgren 1994, 146). Wahlweise konnten die Kommunen nun auch die häusliche Krankenpflege und die medizinische Grundversorgung von den Provinzen übernehmen. Im Jahr 1999 haben bereits die Hälfte der Provinz-Regierungen die Verantwortung für die häusliche Krankenpflege an die Kommunen übergeben (vgl. Burau u.a. 2007, 73; vgl. auch Edebalk/Lindgren 1994, 147). Dadurch, dass sowohl die Gesundheits- als auch die sozialen Dienste nun in vielen Kommunen in einer Hand lagen, wurde die Integration der sozialen und der medizinischen Versorgung in den 1990er Jahren stark vorangetrieben (vgl. Burau u.a. 2007, 77). Zudem waren die Kommunen fortan dafür zuständig, entlassungsbereiten Patient/innen der provinzbetriebenen Krankenhäuser pflegerische Leistungen, also entweder soziale Dienste oder einen Platz in einem Alten- oder Pflegeheim, zur Verfügung zu stellen. Ansonsten mussten sie den Provinzen nun die Kosten für die medizinische Versorgung der Pflegebedürftigen erstatten.

Die De-Zentralisierung schuf Anreize für den Ausbau der ambulanten Pflegeinfrastruktur und entlastete die Krankenhäuer. Infolge der Konzentration der sozialen und medizinischen Verantwortlichkeit für die Pflegebedürftigen auf Gemeindeebene fand eine De-Medikalisierung oder De-Hospitalisierung der Altenpflege statt. Die Zahl der Betten in den Provinzkrankenhäusern, insbesondere für die Altenpflege, hat seit 1992 signifikant abgenommen (vgl. Glenngård u.a. 2005, 84; vgl. auch Anderssen/Karlberg 2000).

Die Kommunen reagierten auf die Übernahme der Verantwortung für die Pflege der Älteren – ähnlich wie in Großbritannien – mit dem *Targeting of Services,* der Verbesserung der Zielgenauigkeit sozialer Leistungen. Um Kosten einzusparen, fokussierten die Kommunen die pflegebezogenen Maßnahmen stärker auf die schwer(st) pflegebedürftigen Älteren und Hochbetagten sowie auf die

Alleinlebenden. Das *Targeting* wurde damit begründet, dass den Kommunen rezessionsbedingt die finanziellen Ressourcen fehlten, um die Gesamtverantwortung für die Pflege auf demselben Niveau wie vorher anzubieten. Zudem stieg der Bedarf an sozialen und Gesundheitsdiensten durch die nun schneller vollzogenen Krankenhausentlassungen (vgl. Trydegård/Thorslund 2010, 501; Glenngård u.a. 2005, 85; Krevers u.a. 2006, 13f.; Szebehely 1998, 271; Korpi 1995, 261f.). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern sank bei den über 80-Jährigen von 21,5 Tagen im Jahr 1993 auf 12 Tage im Jahr 2006 (vgl. Socialstyrelsen 2008a, 6).

Der Prozess des *Targeting* war möglich, weil die Kommunen aufgrund mehrerer Regularien und Formulierungen im Gesetz über die sozialen Dienste in der Lage waren, den individuellen Rechtsanspruch Älterer auf soziale Dienste zu schwächen. Der Inhalt und das Ausmaß des Rechtsanspruchs sind unkonkret formuliert und der einzige rechtliche Anspruch besteht darin, dass den Älteren ein vernünftiger Lebensstandard und die öffentliche Förderung eines unabhängigen Lebens gesichert werden muss. Des Weiteren sollen soziale Dienste auf der Basis gewährt werden, dass die Bedürfnisse nicht anderweitig befriedigt werden können. Laut dem Gesetz über die sozialen Dienste ist das Individuum hilfeberechtigt, um „ein würdiges Leben führen zu können und sich wohlfühlen zu können" und die Kommunen „[...] sollen denjenigen helfen, die Unterstützung, häusliche Hilfe und andere leicht zugängliche Dienste benötigen" (Gesetz über die sozialen Dienste, zit. nach Trydegård/Thorslund 2010, 498, eigene Übersetzung; vgl. auch Szebehely 1998, 272; vgl. auch Teil A, Kap. 4.6). Ob das Vorhandensein eigener finanzieller Mittel oder familiärer Ressourcen die Kommunen zur Einschränkung oder dem Unterlassen öffentlicher Hilfeleistungen berechtigt, bleibt im Gesetz unklar. In der Phase finanzieller Engpässe nutzten die Kommunen diesen gesetzlichen Spielraum. Die Zahl der Anspruchsberechtigten sank infolgedessen. Erhielten im Jahr 1982 noch knapp 30% der über 80-Jährigen Hilfen durch soziale Dienste, so waren es im Jahr 1993 nur noch 23% und im Jahr 2006 ist der Anteil weiter auf 21% gesunken (vgl. Trydegård/Thorslund 2010, 500; Socialstyrelsen 2008a, 6). Seitdem steigt die Zahl der über 80-Jährigen, die soziale Dienste erhalten, wieder an, während die Zahl der 65-79-Jährigen, die soziale Dienste in Anspruch nehmen, sinkt. Der Konzentrationsprozess auf schwer(st) Pflegebedürftige hat aber auch zur Folge, dass – ähnlich wie in Großbritannien – der durchschnittliche Umfang der Leistung pro hilfebedürftiger Person angestiegen ist (vgl. Burau u.a. 2007, 73, 77; Socialstyrelsen 2008a, 6). Aufgrund des *Targeting* und der damit verbundenen Zunahme informeller Pflege kommt das Nationale Amt für Gesundheit und

Sozialwesen zu dem Ergebnis, dass die Ziele der Altenpflegereform nicht erfüllt wurden (vgl. Brodin 2005, 104f.).

Die Kommunalisierung der Altenpflege führte neben dem *Targeting* in der Folgezeit zudem zu erheblichen regionalen Unterschieden hinsichtlich des Zugangs zu sozialen Diensten und der Höhe der Zuzahlungen. Infolge der Liberalisierung der Gebührenordnung durch die Mitte-Rechts-Regierung nach 1991 besaßen die Kommunen nun weitgehende Freiheiten, Gebühren eigenverantwortlich zu erheben (vgl. Burau u.a. 2007, 93; Hieda 2012, 85). Seit Anfang der 1990er Jahre wurden daraufhin zum einen in den meisten Kommunen die Gebühren für die Pflegeheime erhöht und damit an die Zuzahlungen in den Altenheimen angepasst. Zum anderen nahm die Variationsbreite der Zuzahlungen zwischen den Kommunen stark zu (vgl. Edebalk/Lindgren 1994, 148f.; Brodin 2005, 105; Hieda 2012, 83f.). Das Nationale Amt für Gesundheit und Sozialwesen sowie die Verbände der Rentner/innen kritisierten die unterschiedlichen Gebührenhöhen und die sehr niedrigen Einkommensgrenzen für den persönlichen Bedarf. Dabei handelt es sich um das Einkommen, das den Pflegebedürftigen nach Abzug der Gebühren verbleiben muss. Daraufhin wurde im Jahr 2002 von der sozialdemokratischen Regierung unter Ministerpräsident *Göran Persson* mit Unterstützung der Umweltpartei auf nationaler Ebene die Maximalhöhe der Gebühren sowie die Mindesthöhe des Einkommens, das einer pflegebedürftigen Person nach Abzug der Gebühren noch verbleiben muss, festgelegt (vgl. Hieda 2012, 86ff.; Burau u.a. 2007, 93).

Infolge der *Ädel*-Reform geriet die Perspektive der Pflegebedürftigen wieder stärker ins Zentrum. Die sozialdemokratische Regierung, die im Jahr 1994 wieder an die Macht kam, setzte ein Jahr später unter Sozialministerin *Ingela Thalén* erneut eine Kommission ein, dessen Vorsitzende *Britta Rådström*, eine Kommunalrätin aus Helsingborg, war. Die Kommission legte 1997 ihren Bericht „Der Umgang mit den Älteren: Sicherheit, Selbstbestimmung, Würde“ *(Bemötandet av äldre: trygghet, självbestämmande, värdighet)* vor, in dem es v.a. um die Sichtweisen der Altenpflegedienste und -organisationen auf die Älteren ging. Die Kommission plädierte für einen dialogischen, respektvollen und bedürfnisbezogenen Umgang mit den Pflegebedürftigen. Damit rückte die Ausbildung der Pflegenden in den Blick der Kommission. Um die Behandlung der Pflegebedürftigen weiter zu verbessern, setzte sich die Kommission für Expert/innen-Gruppen ein, die die Kommunen bei der Gewährung sozialer Dienste für die Älteren unterstützen sollten. Zudem sollten den Pflegebedürftigen besondere ‘Kontaktpersonen’ zur Seite gestellt werden, die ihnen helfen, ihre Interessen gegenüber der Kommune

besser wahrzunehmen (vgl. Brodin 2005, 105ff.). Im Jahr 1998 verabschiedete die sozialdemokratische Regierung unter Sozialministerin *Margot Wallström* darauf aufbauend ein Gesetz, den Nationalen Handlungsplan für die Alten(pflege)politik *(Nationell handlingsplan för äldrepolitiken)*, in dem es v.a. darum ging, den Älteren mehr Einfluss und Unabhängigkeit sowie die Möglichkeit eines aktiven und gesunden Alterns zu gewährleisten. Konkrete Maßnahmen, die ergriffen wurden, waren die Erhöhung der nationalen Mindestrente, die Anhebung der nationalen Zuschüsse an die Kommunen, die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Provinzen und Kommunen durch die höhere Beteiligung von Ärzten und Ärztinnen an der Versorgung der Pflegebedürftigen sowie die Stärkung medizinischer und ethischer Aspekte in den pflegerischen Ausbildungsgängen (vgl. Brodin 2005, 109ff.).

Mit der *Ädel*-Reform wurde auch ein Prozess der De-Institutionalisierung eingeleitet. Um finanzielle Ressourcen einzusparen, fand eine Umverteilung von der kostenintensiveren institutionellen Pflege hin zur häuslich-ambulanten Pflege statt. Die stationäre Versorgungsquote, die bereits seit den 1970er Jahren deutlich gesunken war (vgl. Edebalk/Lindgren 1994, 140), sank v.a. in den 1980er und in den 2000er Jahren. Das betraf bis Mitte der 1980er Jahre zunächst nur die Altenheime, seitdem auch die Pflegeheime. Im Jahr 1982 lebten knapp 30% der über 80-Jährigen in Alten- oder Pflegeheimen oder in besonderen Wohnformen. Im Jahr 1992 waren es nur noch ca. 24% und im Jahr 2006 16% (vgl. Trydegård/Thorslund 2010, 500; vgl. auch Sundström u.a. 2002, 351; Korpi 1995, 264). Das bedeutet, dass zwischen dem Jahr 2000 und dem Jahr 2006 ca. 20.000 Plätze in der institutionellen Altenpflege abgebaut wurden. Nur ungefähr die Hälfte der Kommunen hat auf den Abbau mit der Ausweitung sozialer Dienste reagiert. Eine Folge dieser De-Institutionalisierung und des *Targeting* ist daher auch die Abgabe größerer Pflegeverantwortung an die Familien (vgl. Socialstyrelsen 2008a, 6f.; vgl. auch Szebehely/Trydegård 2012, 302).

Im Rahmen der *Ädel*-Reform wurde die institutionelle Pflege aber nicht nur abgebaut, sie wurde auch umstrukturiert. Seit der Pflegereform gibt es nur noch eine einheitliche Regelung für die Unterbringung älterer und behinderter Personen im Rahmen eines kommunalen Programms, des sog. Programms für besondere Wohnformen *(särskild boende)*, das alle Wohnformen für Ältere umfasst: Alten- und Pflegeheime sowie verschiedene Formen des betreuten Wohnens. Letztere nehmen seit den 1980er Jahren zu, zunächst in Form von sog. *Service*-Häusern *(servicehus)*, seit der zweiten Hälfte der 1980er Jahre auch in Form von Wohngruppen *(gruppboende)*, vielfach für Demenzkranke. Die Versorgung der

Pflegebedürftigen in *Service*-Häusern und Wohngruppen ist deutlich günstiger als in Pflegeheimen (vgl. Korpi 1995, 264ff.).

Die Begutachtung wird nach den Bestimmungen des Gesetzes über die sozialen Dienste durch die Kommune durchgeführt. Für einen Platz in einer besonderen Wohnform für Ältere werden v.a. die gesundheitliche Situation und die Wohnverhältnisse, oft auch die familiären Netzwerke betrachtet. Einkommen und Vermögen spielen dagegen – anders als in Großbritannien – keine Rolle. Die meisten Altenpflegeeinrichtungen werden von öffentlichen Trägern angeboten. Private Träger müssen einen Vertrag mit der Kommune abgeschlossen haben. Die Gebühren für einen Platz in einem privaten Pflegeheim entsprechen den öffentlichen Einrichtungen (vgl. OECD 2005, 132). In den Jahren 2007 und 2008 gewährte die Mitte-Rechts-Regierung unter Ministerpräsident *Fredrik Reinfeldt* Zuschüsse an die Kommunen in Höhe von jährlich 500 Mio. SEK (ca. 56 Mio. Euro) zur Entwicklung neuer Wohnformen für Ältere. Ziel war es, einerseits die Zahl der Plätze (wieder) zu erhöhen und andererseits neue Versorgungsformen zu etablieren (vgl. Socialstyrelsen 2008a, 10).

Seit der *Ädel*-Reform und ihren Folgen, dem *Targeting of Services* und der De-Institutionalisierung, wurde in Schweden das Verhältnis von staatlicher und privater bzw. familiärer Verantwortung in der Altenpflege neu diskutiert. Dies geschah im Kontext der Alterung der Gesellschaft, die zu einer Zunahme an Pflegebedürftigen und damit eines steigenden Bedarfs an sozialen Diensten führte. In der Folge des gesellschaftlichen Alterungsprozesses und der Fokussierung der Pflege auf schwer(st) Pflegebedürftige hat die häuslich-familiäre Pflege in Schweden in den 1990er Jahren wieder zugenommen. Schätzungen zufolge wurde um die Jahrtausendwende ca. 70% der Pflege für über 75-Jährige in der Familie erbracht (vgl. Krevers u.a. 2006, 14). Dieser Befund wird auch durch eine Studie von *Gerdt Sundström, Lennarth Johansson* und *Linda B. Hassing* (vgl. Sundström u.a. 2002; Johansson u.a. 2003; vgl. auch Björnberg 2004, 372; Sand 2007) bestätigt. Folgte die Altenpflegepolitik bis in die 1990er Jahre dem Prinzip der Versorgung der Pflegebedürftigen durch soziale Dienste, so ist seitdem ein Trend hin zu einer stärkeren familiären Versorgung beobachtbar (vgl. Szebehely 1998, 272ff.; Björnberg 2004: 763). Durch das *Targeting* erhielten die leichteren Fälle von Pflegebedürftigkeit einen schlechteren Zugang zu öffentlichen sozialen Diensten, so dass sich in diesen Fällen der Druck auf die Angehörigen erhöhte, die Pflege zu übernehmen (vgl. Brodin 2005, 104f.). Zudem wurde erkannt, dass die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen durch soziale Dienste nur dann funktionierte, wenn sie durch die Angehörigenpflege unterstützt wurde (vgl. Krevers u.a. 2006, 13f).

Während das *Targeting* eine Folge kommunaler Antworten auf die Rezession der 1990er Jahren war, so gibt es auch Entwicklungen, die auf der nationalstaatlichen Ebene gezielt angestoßen wurden. "While re-familialisation seems to be an unintended consequence of the contradiction of home care, marketisation of Swedish home-care services is more clearly intended by national policy-makers." (Szebehely/Trydegård 2012, 307)

Die Einführung kostensenkender und effizienzorientierter Maßnahmen begann in Schweden Mitte der 1980er Jahre (vgl. Szebehely/Trydegård 2012, 302). Die Zulassung privater und freigemeinnütziger Anbieter sozialer Dienste und Pflegeheime sollte – infolge der Konkurrenzsituation – eine effektivere Arbeitsweise forcieren, aber auch dazu dienen, älteren Menschen mehr Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Anbietern zu gewähren (vgl. Theobald 2004b, 181; Edebalk/Lindgren 1994, 149). Die Kommunen können seit Anfang der 1990er Jahre Verträge mit privaten und freigemeinnützigen Trägern abschließen. In diesen Fällen bekommen die privaten oder freigemeinnützigen Anbieter die Kosten für ihre angebotenen sozialen Dienste rückerstattet (vgl. Glenngård u.a. 2005, 85). Das *Outsourcen* der Pflegedienstleistungen funktioniert so, dass die Kommunen Ausschreibungen für die Erbringung sozialer Dienstleistungen in einem zeitlich begrenzten Rahmen machen, beispielsweise die Unterhaltung einer betreuten Wohngruppe oder das Erbringen sozialer Dienste in einer bestimmten Region für einen bestimmten Zeitraum, oft für drei Jahre. Der Anbieter, der das kostengünstigste Angebot macht, erhält den Zuschlag (vgl. Edebalk 2010, 74). Da die privaten Anbieter die Pflegedienstleistungen in der ersten Phase billiger anbieten konnten als die kommunalen Träger, führten die Ausschreibungsergebnisse zu Debatten innerhalb der Kommunen um eine kostengünstigere, effizientere Leistungserbringung im 'eigenen Haus'. Mittlerweile spielen Kostenunterschiede zwischen privaten und öffentlichen Anbietern keine Rolle mehr. Qualitätsunterschiede sind nun entscheidender (vgl. Edebalk 2008, 5ff.).

Im Jahr 1993 haben 10% der schwedischen Kommunen von der Möglichkeit der Auftragsvergabe an private oder freigemeinnützige Anbieter Gebrauch gemacht, im Jahr 2003 waren es bereits über 80%. Es gibt allerdings große Unterschiede im Umfang der Pflege, die durch private Anbieter erbracht wird. In Stockholm werden beispielsweise im Jahr 2013 knapp 60% der Stunden, die von sozialen Diensten angeboten werden, von privaten Anbietern erbracht. In Göteborg werden dagegen fast die gesamten Pflegestunden weiterhin von kommunalen sozialen Diensten erbracht (vgl. Socialstyrelsen 2014, 21; vgl. auch Szebehely/Trydegård 2012, 302f.).

Um die Jahrtausendwende werden schwedenweit ca. 5% der Dienste für Ältere von privaten Anbietern getragen. Der Anteil nimmt stetig zu. Im Jahr 2003 waren es bereits ca. 9% (vgl. OECD 2005, 132f.). Nicht nur der Anteil der sozialen Dienste, auch der Anteil der Pflegestunden, die von privaten Trägern erbracht werden, hat sich erhöht. Im Jahr 2007 lag der Anteil der Stunden, die durch private soziale Dienste geleistet werden, bei 13%; im Jahr 2013 liegt er bereits bei 24% (vgl. Socialstyrelsen 2014, 5ff.).

Eine ähnliche Entwicklung zeichnet sich im Bereich der stationären Pflege ab. Im Jahr 2000 werden ca. 11% der institutionellen Pflege von privaten Trägern angeboten, im Jahr 2003 sind es bereits 13% (vgl. Glenngård u.a. 2005, 85). Im Jahr 2007 lag der Anteil der Pflegebedürftigen in besonderen Wohnformen in privater Trägerschaft bei 14%, im Jahr 2013 liegt der Anteil bei 21% (vgl. Socialstyrelsen 2014, 6).

Auch die Betrachtung der Beschäftigtenzahlen zeigt die Zunahme privater Träger. Im Jahr 1993 arbeiten 2,5% der Beschäftigten im Pflegebereich bei privaten und freigemeinnützigen Trägern. Im Jahr 2000 sind es bereits 12,9%, im Jahr 2010 dann knapp 20%. V.a. der Anteil der Beschäftigten bei privaten Diensten und Heimen hat im selben Zeitraum von 0,7% auf knapp 17% zugenommen, während der Anteil der Beschäftigten bei freigemeinnützigen Trägern relativ konstant bei 2-3% liegt. Es sind v.a. zwei große profitorientierte Unternehmen, die die Hälfte des privaten Altenpflegemarktes unter sich aufteilen, nämlich *Attendo* und *Vardaga* (vgl. Szebehely/Trydegård 2012, 303; Hieda 2012, 84). Es zeigt sich also, dass die Öffnung des Marktes für soziale Dienste und Heime für private Anbieter den Druck auf die öffentlichen Anbieter erhöht hat. Die meisten Kommunen haben mittlerweile von der Möglichkeit, mit privaten und freigemeinnützigen Trägern Verträge abzuschließen, Gebrauch gemacht, insbesondere in den größeren Städten (vgl. Trydegård 2004, 587; Hieda 2012, 84).

Dass sich die Privatisierung der schwedischen Altenpflege erst relativ spät entwickelte, hat mit zwei weiteren Reformmaßnahmen zu tun, die erst in den 2010er Jahren eingeführt wurden. Seit dem Jahr 2007 besteht die Möglichkeit, haushalts- und personenbezogene Dienstleistungen steuerlich abzusetzen. Es ist pro Person und pro Jahr möglich, die Hälfte der Kosten bis zu 100.000 SEK (gut 11.000 Euro) steuerlich abzusetzen. Die sozialen Dienste müssen dazu nicht bedarfsgeprüft sein. Aufgrund der Einkommensbezogenheit der Zuzahlungen für soziale Dienste kann es für einkommensstarke Ältere günstiger sein, private Dienste in Anspruch zu nehmen, v.a., wenn der Bedarf noch niedrig ist. Im Jahr 2008 haben 1,7% der über 65-Jährigen von dieser Steuerabzugsfähigkeit haushalts- und personenbezogener Dienstleistungen Gebrauch gemacht, ein Jahr

später waren es bereits 3,5%, Tendenz steigend. Diese erweiterte Möglichkeit zur Steuerabzugsfähigkeit interagiert mit einer weiteren Reformmaßnahme (vgl. Szebehely/Trydegård 2012, 303ff.; Socialstyrelsen 2008a, 8): Im Jahr 2009 wurde von der Mitte-Rechts-Regierung ein Gesetz zur Wahlfreiheit *(Lagen om valfrihet)* eingeführt, das es den Kommunen ermöglicht, ein Gutscheinmodell einzuführen, wonach die Pflegebedürftigen ihre sozialen Dienste selbst auswählen können. Alle sozialen Dienste, die eine Genehmigung aufweisen, erhalten denselben Betrag von den Kommunen rückerstattet, und die Pflegebedürftigen müssen überall dieselben Zuzahlungen leisten. Das bedeutet, die sozialen Dienstleister können sich – ähnlich wie in Deutschland – nur durch eine höhere Qualität Vorteile gegenüber ihren Mitanbietern verschaffen. Der Konkurrenzkampf vorher war dagegen vom Preis bestimmt, denn die Kommunen kooperierten v.a. mit den Anbietern, die dieselben Leistungen zu niedrigeren Preisen anboten. Diese Art von Preiswettbewerb, bei dem große private Anbieter Vorteile hatten, sollte nun mit Hilfe des Gutscheinmodells entschärft werden. Im Jahr 2010 hatten bereits über die Hälfte der schwedischen Kommunen Wahlmodelle eingeführt oder entschieden, dies zukünftig zu tun. Für die Jahre 2011 bis 2014 wurden weitere nationalstaatliche finanzielle Anreize geschaffen, so dass möglichst alle Kommunen Gutscheinmodelle einführen (vgl. Szebehely/Trydegård 2012, 303ff.; Edebalk 2010, 74f.; Edebalk 2008, 8; Socialstyrelsen 2008a, 8). Im Konkurrenzkampf zwischen öffentlichen und privaten Anbietern sozialer Dienste weisen die privaten Dienste einen Vorteil auf. Sie dürfen zusätzliche Dienste anbieten, die nicht öffentlich finanziert werden. Diese Art von Angebot ist den öffentlichen Anbietern verwehrt. Auf diese Weise werden Anreize für einkommensstärkere Pflegebedürftige geschaffen, einen privaten Pflegedienst für die von der Kommune gewährten sozialen Dienstleistungen zu wählen und von diesem Pflegedienst zusätzliche Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, deren Kosten dann wiederum steuerermäßigend geltend gemacht werden können (vgl. Szebehely/Trydegård 2012, 307). Die Studie „Erhebung zu den Lebensbedingungen" *(undersökningarna av levnadsförhållanden)* bestätigt dies: Es sind v.a. Pflegebedürftige mit hohen Bildungsabschlüssen, die vermehrt private soziale Dienste in Anspruch nehmen. In den Jahren 2004 und 2005 kauften knapp 17% der höher gebildeten Älteren, aber nur 7% der Älteren mit niedrigerem Bildungsabschluss private soziale Dienste zu (vgl. Szebehely/Trydegård 2012, 305f.).

Insgesamt kann man sagen, dass die Folgen der *Ädel*-Reform für die schwedische Altenpflege ambivalent zu beurteilen sind. Einerseits führte die Verantwortungsverlagerung auf die Kommunen zu einer effizienteren Mittelverteilung und einer

klareren Aufgabenteilung zwischen den Kommunen und den Provinzen (vgl. Brodin 2005, 105) und auch das *Bed-blocking*-Problem konnte gelöst werden (vgl. Sundström u.a. 2002, 352). Andererseits wird den Angehörigen durch das *Targeting* mehr Pflegeverantwortung zugeschoben, da die Unterstützung der Älteren durch soziale Dienste zurückgefahren wurde, insbesondere im Bereich der hauswirtschaftlichen Dienste (vgl. Brodin 2005, 114ff.).

9.4 Der Wandel der Regulierung von Pflegearbeit seit der *Ädel*-Reform

9.4.1 Der Wandel der Regulierung familiärer Pflegearbeit

9.4.1.1 Das Pflegegeld

Schweden gehört zwar zu den Ländern, in denen die intergenerationelle Pflege früh vergesellschaftet wurde, doch auch hier wird der größte Teil der Pflegearbeit informell von Familienangehörigen übernommen. Das gilt auch für die 1980er Jahre, die Hochzeit der Versorgung durch ambulante Dienste. Mehrere Studien zeigen, dass der Umfang der familiären Pflege mehr als doppelt so hoch ist wie die Unterstützung durch ambulante Dienste (vgl. Johansson/Sundström 1994, 90f.; Korpi 1995, 262).

Trotz der empirischen Dominanz der häuslichen Pflege zählt Schweden zu den Ländern, in denen die Versorgung der Pflegebedürftigen vorrangig durch soziale Dienste erfolgt – oder zumindest erfolgen soll. Die finanzielle Unterstützung der familiären Pflege gilt demgegenüber als sekundär (vgl. Burau u.a. 2007, 96ff.; Johansson/Sundström 1994, 98) "[I]nformal care provision is defined as voluntary for the family members and as a complement to formal care provision." (Burau u.a. 2007, 99) Die Entwicklung der schwedischen Altenpflegepolitik weg von der Familienpflege hin zur Versorgung durch soziale Dienste wurde unterstützt vom schwedischen Zivilrecht, das seit Mitte der 1950er Jahre keine familiären Fürsorge- und Unterhaltspflichten mehr vorsieht (vgl. Edebalk/Lindgren 1994, 139; Sundström u.a. 2002, 351). Aufgrund dieser Prioritätensetzung gibt es in Schweden auf nationalstaatlicher Ebene keine finanziellen Leistungen zur Unterstützung familiärer Altenpflegearbeit. Lediglich für Schwerbehinderte existiert eine Leistung im Rahmen des Sozialversicherungssystems, der Assistenzzuschuss *(assistansersättning, LASS)*, der im nächsten Kapitel näher erläutert wird.

Auf kommunaler Ebene gibt es zwei unterschiedliche Leistungen zur Unterstützung häuslich Pflegender: das Pflegegeld (je nach Kommune wird es als *anhörigbidrag, kontantbidrag, hemvårdsbidrag, omvårdnadsbidrag* oder *arvoderad*

anhörigvård bezeichnet) und das Pflegegehalt *(anhörigvardare oder anhöriganställning* genannt). Da es sich bei letzterem um die Anstellung bei einer Kommune handelt, wird diese Unterstützungsform im Rahmen der beruflichen Pflegearbeit dargestellt (vgl. Kap. 9.4.2.3). Die familiären Pflegeleistungen erhalten ihre Berechtigung im schwedischen Wohlfahrtsstaatssystem aufgrund des hohen Stellenwerts der Selbstbestimmung der Pflegebedürften. Wenn sich Pflegebedürftige und ihre Familien dafür entscheiden, die Pflege selbst zu übernehmen, dann sollen die Kommunen die informelle Pflege anerkennen und unterstützen (vgl. Krevers u.a. 2006, 13).

Die ersten Pflegegeldleistungen wurden bereits in den 1940er Jahren eingeführt, als Betten in Alten- und Pflegeheimen fehlten. Durch diese finanzielle Pflegegeldleistung *(hemsjukvårdsbidrag)*, die zu dieser Zeit aufgrund der Zuständigkeit für die institutionelle Pflege noch von den Provinzen finanziert wurde, sollte die familiäre Pflege unterstützt werden (vgl. Johansson/Sundström 1994, 87; Burau u.a. 2007, 99f.; Szebehely 2005, 179). Erst im Rahmen der *Ädel*-Reform erhielten die Kommunen die Zuständigkeit für die Pflegegeldleistungen, da sie ab diesem Zeitpunkt für die gesamte Altenpflege zuständig waren. Die Pflegegeldleistungen waren und sind optional, d.h., jede Kommune kann frei entscheiden, *ob* sie häusliche Pflegeunterstützungsleistungen anbietet, *welche* Leistungen sie anbietet und *wie* die Leistung(en) konkret ausgestaltet sind (vgl. Burau u.a. 2007, 100, 107f.).

In den Kommunen, in denen ein Pflegegeld existiert, wird es an die pflegebedürftige Person ausgezahlt. Die Leistung soll dazu dienen, die informelle Pflege von Angehörigen, Freunden und Nachbarn zu honorieren. Es gibt keine finanzielle Bedürftigkeitsprüfung und das Pflegegeld ist nicht steuerpflichtig (vgl. Burau u.a. 2007, 107f.; Szebehely 2005, 178f.). Im Jahr 1962 erhielten ca. 6.000 Personen ein Pflegegeld von den Provinzen; 1974 waren es bereits 18.000 (vgl. Szebehely 2005, 179). 1984 erhielten ca. 21.000 Personen diese Leistung. Zwischen Mitte der 1980er Jahre und der Jahrhundertwende wurde die Zahl der Pflegegeldempfänger/innen in keiner offiziellen Statistik mehr erhoben. Schätzungen zufolge erhielten Mitte der 1990er Jahre nur noch ungefähr 7.000 Personen Pflegegeld (vgl. Socialstyrelsen 1996, 159; vgl. auch Johansson/Sundström 1994, 95). Im Jahr 2000, dem ersten Jahr, für das wieder offizielle Zahlen vorliegen, beziehen nur noch 4.600 Personen Pflegegeld (vgl. Socialstyrelsen 2001, 64; vgl. auch Szebehely 2005, 179). 2007 sind es gut 5.200 Personen (vgl. Sand 2010, 43). Man erkennt deutlich, dass die Zahl der Pflegegeldempfänger/innen zunächst bis Mitte der 1980er Jahre kontinuierlich angestiegen ist. Danach sinkt die Zahl und liegt heute wieder auf dem Niveau der 1960er Jahre. Der Anteil der Pflegegeldbezieher/innen an allen über 65-Jährigen liegt bei unter einem Prozent. Die

quantitative Bedeutung des Pflegegeldes ist in Schweden demnach sehr gering (vgl. Burau u.a. 2007, 99; Lundsgaard 2005, 17; Johansson 2004, 34f.). Bei den Pflegegeldbeziehenden handelt es sich v.a. um Rentner/innen, wobei Frauen aus der Arbeiterschicht sowie Frauen mit Migrationshintergrund überrepräsentiert sind (vgl. Szebehely 2005, 180; Burau u.a. 2007, 108).

Dass die Zahl der Pflegegeldbezieher/innen rückläufig ist, hat v.a. damit zu tun, dass die Zahl der Kommunen, die diese Leistung anbieten, abnimmt. Im Jahr 2007 bieten nur noch 131 der 290 Kommunen Pflegegeldleistungen an. 2001 waren es noch 150 gewesen. Das ist ein Rückgang von 51,7% auf 45,2% (vgl. Sand 2010, 43, eigene Berechnungen; vgl. auch Szebehely 2005, 179).

Aufgrund der kommunalen Ausgestaltungsmöglichkeiten variiert der Pflegegeldbetrag stark zwischen den Kommunen und auch nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit. Im Jahr 2014 erhält man beispielsweise in Stockholm ein Pflegegeld zwischen 1.110-4.440 SEK (125–500 Euro) pro Monat. Den niedrigsten Betrag erhält man für eine Stunde Pflege pro Tag, den höchsten Betrag für eine Rund-um-die-Uhr-Pflege (vgl. Stockholm Stad 2014). In Göteborg liegt der Betrag zwischen 925 SEK und 4.625 SEK (104–520 Euro) pro Monat (vgl. Göteborgs Stad 2014). Bei dem Pflegegeld handelt es sich also eher um eine symbolische Leistung, auch wenn der zu leistende Arbeitsumfang hoch sein kann. Die Pflegeperson ist – anders als beispielsweise in Deutschland – nicht in das soziale Sicherungssystem einbezogen (vgl. Szebehely 2005, 179f.).

Informelle Pflege wird auch in Schweden v.a. von weiblichen Familienmitgliedern erbracht. Dabei handelt es sich insbesondere um (Ehe-)Frauen und Töchter. Je pflegebedürftiger die Person ist, desto eher werden allerdings auch soziale Dienste in Anspruch genommen. Infolge der *Ädel*-Reform nimmt die familiäre Verantwortung, insbesondere für hauswirtschaftliche Aufgaben, jedoch wieder zu (vgl. Burau u.a. 2007, 100). In Anbetracht der rückläufigen Zahl an Pflegegeldbezieher/innen und der zunehmenden familiären Pflege kann man schlussfolgern, dass der Anteil der häuslich Pflegenden, die keine finanzielle Unterstützung erhalten, ansteigt. Schätzungen von *Ann-Britt Sand* (2010, 44) zufolge erhalten neun von zehn häuslich Pflegenden keinerlei finanzielle Unterstützung.

Aktuell ist keine Ausweitung der Finanzierung informeller Pflegearbeit in Schweden geplant. Pflegegeldleistungen werden eher kritisch diskutiert, weil dadurch erstens Gelder für öffentliche soziale Dienste verloren gehen könnten, dies wiederum zweitens die Pflegeverantwortlichkeit der informell Pflegenden tendenziell erhöhen würde und dies drittens – daraus resultierend – negative Auswirkungen auf die Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen hätte (vgl. Burau u.a. 2007, 99f.).

9.4.1.2 Persönliche Assistent/innen

Die einzige nationalstaatliche Leistung zur finanziellen Unterstützung häuslicher Pflege richtet sich an Schwerbehinderte. Seit 1975 gibt es den Behindertenzuschuss *(handikappersättningen)*, den dauerhaft Schwerbehinderte für die persönliche Betreuung und Versorgung zur Bewältigung ihres Alltags erhielten. Notwendig war ein Betreuungsbedarf im Umfang von 20 Stunden pro Woche. Bis 1994 war es lediglich möglich, das Geld an häuslich pflegende Angehörige weiterzugeben und diese einzustellen, nicht aber an Nicht-Verwandte. In der ersten Hälfte der 1990er Jahre wurde die Versorgung der Behinderten – und damit auch der Behindertenzuschuss – reformiert. Im Jahr 1993 trat das Gesetz über den Assistenzzuschuss *(Lagen om assistansersättning, LASS)* in Kraft und ein Jahr später, 1994, das Gesetz über die Unterstützung und die sozialen Dienste für Behinderte *(Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS)*, die beide das Recht auf eine Persönliche Assistenz *(Personlig assistans)* regeln. Der Assistenzzuschuss nach dem *LASS* richtet sich an Schwerbehinderte mit einem Betreuungsbedarf von über 20 Wochenstunden. Dieser Zuschuss wird von der Sozialversicherung finanziert. Die Versorgung von Behinderten mit einem geringeren Betreuungsbedarf ist im *LSS* geregelt und wird von den Kommunen finanziert (vgl. Försäkringskassan 2014, 1; Johansson/Sundström 1994, 93; Burau u.a. 2007, 109).

Behinderte haben nun die Möglichkeit mit dem Assistenzzuschuss eine/n persönliche/n Assistenten/Assistentin einzustellen, unabhängig davon, ob ein Verwandtschaftsverhältnis vorliegt. Dieses Recht wurde von der Behindertenbewegung erkämpft und dient dem Selbstbestimmungsrecht (Schwer-)Behinderter. Es ist daher *nicht* in erster Linie als Unterstützung informell Pflegender eingeführt worden (vgl. Johansson/Sundström 1994, 92ff.; Försäkringskassan 2014; Szebehely 2005, 185; Burau u.a. 2007, 100, 109).

War der Assistenzzuschuss zunächst nur auf 16-65-jährige Behinderte beschränkt, erhalten seit 2001 auch Schwerbehinderte, die älter als 65 Jahre alt sind, diese Art von Zuschuss. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass sie die Leistung auch schon vor dem 65. Lebensjahr bezogen haben (vgl. Socialstyrelsen 2008b, 12). Es handelt sich also eher um eine Leistung für schwerbehinderte Jugendliche und Erwachsene, die auch im Rentenalter weiter gewährt wird, als um eine Leistung für pflegebedürftige Ältere. Im Jahr 2003 sind dementsprechend auch nur 8% der Leistungsbezieher/innen über 65 Jahre alt (vgl. Szebehely 2005, 185f.). Die Regelung findet hier Erwähnung, weil eben auch ältere Behinderte davon profitieren.

Die Leistungsempfänger/innen können sich seit 1993 frei und selbständig eine Persönliche Assistentin bzw. einen Persönlichen Assistenten suchen, der

oder die auch ein/e Angehörige/r sein kann. Lediglich Partner/innen, die im selben Haushalt wohnen, können nicht eingestellt werden. Die Leistungsempfänger/innen können selbst als Arbeitgeber/innen auftreten und den Persönlichen Assistenten bzw. die Persönliche Assistentin einstellen, was aber nur in 3% der Fälle praktiziert wird. In 62% der Fälle fungiert die Kommune als Arbeitgeber, in 23% eine private Agentur und in 12% der Fälle eine Drittsektor-Organisation (vgl. Szebehely 2005, 185; Burau u.a. 2007, 109).

Die Höhe des Assistenzzuschusses liegt im Jahr 2016 bei 288-323 SEK (31,68-35,53 Euro) pro Stunde. Der Umfang des Betrags hängt vom Grad der Behinderung und Pflegebedürftigkeit ab. Bei einem Betreuungsumfang von 20 Wo-

Tabelle 11: Materielle Leistungen an Pflegende und Pflegebedürftige in Schweden

	Pflegegeld (hemvårdsbidrag)	*Pflegegehalt* (anhörigvardare)	*Assistenzzuschuss* (assistansersättning, LASS)
Finanzielle Bedürftigkeitsprüfung	Nein	Nein	Nein
Leistung geht an	Pflegebedürftige	Pflegende (meist unter 65 Jahre)	Schwerbehinderte
Höhe der Leistung	Höhe der Leistung richtet sich nach dem Pflegebedarf (durchschnittlich 550 Euro im Monat)	Anstellung auf der Basis eines Pflegeassistenten/einer Pflegeassistentin	Höhe der Leistung richtet sich nach dem Pflegebedarf
Steuerpflichtigkeit	nein	ja	Von dem/der Persönlichen Assistenten/Assistentin zu versteuern
Pflegeperson sozial abgesichert	nein	ja	ja
Art der Leistung	Symbolische Leistung zur Unterstützung informell Pflegender	Einkommens-(ersatz)leistung	Geldleistung zur Finanzierung eines/einer Persönlichen Assistenten/Assistentin (auch: Angehörige) oder einer über eine *Care*-Agentur vermittelten Pflegekraft auf Stundenbasis
Regulierungsebene	Kommune	Kommune	Nationalstaat (Sozialversicherung); bei niedrigem Betreuungsbedarf: Kommune (LSS)

chenstunden liegt der Assistenzzuschuss zwischen 5.760 SEK und 6.460 SEK (633,60–710,60 Euro) (vgl. Försäkringskassan 2016, 2014; Burau u.a. 2007, 109; Johansson/Sundström 1994, 93).

Die Zahl der Leistungsempfänger/innen ist seit der Einführung kontinuierlich angestiegen. Im Jahr 1994 erhielten ca. 6.000 Schwerbehinderte diesen finanziellen Zuschuss, 2004 waren es ca. 12.500 und im Jahr 2013 knapp 16.000. Die durchschnittliche Stundenzahl pro Woche hat sich zwischen 1994 und 2013 von 67 auf 121 fast verdoppelt. Die Qualität der Arbeit der Persönlichen Assistent/innen wird staatlich kontrolliert (vgl. Försäkringskassan 2013; Burau u.a. 2007, 100, 109).

9.4.1.3 Unterstützungsleistungen für häuslich Pflegende

Studien aus den 1990er Jahren haben gezeigt, dass Familien, in denen Angehörige informell pflegen, unter der Last der Pflegetätigkeit leiden und Hilfe benötigen (vgl. Johansson/Thorslund 1992; Sundström u.a. 2002). In diesem Kontext haben auch die Organisationen der Pflegenden, v.a. der Reichsverband der Angehörigen *(Anhörigas Riksförbund),* Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit betrieben und sich für die stärkere Anerkennung und Unterstützung häuslich Pflegender eingesetzt (vgl. Krevers u.a. 2006, 14).

Wie die finanziellen Leistungen, so sind auch die nicht-materiellen Unterstützungsleistungen für häuslich Pflegende eine kommunale Angelegenheit in Schweden. Die einzelnen Kommunen können selbst darüber entscheiden, ob, unter welchen Bedingungen und auf welche Art und Weise sie häuslich Pflegende unterstützen (vgl. Krevers u.a. 2006, 16). Auch wenn es auf nationalstaatlicher Ebene keine Gesetzesgrundlage gibt, die die Kommunen verpflichtet, die Angehörigenpflege zu unterstützen, so gibt es doch finanzielle Anreizsysteme. Im Jahr 1998 wurde das Gesetz über die sozialen Dienste dahingehend novelliert, dass die Kommunen die häuslich Pflegenden durch spezielle Dienstleistungsangebote stärker unterstützen sollten. "The law, if not obligatory, carry a strong message to the municipalities to expand carers support." (Johansson 2004, 10) Entlastungspflegemaßnahmen zur Unterstützung häuslich Pflegender sind auch Teil des Nationalen Handlungsplans für die Alten(pflege)politik und spielen in Schweden mittlerweile eine weitaus größere Rolle als die Pflegegeldleistungen. Die Kommunen wurden in den Jahren 1999 und 2001 mit 100 Mio. SEK (gut 11 Mio. Euro) pro Jahr unterstützt, um Angebote zur Unterstützung häuslich Pflegender zu entwickeln (Programm *Anhörig 300)*. In den Jahren 2005-2007 wurden nochmal 25 Mio. SEK (ca. 2,8 Mio. Euro) pro Jahr zur Verfügung gestellt. Dabei geht es in erster Linie um die Entwicklung praktischer, psychologischer

und/oder psychosozialer Unterstützungsformen (vgl. Szebehely 2005, 176; Johansson 2004, 10f.; Krevers u.a. 2006, 16).

Um häuslich Pflegende zu entlasten, bieten heutzutage fast alle Kommunen Kurzzeit- und Tagespflege *(korttidsboende* und *dagverksamhet)* an. In Schweden stehen im Jahr 2004 ca. 9.000 Kurzzeitpflege- und ca. 13.000 Tagespflegeplätze zur Verfügung. Eine zunehmende Zahl an Kommunen bietet auch Unterstützung für Pflegende zuhause, d.h. durch soziale Dienste, an. In diesem Kontext werden innovative Programme getestet, wie 'Wochenend-Auszeiten' für häuslich Pflegende in Wellness-Hotels oder unbürokratische und schnell greifende Auszeiten (vgl. Johansson 2004, 21ff.; Krevers u.a. 2006, 16f.; Szebehely 2005, 177).

In Schweden nahmen ca. 6% der häuslich Pflegenden die Entlastungsangebote in Anspruch (vgl. Lamura u.a. 2006, 434). Die Hilfeleistungen können generell auch von Freunden oder Nachbarn in Anspruch genommen werden, wenn sie in das häusliche Pflegearrangement eingebunden sind. Auch Beratungs- und persönliche Unterstützungsangebote für Pflegende, die oftmals von Freiwilligenorganisationen angeboten werden, nehmen in Schweden zu (vgl. Krevers u.a. 2006, 15f.).

Zur Unterstützung der häuslich Pflegenden wurde zudem im Jahr 1988 eine Pflegezeit *(närståendepenning)* eingeführt. Die maximale Dauer betrug bei der Einführung einen Monat und wurde zunächst auf 60, dann 2010 auf jetzt 100 Tage ausgedehnt. Die Pflegezeit dient v.a. der kurzfristigen Pflege und der Sterbebegleitung, wobei die pflegebedürftige Person auch in einem Pflegeheim oder Krankenhaus untergebracht sein kann. In dieser Zeit wird eine Lohnersatzleistung durch die Sozialversicherung in Höhe von 80% des Einkommens, das für die Berechnung des Krankengeldes zugrunde gelegt wird, gezahlt. Die Pflegezeit muss nicht komplett, sondern kann auch zur Hälfte oder zu einem Viertel genommen werden (vgl. Regeringens proposition 1987/88:176, 97f.; Szebehely 2005, 176, 183ff.; Krevers u.a. 2006, 13; Försäkringskassan 2012, 1; Johansson 2004, 35; Sand 2010, 41f.). Im Jahr 2000 nahmen 2.900 Beschäftigte die Pflegezeit in Anspruch, im Jahr 2003 waren es 9.500. Durchschnittlich wird eine Pflegezeit von 11 Tagen in Anspruch genommen (vgl. Szebehely 2005, 184). Im Jahr 2013 nehmen bereits 15.000 Beschäftigte die Pflegezeit in Anspruch, fast drei Viertel davon sind Frauen (vgl. Försäkringskassan 2013).

9.4.2 Der Wandel der Regulierung beruflicher Pflegearbeit

9.4.2.1 Ausbildung und Qualifikationsgrad

Soziale Dienste sind nicht nur essentieller Bestandteil des schwedischen Wohlfahrtsstaates, sie sind gleichzeitig auch ein wichtiges Arbeitsmarktsegment in Schweden, v.a. für Frauen und hier insbesondere für diejenigen mit geringen oder mittleren Qualifikationen. Die hohe Frauenerwerbstätigkeit in Schweden, die seit den 1960er Jahren kontinuierlich angestiegen ist, lässt sich maßgeblich auf den gut ausgebauten öffentlichen Dienstleistungssektor zurückführen (vgl. Theobald 2004b, 177).

In den 1950er und 1960er Jahren waren in den sozialen Diensten v.a. Hausfrauen mittleren Alters tätig, die keine formale Qualifikation aufwiesen und auf diesem Weg versuchten, nach der Familienphase wieder ins Erwerbsleben zurückzukehren (vgl. Theobald 2004b, 180, 2003, 169). Sie besuchten – mehr oder weniger ehrenamtlich – die Haushalte älterer Menschen und halfen ihnen gegen ein geringes Entgelt beim Kochen, Waschen oder Einkaufen (vgl. Trydegård 2000, 583). "Hourly-paid housewives and low wages kept the costs of the home-help service down." (Edebalk/Lindgren 1994, 139) Auch Frauen, die in Familien mit Kindern haushälterische und erzieherische Tätigkeiten ausgeübt hatten und über das Soziale-Hilfen-Programm *(social hemhjälp program)* subventioniert wurden, setzte man seit den 1950er Jahren verstärkt in der Altenpflege ein. Auch bei diesen Frauen wurde keine Notwendigkeit zur Qualifizierung gesehen. "The educational demands for taking care of the elderly were considered less important and no training was needed." (Carlsson 2010, 200)

Die Organisation der Altenpflege variierte von Kommune zu Kommune. Um die kommunalen Pflegeaktivitäten zu koordinieren, stellten viele Kommunen bald eine Art Pflegeadministrator/in ein, an den bzw. die jedoch zu dieser Zeit keinerlei qualifikatorische Ansprüche gestellt wurde. "Training was lagging behind the rapid development of the home-help services." (Trydegård 2000, 583) Für die Zeit der 1950er und 1960er Jahre kann man schlussfolgern, dass die ehrenamtlich geprägte praktische Pflegearbeit sowie die schwedische Tradition der bezahlten Haushälterinnen und Betreuungskräfte in bürgerlichen Haushalten zunächst als Barrieren einer Verberuflichung der Pflegearbeit wirkten (vgl. Theobald 2004b, 179).

Dennoch vollzog sich in den 1970er Jahren im Kontext der De-Institutionalisierung der Altenpflege ein Wandel von der Hausfrauenpflege hin zur stärker beruflich orientierten Pflege. Ursachen dafür waren zum einen die steigende Zahl an Pflegebedürftigen und der Anstieg der häuslich-ambulanten Pflege, zum

anderen die gestiegenen Anforderungen an häuslich Pflegende, da immer mehr Pflegebedürftige mit einem höheren Grad an pflegerischer Bedürftigkeit häuslich versorgt werden sollten und/oder mussten. Zu den erweiterten Pflegeaufgaben zählte z.B. die Rehabilitation, aber auch die präventive Arbeit. Forderungen nach der Anhebung der Qualifikationsanforderungen wurden daher laut. Gleichzeitig standen in Zeiten der Vollbeschäftigung immer weniger Hausfrauen für die pflegerischen Tätigkeiten zur Verfügung (vgl. Edebalk/Lindgren 1994, 141; Edebalk 2010, 71; Korpi 1995, 259; Hieda 2012, 73; Theobald 2004b, 180; Theobald u.a. 2013, 34).

In den 1970er Jahren wurde die Ausbildung der Leiter/innen von Pflegeheimen *(ålderdomshemsföreståndare/-föreståndarinna)*, die bereits seit den 1920er Jahren existierte, um den Aspekt der Leitung von sozialen Diensten *(hemvårdsassistant)* erweitert. Hier dominierten zwar die medizinischen Anteile, aber auch psychologische, soziale und administrative Inhalte wurden gelehrt (vgl. Trydegård 2000, 578, 583). Anfang der 1980er Jahre wurde die Ausbildung der Leiter/innen in der stationären und ambulanten Altenpflege parallel zur Einführung des Gesetzes über die Sozialen Dienste radikal reformiert. Infolge universitärer Reformen in den Jahren 1977 und 1983 wurde die Pflegeausbildung zu einem *College*-Studiengang aufgewertet. Die Ausbildung dauerte zwei Jahre und wurde an 20 (Hoch-)Schulen für Gesundheits- und soziale Berufe *(vårdhögskolor)*, die von den Provinzen betrieben wurden, angeboten. Die sozialen Anteile des Studiums wurden im Rahmen dieser Reform gegenüber den medizinischen gestärkt (vgl. Trydegård 2004, 585f.). Im Jahr 1997 schlug die Nationale Agentur für höhere Bildung *(myndigheten för yrkeshögskolan)* vor, die Altenpflegeausbildung von den provinziellen *Colleges* auf die Ebene der staatlichen Universitäten zu überführen. In den nächsten Jahren wurden dann mehr und mehr Hochschulstudiengänge im Bereich der Altenpflege eingerichtet, die zu einem Bachelor-Abschluss führten. Damit wurden die Altenpfleger/innen mit den Absolvent/innen der Studiengänge für soziale Arbeit und für Krankenpflege gleichgestellt. Auch wenn die neuen Studiengänge in den sozialwissenschaftlichen Fachbereichen angesiedelt wurden, werden im Studium auch medizinische Grundkenntnisse vermittelt (vgl. Trydegård 2000, 588f.). Auf der universitären Ebene haben sich die altenpflegerischen Qualifikationen mittlerweile ausdifferenziert. Es gibt beispielsweise die Studiengänge Pflegepädagogik *(vårdpedagogik)*, Sozialarbeit mit dem Schwerpunkt Betreuung älterer und behinderter Menschen *(socionomprogrammet med inriktning mot omsorg om äldre och funktionshindrad)* oder Pflegewissenschaft *(vårdvetenskap)*. Interessant ist an dieser Entwicklung, dass in Schweden zunächst

die „Qualifizierung der Führungskräfte“ (Oschmiansky 2013, 366) stattfand, während es – anders als in Deutschland – in der praktischen Altenpflege noch überhaupt keine regulierte Berufsausbildung gab.

In den 1970er Jahren erhielten die praktisch Pflegenden zunächst lediglich eine Basisausbildung im Rahmen ihrer Berufsausübung, die zehn bis 20 Wochen dauerte. Dies war notwendig geworden, weil sich die Arbeitsorganisation in dieser Zeit änderte. Die Pflegeden wurden von den administrativen Leiter/innen in (teil-)autonome Gruppen eingeteilt. In den Gruppen konnten die Beschäftigten innerhalb eines vorgegebenen Rahmens ihre Arbeit selbständig organisieren und gestalten (vgl. Korpi 1995, 259; Theobald 2004b, 180; Theobald u.a. 2013, 34; Edebalk/Lindgren 1994, 141; Sveriges Kommuner och Landsting 2009; Oschmiansky 2013, 133). In den 1980er Jahren änderten sich auch die Beschäftigungsbedingungen. Die stundenweise Beschäftigung wurde vielfach durch eine Festanstellung mit monatlicher Entlohnung ersetzt, oft in Form von langer Teilzeitarbeit mit mindestens 30 Wochenstunden. Auch das Lohnniveau stieg an, weil neue, jüngere Beschäftigtengruppen in den Bereich der häuslichen Pflege vordrangen (vgl. Edebalk/Lindgren 1994, 141). Mit der Gewinnung neuer Beschäftigtengruppen und den neuen Arbeitsaufgaben wurde auch ein Ausbildungscurriculum entwickelt, das zu einer ein- bis zweijährigen Berufsausbildung als Pflegekraft führte (vgl. Theobald u.a. 2013, 34; Theobald 2007, 563). Die Verberuflichung der Altenpflege diente v.a. der Statusanhebung und sollte als Mittel der Rekrutierung junger Frauen dienen (vgl. Oschmiansky 2013, 133).

Mitte der 1980er Jahre arbeiteten ca. 165.000 Personen im Bereich der sozialen und medizinischen Altenpflege. Dabei handelte es sich meist um Frauen, die als Pflegehelferinnen *(vårdbiträde)* oder als (Kranken-)Pflegeassistentinnen *(undersköterska)* arbeiteten. Zudem gab es ca. 5.000 Administrator/innen, von denen 2.000 in den sozialen Diensten und 3.000 in den Altenheimen eingesetzt waren. Gut die Hälfte der Administrator/innen hatte eine entsprechende Hochschulausbildung durchlaufen. Die restlichen Leiter/innen hatten (kranken-)pflegerische Ausbildungen, waren Sozialarbeiter/innen, hatten eine kaufmännische Ausbildung oder wiesen einfach eine lange Arbeitserfahrung in der Altenpflege auf (vgl. Trydegård 2000, 584ff.). Die Altenpflege war Ende der 1980er Jahre insgesamt so strukturiert, dass ein relativ hoher Anteil der Beschäftigten mit einem Hochschulabschluss in den Leitungspositionen tätig war, während die praktische Pflege von Beschäftigten ohne oder mit einer Berufsausbildung von bis zu zwei Jahren durchgeführt wurde (vgl. Theobald u.a. 2013, 34).

Im Folgenden werden die beruflichen Pflegeausbildungen unter Bezugnahme auf das schwedische Berufsausbildungssystem nachgezeichnet. Das Berufsausbildungssystem in Schweden basiert v.a. auf schulischen Ausbildungen (vgl. Kap. 7.2). Die Schüler/innen besuchen nach der neunjährigen Einheitsschule *(grundskolan)* meist das dreijährige Gymnasium *(gymnasieskolan)*. Betriebliche Berufsausbildungen gibt es zwar, sie sind aber selten. Die beruflichen Erstqualifikationen werden in der Regel in gymnasialen Ausbildungsprogrammen erworben (vgl. Oschmiansky 2013, 372). Die Ausbildungen finden zwar an öffentlichen Schulen statt, aber die Arbeitgeberverbände und die Gewerkschaften sind „im Rahmen von verschiedenen Kommissionen u.a. an der Überarbeitung der Curricula beteiligt." (Oschmiansky 2013, 372) In der gymnasialen Ausbildung wird ein breites Spektrum angeboten, das entweder stärker theoretisch angelegt ist und auf ein Studium vorbereitet oder eher praktisch ausgerichtet ist und auf einen Beruf vorbereitet (vgl. Oschmiansky 2013, 373). Derzeit gibt es sechs allgemeinbildende und zwölf fachspezifische Programme. Eines dieser Fachprogramme ist das Programm „Pflege und Versorgung" *(vård- och omsorgsprogrammet;* bis 2011: *omvårdnadsprogrammet*[46]*)* (vgl. Skolverket 2013). Die schulischen Ausbildungsinhalte des Pflege- und Versorgungs-Fachprogramms werden auf nationalstaatlicher Ebene festgelegt. Sie umfassen sowohl soziale und pflegerische als auch medizinische Inhalte, z.B. Gesundheitspädagogik, Medizin, Psychiatrie, Psychologie oder Pflege und Versorgung (vgl. Skolverket 2011, 210).[47] Die Schulausbildung wird durch ein 15-wöchiges Betriebspraktikum ergänzt.

Um den Beruf auszuüben, muss generell nach Abschluss des Gymnasiums *(studentexamen)* noch eine (Berufs-)Hochschule *(högskola* oder *yrkeshögskola)* besucht werden. Bis 2014 bestand noch die Möglichkeit einer ein- bis zweijährigen

46 In Rahmen des alten, zweijährigen Pflegeprogrammes bereitete das erste Jahr auf die Tätigkeit als Pflegehelfer/in vor, nach zwei Jahren war man auf die Tätigkeit als (Kranken-)Pflegeassistent/in vorbereitet. Die Ausbildung sollte in der pflegerischen Praxis durch Berufserfahrung und/oder Weiterbildungen abgeschlossen oder erweitert werden (vgl. Socialstyrelsen 2006, 37).

47 *Burau* u.a. (2007, 125f.) sprechen daher von einer hybriden Ausrichtung, die auch infolge von Veränderungen auf organisatorischer Ebene entstand. Bis zu den 1990er Jahren waren die sozialen Dienste auf Gemeindeebene angesiedelt, während die Krankenpflege-Dienste in den Zuständigkeitsbereich der Provinzen fielen. Infolge der *Ädel*-Reform und der zunehmenden Kooperation sozialer und krankenpflegerischer Dienste auf Gemeindeebene sowie der stärkeren Ausrichtung der sozialen Dienste auf Hochbetagte und Schwerstpflegebedürftige verstärkte sich die medizinische und krankenpflegerische Ausrichtung der sozialen Dienste zwangläufig (vgl. Burau u.a. 2007, 125f.; Theobald 2007, 563).

Berufsausbildung *(kvalificerat yrkesutbildning),* doch diese Ausbildungsmöglichkeit ist seit 2014 in die Berufshochschulausbildung *(yrkeshögskoleutbildning)* integriert worden. Die Berufsausbildungen führen zu einem Berufshochschulexamen *(yrkeshögskolexamen).*

Das Spektrum der Berufe in der Kranken- und Altenpflege ist in Schweden eher begrenzt. Es dominieren zwei Berufe: der/die Pflegehelfer/in *(vardbiträde),* eine Art Pflegehilfskraft, und der/die (Kranken-)Pflegeassistent/in *(undersköterska)* für die qualifiziertere praktische Pflege. Das Durchlaufen des Pflege- und Versorgungsprogramms der Gymnasien wird im Allgemeinen als altenpflegerische Qualifikation angesehen (vgl. Sveriges Kommuner och Landsting 2009, 2). Neben der Ausbildung direkt nach der Schule erhalten die Beschäftigten in der Pflege auf kommunaler Ebene eine berufsbegleitende Qualifizierung, indem sie an Pflegekursen teilnehmen. Zudem besteht in Schweden eine lange Tradition berufsbegleitender Ausbildungen im Erwachsenenalter *(vuxenutbildning)* – so auch in der Altenpflege (vgl. Theobald u.a. 2013, 36). Diejenigen, die das gymnasiale Pflege- und Versorgungsprogramm nicht durchlaufen haben, können die Ausbildung zur (Kranken-)Pflegeassistent/in berufsbegleitend an Schulen der Erwachsenenbildung durchlaufen (vgl. Theobald u.a. 2013, 60f.). Im Bereich der Weiterbildungen für (Kranken-)Pflegeassistent/innen gibt es zudem Spezialisierungsangebote an Hochschulen. Die Voraussetzungen, um an einer solchen Weiterbildung teilnehmen zu können, sind in der Regel ein guter Abschluss des Pflege- und Versorgungsprogramms der Gymnasien sowie mindestens ein bis zwei Jahre Berufserfahrung im Bereich der Kranken- oder Altenpflege (vgl. KY-Utbildning 2014).

Die pflegerischen Ausbildungen stellen allerdings keine Voraussetzung dar, um als Pflegehelfer/in oder als (Kranken-)Pflegeassistent/in zu arbeiten. Die Berufsbezeichnungen sind nicht staatlich reglementiert und geschützt. Die Arbeitgeber – das sind in den meisten Fällen die Kommunen – können selbst die Beschäftigungsformen und die Qualifikationsbedingungen bestimmen, unter denen sie eine Person in der Berufsgruppe Pflegehelfer/in oder (Kranken-)Pflegeassistent/in einstellen (vgl. Oschmiansky 2013, 157). "This is of critical importance in an area of care provision where most of the employees acquire their vocational training as part of their job based on the specific opportunities offered by employers." (Burau u.a. 2007, 139) Diese Tatsache erklärt auch, warum sich unter den beiden Berufsbezeichnungen Beschäftigte mit völlig unterschiedlichen Qualifikationen befinden (vgl. Burau u.a. 2007, 137ff.).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass der Ausbildungsgrad der praktisch Pflegenden deutlich niedriger ist als der der administrativ tätigen Pflegenden.

"Therefore even in relation to social care the care assistants deliver the daily caring activities, while nurses organise and supervise the care provision. In summary, the scope of skills of care assistants as the largest group of care workers is clearly limited and closely related to the specific requirements of the workplace." (Burau u.a. 2007, 125) Auch *Oschmiansky* schlussfolgert: „Einen 'Kernberuf' mit einem hohen Level an Basisqualifikationen und einem begleitenden Korpus an Theorie und Praxis für den häuslichen wie stationären Altenpflegebereich gab und gibt es bisher nicht." (Oschmiansky 2013, 134) Das ist insofern erstaunlich, als zu den Aufgaben der Pflegekräfte in Schweden, v.a. der (Kranken-)Pflegehelfer/innen, neben der Körperpflege, der emotionalen Pflege, haushälterischen Hilfen und administrativen Tätigkeiten auch krankenpflegerische Tätigkeiten, wie Spritzen geben und Medikamente verabreichen, zählen (vgl. Oschmiansky 2013, 164f.).

Mitte der 1980er Jahre waren ca. 165.000 Personen im Bereich der sozialen und medizinischen Altenpflege beschäftigt (vgl. Trydegård 2000, 584). Infolge der *Ädel*-Reform kam es zu Personalkürzungen im Pflegebereich. Zwischen 1990 und 1995 betrifft dies 5% der Beschäftigten. Zudem wurden vermehrt atypische Beschäftigungen, z.B. mehr befristete Verträge, eingegangen (vgl. Theobald 2004b, 181). Die Kürzungen sind allerdings eher bescheiden, wenn man sie mit der Kinderbetreuung und der Krankenpflege vergleicht (vgl. Theobald 2003, 171, 2004b, 181; Theobald u.a. 2013, 34). Gleichzeitig wurden die vielen Beschäftigten, die in den Pflegeheimen der Provinzen beschäftigt waren, in den Bereich der Kommunen transferiert (vgl. Swedish Association of Local Authorities and Regions 2007, 55). Seit der Jahrtausendwende werden wieder mehr Einstellungen vorgenommen und die Zahl der Beschäftigten in der kommunalen Pflegebranche hat sich kontinuierlich erhöht, allerdings wurde der Standard zu Beginn der 1990er Jahre noch nicht wieder erreicht (vgl. Theobald u.a. 2013, 35; Oschmiansky 2013, 212). Im Jahr 1998 arbeiten 223.700 Beschäftige in der kommunalen Altenpflege (vgl. Sveriges Kommuner och Landsting 2009, 1). Bis zum Jahr 2008 ist die Zahl weiter auf 252.200 angestiegen. Dazu kommen noch 53.800 stundenweise Beschäftigte, die oftmals in den offiziellen Statistiken separat ausgewiesen werden. Damit ist die Zahl der Beschäftigten im Pflegebereich in den letzten zehn Jahren um 13% (ohne stundenweise Beschäftigte) angestiegen. Nimmt man die beiden pflegerischen Berufsgruppen – die (Kranken-)Pflegeassistent/innen und die Pflegehelfer/innen – zusammen, so machen sie 73% der Beschäftigten in den sozialen Diensten aus (vgl. Sveriges Kommuner och Landsting 2009, 1).

Im Jahr 2008 liegt die Zahl der Beschäftigten (inklusive der stundenweise Beschäftigten) in der praktischen Pflege (ohne Beschäftigte auf der Leitungsebene) bei knapp 288.700. Dabei handelt es sich um 117.500 (Kranken-)Pflegeassistent/innen, 119.000 Pflegehelfer/innen, um 17.100 Krankenpfleger/innen, um 32.600 Persönliche/n Assistent/innen und um 2.300 Personen, die das übrige Personal bilden (vgl. Sveriges Kommuner och Landsting 2010). Im Jahr 2013 ist die Zahl der Beschäftigten um 13.300 (- 4,8%) auf 275.400 zurückgegangen. V.a. die Zahl der Persönlichen Assistent/innen und der Pflegehelfer/innen hat abgenommen, wohingegen die Zahl der (Kranken-)Pflegeassistent/innen zugenommen hat (vgl. Sveriges Kommuner och Landsting 2014). Diese Entwicklung deutet in Richtung einer Verbesserung des Qualifikationsniveaus.

Im Zuge der *Ädel*-Reform wurde nicht nur Personal abgebaut, es fand auch ein Prozess der Restrukturierung statt, in dem v.a. Beschäftigte ohne formale Qualifikationen ihre Beschäftigung verloren, während sich die Zahl der Pflegenden mit Hochschulabschluss vergrößerte. Der Anteil der unqualifizierten Pflegenden sank von 32% im Jahr 1990 auf 20% im Jahr 1995 und auf 18% im Jahr 2001 (vgl. Theobald 2004b, 181, 2003, 171). Das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte hat sich demnach stetig verbessert. Im Jahr 2003 hatten 56% der Beschäftigten im Pflegebereich – Pflegehelfer/innen oder (Kranken-)Pflegeassistent/innen – die pflegebezogene Gymnasialausbildung durchlaufen (vgl. Socialstyrelsen 2003, 51). Im Jahr 2008 sind es bereits 67%. Und 90% der Beschäftigten im Pflegebereich weisen eine gymnasiale Bildung (egal welcher inhaltlichen Ausrichtung) auf. Die Pflegekurse, die die Kommunen anbieten, sind allerdings nicht in den Statistiken enthalten (vgl. Sveriges Kommuner och Landsting 2009, 2, 2010; Swedish Association of Local Authorities and Regions 2009, 75; vgl. auch Oschmiansky 2013, 243f.). Um das Qualifikationsniveau zu verbessern, hatte der schwedische Nationalstaat mit dem Programm „Bildungsleiter" *(kompetensstegen)* zwischen 2005 und 2007 eine Initiative gestartet, in der er den Kommunen 1 Mrd. SEK (ca. 109 Mio. Euro) zur Verfügung gestellt hat. Die Kommunen, die frei über die Mittel verfügen konnten, wählten v.a. Ausbildungsmodule, die kurz und praxisnah sind (vgl. Swedish Association of Local Authorities and Regions 2007, 64; Oschmiansky 2013, 382). Betrachtet man das Qualifikationsniveau der beiden Haupt-Pflegeberufe heute, ergibt sich folgendes Bild: Die Pflegehelfer/innen weisen zu 62% keine oder eine sehr kurze Ausbildung auf. Die Pflegeassistent/innen weisen mit 50% eine zweijährige und mit 41% eine dreijährige Ausbildung auf (vgl. Theobald u.a. 2013, 60).

9.4.2.2 Bezahlung und Arbeitsbedingungen

In Schweden ist der gewerkschaftliche Organisationsgrad mit 70% sehr hoch. Löhne und Arbeitsbedingungen werden in Tarifverhandlungen ausgehandelt, und 90% der Beschäftigten arbeiten im Geltungsbereich eines Tarifvertrags (vgl. Oschmiansky 2013, 198f.; vgl. auch Teil B, Kap. 7.2). Dementsprechend ist auch der größte Teil der Beschäftigten im Pflegebereich gewerkschaftlich organisiert. Rund 90% der Pflegekräfte sind in der Gewerkschaft *Kommunal* Mitglied, der größten schwedischen Gewerkschaft. Sie hat 500.000 Mitglieder, davon sind 131.000 (Kranken-)Pflegeassistent/innen und 51.000 Pflegehelfer/innen (vgl. Kommunal 2011). Allerdings hat sich die Zahl der Mitglieder in den letzten Jahren deutlich reduziert, auch im Pflegebereich (vgl. Oschmiansky 2013, 159).

Der größte Arbeitgeberverband in der Altenpflege ist der Schwedische Verband der Kommunen und Provinzen *(Sveriges Kommuner och Landsting, SKL)*. Weitere Arbeitgeberverbände, mit denen die Gewerkschaft *Kommunal* Tarifverträge abschließt, sind der Verband der privaten Anbieter von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen *(Vårdföretagarna)*, die Allianz der Arbeitgeber im Freiwilligensektor *(Arbetsgivaralliansen)*, der Arbeitgeberverband genossenschaftlicher Unternehmen *(Arbetsgivarföreningen, KFO)* und der Arbeitgeberverband kommunaler Unternehmen *(Kommunala företagarnas samorganisation, KFS)* (vgl. Kommunal 2014). Nur die beiden ersten Arbeitgeberverbände haben ihren Schwerpunkt im Bereich Gesundheit und Pflege, alle anderen sind breiter aufgestellt und vertreten Unternehmen in vielen Branchen.

Die Tarifabkommen für die Pflegebranche werden auf nationalstaatlicher Ebene festgelegt, beinhalten aber regionale Anpassungsmöglichkeiten. Im Rahmen der tarifvertraglichen Vereinbarungen sind individuelle Zusatzeinkommensanteile verhandelbar (vgl. Burau u.a. 2007, 132).

Trotz des sehr hohen gewerkschaftlichen Organisationsgrades sind die Löhne in der Altenpflege eher niedrig. Im Jahr 2008 verdiente eine vollzeitbeschäftigte (Kranken-)Pflegeassistent/in monatlich 20.300 SEK (2.302 Euro) brutto, eine Pflegehelfer/in 19.300 SEK (2.099 Euro). Für Schicht-, Nacht- und Wochenendarbeiten werden Zuschläge von 1.500-1.900 SEK gewährt (163-207 Euro) (vgl. Sveriges Kommuner och Landsting 2009, 2f.). Der Gehaltsreport der Dachorganisation der Gewerkschaften weist die Altenpflege mit durchschnittlich 21.300 SEK (2.316 Euro) brutto im Monat als den Sektor mit den drittniedrigsten Löhnen in Schweden aus. Weniger verdienen nur die Arbeiter/innen in der Hotel- und Restaurantbranche sowie die Erzieher/innen (vgl. Landsorganisationen in Sverige 2013, 34).

Vergleicht man die Entwicklung der Löhne in der Altenpflege mit anderen Branchen, zeigt sich, dass sich die Löhne in der Altenpflege zwischen 1994 und 2004 um 57% für die Angestellten und um 40% für die Arbeiter/innen erhöht haben, wobei nur ein geringer Teil der Beschäftigten in der Altenpflege auf Angestelltenbasis beschäftigt ist. Die durchschnittliche Lohnerhöhung liegt in diesem Zeitraum insgesamt bei 49%. Im Vergleich mit 19 Branchen ist die Lohnentwicklung nur bei den kommunalen Erzieher/innen (39%) und den Arbeiter/innen in kommunalen Schulen (38%) niedriger als bei den Arbeiter/innen in der kommunalen Pflege (vgl. Landsorganisationen in Sverige 2005, 24; vgl. auch Oschmiansky 2013, 166).

Mit dem Einzug ökonomischer Vorgaben und der stärkeren Effizienzorientierung seit Anfang der 1990er Jahre haben sich auch die Beschäftigungs- und die Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden verschlechtert. "A more rapid pace, standardization and greater rationalization increasingly characterize paid carework, creating alienation working conditions." (Szebehely 1998, 277) Kosteneffizienz wurde zum Stichwort der Pflegearbeitgeber, egal ob in kommunaler oder in privater Trägerschaft (vgl. Szebehely 1998, 277).

Infolgedessen haben sich die Beschäftigungsformen verändert. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten ging in der Pflegebranche in der ersten Hälfte der 1990er Jahre stark von 55% auf 36% zurück (vgl. Oschmiansky 2013, 228f.). Seit der Jahrtausendwende nimmt der Anteil der Vollzeitbeschäftigten wieder zu und liegt im Jahr 2008 bei ca. 52% (vgl. Sveriges Kommuner och Landsting 2009, 4). Umgekehrt nahmen die Zahl und der Anteil der in Teilzeit beschäftigen Pflegenden seit den 1990er Jahren zu. Hier ist anzumerken, dass insbesondere Teilzeitbeschäftigungen im niedrigen Stundenbereich – bis 19 Stunden pro Woche – überproportional zugenommen haben. Aktuell arbeiten ca. 48% der beruflich Pflegenden Teilzeit (vgl. Sveriges Kommuner och Landsting 2009, 4). Eine Untersuchung zu den Arbeitsbedingungen in der Altenpflege in acht schwedischen Kommunen zeigt, dass 26–29% der Teilzeitbeschäftigen in der Altenpflege gerne mehr Stunden arbeiten würden (vgl. Gustafsson/Szebehely 2005, 59).

Ca. ein Fünftel der Beschäftigten in der Pflegebranche ist befristet beschäftigt. Der Anteil ist seit den 1990er Jahren relativ konstant geblieben. Ursache des hohen Anteils befristeter Beschäftigungsverhältnisse sind die großzügigen Freistellungsregelungen (Elternzeit und Bildungsurlaub), die die Einstellung befristet Beschäftigter erforderlich machen (vgl. Oschmiansky 2013, 207f.). In der erwähnten Studie von *Rolf Å. Gustafsson* und *Marta Szebehely* zu den Arbeitsbedingungen in

der Altenpflege arbeiten 28% ohne Festanstellung, davon sind 19% stundenweise angestellt (vgl. Gustafsson/Szebehely 2005, 25). Die Studie ergab weiter, dass über 80% der befristet Beschäftigten (ohne die stundenweise Beschäftigten) eine Festanstellung wünschen (vgl. Gustafsson/Szebehely 2005, 59).

Die Zahl der stundenweise Beschäftigten[48] (Arbeit auf Abruf) hat zwischen 1990 und 1997 von 24.000 auf 60.000 zugenommen (vgl. Szebehely 2000, 177). Die Zahl liegt im Jahr 2008 bei gut 60.500 Personen, im Jahr 2013 bei 62.500. Die Zahl ist demnach nach einem Anstieg in den 1990er Jahren mittlerweile relativ konstant geblieben. Bei den stundenweise Beschäftigten handelt es sich um knapp 23% der Beschäftigten in der praktischen Altenpflege (vgl. Sveriges Kommuner och Landsting 2010). Viele der stundenweise Beschäftigten arbeiten kurze Teilzeit, d.h. maximal 19 Stunden (vgl. Oschmiansky 2013, 209). Ursache für den hohen Anteil stundenweiser Beschäftigter ist die hohe krankheitsbedingte Abwesenheit in der schwedischen Altenpflege, die Ersatzkräfte notwendig macht (vgl. Oschmiansky 2013, 231). Es sind v.a. die Pflegehelfer/innen und die Persönlichen Assistent/innen, aber auch die (Kranken-)Pflegeassistent/innen, die stundenweise beschäftigt sind (vgl. Sveriges Kommuner och Landsting 2014, 2010). Von den stundenweise Beschäftigten, die *Gustafsson* und *Szebehely* untersucht haben, wünschen sich 37% derjenigen, die bei einem sozialen Dienst arbeiten, und 46% derjenigen, die in der stationären Pflege arbeiten, eine Festanstellung (vgl. Gustafsson/Szebehely 2005, 59).

Auch in Schweden sind die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege durch hohe psychische und physische Belastungen, Schicht- und Nachtarbeit sowie Stress und Zeitdruck geprägt. Die Belastungen haben sich infolge der stärkeren Effizienzorientierung verschärft. Dies erkennt man beispielsweise an einem höheren Krankenstand im Vergleich zu anderen Berufsgruppen.[49] Auch psychosomatische Beschwerden, Erschöpfung und Schmerzen werden häufiger von Beschäftigten

48 Stundenweise Beschäftigung bedeutet, dass die Beschäftigten zwar eine unbefristete Beschäftigung innehaben, aber nur nach den faktisch geleisteten Arbeitsstunden bezahlt werden. Die stundenweise Beschäftigung ist keine Beschäftigungsform, wie ein befristetes oder ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis (vgl. Verksamt.se 2014). *Theobald* u.a. (2013, 64) sprechen in ihrem deutsch-schwedischen Vergleich der Altenpflege von Arbeit auf Abruf, bei der die Beschäftigten keine „Sicherheit bezüglich der Dauer ihrer tatsächlichen Arbeitszeit" haben.

49 *Bäckmann* (2001) vergleicht die Arbeitsbedingungen von Altenpfleger/innen, Erzieher/innen, Lehrer/innen und Krankenpfleger/innen mit den übrigen Beschäftigengruppen im Zeitraum von 1991 bis 1999.

in der Altenpflege genannt. Es ist auffällig, dass sich die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen zwischen 1993 und 1995 vollzogen hat, was ein deutlicher Hinweis darauf ist, dass es sich um Folgen der *Ädel*-Reform handelt. Seit Mitte der 1990er Jahre verharren die Belastungen auf einem konstant hohen Niveau (vgl. Bäckmann 2001, 202ff.; vgl. auch Theobald u.a. 2013, 42; Swedish Association of Local Authorities and Regions 2007, 60). Die Untersuchung von *Gustafsson* und *Szebehely* zu den Arbeitsbedingungen in der Altenpflege in acht schwedischen Kommunen zeigt ebenfalls, dass die Arbeitsbelastung in der Altenpflege in den 1990er Jahren zugenommen hat. Ende der 80er Jahre waren ca. 15% der Beschäftigten der Ansicht, zu viel zu tun zu haben *(för mycket att göra)*, nach der Jahrtausendwende waren es bereits 30-40%. Umgekehrt ist der Anteil derjenigen, die der Ansicht sind, ihre Arbeit selbst einteilen und gestalten zu können, von ca. 45% auf ungefähr ein Viertel zurückgegangen (vgl. Gustafsson/Szebehely 2005, 32; vgl. auch Andersson 2013, 176ff.). Dies führen die Autor/innen auf die kräftige Verringerung der finanziellen und personellen Ressourcen in den 1990er Jahren zurück (vgl. Gustafsson/Szebehely 2005, 98). Die Studie zeigt aber auch, dass sich seit der Jahrtausendwende eine leichte Verbesserung abzeichnet. Zwischen dem Jahr 2000 und dem Jahr 2003 ist der Anteil derjenigen, die unter körperlicher und psychischer Erschöpfung leiden, um ca. 3-5% zurückgegangen (vgl. Gustafsson/Szebehely 2005, 41). Die Studie zeigt weiter, dass die Arbeitsbelastungen bei Vollzeitbeschäftigen deutlich höher ausfallen als bei Teilzeitbeschäftigten. Den höchsten Grad an Erschöpfung weisen Vollzeitbeschäftigte in der stationären Pflege auf (vgl. Gustafsson/Szebehely 2005, 42). In der Studie von *Hildegard Theobald* u.a. (2013), in der die Arbeitsbedingungen der deutschen und der schwedischen beruflich Pflegenden vergleichend untersucht werden, schätzt die Hälfte der Beschäftigten die Veränderungen der Organisation der Pflege negativ ein (vgl. Theobald u.a. 2013, 91). Es zeigt sich ebenfalls ein hoher Anteil derjenigen, die über ein zu hohes Arbeitspensum klagen (38%). Zudem berichten 45% über Arbeitskräfteknappheit durch Urlaub und Krankheit (vgl. Theobald u.a. 2013, 75).

Über Löhne, Beschäftigungsverhältnisse und Arbeitsbedingungen in dem größer werdenden Sektor der privaten Pflege war lange Zeit wenig bekannt (vgl. Szebehely 1998, 277f.). Einer neueren Studie von *Szebehely* zufolge liegt die Personalausstattung in privaten stationären Einrichtungen 10% unter der in öffentlichen Pflegeheimen. Auch der Anteil der Vollzeitbeschäftigungen ist in privaten Einrichtungen niedriger, der Anteil stundenweise Beschäftigter dagegen höher (vgl. Theobald u.a. 2013, 35). *Gustafsson* und *Szebehely* (2007) haben die Untersuchung

zu den Arbeitsbedingungen auch daraufhin ausgewertet, ob die Beschäftigten bei der Kommune oder einem privaten Träger beschäftigt sind. Dabei stellen sie eher geringe Unterschiede zwischen öffentlichen und privaten Arbeitergebern, aber erhebliche Unterschiede zwischen sozialen Diensten und stationären Einrichtungen fest. Während die Arbeitsbedingungen in den privaten stationären Einrichtungen besser eingestuft werden als in den kommunalen Einrichtungen, zeichnet sich bei den sozialen Diensten das gegenteilige Bild ab: Hier schneiden die kommunalen sozialen Dienste deutlich besser ab, v.a. im Hinblick auf die Vielfältigkeit der Arbeitsaufgaben, die körperliche und psychische Erschöpfung und die Zusammenarbeit mit der Leitungsebene (vgl. Gustafsson/Szebehely 2007, 51f.). Kontrolliert man die Variablen Geschlecht, Vollzeit/Teilzeit, Alter und Dauer des Beschäftigungsverhältnisses, lassen sich kaum Unterschiede zwischen öffentlichen und privaten Trägern finden. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Kommunen sind größer als zwischen privaten und kommunalen Diensten und Einrichtungen (vgl. Gustafsson/Szebehely 2007, 54).

9.4.2.3 Häuslich-formelle Pflegearbeit

In Schweden besteht seit den 1960er Jahren die Möglichkeit, Angehörige, Nachbarn oder Freunde, die Pflegebedürftige zuhause pflegen, als Mitarbeiter/innen des kommunalen Sozialdienstes anzustellen und ihnen ein Pflegegehalt *(anhörigvårdare, anhöriganställning)* zu zahlen. Diese Variante der Angehörigenunterstützung entstand im Kontext der Einführung häuslicher Dienste für Ältere. Familien, die keine sozialen Dienste in Anspruch nahmen, sollten auf diese Weise unterstützt werden (vgl. Johansson/Sundström 1994, 87; Sand 2007, 295ff.). Da es sich bei den Beschäftigten in den sozialen Diensten in diesem Zeitraum vielfach um angelernte ehemalige Hausfrauen handelte, erschien es naheliegend, auch häuslich pflegenden Angehörigen die Möglichkeit einer Anstellung zu bieten.

Die Hauspfleger/innen *(hemsamariter)* sind als Teil des kommunalen Pflegedienstes sozialversicherungspflichtig angestellt und erhalten ein zu versteuerndes Gehalt, das dem Mindestgehalt von Pflegeassistent/innen in sozialen Diensten entspricht (vgl. Sand 2007, 304; Krevers u.a. 2006, 15f.; Johansson 2004, 34f.; OECD 2005, 52f.). "The relative providing care service is seen as an employed member of the municipality's Home Help Service staff and is to have the same conditions as other employed personnel." (Sand 2007, 295) Anders als bei den Pflegeassistent/innen benötigen die häuslich pflegenden Angehörigen allerdings keine pflegerische Ausbildung (vgl. Sand 2007, 299). Dafür ist ihr Arbeitsvertrag immer befristet, weil er an die Pflegebedürftigkeit der zu pflegenden Person ge-

bunden ist (vgl. Sand 2007, 304). Die Höhe des Pflegegehaltes richtet sich nach dem Pflegebedarf (vgl. Sand 2007, 299). Die Einstellung und Entlohnung häuslich Pflegender kann man als Formalisierung informeller Pflege bezeichnen, die gleichzeitig aber der Stärkung der häuslich-familiären Pflege dient (vgl. Szebehely 2005; Burau u.a. 2007, 108). Die Auswahlkriterien für die Pflegenden, die ein Pflegegehalt erhalten, sind klar definiert, und die Arbeit unterliegt regulären arbeitsrechtlichen Bedingungen, was die Höhe der Löhne und die sozialrechtliche Absicherung angeht (vgl. Burau u.a. 2007, 111f.; Sand 2007).

Im Jahr 1967 waren ungefähr 6.000 Pflegende bei den kommunalen Pflegediensten beschäftigt, 1973 waren es bereits 24.000 Pflegende. Seitdem ist die Zahl wieder rückläufig. 1983 sind es nur noch knapp 9.000 Angehörige, die ein Pflegegehalt beziehen. Im Jahr 2000 sinkt die Zahl weiter auf 3.500 und im Jahr 2003 auf 3.100 (vgl. Szebehely 2005, 180, die Zahlen beziehen sich auf die Versorgung von Pflegebedürftigen und Behinderten). 2006 erhalten nur noch knapp 1.900 Personen Pflegegehalt. Seitdem werden keine offiziellen Daten mehr zum Pflegegehaltsbezug erhoben (vgl. Sand 2010, 43, die Zahl bezieht sich nur auf die Versorgung von Pflegebedürftigen).

Nicht nur die Zahl der Bezieher/innen von Pflegegehalt nimmt ab, auch die Zahl der Kommunen, die häuslich Pflegende einstellen, ist rückläufig. Im Jahr 2003 gab es in 28% der Kommunen keine Anstellungen mehr und in nochmal 13% der Kommunen nur eine Anstellung (vgl. Szebehely 2005, 181). Eine Erklärung für den Rückgang liegt in den Bedingungen, unter denen das Pflegegehalt gewährt wird. Häuslich Pflegende erhalten meist nur noch dann eine kommunale Anstellung, wenn die Pflegebedürftigen in abgelegenen Regionen wohnen, in denen der Zugang zu einem Pflegedienst schwer ist. "This system is mostly used when the caregiver is of working age and in sparsely populated areas." (OECD 2005: 133) In den meisten Gemeinden bezieht sich die finanzielle Unterstützung zudem v.a. auf Familienangehörige im erwerbsfähigen Alter, die ihre Arbeitszeit pflegebedingt reduzieren, aber nicht gänzlich aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden (vgl. Burau u.a. 2007, 111f.). Insofern kann man das Pflegegehalt in gewisser Hinsicht als Lohnersatzleistung bezeichnen (vgl. Johansson/Sundström 1994, 95). Dementsprechend sind die meisten Bezieher/innen eines Pflegegehalts auch weiterhin erwerbstätig. Nur ca. 10% pflegen ausschließlich und lediglich 14% sind bereits im Rentenalter (vgl. Burau u.a. 2007, 109; Johansson/Sundström 1994, 95). Bei den Bezieher/innen des Pflegegehalts handelt es sich ebenfalls, wie beim Pflegegeld, v.a. um Frauen aus der Arbeiterklasse und/oder um Frauen mit Migrationshintergrund (vgl. Burau u.a. 2007, 109, 113; Lundsgaard 2005, 17; Sundström 1986, 186). Im Jahr 2008 wiesen 70% der Bezieher/innen von Pfle-

gegeld einen Migrationshintergrund auf. Dabei handelt es sich v.a. um Töchter, die ihre zugewanderten Eltern pflegen (vgl. Sand 2010, 44).

Mehreren Studien von *Sand* zufolge handelt es sich bei den Bezieher/innen von Pflegegehalt meist um Kinder, Partner/innen oder Eltern.[50] 85% der Beziehenden sind weiblich. Bei den pflegenden Männern handelt es sich um Partner der Pflegebedürftigen, die im selben Haushalt wohnen. Die Pflegegehalt-Bezieher/innen sind überwiegend zwischen 45 und 65 Jahre alt. Arbeiter/innen und einfache Beamte bzw. Beamtinnen sind überrepräsentiert, v.a., weil das Verpflichtungsgefühl zur Angehörigenpflege im Arbeitermilieu höher ist und weil die Lohnunterschiede zwischen dem Pflegegehalt und der vorher ausgeübten Tätigkeit in dieser sozialen Schicht geringer sind. Durch das Pflegegehalt verbessert sich die finanzielle Lage der Pflegenden sogar in vielen Fällen. 45% der Frauen und 28% der Männer werden durch das Pflegegehalt finanziell besser gestellt. Das hat v.a. damit zu tun, dass viele Pflegende diese Tätigkeit zuvor viele Jahre unbezahlt erledigt haben oder infolge der Pflege nur Teilzeit arbeiten konnten. In gut einem Drittel der Fälle hat sich die finanzielle Situation zumindest nicht verschlechtert.

Die Befragung der Pflegenden, die Pflegegehalt beziehen, zeigt auch, dass das Einkommen als Anerkennung der Pflegearbeit wahrgenommen wird (vgl. Sand 2007, 301ff.; vgl. auch Szebehely 2005, 181f.). „The recognition serves as a possible counterweight to the confinement and the heavy work often experienced by kin care givers" (Sand 2007, 312). Die Pflegenden fühlen sich durch das Pflegegehalt vielfach gesellschaftlich wertgeschätzt. "Wages are viewed as a symbol for society's appreciation and it can be described as the municipality's special way of recognizing the work being done." (Sand 2007, 313). *Sand* (2007, 314) fasst zusammen, dass durch das Pflegegehalt Pflegearbeit entlohnt, die Pflegeperson in das soziale Sicherungssystem integriert und Pflegearbeit dadurch gesellschaftlich anerkannt wird. Der größte Teil der Bezieher/innen eines Pflegegehalts ist mit seiner/ihrer Situation zufrieden, auch wenn von einigen bessere Arbeitsbedingungen und höhere Löhne gefordert werden.

Seit der Zulassung privater Anbieter sozialer Dienste ist es auch möglich, sich als Pfleger/in selbständig zu machen. Dies geschieht in Schweden allerdings eher selten. Die (solo-)selbständig Pflegenden werden statistisch nicht erfasst.

---

50 Das Pflegegehalt bezieht sich auf Pflegebedürftige insgesamt. Es erhalten nicht nur Angehörige, die ältere Menschen pflegen, sondern auch Eltern, die ihre Kinder pflegen (vgl. Sand 2007, 302).

9.4.3 Der Wandel der Regulierung ehrenamtlicher Pflegearbeit

Freiwilligenverbände[51] und ehrenamtliche Arbeit spielen in Schweden eine große Rolle und sind in ihrer Größenordnung mit anderen europäischen Ländern, wie Deutschland, den Niederlanden oder Großbritannien, vergleichbar, z.B. im Hinblick auf die ökonomische Bedeutung oder die Mitgliederzahlen (vgl. Jeppsson Grassman/Svedberg 2007, 134f.). Das ehrenamtliche Engagement ist in Schweden konstant hoch. Knapp die Hälfte der Schweden und Schwedinnen ist auf freiwilliger Basis aktiv. Der Anteil hat sich zwischen 1992 und 2009 kaum verändert. Der Anteil der Männer ist leicht von 52% auf 54% angestiegen, der insgesamt etwas niedrigere Frauenanteil hat sich zunächst von 44% auf 50% erhöht, ist 2009 aber wieder auf 43% gesunken (vgl. Svedberg u.a. 2010, 13; Jeppsson Grassman/Svedberg 2007, 136f.; Lundström/Svedberg 2003, 220; Svedberg/Olsson 2010, 234; Olsson u.a. 2005, 14).

Die Aktivitäten der schwedischen Freiwilligenverbände und der ehrenamtlich Tätigen liegen allerdings nicht vordringlich im Bereich der Erbringung sozialer Dienste, sondern v.a. im kulturellen, sportlichen und gewerkschaftlichen Bereich (vgl. Szebehely 1998, 275; Svedberg/Olsson 2010, 226; Warburton/Jeppsson Grassman 2011, 185; Lundström/Svedberg 2003, 221). "Very many Swedish voluntary organizations are further constructed as popular mass movement organizations that in terms neither of form nor of content are intended to function as service deliverers." (Svedberg/Olsson 2010, 226) Aufgrund der fehlenden Orientierung an der sozialen Dienstleistungserbringung gibt es in Schweden kaum große, professionell geführte Wohlfahrtsorganisationen mit einer hohen Zahl professionell Beschäftigter (vgl. Jeppsson Grassman/Svedberg 2007, 134f.). So arbeiten bei Freiwilligenorganisationen in den Bereichen Erziehung/Bildung, Gesundheit und Soziales zwischen 1990 und 2004 konstant zwischen 30.000-35.000 Personen. Im Verhältnis dazu arbeiten im Jahr 2004 900.000 Menschen im öffentlichen sozialen Sektor und 100.000 Menschen bei privaten sozialen Diensten (vgl. Svedberg/Olsson 2010, 237). Auch der Anteil der Beschäftigten

51 Ich verwende im schwedischen Kontext (wie im britischen) den Begriff „Freiwilligenverbände" statt Wohlfahrtsverbände, weil im Schwedischen von *"frivilliga organisationer"* (freiwilligen Organisationen) gesprochen wird, womit betont wird, dass es sich um Organisationen handelt, die sich ihre Ziele und Aufgaben selbst stecken und sowohl unabhängig vom Staat arbeiten als auch keine Profitorientierung aufweisen (vgl. auch Dahlberg 2005, 743). Zudem wird der Begriff in Anlehnung an die britische Verwendung des Begriffs *(voluntary organizations)* verwendet (Jeppsson Grassman/Svedberg 2007, 157; vgl. Svedberg/Olsson 2010, 226).

in freigemeinnützigen Organisationen, die im Bereich der Versorgung älterer und behinderter Menschen tätig sind, ist konstant niedrig und liegt zwischen Anfang der 1990er Jahre und 2010 bei 2-3% (vgl. Szebehely/Trydegård 2012, 303).

Betrachtet man das ehrenamtliche Engagement der schwedischen Bevölkerung im sozialen Bereich genauer, stellt man fest, dass zwischen dem Jahr 1992 und dem Jahr 2005 12% der 16-74-Jährigen Schweden und Schwedinnen im Bereich des sozialen Engagements ehrenamtlich tätig waren. Der Anteil stieg im Jahr 2009 auf 19%. Bei dem sozialen Engagement in Freiwilligenorganisationen handelt es sich aber in hohem Maße auch um soziale Aktivitäten in Sportvereinen, Gewerkschaften etc. Eine Betrachtung nach Sektoren, in denen die Freiwilligenarbeit geleistet wird, ergibt, dass im Jahr 1992 17% der Freiwilligen im Bereich 'Wohlfahrt'[52] tätig waren. Der Anteil steigt zunächst bis zum Jahr 1998 leicht auf 18%, sinkt im Jahr 2005 und im Jahr 2009 wieder leicht auf 16% bzw. 15% ab. Neben Sport und Erholung ist es der zweitgrößte Bereich, in dem in Schweden Freiwilligenarbeit geleistet wird. Es sind v.a. Frauen und Ältere, die im sozialen Bereich ehrenamtlich tätig sind (vgl. Svedberg/Olsson 2010, 234ff.; Svedberg u.a. 2010, 18ff.).

Die Untersuchung von *Eva Jeppsson Grassmann* und *Lars Svedberg* (2007, 148f.) zum Wandel bürgerschaftlichen Engagements in Schweden kommt zu dem Ergebnis, dass die ehrenamtlichen Aktivitäten im wohlfahrtsstaatlichen Bereich im Kontext der Mittelkürzungen der 1990er Jahre leicht zugenommen haben. Dies führen die Autor/innen v.a. auf die verstärkte Aktivität von Frauen in den Bereichen humanitäre Organisationen (zu denen die wohlfahrtsstaatlichen Freiwilligenorganisationen zählen), kirchliche Aktivitäten sowie Rentnerorganisationen zurück. Auch internationale Vergleiche auf der Basis des *World Values Survey* zeigen, dass die ehrenamtliche Arbeit im Bereich der sozialen Dienste in Schweden zunimmt. Zudem ist die Beteiligung in Schweden höher als in Deutschland, aber niedriger als in Großbritannien (vgl. Jeppsson Grassman/Svedberg 2007, 140).

Damit nimmt Schweden im Vergleich zu anderen europäischen Ländern in Bezug auf die Stellung der Freiwilligenorganisationen in sozialen Diensten wie der Altenpflege eher eine Außenseiterrolle ein: "The Swedish care system continues to be untypical in a European context in the continuing limits to a voluntary sector

52 Gemeint sind hier freiwillige Aktivitäten in Organisationen mit sozialem Hintergrund, wie Arbeit mit gefährdeten Kindern, Behinderten, Gefangenen, Drogenabhängigen, misshandelten Frauen, Renter/innen etc. (vgl. Svedberg/Olsson 2010, 235).

role as providers of support for carers and other social services." (Jegermalm 2003, 767) Selbst die wohlfahrtsstaatlichen Kürzungen und Umstrukturierungen der 1990er Jahre haben nicht dazu geführt, dass mehr wohlfahrtsstaatliche Aufgaben von Freiwilligenorganisationen übernommen wurden. Wenn schwedische Freiwilligenorganisationen im sozialen Bereich tätig sind, dann v.a. in Nischen, wie der Obdachlosenfürsorge, der Arbeit mit misshandelten Frauen oder Kindern, der Hilfen für Drogenabhängige oder für illegale Einwanderer und Einwanderinnen (vgl. Svedberg/Olsson 2010, 227f.). *Svedberg* und *Olssen* (2010, 247) schlussfolgern, dass die langsam wachsenden schwedischen Freiwilligenorganisationen insgesamt nur eine geringe Rolle innerhalb des schwedischen Wohlfahrtsstaates spielen, aber dennoch eine wichtige Nischenposition einnehmen.

Dass sich der Dritte Sektor in Schweden v.a. außerhalb des sozialen Bereichs entwickelt hat, lässt sich auf die jahrhundertealte Tradition des Vertrauens in staatliche Institutionen, den Ausbau des schwedischen Wohlfahrtsstaates seit den 1930er Jahren, die Popularität von Massenbewegungen in Form demokratischer, offener und auf Mitgliederbasis organisierter Organisationen sowie das enge Verhältnis zwischen Staat und Freiwilligenorganisationen zurückführen (vgl. Lundström/Svedberg 2003, 223ff.).

Trotz dieser anderen Schwerpunktsetzung im Bereich der Freiwilligenarbeit weist auch die ehrenamtliche Arbeit in der Altenpflege eine lange Tradition in Schweden auf. Bereits in den Armenhäusern halfen Ehrenamtliche mit, v.a. in den ländlichen Gebieten, die sog. freundlichen Besucher/innen *(vårdare)* (vgl. Trydegård 2000, 576). Auch die ersten sozialen Dienste, die in den 1950er Jahren von Freiwilligenverbänden, wie dem Roten Kreuz *(Röda Korset)*, angeboten wurden, basierten auf der Hilfe von Freiwilligen. Dabei handelte es sich v.a. um Frauen mittleren Alters, die eine kleine Entschädigung erhielten (vgl. Trydegård 2000, 582f.). Nach dieser Anfangsphase wurden die sozialen Dienste dann in den staatlichen Zuständigkeitsbereich eingegliedert. "In fields within the core domain of the welfare state the scope of voluntary organisations doing 'large scale professional service production' has been limited and important state take-overs of welfare provisions have been carried through from the 1930s to the 1970s." (Lundström/Svedberg 2003, 224)

Zu den bekanntesten Freiwilligenverbänden, die im Bereich der Altenpflege tätig sind, zählen die beiden Rentnerorganisationen *(Pensionärernas riksorganisation* und *Sveriges Pensionärsförbund)*, das Rote Kreuz, kirchliche Verbände (z.B. *Diakonia)*, der Demenzverband *(Demensförbundet)* sowie die Angehörigenverbände (z.B. *Anhörigrådet i Sverige)* (vgl. Dahlberg 2005, 749). Die Beteiligung

von Freiwilligenorganisationen an der Versorgung der Pflegebedürftigen gilt in Schweden allerdings – anders als in Großbritannien und Deutschland – eher als Ergänzung zu den gut ausgebauten öffentlichen Versorgungsstrukturen denn als Ersatz.

Die Rolle und Stellung der Freiwilligenverbände in Schweden – generell und im Hinblick auf den wohlfahrtsstaatlichen Bereich – hat auch etwas mit dem Verhältnis des Staates zu den Freiwilligenverbänden zu tun. Die staatliche Politik gegenüber den Freiwilligenorganisationen kann man in Schweden als zurückhaltend, passiv und auf Nicht-Einmischung hin ausgerichtet beschreiben.

> „Dies geschieht vor dem Hintergrund, daß die Gesetzgebung hinsichtlich nichtstaatlicher Organisationen und der freiwilligen Arbeit sehr zurückhaltend ist, was sowohl Ausdruck einer langen Tradition als auch bewußter ideologischer Standpunkt ist, der wiederum darauf abzielt, die Impulse in Richtung freiwilliger Tätigkeiten möglichst nicht zu reglementieren." (Gaskin u.a. 1996, 50)

Freiwilligenorganisationen sollen demnach nicht inhaltlich gelenkt, wohl aber finanziell unterstützt werden. Dies erfolgt im Bereich der sozialen Belange v.a. auf kommunaler Ebene. Doch Anfang der 1990er Jahre änderte sich die staatliche Einstellung zu den Freiwilligenorganisationen stückweise im Kontext der Krise des schwedischen Wohlfahrtsstaates, des demographischen Wandels, der gestiegenen Ansprüche an (spezialisierte) soziale Dienste und der Forderung nach mehr Wahlmöglichkeiten. „[T]hey [the voluntary organizations, D.A.] became no longer only voice, but were invited to deliver services on an increasing scale in order to retain local government and state support." (Svedberg/Olsson 2010, 233). Es entstand ein Interesse an den Freiwilligenorganisationen, die im Bereich der sozialen Dienste tätig waren, insbesondere an der dort geleisteten unbezahlten Arbeit. In diesem Kontext wurde auch die informelle Hilfe und Sorgearbeit als bürgerschaftliches Engagement öffentlich artikuliert und propagiert (vgl. Jeppsson Grassman/Svedberg 2007, 132). „So wird das Volunteering momentan [in der ersten Hälfte der 1990er Jahre, D.A.] insbesondere von nichtsozialistischen Parteien als eine Hauptressource angesehen, die die Kosten im expandierenden Wohlfahrtsstaat verringern oder zumindest stabil halten kann." (Gaskin u.a. 1996, 50f.) Um Einfluss auf das ehrenamtliche Engagement zu nehmen, werden seitdem staatliche Anreize gesetzt. So wurden beispielsweise die Aktivitäten der Freiwilligenverbände im Rahmen der Kampagne *Anhörig 300* des Nationalen Handlungsplans für die Alten(pflege)politik Ende der 1990er Jahre wohlfahrtsstaatlich unterstützt. Hier sollten die Kommunen in Kooperation mit Freiwilligenorganisationen Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige entwickeln und anbieten. Das Nationale Amt für das Gesundheit

und Sozialwesen überwachte die Zusammenarbeit (vgl. Regeringens proposition 1997/98:113, 111).

Studien von *Magnus Jegermalm* (2003) und von *Lena Dahlberg* (2005), die sich spezifisch mit der Arbeit von Freiwilligenorganisationen gegenüber pflegenden Angehörigen beschäftigt haben, zeigen, dass die staatlichen Bemühungen Erfolg hatten und das ehrenamtliche Engagement im Bereich der Angehörigenunterstützung zugenommen hat. So stellt *Dahlberg* fest, dass im Jahr 1999 36% der Freiwilligenorganisationen in diesem Bereich aktiv waren; im Jahr 2002 waren es bereits 46%. Dabei bieten die Freiwilligenorganisationen v.a. Informationsveranstaltungen, Selbsthilfegruppen, Betreuungs- und Entlastungsdienste, wie Besuchsdienste, sowie Tagespflegeangebote für pflegende Angehörige an. Einige Angebote von Kommunen und Freiwilligenorganisationen überschneiden sich (v.a. Selbsthilfegruppen und die Bereitstellung von Informationsmaterial), andere werden nur von den Kommunen (z.B. Tagepflegeangebote) oder nur von den Freiwilligenorganisationen (z.B. Besuchsdienste) angeboten (vgl. Dahlberg 2005, 750ff.; vgl. auch Jegermalm 2003, 761ff.).

Es zeigt sich, dass die Freiwilligenverbände eher Aufgaben im Bereich der Förderung der sozialen Kontakte bei (gesunden) Älteren und bei Pflegebedürftigen übernehmen, als tatsächlich soziale Pflegedienstleistungen anzubieten. Auch die Rentnerverbände, die große Teile der Älteren in Schweden repräsentieren und ebenfalls im Bereich der Altenpflege aktiv sind, bieten keine sozialen Dienstleistungen an, sondern übernehmen eher eine Anwaltsfunktion für die Älteren und betreiben Lobbyarbeit. Sie sind in alle nationalen und kommunalen Entscheidungsprozesse, die Ältere betreffen, integriert (vgl. Johansson/Sundström 1994, 92; Lundström/Svedberg 2003, 228f.). Dies wurde auch im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses rund um die *Ädel*-Reform deutlich.

"On the whole, the role of the voluntary organizations has been to organize social activities rather than social services." (Johansson/Sundström 1994, 92) Für diese Arbeiten erhalten die Freiwilligenverbände eine finanzielle Unterstützung durch die Kommunen (vgl. Johansson/Sundström 1994, 91f.). Die Studien zeigen weiter, dass die freiwillige Arbeit in den Nischen, in denen die Freiwilligenverbände im Bereich der Altenpflege aktiv sind, wie der Informationsvermittlung, der Besuchsdienste und der Unterstützung pflegender Angehöriger, leicht zugenommen hat und dass sich dies im Kontext der wohlfahrtsstaatlichen Kürzungen erklären lässt. "The small increase that we have seen in volunteering is attributable to more volunteer work performed in humanitarian and welfare organizations, and also mainly by women. This may be interpreted in favor of the argument that cuts in public welfare lead to more volunteering." (Jeppsson Grassman/

Svedberg 2007, 153) Die leichte Zunahme ehrenamtlicher Pflegearbeit, v.a. von Frauen, im Bereich der *Instrumental Activieties of Daily Living* kann man als Prozess der Informalisierung deuten. Zudem wird die familiäre Pflegearbeit dadurch unterstützt.

9.4.4 Der Wandel der Regulierung transnationaler Pflegearbeit

Über transnationale Pflegearbeit in Schweden gibt es so gut wie keine Zahlen und auch kaum Studien. Auch Daten oder Schätzungen zu Migrantinnen, die in Privathaushalten (irregulär) pflegen, fehlen (vgl. Oschmiansky 2013, 403).

> "Migrant care workers is an area that is not explored to any major extent in Sweden. There are no data and no research supporting the existence of this phenomenon. However, this does not mean that it is non-existent. There is of course immigration to Sweden and many immigrants start their new life being employed in healthcare, therefore the debate is often focused on how to educate immigrants in Swedish and how to integrate immigrants into the Swedish system." (Di Santo/Ceruzzi 2010, 32)

Mittlerweile ist die Datenlage in Bezug auf die Migrant/innen, die in sozialen Diensten und stationären Einrichtungen arbeiten, etwas besser. Im Jahr 2006 sind über 20% der 19.000 neu eingestellten Beschäftigen im Bereich der kommunalen Gesundheits- und sozialen Dienste Migrant/innen. Der Anteil hat sich seit Mitte der 1990er Jahre verdoppelt. Dabei handelt es sich v.a. um Migrant/innen, die nicht aus den nordischen Staaten und nicht aus der EU stammen (vgl. Swedish Association of Local Authorities and Regions 2007, 57; vgl. auch Colombo 2011, 174). "Among the total number of employees in care of the elderly and disabled, the percentage of foreign-born people increased from just over 9 percent in 1995 to 13 percent in 2005. This growth mainly consisted of those born outside the Nordic countries and the EU, from just under 4 percent in 1995 to over 7 percent in 2005." (Swedish Association of Local Authorities and Regions 2007, 57) Auf der Basis des schwedischen Berufsregisters und der Arbeitskräftestatistik *(yrkesregistret med yrkesstatistik)* sind *Jönson* und *Giertz* zufolge im Jahr 2008 14% der Beschäftigen in der Alten- und Behindertenpflege Migrant/innen. Das sind vier Prozentpunkte mehr als im Jahr 1998 (vgl. Jönson/Giertz 2013, 811f.).

Der Anteil der migrantischen Pflegehelfer/innen, Persönlichen Assistent/innen von Behinderten sowie ähnlicher pflegerischer Berufe ist zwischen 2005 und 2012 von 18% auf 23% angestiegen. Der Frauenanteil an den migrantischen Altenpflege- und Behindertenhilfeberufen ist im selben Zeitraum von 79,5% auf 75,5% gesunken. Von den in der Pflege arbeitenden Migrant/innen kamen im

Jahr 2005 52% aus nicht-europäischen Ländern. Im Jahr 2012 sind es bereits 60% (vgl. Statistika Centralbyrån 2009, 9; Statistika Centralbyrån 2012, 6, eigene Berechnungen). Diese Zahlen zeigen deutlich, dass die These von *Simonazzi* (2009, 224ff.), dass der Anteil der Migrant/innen in den skandinavischen Pflegemärkten klein ist, für Schweden nicht bestätigt werden kann. Die Entwicklung kann mit dem Wandel der schwedischen Zuwanderungspolitik, die seit der zweiten Hälfte der 2000er Jahre die Arbeitsmigration erleichtert hat, erklärt werden (vgl. Kap. 7.2). Der Altenpflegesektor zählt allerdings nicht zu den wichtigsten Sektoren, in denen Arbeitsmigrant/innen, die seit 2008 durch Unternehmen angeworben werden können, beschäftigt sind (vgl. Parusel 2008). Im Jahr 2010 sind 210 Pflegekräfte *(vård- och omsorgspersonal)* angeworben worden, 2013 waren es 280 (vgl. Migrationsverket 2010, 2013). Die niedrigen Zahlen zeigen, dass Migrant/innen im Pflegesektor nur in geringem Maße direkt angeworben werden.

Die Studie von *Håkan Jönson* und *Anders Giertz* (2013) untersucht auf der Basis des „Nordcare dataset" die Arbeitsbedingungen von Migrant/innen in der Altenpflege. Die Autoren stellen fest, dass die Ausbildung der migrantischen Pfleger/innen mit der der schwedischen Pfleger/innen vergleichbar ist. Über 70% weisen eine Ausbildung von mindestens einem Jahr auf. *Jönson* und *Giertz* konstatieren weiter, dass die zugewanderten Pfleger/innen v.a. in den drei großen Städten (Stockholm, Göteborg und Malmö) arbeiten. Hier liegt der Anteil der migrantischen Pflegenden bei 30%, in den anderen, eher ländlicheren Regionen nur bei ca. 10%. Die überwiegende Mehrheit, nämlich 93% der migrantischen Pflegenden, sind Frauen. Ein Vergleich der Migrant/innen aus nordischen Ländern und aus nicht-nordischen Ländern mit schwedischen Pflegenden ergab zunächst, dass es keine Unterschiede zwischen Pflegenden aus den nordischen Ländern und schwedischen Pfleger/innen gab. Unterschiede zwischen den Pflegenden aus nicht-nordischen Ländern, verglichen mit den beiden anderen Gruppen an Pflegenden, bestehen nur in wenigen Bereichen, zum einen hinsichtlich der Arbeitsbelastung und zum anderen in Bezug auf die Wertschätzung durch Kollegen und Kolleginnen. Pflegende aus nicht-nordischen Ländern weisen eine deutlich höhere Erfahrung mit starken Arbeitsbelastungen auf und fühlen sich von ihren Kolleg/innen weniger gewertschätzt. Rassistische Bemerkungen und Vorurteile betrafen v.a. die jüngeren und die männlichen Migrant/innen im Pflegebereich. "Men of non-Nordic origin differ from the stereotype of a Swedish woman as the norm in care work, both in terms of gender and of ethnicity" (Jönson/Giertz 2013, 818). Auffällig war das Ergebnis, dass Migrant/innen weniger häufiger von den Pflegebedürftigen und Behinderten kritisiert werden, v.a. die Frauen aus nicht-nordischen Ländern (vgl. Jönson/Giertz 2013, 181f.). Generell

kommen die Autoren zu dem Schluss, dass keine großen Unterschiede hinsichtlich der arbeitsbezogenen Probleme zwischen migrantischen und schwedischen Pfleger/innen bestehen. "While many care workers reported having problematic working conditions, migrant care workers *as a category* did not stand out as disadvantaged in general." (Jönson/Giertz 2013, 820, Herv. i. O.) Pflegearbeit ist generell unattraktiv und steht im Zusammenhang mit prekären Arbeitsbedingungen. Die Unterschiede zwischen den Beschäftigtengruppen variieren allerdings nicht stark. Dies hat eventuell etwas damit zu tun, dass migrantische Pfleger/innen Teil eines seit langem etablierten Pflegesektors sind (vgl. Jönson/Giertz 2013, 821f.). Dass sich Migrant/innen im Pflegebereich nur in geringem Maße benachteiligt fühlen, kann auch auf das inklusive Migrationsregime in Schweden zurückgeführt werden, das kaum Unterschiede zwischen der schwedischen Bevölkerung und Migrant/innen macht, v.a. hinsichtlich der sozialen Rechte.

Während Migrant/innen in der formellen Pflege eine wichtige Rolle spielen, findet man sie in schwedischen Privathaushalten kaum. Dafür lassen sich folgende Belege anführen: Beispielsweise wurde im Rahmen der EUROFAMCARE-Studie zur Situation häuslich Pflegender auch nach der Unterstützung durch migrantische Pfleger/innen gefragt. In 13 der 23 beteiligten Länder wurde über die Unterstützung häuslicher Pflegearbeit durch migrantische Pfleger/innen berichtet. Schweden gehörte nicht dazu bzw. hat keine Daten geliefert (vgl. Mestheneos/Triantafillou 2005, 26). Und *Jönsen* und *Giertz* (2013, 812) kommen zu dem Schluss: „Informal work seems to be of marginal scope regarding body care, except unpaid work by relatives." Lediglich *Oschmiansky* (2013) und *Platzer* (2010) finden Hinweise für die Existenz transnationaler Haushaltarbeit. *Oschmiansky* spricht auf der Basis eines Interviews mit *Lennarth Johansson* vom Nationalen Amt für Gesundheit und Sozialwesen von einem „Grauen Markt" irregulärer Beschäftigung. Hier wird über Pflegekräfte aus Polen gesprochen, die als Haushaltshilfen in schwedischen Haushalten tätig sind, allerdings ohne dort zu wohnen (vgl. Oschmiansky 2013, 155). Auch *Platzer* (2010, 106) berichtet in ihrem Aufsatz über *Care-* und Migrationspolitik in Schweden über einen „Schwarzen Markt" an irregulärer transnationaler Haushaltsarbeit, allerdings ohne Belege anzuführen.

Als Ursache für die geringe Bedeutung transnationaler Pflegearbeit in Privathaushalten wird die Ausstattung mit öffentlichen sozialen Diensten, die in Schweden immer noch (oder wieder) vergleichsweise hoch ist, angeführt. Dies geht mit einer geringen Nachfrage nach Migrantinnen in der häuslichen Pflege einher. Auch die niedrige Inanspruchnahme des Pflegegeldes lässt sich als Beleg

dafür anführen, da das Pflegegeld häufig zur Finanzierung transnationaler Pflegearbeit in Privathaushalten genutzt wird, so z.B. in Deutschland.

Da bereits die reguläre transnationale Pflegearbeit in Privathaushalten kein Phänomen in der schwedischen Altenpflege ist, so taucht das Thema irreguläre transnationale Pflege gar nicht in der Debatte auf. Wenn überhaupt, handelt es sich um ein Randphänomen.

10. Die Regulierung von Pflegearbeit in Deutschland

10.1 Pflege(arbeit) vor der Einführung der sozialen Pflegeversicherung

Bis zur Einführung der sozialen Pflegeversicherung galt das Risiko, pflegebedürftig zu werden, als eine private Angelegenheit. Zuständig für die Pflege und Versorgung der älteren und pflegebedürftigen Menschen war – im Sinne des Subsidiaritätsprinzips – die Familie. Dies betraf aufgrund der Geschlechtsrollenbilder in erster Linie weibliche Familienangehörige, insbesondere Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter.

Bis ins 19. Jahrhundert hinein existierten in Deutschland keine spezifischen Einrichtungen für Ältere bzw. Pflegebedürftige. Sie wurden zusammen mit anderen Hilfebedürftigen in Armenhäusern oder Hospitälern untergebracht. Zu den anderen hilfebedürftigen Personengruppen zählten u.a. Waisen, Arme, Verwahrloste, Behinderte und schwer Kranke (sog. 'Sieche')[53] sowie Arbeitsunfähige. Im Laufe des 19. Jahrhunderts begann ein Prozess der Ausdifferenzierung von Institutionen. Es entstanden Siechenhäuser, Waisenhäuser, psychiatrische Einrichtungen, Gefängnisse und Krankenhäuser. Übrig blieben die Alten und Pflegebedürftigen, die erst um die Wende zum 20. Jahrhundert in den Blickpunkt der staatlichen Gesundheitsfürsorge gerieten. Zu dieser Zeit entstanden neue geschlossene Pflegeheime, die man Altersfürsorge-Einrichtungen nannte. Dabei handelte es sich aber zum Teil lediglich um umbenannte Armenhäuser. Die Insassen der Einrichtungen wurden nun auch medizinisch versorgt (vgl. Irmak 1998, 440f.; Cappell 1996, 13ff.; Kondratowitz 1988, 103; Balluseck 1980, 79ff.). Die Alten- und Pflegeheime nahmen auch quantitativ zu, v.a. aufgrund sozialstruktureller Veränderungen, wie der ansteigenden Geburtenrate, der zurückgehenden Mortalität und familienstruktureller Veränderungen, die zu einem höheren Anteil älterer Alleinlebender führten. Dabei handelte es sich v.a. um Frauen bzw. Witwen (vgl. Kondratowitz 1988, 103). Trotz der eigen-

53 Für Menschen mit schweren Krankheiten und Behinderungen, häufig alte Menschen, wurde der Begriff 'Sieche' verwendet (vgl. Balluseck 1980, 80).

ständigen Institutionen für ältere Menschen blieben Pflegebedürftigkeit und Armut im Alter individuelle Probleme, die in den Zuständigkeitsbereich der kommunalen Armenfürsorge fielen. Damit unterschieden sich diese Risiken von Arbeitsunfällen, Krankheit, Alter und Invalidität, die durch die Ende des 19. Jahrhunderts eingeführten Sozialversicherungen als gesellschaftliche Risiken kollektiv anerkannt und abgesichert waren – wenn auch zunächst nur auf niedrigem Niveau (vgl. Cappell 1996, 15). „Pflegebedürftigkeit im Alter ist ein individuelles Risiko und wird, sofern sie nicht die Folge von versicherten Unfällen oder Kriegseinwirkung ist, von keiner Versicherung abgedeckt." (Cappell 1996, 16) Wohlhabendere Ältere bürgerlicher Herkunft besaßen die Möglichkeit, sich in kirchliche Altenstifte, die auch Pfründnerhäuser genannt wurden, oder in öffentliche Hospitäler einzukaufen. Hier war die Versorgung familienähnlicher organisiert, hatte einen weniger disziplinierenden Charakter, und es wurde auf die individuellen Lebensgewohnheiten der Heimbewohner/innen Rücksicht genommen. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurde die Alters- und Invaliditätsversicherung dahingehend verändert, dass der Verzicht auf die Invaliditätsrente den Aufenthalt in einem Invalidenheim ermöglichte. Damit erhielten generell auch Arbeiter/innen den Zugang zu privaten Alten- bzw. Pflegeheimen (vgl. Kondratowitz 1988, 106f.).

Da die Armenfürsorge ein originäres Feld kirchlicher und sonstiger karitativer Organisationen war (und ist), fand man sie auch im Feld der Altenhilfe. Infolge der Herausbildung zentraler staatlicher Einrichtungen, wie der Wohlfahrtsämter, und der Kommunalisierung der Altenhilfe schien die private Wohltätigkeit in diesem Feld (und nicht nur dort) bedroht zu sein. Doch es gelang den konfessionellen und sonstigen freien Wohlfahrtsverbänden, sich an die neuen politisch-institutionellen Gegebenheiten anzupassen. Sie bildeten Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts Dachverbände, wie die Caritas, die Innere Mission, die Arbeiterwohlfahrt oder das Deutsche Rote Kreuz, betrieben Lobbyarbeit und professionalisierten sich. Auf diese Weise gelang es ihnen, mit den staatlichen Akteuren auf allen Ebenen zu kooperieren. Bei der Neuausrichtung des Fürsorgerechts Mitte der 1920er Jahre erhielten die Wohlfahrtsverbände dann sogar eine Schlüsselstellung. Die Wohlfahrtspflege wurde als eigenständiger Bereich anerkannt, und es wurde festgeschrieben, dass öffentliche Fürsorgeeinrichtungen nur dann zu errichten sind, wenn keine Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege zur Verfügung stehen (vgl. Cappell 1996, 17ff.; Balluseck 1980, 84). An dieses Subsidiaritätsprinzip knüpfte die bundesrepublikanische Fürsorgepolitik nach dem Zweiten Weltkrieg wieder an. In den Institutionen der freien Wohlfahrtspflege arbeiteten seit Anfang des Jahrhunderts viele bürgerliche Frauen, für die man

den Beruf der „Fürsorgerin" einführte. Die Ausbildung im sozialarbeiterischen Bereich war staatlich reglementiert und anerkannt (vgl. Cappell 1996, 19).

Die Fürsorgerechtsreform aus dem Jahr 1924 war auch der Schlüssel des Wandels vom „Siechenhaus zum Altenpflegeheim" (Irmak 1998, 439; vgl. auch Balluseck 1980, 87). Die bislang kommunal organisierte Fürsorge wurde nun zu einer Leistung, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Zu den Aufgaben der neu eingerichteten Wohlfahrtsämter zählte auch der Bau stationärer Einrichtungen für Pflegebedürftige. Die Schaffung von Altenheimen fiel demgegenüber in den Verantwortungsbereich der Wohnungspolitik (vgl. Irmak 1998, 441ff.). Die Unterbringung von Älteren in besonderen stationären Einrichtungen wurde in der Zeit der Weimarer Republik als die beste Versorgungslösung angesehen, v.a. aus ökonomischen Gründen (vgl. Cappell 1996, 17). Solange die Wohlfahrtsämter für die Siechenhäuser zuständig waren, entwickelten sie sich im Kontext von Armutslinderung und sozialer Disziplinierung. Waren dagegen die Gesundheitsämter für die Siechenhäuser zuständig – was in einigen größeren Städten der Fall war – wurden die Pflegebedürftigen und die Siechen vermehrt auch medizinisch versorgt und behandelt. Infolge der Weltwirtschaftskrise nahmen Wirtschaftlichkeitsargumente weiter zu, und die gesundheitliche und allgemeine Lebenssituation der Bewohner/innen der Siechenhäuser verschlechterte sich (vgl. Irmak 1998, 441ff.; Kondratowitz 1988, 117).

Die ambulante Versorgung im eigenen Haus war bis ins 20. Jahrhundert hinein zwar marginal, aber dennoch existent und zwar in der Form der Hausarmen- und später der Hauskrankenpflege. Während sich vermögende Familien eine Hauspflegekraft leisten konnten, fand die häusliche Krankenpflege ansonsten eher im Kontext der Armenfürsorge statt, meist durchgeführt von kirchlichen Wohlfahrtsverbänden. Seit 1911 war die häusliche Krankenpflege eine Kann-Leistung der Krankenversicherung. Sie wurde allerdings selten gewährt und war nicht im Rahmen der Altenpflege vorgesehen. Aufgrund der eher restriktiven Vergabepraxis der Krankenkassen mussten sich die Gemeindepflegestationen, die auf die Pflege älterer Menschen ausgerichtet waren, in hohem Maße über Spenden sowie über Zuschüsse der Gemeinden und Kreise finanzieren. Im Jahr 1928 gab es in Deutschland über 10.000 Gemeindepflegestationen. Eine weitere Ausdehnung der ambulanten Pflege scheiterte an der mangelnden Bereitschaft der Krankenversicherung, die Kosten zu übernehmen (vgl. Balluseck 1980, 61ff.).

Im Nationalsozialismus standen die Siechenheime nicht im Zentrum der Sozialpolitik. Die nationalsozialistische Volkswohlfahrt wandte sich stattdessen stärker den Kindern und Jugendlichen zu, während sie den Bereich der Altenfürsorge den kirchlichen Wohlfahrtsverbänden überließ bzw. aufbürdete. Sie

sollten sich um die aus NS-Perspektive 'unwichtige' Personengruppe der Älteren kümmern. Auch die Rassenhygiene und die Eugenik, die die NS-Sozialpolitik stark prägten, waren zunächst nicht auf Ältere bezogen. Dass die Alten nicht mehr im gebärfähigen Alter waren, bot ihnen daher einerseits Schutz vor nationalsozialistischen Übergriffen, andererseits galten sie aber als „unnütze Esser" (Irmak 1998, 444). Daher waren auch viele Alte in den Alten- und Pflegeheimen von den Euthanasiemaßnahmen (Aktion T4) betroffen und wurden umgebracht, insbesondere Demenzkranke (vgl. Kondratowitz 1988, 123ff.). *Von Balluseck* (1980, 89) spricht sogar von der „totale[n] Kasernierung" als der „Vorstufe zur totalen Eliminierung durch Mord". Zudem waren die Alten insofern von der nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik negativ betroffen, als die medizinische Behandlung und die pflegerische Versorgung – spätestens in den Kriegsjahren – auf Minimalniveau reduziert wurden. Auch Verlegungen waren keine Seltenheit, wenn die stationären Kapazitäten für Wehrmachtsangehörige, Kranke oder Arbeitskräfte benötigt wurden. Andererseits wurden ehemalige Einrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte in Alten- und Pflegeheime umfunktioniert, nachdem die psychisch Kranken und geistig Behinderten der Euthanasie zum Opfer gefallen waren (vgl. Irmak 1998, 443ff.). Auch der Bau neuer Altenheime für „Volksgenossen" war von den Nationalsozialisten geplant, u.a., um Wohnraum für jüngere Familien frei zu machen (vgl. Kondratowitz 1988, 123f.). Im Krieg und danach starben viele Ältere und Pflegebedürftige aufgrund der zu dieser Zeit herrschenden großen Hungersnot und aufgrund von Flucht und Vertreibung. Erst infolge der Wirtschaftsreform und des wirtschaftlichen Aufschwungs in der Bundesrepublik verbesserte sie die Situation in den Heimen, und der Bau neuer Altenheime durch die Kommunen und die neu bzw. wiedergegründeten Wohlfahrtsverbände begann. Die Ausweitung der Heimkapazitäten war auch notwendig, weil die Zahl alter Menschen zunahm, aber Wohnraum nach dem Krieg knapp war. Statt Einrichtungen mit großen Krankensälen wurden nun Heime mit Mehrbettzimmern gebaut, so dass den Menschen ein wenig mehr Privatsphäre gewährt wurde. Die Siechenhäuser verschwanden. Für die Bewohner/innen der Heime bedeuteten auch die Rentenreform 1957, die mit deutlichen Rentenerhöhungen einherging, sowie die Einführung des Bundessozialhilfegesetzes 1961 enorme Verbesserungen. Die Altersarmut konnte dadurch deutlich gemildert werden. Auf Landesebene wurden Landesaltenpläne aufgestellt und Mindeststandards für Altenheime festgelegt. Da die Altenheime aus der Tradition der Armenfürsorge heraus entstanden waren, fielen sie in die institutionelle Zuständigkeit der Länder. Mit dem Heimgesetz aus dem Jahr 1974 wurden die Planung und der Betrieb von Alten- und Pflegeheimen unter staatliche Aufsicht

gestellt. V.a. personelle und bauliche Mindestanforderungen wurden in dem Gesetz festgelegt (vgl. Irmak 1998, 445f.; Cappell 1996, 33; Balluseck 1980, 93).

Doch nach wie vor galt die Pflege zu dieser Zeit als eine familiäre Angelegenheit, und es existierten kaum staatliche Zuschüsse für pflegerische Belange. Lediglich über die Unfallversicherung, die Kriegsopferversorgung, den Lastenausgleich oder die Beamtenbeihilfe konnten Zuschüsse gewährt werden. Allerdings kam nur ein kleiner Teil der Pflegebedürftigen in den Genuss dieser Leistungen. In einigen Bundesländern (Berlin, Bremen und Rheinland-Pfalz) gab es Landespflegegesetze, denen zufolge ein Pflegegeld für die häusliche Versorgung oder Zuschüsse für die stationäre Pflege zur Verfügung gestellt wurden (vgl. Behning 1999, 133; Meyer 1996, 30). Im Rahmen der Krankenversicherung wurden Pflegebedürftige bei Krankheit behandelt, unter Umständen auch häuslich, und sie erhielten bei Bedarf medizinische Rehabilitationsleistungen. Für sonstige Leistungen bei Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit (z.B. Grundpflege) fühlte sich die Krankenversicherung nicht zuständig (vgl. Meyer 1996, 31f.; Balluseck 1980, 43).

Trat der Pflegefall ein, mussten die Betroffenen die Pflege im Normalfall durch eigenes Einkommen bzw. Vermögen finanzieren. Reichte dies nicht aus, wurden unterhaltspflichtige Angehörige, d.h. Ehepartner/innen und Kinder, herangezogen. Reichten auch diese finanziellen Mittel nicht aus, musste bzw. konnte „Hilfe zur Pflege" nach dem Bundessozialhilfegesetz beantragt werden. Im Falle der ambulanten Pflegedienste waren die Kommunen zuständig, in Bezug auf die stationäre Pflege die überörtlichen Sozialhilfeträger (vgl. Behning 1999, 133f.).

Nach dem Bundessozialhilfegesetz waren die Bundesländer für den Bau und Erhalt der stationären Pflegeeinrichtungen zuständig. Als Träger der Einrichtungen fungierten die Wohlfahrtsverbände, die ihre zentrale Rolle in der Altenpflege beibehalten bzw. nach dem Zweiten Weltkrieg wieder eingenommen hatten. Es wurden v.a. stationäre Einrichtungen gebaut, die in der Tradition der Armenfürsorge standen (vgl. Meyer 1996, 33). Zwischen 1954 und 1990 stieg die Zahl der Plätze in der stationären Altenhilfe von 165.000 auf gut 500.000 an, was insbesondere auf die höhere Zahl an Pflegebedürftigen zurückzuführen war (vgl. Cappell 1996, 28). Demgegenüber spielten ambulante Dienste zunächst kaum eine Rolle in der Bundesrepublik. Da die Verantwortung für die stationäre Pflege bei den Bundesländern lag, ergaben sich bundesländerspezifische Unterschiede hinsichtlich des Grades der pflegerischen Versorgung.

Seit Ende der 1950er Jahre bestand eine enorme Pflegekräfteknappheit. Das betraf zunächst einmal die Krankenpflege, bald aber auch den Bereich der Altenpflege (zur Entwicklung der Krankenpflege vgl. Kreutzer 2005; Bischoff 1992). Ende der 1960er Jahre geriet das bisherige Pflegesystem, das auf dem Modell der

Schwesternschaften und Mutterhäuser beruhte, in eine Krise. Bis dahin hatten die Wohlfahrtsverbände eigene Schwesternschaften, die sich verpflichteten, ein – meist religiös geprägtes – Leben in einem Mutterhaus zu führen. Auch die weltlichen Wohlfahrtsverbände praktizierten das Mutterhaussystem, allerdings ohne ein religiöses Gelübde zu verlangen bzw. verlangen zu können. Ausgehend von den Mutterhäusern wurden die Schwestern dann in der Kranken- und Altenpflege eingesetzt (vgl. Kreutzer 2005, 33ff.). Seit den 1950er Jahren hatten nun die beiden christlich geprägten Wohlfahrtsverbände, die katholische Caritas und die evangelische Diakonie, erhebliche Schwierigkeiten, neues Personal – also Ordensschwestern – zu rekrutieren. Sie mussten einen Personalmangel bewältigen, der zu einem Personalrückgang führte. Die Caritas beispielsweise verlor zwischen 1957 und 1970 gut 40% ihres Personals und knapp ein Viertel ihrer Gemeindekrankenpflegestationen (vgl. Meyer 1996, 168f.).

Bis dahin war der einzige anerkannte Pflegeberuf die Krankenschwester. Daher nahmen ausgebildete Krankenschwestern in den Alten- und Pflegeheimen die Leitungspositionen ein. Das praktisch arbeitende Pflegepersonal bestand zu großen Teil aus Ordensschwestern sowie aus ungelernten Pflegehelferinnen. Seit den 1960er Jahren wurde dann – ähnlich wie in Schweden – versucht, Wiedereinsteigerinnen, also Frauen mit älteren Kindern, für den Altenpflegeberuf zu gewinnen. Für diese Frauen wurden vom Arbeitsamt finanzierte halbjährige Pflegekurse angeboten. Erst seit den 1970er Jahren gab es landesrechtlich geregelte einjährige Altenpflegeausbildungen in Altenpflegeschulen der Wohlfahrtsverbände (vgl. Cappell 1996, 31ff.).

Ein kleiner Teil der Schwestern arbeitete auch in den Gemeindekrankenpflegestationen, deren Zahl allerdings nach dem Zweiten Weltkrieg gesunken war. Die ambulante Alten- und Krankenpflege hatte sich nicht als gängiges Modell der Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen in Deutschland entwickelt. Mit der Debatte um die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen in den 1960er Jahren erfuhr dieses Modell allerdings wieder Zuspruch. Anfang der 1970er Jahre wurden dann Sozialstationen als moderne Variante der Gemeindekrankenpflegestation eingerichtet, um die häusliche Versorgung der Pflegebedürftigen zu verbessern. Die Einrichtung von Sozialstationen stellte eine Reaktion der Wohlfahrtsverbände auf die fehlenden Nachwuchskräfte bei den Ordensschwestern und bei den Gemeindekrankenpflegerinnen dar. Die Sozialstationen waren meist in der Trägerschaft konfessioneller Wohlfahrtsverbände. Die von den Sozialstationen angebotenen häuslichen Krankenpflege- und ambulanten Pflegedienste wurden von den Bundesländern und seit 1977 auch als Gesundheitsleistungen von der Krankenversicherung finanziert. In den So-

zialstationen wurden neben der Behandlungspflege auch Grundpflegeleistungen sowie 'Essen auf Rädern' oder Fahrdienste angeboten (vgl. Balluseck 1980, 63ff.; Meyer 1996, 45f.). „Hauspflege und Hauskrankenpflege haben [...] vor allem die Funktion, die Situation alleinlebender, alter, kranker Frauen zu verbessern." (Balluseck 1980, 69) Nach der Deutschen Einheit wurden die Sozialstationen auch in Ostdeutschland etabliert (vgl. Meyer 1996, 45). Im Vordergrund der Arbeit der Sozialstationen stand weiterhin die Behandlungspflege, die über die Krankenversicherung abgerechnet werden konnte. In Bezug auf die ambulante Versorgung am Wochenende, die Rund-um-die-Uhr-Versorgung, kurzfristige Dienstleistungen und hauswirtschaftliche Hilfen bestanden weiterhin Defizite. Diese Leistungen wurden entweder nicht angeboten oder sie mussten privat finanziert werden (vgl. Meyer 1996, 45f.).

Auch im stationären Bereich vollzog sich zwischen den 1970er und den 1990er Jahren ein Wandel. Zunächst einmal wurden Altenheimplätze ab- und Pflegeheimplätze aufgebaut. Grund dafür war die spätere Heimaufnahme infolge der verbesserten ambulanten Versorgungssituation. Es mussten demnach in den Pflegeheimen häufig Pflegebedürftige mit schwer(st)en gesundheitlichen Beeinträchtigungen versorgt und gepflegt werden. Es gelang den Pflegeheimen daraufhin, ihre technisch-pflegerischen Standards deutlich zu verbessern. Defizite bestanden allerdings noch hinsichtlich der Wohnqualität, der Integration der pflegenden Angehörigen in die Heimversorgung sowie der Sterbebegleitung. Laut dem ersten Altenbericht der Bundesregierung (1993) gab es vor der Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland 7.887 Alten- und Pflegeeinrichtungen mit 632.046 Betten (vgl. Meyer 1996, 42ff.).

10.2 Die soziale Pflegeversicherung

10.2.1 Problemdefinition und Agenda-Gestaltung

10.2.1.1 Von der Problemwahrnehmung bis zum Gesundheitsreformgesetz

In den 1970er Jahren begann eine Diskussion um Versorgungsdefizite im pflegerischen Bereich einerseits und um Finanzierungsprobleme andererseits (vgl. Balluseck 1980, 43ff.). *Lessenich* (2003, 218) spricht sogar von einem „multiple[n] Überforderungssyndrom" bestehend aus Pflegebedürftigen, informell Pflegenden, Pflegeinfrastruktur, professionellen Pflegekräften sowie den Kostenträgern. Ein Blick auf die einzelnen Bereiche und Akteure macht das Ausmaß des pflegebezogenen Problemdrucks deutlich: Dazu zählt erstens die Tatsache, dass die meisten Pflegebedürftigen – meist hochbetagte Frauen – nicht in der Lage waren,

die Kosten für eine stationäre Pflege aus ihrem eigenen Einkommen und/oder Vermögen selbst zu tragen (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2006, 312; Schneider 1999, 41f.; Lessenich 2003, 218f.). Galt in der Rentenversicherung das Prinzip der Lebensstandardsicherung, so fand im Pflegefall eine Nivellierung des sozialen Status' auf niedrigstem Niveau statt (vgl. Meyer 1996, 34). Diese Degradierung langjähriger Beitrags- und Steuerzahler/innen zu „Taschengeldempfängern" wurde gesellschaftlich als skandalös angesehen (vgl. Lessenich 2003, 219).

Eine Folge des Auseinanderdriftens von Renteneinkommen und stationären Pflegekosten waren zweitens die steigenden Sozialhilfekosten für pflegebedürftige Heimbewohner/innen. In den alten Bundesländern kam es zwischen den Jahren 1970 und 1990 zu einem Kostenanstieg im Rahmen der „Hilfe zur Pflege" von gut 1 Mrd. DM (511 Mio. Euro) auf 11 Mrd. DM (5,6 Mrd. Euro). Die Zahl der Hilfeempfänger/innen hatte sich in diesem Zeitraum auf 550.000 verdoppelt (vgl. Meyer 1996, 79). Die kommunale Sozialhilfe, die eigentlich als letztes Auffangbecken, als „einzelfallorientierte Nothilfe in unvorhersehbaren, atypischen Lebenslagen konzipiert" (Lessenich 2003, 221) war, wurde „zum Regelfall für die Absicherung eines sozialen Lebensrisikos." (Rosenbrock/Gerlinger 2006, 321) Vor der Einführung der sozialen Pflegeversicherung trugen die öffentlichen Haushalte, v.a. die Kommunen, 70% der Kosten für die stationäre Pflege (vgl. Scheiwe 1997, 14; Landenberger 1994, 328). Daher forderten die Kommunen, die als örtliche Träger der Sozialhilfe auch für die Bereitstellung ambulanter Pflegedienste zuständig waren, sowie die überörtlichen Träger der Sozialhilfe[54], die für die Finanzierung stationärer Pflegeinstitutionen zuständig waren, eine gerechtere Verteilung der pflegebedingten Kosten (vgl. Meyer 1996, 210ff.; Lessenich 2003, 221).

Drittens war die infrastrukturelle Versorgung der Pflegebedürftigen defizitär. V.a. in ländlichen Gebieten konnte eine wohnumfeldnahe Versorgung der Pflegebedürftigen nicht garantiert werden. Auch Kurzzeit- und Tagespflegeangebote fehlten (vgl. Schneider 1999, 42; Meyer 1996, 45). Während einige Autor/innen die ambulante Versorgung aufgrund der Sozialstationen quantitativ für bereits weit fortgeschritten hielten (vgl. Meyer 1996, 45), bemängelten andere sowohl die quantitativen wie auch die qualitativen Versorgungsdefizite (vgl. Schneider 1999, 42; Schölkopf 1998). *Schölkopf* verweist einerseits auf den quantitativen Ausbau der Kapazitäten, benennt aber Defizite im Bereich der geriatrischen

54 Bei den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe handelt es sich je nach Bundesland um Landschaftsverbände, Landeswohlfahrtsverbände oder um Sonderbehörden der Bundesländer (vgl. Meyer 1996, 210f.).

Rehabilitation und des Betreuten Wohnens (vgl. Schölkopf 1998, 8f.). Das Thema Versorgungsdefizite prägte in jedem Fall die öffentliche Diskussion des Pflegethemas (vgl. Lessenich 2003, 220).

Zum Vierten war – dadurch bedingt – die Bereitschaft zur häuslichen Pflege gefährdet, denn die Angehörigen besaßen keinerlei Wahlmöglichkeiten, waren körperlich und psychisch durch die Pflege überlastet und erhielten keinerlei staatliche Unterstützung. In Anbetracht des Wandels weiblicher Rollenvorstellungen und familiärer Lebensformen sowie der gestiegenen Erwerbsbeteiligung von Frauen rechnete man mit einem weiteren Rückgang der weiblichen Pflegebereitschaft. Im Bereich der häuslichen Pflege überlappten sich demnach soziale Gerechtigkeitsaspekte, ambulante Versorgungsmängel und föderale Finanzierungsproblematiken (vgl. Meyer 1996, 27ff.; Rosenbrock/Gerlinger 2006, 321; Lessenich 2003, 219f.).

Aufgrund dieser Problemkonstellation wurden seit den 1970er Jahren mehrere Modelle der Absicherung des Pflegerisikos politisch diskutiert. Dazu zählte erstens eine private Pflegeversicherung (entweder auf freiwilliger Basis oder verpflichtend). Zum Zweiten wurde eine Sozialversicherungslösung diskutiert. Hier standen die Varianten Integration des Pflegerisikos in die gesetzliche Krankenversicherung oder in die gesetzliche Rentenversicherung oder die Schaffung einer eigenständigen Pflegeversicherung zur Diskussion. Die dritte Alternative stellte eine steuerfinanzierte Versorgungslösung dar, also ein bei den Sozialämtern angesiedeltes Pflegeleistungsgesetz. Dieses Modell wurde sowohl mit als auch ohne finanzielle Bedürftigkeitsprüfung diskutiert (vgl. Meyer 1996, 78ff.; Schneider 1999, 43ff.).

Konkreter Anstoß der Pflegediskussion war ein Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) aus dem Jahr 1974. Das KDA forderte darin die Übernahme der Kosten für die stationäre Pflege durch die gesetzliche Krankenversicherung. Der Deutsche Städtetag (DST) schloss sich dieser Forderung an. Auch die Arbeiterwohlfahrt (AWO) erarbeitete 1976 ein Modell, das die Finanzierung der Pflegekosten durch die Krankenversicherung vorsah. Während es den Wohlfahrtsverbänden in erster Linie darum ging, die Heimbewohner/innen aus der Sozialhilfe herauszuholen, kämpften die Sozialhilfeträger für eine Kostenverlagerung. Auch die Bundesländer unterstützten den Vorstoß des KDA und des DST und förderten die Einrichtung einer Bund-Länder-Kommission, die ab 1977 Lösungsvorschläge für die Finanzierung der Pflege erarbeitete. Damit war das Thema auch auf der Bundesebene angekommen. Die sozial-liberale Bundesregierung unter Kanzler *Helmut Schmidt* und dem sozialdemokratischen

Arbeits- und Sozialminister *Herbert Ehrenberg* ließ ein Gutachten zur Pflegethematik erstellen. Dieses Gutachten machte den hohen Stellenwert der häuslichen Pflege in Deutschland und die Belastungen der pflegenden Angehörigen deutlich. Die Debatte verschob sich somit von den sozialhilfeabhängigen Heimbewohner/innen hin zu den häuslich Pflegenden, so dass *Jörg Alexander Meyer* (1996, 158, Herv. i. O.), der die Einführung der Pflegeversicherung eingehend untersucht hat, sogar von einer *„zweiten Problemformulierungswelle"* spricht. Der Bericht der Bund-Länder-Kommission erschien im Jahr 1980 und setzte sich für die gesellschaftliche Übernahme der stationären und ambulanten Pflegekosten ein. Unterschiedliche Organisations- und Finanzierungsmodelle, wie die Integration der Pflege in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, die Schaffung einer bei den Krankenkassen angesiedelten universellen Pflegeversicherung oder eines steuerfinanzierten Pflegegesetzes, wurden – inklusive ihrer Vor- und Nachteile – dargestellt. Sowohl die Bund-Länder-Kommission wie auch der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) setzten sich in der Folgezeit für die Pflegeversicherungsvariante ein (vgl. Meyer 1996, 156ff.; Balluseck 1980, 49ff.; Sebald 2000, 174).

Anfang der 1980er Jahre sammelten sich die politischen und gesellschaftlichen Akteure rund um die Frage der Finanzierbarkeit der Absicherung des Pflegerisikos: Auf der einen Seite befanden sich die Arbeitgeber- und Industrieverbände sowie die Krankenkassen, die sich gegen eine einkommens- und vermögensunabhängige Pflegeversicherung aussprachen. Während die unternehmerischen Akteure die Erhöhung der Lohnnebenkosten verhindern wollten, plädierten die Krankenkassen für eine steuerfinanzierte Absicherung. Auf der anderen Seite standen die Parteien, die zwar generell für eine Neuregelung eintraten, aber in Anbetracht der steigenden Arbeitslosigkeitszahlen und der Beschäftigung mit der Haushaltskonsolidierung andere politische Schwerpunkte setzten (vgl. Meyer 1996, 159ff.; Sebald 2000, 175). Dazwischen befanden sich die Wohlfahrtsverbände, die aufgrund des Subsidiaritätsprinzips generell an einer Ausweitung öffentlich finanzierter Altenpflegeeinrichtungen und -Dienste interessiert waren (vgl. Balluseck 1980, 54) und – ebenso wie die Kommunen – für die Einführung bundeseinheitlicher Regelungen plädierten (vgl. Sebald 2000, 175). Im Jahr 1982 zerbrach die sozial-liberale Regierung und *Helmut Kohl* (CDU) wurde infolge eines konstruktiven Misstrauensvotums neuer Bundeskanzler. Die neue konservativ-liberale Regierung wies dem Themenfeld Pflege zwar eine hohe Bedeutung bei, bremste aber faktisch den Umsetzungs- und Lösungsprozess durch die Einleitung von Sondierungsgesprächen und Diskussionsprozessen. Die Bundesregierung legte unter Bundesarbeitsminister *Norbert Blüm* 1984 einen Bericht vor, in dem

sie keine der von der Bund-Länder-Kommission vorgeschlagenen drei Lösungsvarianten befürwortete, sondern für die Durchführung von Einzelmaßnahmen plädierte, die sich auf die ambulante und häusliche Pflege bezogen. In Bezug auf die stationäre Pflege sollten die Bürger/innen privat vorsorgen. Der Protest gegen dieses Vorgehen war groß und die Gegner des Regierungshandelns reichten von den Kommunen über die Wohlfahrtsverbände bis hin zu den Gewerkschaften und den Oppositionsparteien (vgl. Meyer 1996, 159ff.; Sebald 2000, 175).

Um den politischen Prozess zur Umsetzung einer umfassenderen Lösung der Pflegeproblematik nicht abreißen zu lassen, folgten einige Gesetzentwürfe, zum einen von den Grünen, zum anderen von Seiten einzelner Bundesländer (Hessen, Bayern und Rheinland-Pfalz). Die Grünen legten 1985 einen Gesetzentwurf zur Finanzierung einer besseren Pflege vor, in dem sie sich für ein Bundesleistungsgesetz und die Förderung der ambulanten Pflege aussprachen. Einige Bundesländer zogen nach und brachten 1986 Gesetzentwürfe in den Bundesrat ein. Während das SPD-geführte Hessen für eine eigenständige Pflegeversicherung plädierte, wurde vom CSU-regierten Bayern die Integration in die gesetzliche Krankenversicherung angestrebt. Rheinland-Pfalz wiederum setzte sich unter einer CDU-Regierung für eine steuerfinanzierte Lösung ein. Der bayrische Gesetzentwurf setzte sich unter Zustimmung der SPD im Bundesrat durch und wurde in den Bundestag eingebracht (vgl. Meyer 1996, 161f.; Sebald 2000, 175). „Dieser parteiübergreifende Grundkonsens der Länderkammer unterstrich ebenso wie die vorhergehenden Gesetzesinitiativen das gemeinsame Interesse aller Länder an einer Entlastung der Sozialhilfeträger." (Meyer 1996, 162)

Daraufhin brachte die Bundesregierung einen eigenen Gesetzentwurf in den Bundestag ein, der v.a. die „Verbesserung der häuslichen Pflege Schwerstpflegebedürftiger im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung" (Sebald 2000, 175) vorsah. Dies geschah jedoch so spät, dass beide Gesetzentwürfe in der entsprechenden Wahlperiode im Bundestag nicht mehr diskutiert werden konnten und dann aufgrund des Diskontinuitätsprinzips zunächst nicht weiter verfolgt wurden. Daher wurde der Bundesregierung von Seiten der Opposition Verzögerungstaktik vorgeworfen (vgl. Meyer 1996, 162).

Nach der erneut gewonnenen Bundestagswahl überzeugte die konservativ-liberale Bundesregierung die CDU- bzw. CSU-geführten Bundesländer davon, dass sie nun in der Pflege aktiv werden würde. In der Tat wurden in den Folgejahren diverse pflegepolitische Einzelmaßnahmen umgesetzt. Z.B. wurde im Zuge der Steuerreform des Jahres 1990 ein Pauschbetrag für häusliche Pflege eingeführt. Und im Rahmen des Rentenreformgesetzes aus dem Jahr 1992 wurde die rentenrechtliche Absicherung von Pflegepersonen verbessert. Die wichtigste Maßnahme

war allerdings die Einbeziehung der Pflege in das Gesundheitsreformgesetz, das im Jahr 1988 verabschiedet wurde und 1989 in Kraft trat. Nach dieser „kleinen Pflegeversicherung" erhielten Pflegebedürftige, die häuslich gepflegt wurden, erstmals Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei handelte es sich um häusliche Pflegeleistungen sowie um Kurzzeitpflege bei Vorliegen schwerster Pflegebedürftigkeit (vgl. Meyer 1996, 162f.; Gerlinger/Röber 2009, 18; Schneider 1999, 41).

10.2.1.2 Von Positionswechsel des Arbeitsministers bis zum Einbringen des Gesetzentwurfs

Doch die Debatte um eine umfassendere Absicherung des Pflegerisikos riss nicht ab. Im Jahr 1990 brachte das Bundesland Baden-Württemberg einen Gesetzentwurf in den Bundesrat ein, in dem der Vorschlag einer obligatorischen privaten Pflegeabsicherung unterbreitet wurde. Auch Rheinland-Pfalz brachte seinen überarbeiteten Gesetzentwurf erneut ein. Durch die Idee einer privaten Pflegepflichtversicherung wurde die Pflegedebatte wieder breiter (und auch unübersichtlicher), da den drei beschriebenen Modellen (private Pflegeversicherung, gesetzliche Pflegeversicherung und Pflegeleistungsgesetz) ein weiteres hinzugefügt wurde. Zudem musste die Einbeziehung Ostdeutschlands in das westdeutsche soziale Sicherungssystem bewältigt werden und das Thema Personalmangel in der Pflege geriet neu auf die Tagesordnung (vgl. Sebald 2000, 176f.; Meyer 1996, 163f.).

In dieser Phase, genauer: in der Bundestags-Wahlkampfphase im Herbst 1990, änderte Arbeitsminister *Blüm* öffentlich seine Position. Politischer Handlungsdruck bestand v.a. darum, weil die „kleine Pflegeversicherung" nicht zur Befriedung der Pflegediskussion geführt hatte. Auslöser des Umschwungs im Arbeitsministerium waren eine parteiinterne Pflegekommission unter der Leitung von *Heiner Geißler*, die sich positiv zur Versicherungslösung äußerte, sowie die CDU-regierten Bundesländer, die Unterstützung signalisierten. Damit hatten sich die parteiinternen Kräfteverhältnisse in der Frage der Pflegereform verschoben, was Arbeitsminister *Blüm* veranlasste, seine Position komplett umzukehren. Vor dem Hintergrund einer größeren parteiinternen Rückendeckung sprach er sich für die Einführung einer Pflegeversicherung unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Diese neue Position, die allerdings zu diesem Zeitpunkt keineswegs der Mehrheitsmeinung der CDU/CSU entsprach, beeinflusste die Pflegedebatte maßgeblich. Die CDU-Sozialausschüsse, die Senioren-Union und die Frauen-Union sowie die CDU/CSU-Politiker/innen auf kommunaler Ebene stimmten bald darauf *Blüms* Versicherungsmodell zu – und die öffentliche Mei-

nung wusste Blüm auch hinter sich (vgl. Sebald 2000, 176f.; Meyer 1996, 163f.; 270ff.; Pihan 1996, 97). Anfang 1991, nach der gewonnenen Bundestagswahl im Dezember 1990, gelang dem Arbeitsminister die Verankerung der Pflegethematik im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und FDP. Es wurde festgehalten, dass bis um 01.06.1992 ein Gesetzentwurf zur Pflege vorliegen soll (vgl. Meyer 1996, 312). Dabei handelte es sich um den kleinsten gemeinsamen Nenner, denn die inhaltlichen Positionen von CDU/CSU und FDP lagen deutlich auseinander, und es wurde in den Koalitionsverhandlungen kein Kompromiss gefunden, sondern lediglich Weiterverhandlungen beschlossen (vgl. Behning 1999, 183).

Im Herbst 1990 nahm die SPD ebenfalls eine pflegepolitische Umpositionierung vor. Bis dahin hatte sich die SPD-Bundestagsfraktion für ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz ausgesprochen (v.a. als Gegenentwurf zur „kleinen Pflegeversicherung" der Regierung), während die SPD-Landespolitiker/innen für eine Versicherungslösung eintraten. Im Jahr 1988 entwickelte die SPD einen Entwurf für ein Bundespflegegesetz, dessen Ausgestaltung eine spätere Umwandlung in eine Volksversicherung ermöglichte. Im Zuge des Zusammenbruchs der DDR und des Wiedervereinigungsprozesses rückte die SPD von dem steuerfinanzierten Leistungsgesetz wieder ab, weil deutlich wurde, dass die öffentlichen Haushalte auf Jahre hin keine Kapazitäten für wohlfahrtsstaatliche Ausweitungen haben würden (vgl. Meyer 1996, 278ff.; Behning 1999, 182). In dieser Phase wandte sich die SPD ebenfalls der Versicherungslösung zu, in die gewerkschaftliche Vorstellungen (Sachleistungsprinzip) ebenso einflossen wie der Gesetzentwurf der SPD-geführten Landesregierung in Hessen. Die Fronten zwischen Regierung und Opposition schienen sich zu glätten. Gleichzeitig brachte dieses Einvernehmen die Pflegeversicherungs-Gegner dazu, wieder öffentlich zu agieren. Sowohl die Arbeitgeber- und die Wirtschaftsverbände als auch die Versicherungswirtschaft sprachen sich gegen eine Sozialversicherung aus. Diese Konfliktlinie wurde in die Koalition hineingetragen, denn die FDP und der Wirtschaftsflügel der CDU schlossen sich der wirtschaftsliberalen Position an. Während sich der Vorstand der CDU nach parteiinternen Debatten im Herbst 1991 auf eine soziale Pflegeversicherung auf Grundsicherungsniveau festlegte, trat die FDP weiter für eine private Pflichtversicherung oder zumindest für ein Wahlrecht zwischen privater und gesetzlicher Versicherung ein (vgl. Meyer 1996, 163f.; Sebald 2000, 178ff.; Behning 1999, 184).

Nach einem guten halben Jahr interner und öffentlicher Auseinandersetzungen, auf die im Folgenden noch näher eingegangen wird, einigte man sich koalitionsintern schließlich im Juni 1992 auf das Modell der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversiche-

rung. Wie die Krankenversicherung, sollte auch die Pflegeversicherung einen gesetzlichen und einen privaten Zweig aufweisen. Zudem wurde eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik vereinbart, d.h., das Gesamtausgabevolumen wurde beschränkt. Als Leistungen waren ein Pflegegeld, Pflegesachleistungen sowie die Übernahme der stationären Kosten bis zu einem bestimmten Höchstbetrag vorgesehen. Die FDP akzeptierte die Versicherungslösung, pochte aber auf die vollständige Kompensation des Arbeitgeberbeitrags, was im Lager der Union jedoch nicht konfliktträchtig war. Diskutiert wurde die Einführung eines Karenztages im Krankheitsfall (vgl. Meyer 1996, 163f.; 319ff.; Sebald 2000, 178ff.).

Die sog. 'Kompensationsfrage' beschäftigte die öffentliche und die politische Pflegedebatte daraufhin für über ein Jahr. Das hatte damit zu tun, dass die SPD mittlerweile die Mehrheit im Bundesrat stellte. Zur Verabschiedung eines Pflegeversicherungsgesetzes war also eine Einigung mit der SPD zwingend notwendig. Und die SPD schien wenig geneigt, der Karenztageregelung zuzustimmen.

Trotz der Kontroverse legte das Arbeitsministerium im Mai 1993 sowohl einen Gesetzesentwurf für eine Pflegeversicherung als auch ein Kompensationsgesetz für den Karenztag bei der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall vor. Unter dem Label 'Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung' wurde geregelt, wer sich gesetzlich und wer sich privat versichern muss. Der Beitragssatz wurde auf 1,7% festgelegt und die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung sollte gelten. Das Prinzip der Beitragssatzstabilität und der bereits getroffene Kompromiss bei den Pflegeleistungen wurden erneut bekräftigt. Um einen Wettbewerb zu schaffen, sollten private Träger ebenso vorrangig behandelt werden wie freigemeinnützige Träger. Weiter wurde ein monistisches Finanzierungssystem beschlossen, wonach die Pflegekassen für die Sicherstellung der Versorgung zuständig sein sollten, obgleich die Länder und Kommunen an den Investitionskosten beteiligt werden sollten – schon allein aufgrund der Einsparungen bei der Sozialhilfe. Zwischen der Kompensationsregelung und der Einführung der Pflegeversicherung wurde ein Junktim beschlossen. Anfang 1994 sollte die soziale Pflegeversicherung eingeführt werden, wobei unklar blieb, wie der mächtige Vetospieler SPD im Bundesrat davon überzeugt werden sollte, den Gesetzentwürfen zuzustimmen (vgl. Meyer 1996, 166ff.; 324ff.; Sebald 2000, 181).

Tabelle 12: Der Gesetzgebungsprozess der Einführung der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland

Ort	*Datum*
Bundestag (BT)	
1. Lesung (Verweisung des PflegeVG an den BT-Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung)	01.07.1993
BT-Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung	
Verbändeanhörung	05./16./17.09.1993
Grundsatzaussprache	06.10.1993
Bericht	21.10.1993
2. und 3. Lesung (Verabschiedung des PflegeVG)	22.10.1993
Bundesrat (BR)	
1. Beratung (Ablehnung des PflegeVG)	24.09.1993
2. Beratung (Anrufung des Vermittlungsausschusses)	05.11.1993
1. Vermittlungsverfahren	
Vermittlungsausschuss	
Eröffnung/Einberufung einer Schlichtungskommission	23.11.1993
Beschlussempfehlung	09.12.1993
BT nimmt PflegeVG an	10.12.1993
BR lehnt PflegeVG ab	17.12.1993
2. Vermittlungsverfahren	
Vermittlungsausschuss	
Eröffnung	02.02.1994
Vertagung	25.02.1994
Beschlussempfehlung	21.04.1994
BT: Zustimmung zum PflegeVG	22.04.1994
BR: Zustimmung zum PflegeVG	29.04.1994
Inkrafttreten	26.05.1994
Beginn der Beitragszahlungen	01.01.1995
Ambulante Sachleistungen und Pflegegeld	01.04.1995
Stationäre Leistungen	01.07.1996

Der Zeitplan zur Einführung der sozialen Pflegeversicherung war gedrängt. Der Gesetzentwurf der Koalitionsregierung wurde am 01.07.1993, kurz vor der Sommerpause, in erster Lesung in den Bundestag eingebracht und danach federführend an den Bundestagsausschuss für Arbeit und Sozialordnung überwiesen. Aufgrund großer Proteste der Verbände an der Karenztageregelung wurde diese von der Koalition fallengelassen und durch eine 20%ige Lohnkürzung an zehn Feiertagen ersetzt (vgl. Meyer 1996, 340ff.; Behning 1999, 191). Am 24.09. wur-

den die Gesetzentwürfe der konservativ-liberalen Regierung zum Entgeltfortzahlungsgesetz einerseits und zum Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) andererseits im Bundesrat von der Mehrheit der SPD-regierten Länder abgelehnt. Dennoch verabschiedete die Regierungskoalition am 01.10. das nicht-zustimmungspflichtige Entgeltfortzahlungsgesetz im Bundestag. Die SPD kündigte daraufhin an, das Pflegeversicherungsgesetz im Bundesrat scheitern zu lassen. Am 06.10. erfolgte im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung die Grundsatzaussprache und die eigentliche Beratung des Gesetzes im Ausschuss begann. Während die CDU/CSU und die FDP 144 Änderungsvorschläge an ihrem eigenen Entwurf einbrachten, lehnte die SPD das geplante Pflegeversicherungsgesetz nach wie vor ab. Nur zehn Tage später – am 15.10. – rief der Bundesrat im Rahmen der zweiten Beratung des Entgeltfortzahlungsgesetzes den Vermittlungsausschuss an. Dieses Gesetz war zwar nicht-zustimmungspflichtig, aber die SPD-regierten Länder versuchten auf diese Weise, das Entgeltfortzahlungsgesetz gemeinsam mit dem Pflegeversicherungsgesetz beraten zu lassen. Es folgte am 22.10. die zweite und dritte Lesung des Pflegeversicherungsgesetzes im Bundestag. Zuvor hatte die Koalition auf der Basis des Ausschussberichts einige Änderungen vorgenommen.

Im Folgenden werden die Inhalte des Pflegeversicherungsgesetzes und die Konfliktlinien zwischen den Parteien bzw. zwischen der Regierungskoalition und der Opposition anhand der drei Lesungen des Gesetzes aufgezeigt. In den Parlamentsdebatten traten die wichtigsten parteipolitischen Akteure der Reform auf: Dabei handelte es sich für die Regierungskoalition um Arbeits- und Sozialminister *Norbert Blüm* (CDU), um *Julius Louven*, den sozialpolitischen Sprecher der CDU/CSU, um *Gerda Hasselfeldt*, die ehemalige Gesundheitsministerin (1991-1992), Vorsitzende der Frauen-Union und CSU-Politikerin, für die FDP um *Gisela Babel*, die sozialpolitische Sprecherin der FDP, um *Dieter Julius Cronenberg*, den Vizepräsidenten des Deutschen Bundestages und sozialpolitischen Experten der FDP und um den FDP-Fraktionsvorsitzenden *Herrmann Otto Solms*. Wichtige Oppositionspolitiker/innen, die in den Parlamentsdebatten sprachen, waren *Rudolf Dreßler*, SPD-Sozialexperte, *Gerd Andres*, ein Mitglied der Arbeitsgemeinschaft für Arbeitnehmerfragen der SPD, *Günther Heyenn*, der Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Arbeit und Sozialordnung und SPD-Abgeordneter, *Ilja Seifert*, ehemaliges Mitglied des PDS-Parteivorstands und *Konrad Weiß*, DDR-Bürgerrechtler und Abgeordneter von Bündnis 90/Die Grünen. Die Argumentationen, die in den Parlamentsdebatten vorgetragen wurden, werden anhand der kontrovers diskutierten Themen präsentiert. Dazu zählten (1) das Budgetprinzip, (2) der Versichertenkreis und die Finanzierung, (3) die Investitionskosten und die Einbeziehung der Länder, (4) die Höhe der

Leistungen und die Sozialhilfebedürftigkeit der Heimbewohner/innen, (5) die (fehlende) Anpassung der Leistungen, (6) die Bedarfsplanung versus das Wettbewerbsprinzip und (7) die Kompensation des Arbeitgeberbeitrags.

(1) Das Budgetprinzip

In der Debatte stellten die Abgeordneten von CDU/CSU sowie der FDP die zentralen Leitvorstellungen der Reform dar. Dazu zählten das Prinzip der Grundversorgung (statt einer Vollversicherung), der Grundsatz 'ambulant vor stationär' sowie die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik. Der CDU/CSU-Sozialexperte *Louven* betonte, dass es wichtig sei, „die Ausgaben im Griff zu behalten" und dem „demographischen Wandel Rechnung zu tragen" (Louven: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15820). Auch die FDP-Politikerin *Babel* verwies – neben den Kosten – auf das dramatische Anwachsen des Anteils der Älteren sowie auf den Rückgang des Selbstverständnisses der Pflege als Familienpflicht (vgl. Babel: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15829). Der Grundsatz „ambulant vor stationär" wurde auch dahingehend diskutiert, dass die stationäre Pflege der teuerste Weg sei (vgl. Babel: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15830). Und der CDU/CSU-Politiker *Hörsken*, dessen Rede von Kostenfragen und Finanzierbarkeit, Wettbewerbsdruck der deutschen Wirtschaft und dramatischen demographischen Veränderungen durchzogen war, verteidigte das Prinzip der Grundversorgung: „Ein Versorgungsstaat wird durch die Pflegeversicherung nicht entstehen. Dies ist hierbei unsere feste Absicht. Für die Angehörigen bedeutet die Pflege auch weiterhin persönliche Aufopferungsbereitschaft und engagiertes Mittun [...]" (Hörsken: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15855). Auch die CSU-Politikerin *Hasselfeldt* hob die Bedeutung der „finanzielle[n] Stabilität der Pflegeversicherung" hervor, die durch die „Vorausberechenbarkeit der Beitragsbelastungen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gewährleiste[t] werden könne" (Hasselfeldt: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15837). Und der FDP-Politiker *Cronenberg* führte den demographischen Wandel als Argument für die Kostenbegrenzung – das Budgetprinzip – an, ansonsten sei „eine explosionsartige Steigerung der Kosten vorprogrammiert." (Cronenberg: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15843) Auch der FDP-Fraktionsvorsitzende *Solms* betonte die hohe Bedeutung der „Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft" und der Arbeitsplätze als Argumente für eine „Kompensation der Arbeitsplatzkosten" (Solms: BT-Pl.Pr. 12/168 1993, 14432f.).

Die Opposition hingegen kritisierte die Fokussierung auf die Kosten. Der „Geist des Gesetzes" sei es, „möglichst enge Finanzierungsregelungen zu schaffen", worunter die Leistungen für die Pflegebedürftigen leiden, so *Ulrike Mascher* von der SPD (Mascher: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15851). Auch der SPD-Sozialexperte *Dreßler* kritisierte das Budgetprinzip scharf, v.a. im Hinblick auf die Festlegung

des Beitragssatzes, die laut Koalition gesetzlich erfolgen sollte. „Der Effekt liegt auf der Hand: Wenn der gesetzlich festgelegte Leistungsrahmen mit einem per Gesetz oder Verordnung bestimmten Beitragssatz nicht finanziert werden kann, dann werden Leistungen gekürzt." (Dreßler: BT-Pl.Pr. 12/168 1993, 14429)

(2) Der Versichertenkreis und die Finanzierung

Sowohl die Regierungskoalition als auch die SPD wollten die gesamte Bevölkerung in die beitragsfinanzierte Pflegeversicherung miteinbeziehen (vgl. Sebald 2000, 182). Arbeitsminister *Blüm* hob in seiner Rede aus strategischen Gründen die Gemeinsamkeiten mit dem SPD-Gesetzentwurf hervor, v.a. die Lösung des Pflegeproblems mittels einer „beitragsfinanzierte[n] soziale[n] Pflegeversicherung unter dem Dach der Krankenversicherung." (Blüm: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15847) Auch die paritätische Beitragsfinanzierung stellte *Blüm* als gemeinsames Ziel heraus. Zudem betonte er den Kompromisscharakter des Gesetzentwurfs, über den nun zu entscheiden sei (vgl. Blüm: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15847). Die SPD trat in ihrem Gesetzentwurf allerdings für eine Volksversicherung mit einer deutlich höheren Beitragsbemessungsgrenze ein, während die Regierung – analog zur Krankenversicherung – eine gesetzliche und eine private Pflegeversicherung plante (vgl. Meyer 1996, 345).

> „Die SPD will, daß alle Bürgerinnen und Bürger *Mitglied in einer gesetzlichen Pflegeversicherung* werden. CDU/CSU und F.D.P. wollen, daß nur diejenigen in der gesetzlichen Pflegeversicherung Mitglied werden, die bereits Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind [...]" (Dreßler: BT-Pl.Pr. 12/168 1993, 14429, Herv. i. O.),

so der SPD-Sozialexperte *Dreßler* in der ersten Lesung des Gesetzes. Auch der SPD-Abgeordnete *Andres* kritisierte den von der Regierungskoalition vorgelegten Pflegeversicherungs-Gesetzentwurf als „falsche Weichenstellung", als „eine *Mischung aus gesetzlicher und privatversicherungsrechtlicher Pflegeversicherung*", die nicht „die Befreiung der betroffenen Menschen von der Sozialhilfe" zum Ziel hat, „sondern die Schaffung einer *Grundversorgung*." (Andres: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15825, Herv. i. O.; vgl. auch Sebald 2000, 185) Der SPD-Abgeordnete *Heyenn* kritisierte zudem, dass die Pflegeversicherung unsolidarisch finanziert sei und forderte eine breitere Finanzierungsgrundlage durch die Einbeziehung von Beamten und Beamtinnen sowie Selbständigen und die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze (vgl. Heyenn: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15838ff.). Die SPD-Politikerin *Mascher* sprach weiter von einem „Zweiklassensystem" (Mascher: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15850) im Kontext der Einteilung in eine gesetzliche und eine private Pflegeversicherung. Wichtig wäre stattdessen, so *Dreßler* (SPD), „auch Gutverdienende als Beitragszahler für den *Solidarausgleich in der Pflegever-*

sicherung heranzuziehen, denn ohne sie würde er nicht funktionieren." (Dreßler: BT-Pl.Pr. 12/168 1993, 14429, Herv. i. O.) Die private Pflegeversicherung schaffe dagegen „Sonderrisikogemeinschaften, bei denen die finanziell guten Risiken zu günstigen Konditionen ebenso unter sich bleiben wie die finanziell weniger guten zu schlechteren Konditionen." (Dreßler: BT-Pl.Pr. 12/168 1993, 14429) Dabei ging die SPD – wie die Zitate bereits andeuten – von einer höheren Beitragsbemessungsgrenze aus. Sie plädierte für eine Anhebung auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung, um das beitragspflichtige Einkommensvolumen und damit den Solidarausgleich zu vergrößern (vgl. Dreßler: BT-Pl.Pr. 12/168 1993, 14430). Zudem war im SPD-Gesetzentwurf aufgrund der höheren Beitragsbemessungsgrenze und der etwas anderen Konstruktion des Versichertenkreises ein Beitragssatz von 1,4% vorgesehen. Im Gesetzentwurf der Regierungskoalition war dagegen ein Beitragssatz von 1,7% geplant (vgl. Meyer 1996, 346). *Dreßler* (SPD) benannte die Ursache für den höheren Beitragssatz des Koalitionsgesetzentwurfs: „Dabei weiß doch jeder: Je kleiner die Solidargemeinschaft, desto höher für jeden einzelnen die Beiträge." (Dreßler: BT-Pl.Pr. 12/168 1993, 14429)

Die Abgeordneten der FPD sprachen sich in der Parlamentsdebatte erneut gegen die Umlagefinanzierung aus, auch wenn sie dem Koalitionsgesetzentwurf letztlich zustimmten. Sie plädierten aufgrund der hohen Bedeutung der Lohnnebenkosten für ein exportorientiertes Land wie Deutschland und aufgrund des demographischen Wandels für die Abkopplung der Beiträge vom Lohn und für die Einführung eines Kapitaldeckungsverfahrens (vgl. Solms: BT-Pl.Pr. 12/168 1993, 14433; Babel: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15829; Cronenberg: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15841).

Sowohl Bündnis 90/Die Grünen als auch die PDS/Linke Liste lehnten die Sozialversicherungslösung ab und traten stattdessen für eine steuerfinanzierte Pflegereform ein, weil hier auch die Selbständigen sowie die Beamten und Beamtinnen an der Finanzierung beteiligt würden (Weiß: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15834; Seifert: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15833).

(3) Die Investitionskosten und die Einbeziehung der Länder

Im Gesetzentwurf der Koalition war vorgesehen, die Hälfte der Einsparungen der Länder und der Kommunen bei den Sozialhilfekosten an den Bund zu überweisen, der sie dann zur Finanzierung der Investitionen an die Pflegeversicherung weiterleiten sollte. Damit würden die Länder zwar zur Finanzierung der Investitionen herangezogen, verlören aber jegliche Steuerungskompetenz, denn die Investitionsplanung sollte den Pflegekassen obliegen (sog. monistische Finanzierung). *Louven* (CDU) bekräftigte in der Debatte dieses Vorgehen: „Un-

bestritten ist, daß die Länder und die Kommunen durch die Einführung der Pflegeversicherung von Aufwendungen im *Sozialhilfebereich* erheblich entlastet werden. Wir sind nach wie vor der Meinung, daß ein Teil dieser Ersparnisse für die Finanzierung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden soll." (Louven: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15821, Herv. i. O.; vgl. auch 15823) Die SPD kritisierte dieses Vorgehen und trat demgegenüber für eine stärkere Einbeziehung der Länder in die Investitionsförderung ein (sog. duale Finanzierung). „Hinzu kommt, daß Sie mit Ihrem Finanzierungssystem der Investitionen – von uns als Scheinmonistik bezeichnet – den Ländern jegliche Kompetenz nehmen, gleichzeitig aber erwarten, daß sie Ihrem Gesetzentwurf fröhlich zustimmen." (Andres: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15827; vgl. auch BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 346; Sebald 2000, 184)

(4) Die Höhe der Leistungen und die Sozialhilfebedürftigkeit der Heimbewohner/innen

In Bezug auf die Leistungen wurden diverse Punkte kontrovers diskutiert, die den Pflegebedürftigkeitsbegriff, die Höhe des Pflegegeldes, die Übernahme der stationären Pflegekosten sowie die Reduzierung des Sozialhilfebezugs bei Pflegebedürftigkeit betrafen (vgl. Meyer 1996, 347). Zunächst einmal hoben die Vertreter/innen der Regierungskoalition die Leistungsverbesserungen für die Pflegebedürftigen hervor. Arbeitsminister *Blüm*, der die Pflege als „eines der großen sozialen Projekte" bezeichnete, betonte in seiner Rede die „handfesten Verbesserungen für die Pflegebedürftigen" (Blüm: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15844f.). Diese sollten sowohl Pflegegeld als auch ambulante Sachleistungen oder stationäre Leistungen gewährt bekommen, womit die Pflegebedürftigen weitgehend unabhängig von Sozialhilfeleistungen leben könnten, so die CSU-Abgeordnete *Hasselfeldt* (vgl. Hasselfeldt: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15836f.). Die Opposition kritisierte die pflegebezogenen Leistungen allerdings als unzureichend. So urteilte der SPD-Sozialexperte *Dreßler* (vgl. Dreßler: BT-Pl.Pr. 12/168 1993, 14427), dass das Pflegeversicherungsgesetz „von seinem Leistungsrahmen her kümmerlich" sei und die PDS/Linke Liste mokierte sich sowohl über die unzureichenden Leistungen für die Pflegebedürftigen als auch für die häuslich Pflegenden und plädierte für bedarfsdeckende Leistungen (vgl. BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15833). Der Grünen-Abgeordnete *Weiß* hielt einen höheren Beitragssatz für notwendig, um ausreichende Leistungen zu finanzieren. Zudem forderte er eine begrenzungslose Gewährung von Sachkosten in Bezug auf die ambulante Pflege. Hinsichtlich der stationären Pflege sei dagegen die private Finanzierung der Unterbringungskosten legitim (vgl. Weiß: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15834f.).

Demgegenüber forderte die SPD die Übernahme der kompletten stationären Pflegekosten: „Diese Obergrenze [der stationären Pflegeleistungen, D.A.] wirkt als sozialpolitische Guillotine. Die Lage der Mehrzahl der Pflegebedürftigen wird sich nicht ändern. Sie werden bleiben, was sie sind: auf Sozialhilfe angewiesen und damit Taschengeldempfänger." (Dreßler: BT-Pl.Pr. 12/168 1993, 14431)

Auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde kritisch hinterfragt. Es wurde bemängelt, dass er eng und rigide sei, ganze Personenkreise ausgrenze und von der Finanzierung her gedacht werde (Andres: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15827; Weiß: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15835). Es seien v.a. diejenigen, die lediglich einen hauswirtschaftlichen Bedarf aufwiesen, die aus der Pflegeversicherung ausgegrenzt würden (Mascher: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15850).

Auch das Pflegegeld und der Umgang mit häuslich Pflegenden wurden kontrovers diskutiert. So begrüßte die CSU-Politikerin *Hasselfeldt* die Einführung des Pflegegeldes und die sozialversicherungsrechtliche Absicherung der häuslichen Pflegepersonen, die v.a. den Frauen nutzen würden (vgl. Hasselfeldt: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15836). Die geplante Neuregelung fand aber auch Kritik. So trat *Weiß* (Bündnis 90/Die Grünen) für eine angemessene Vergütung häuslicher Pflegeleistungen ein (vgl. Weiß: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15835). Der SPD-Abgeordnete *Andres* (BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15826) kritisierte zudem, dass die unfall- und rentenrechtliche Absicherung der Pflegepersonen über die Beiträge der Pflegeversicherung finanziert werden sollte, statt über Steuern. Der Grünen-Abgeordnete *Weiß* plädierte zudem für eine höhere Absicherung im Umfang von 100% des Durchschnittseinkommens aller Versicherten (ein Entgeltpunkt) sowie für einen Zugang der Pflegenden zu Arbeitsförderungsmaßnahmen (vgl. Weiß: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15835).

(5) Die (fehlende) Anpassung der Leistungen

Während die Regierungskoalition das Prinzip der Budgetierung hervorhob, kritisierte die Opposition die fehlende Dynamisierung der Leistungen (vgl. Meyer 1996, 347). Eine Dynamisierung der Leistungen sei zunächst aus finanziellen Gründen nicht vorgesehen, führte der CDU-Abgeordnete *Louven* aus, aber für die Zukunft angedacht. Dieses Vorgehen kritisierte *Andres* (SPD): „Im weiteren Zeitverlauf werden zusätzlich viele Pflegebedürftige wieder in den Sozialhilfebezug hineinwachsen." (Andres: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15825; vgl. auch Seifert: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15832; Heyenn: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15838; Mascher: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15851) Daher forderte der Grünen-Abgeordnete *Weiß*: „Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen so bemessen sein, daß keine Sozialhilfebedürftigkeit mehr entstehen kann" (Weiß: BT-Pl.Pr. 12/183 1993,

15836) und „[...] *Pflegebedürftigkeit* [soll] für sich genommen kein Grund mehr sein, *sozialhilfebedürftig* zu werden." (Heyenn: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15840, Herv. i. O.)

(6) Bedarfsplanung versus Wettbewerb
Während die SPD in ihrem Gesetzentwurf eine Bedarfsplanung vorsah, plante die Regierungskoalition die Steuerung des Bedarfs über den Wettbewerb der Träger (vgl. Meyer 1996, 348). „Damit wird deutlich, daß Ihre Koalition anscheinend davon ausgeht, daß mit der Pflege auch noch ein ordentliches Geschäft zu machen ist." (Andres: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15828) Das bestätigte die FDP-Abgeordnete *Babel*, die „kostensenkende Wirkungen" von dem Trägerwettbewerb erwartete (Babel: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15830). Auch die Gleichstellung der privaten mit den freigemeinnützigen Trägern wurde in der Parlamentsdebatte angesprochen. Der SPD-Abgeordnete *Heyenn* (BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15840) kritisierte die Aufgabe des Subsidiaritätsprinzips.

(7) Die Kompensation des Arbeitsgeberbeitrags
Eine der zentralen Kontroversen drehte sich um die Kompensationsfrage. Während die CDU/CSU und die Liberalen Kürzungen bei der Lohnfortzahlung an Feiertagen vorsahen, kritisierte die Opposition diese Variante der Kompensation des Arbeitsgeberbeitrags. Die Abgeordneten der FDP und der CDU/CSU stimmten der Kompensationsregelung in der Parlamentsdebatte ausdrücklich zu. Damit würde das Ziel verfolgt, die Lohnnebenkosten nicht steigen zu lassen und den Standort Deutschland nicht zu gefährden. Arbeitsminister *Blüm* selbst sprach von einem „finanziellen Ausgleich", mit dessen Hilfe die „Entlastung der Wirtschaft" erreicht werden sollte. „Es kann nicht sein, daß wir eine neue Sozialversicherung für die Pflegebedürftigen einführen und dafür an anderer Stelle Arbeitsplätze ruinieren." (Blüm: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15848; vgl. auch Solms: BT-Pl.Pr. 12/168 1993, 14434) Das Entgeltfortzahlungsgesetz, in dem ein Lohnabschlag bei den arbeitsfreien Feiertagen vereinbart wurde, war zum Zeitpunkt der zweiten und dritten Lesung des Pflegeversicherungsgesetzes bereits vom Bundestag verabschiedet worden (Louven: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15822; Babel: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15829). Die Abgeordneten von Bündnis 90/Die Grünen und der SPD formulierten ihre Einwände gegen die faktische Abschaffung der paritätischen Beitragsfinanzierung (vgl. Weiß: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15834; Heyenn: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15839).

> „Wie schlimm werden Wut und Enttäuschung, wenn die Bürgerinnen und Bürger unseres Landes nicht nur ihre eigenen Beiträge für die Pflegeversicherung bezahlen,

sondern ihnen durch die Einführung von *Feiertagsabschlägen* zusätzlich für die Jahre 1994 und 1995 10 Milliarden DM aufgebürdet werden und damit der Arbeitgeberanteil von ihnen mehr als mitgetragen wird." (Andres: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15828, Herv. i. O.)

Nach der zweiten und dritten Lesung verabschiedete der Deutsche Bundestag das Pflegeversicherungsgesetz mit der Mehrheit der Regierungskoalition und gegen die Stimmen der Opposition. Bereits in der Parlamentsdebatte war deutlich geworden, dass die SPD dem Gesetz im Bundestag nicht zustimmen würde und dass sie auch ihre Mehrheit im Bundesrat nutzen würde, um das Gesetz dort scheitern zu lassen. Am 05.11. wurde das Pflegeversicherungsgesetz im Bundesrat zurückgewiesen und ein Vermittlungsverfahren eingeleitet (vgl. Meyer 1996, 349ff.; Sebald 2000, 184ff.). Der Vermittlungsausschuss tagte vom 23.11. bis zum 10.12. Trotz fehlender Einigung in der Kompensationsfrage wurden die ausgehandelten Änderungen im Pflegeversicherungsgesetz und im Entgeltfortzahlungsgesetz, auf die im folgenden Kapitel näher eingegangen wird, mit knapper Mehrheit im Vermittlungsausschuss angenommen und einen Tag später wurde die Beschlussempfehlung mit der Mehrheit der Koalition auch im Bundestag verabschiedet. Aufgrund der fehlenden Einigung in der Kompensationsfrage verweigerte der Bundesrat dem Gesetzespaket am 17.12. erneut die Zustimmung. Bereits mit der Ablehnung wurden die Vorbereitungen für ein zweites Vermittlungsverfahren getroffen (vgl. Meyer 1996, 358ff.; Sebald 2000, 186). Dieses begann am 02.02.1994, und es ging erneut im Wesentlichen um die Kompensationsfrage. Man einigte sich nach langen Verhandlungen, die nachfolgend beschrieben werden, auf die Streichung eines Feiertags. Diesem Kompromiss stimmte der Vermittlungsausschuss zu und veröffentlichte am 21.04.1994 seine Beschlussempfehlung. Diese wurde am 22.04. vom Bundestag und am 29.04. vom Bundesrat angenommen. Damit war das Gesetz beschlossen (vgl. Meyer 1996, 368ff.).[55] Es trat am 26.05.1994 in Kraft. Im ersten Schritt begannen Anfang 1995 die Beitragszahlungen. Drei Monate später wurden die ersten ambulanten Sachleistungen ausgezahlt. Die stationäre Pflegeförderung startete am 01.07.1996.

55 Mit diesem Gesetz wurde an die bundesrepublikanische Tradition angeknüpft, dass sämtliche großen sozialpolitischen Reformen im Konsens zwischen den beiden großen Parteien verabschiedet wurden (vgl. Auth 2002b, 233; Lessenich 2003, 237). Erst mit der *Riester*-Rente wurde diese Tradition beendet (vgl. Auth 2002a, 304).

10.2.3 Die Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Spannungsfeld parteipolitischer und gesellschaftlicher Akteure

10.2.3.1 Parteipolitische Konfliktlinien im Gesetzgebungsprozess

Den Prozess der Einführung der sozialen Pflegeversicherung prägten zwei Konfliktlinien: Die erste bestand zwischen den beiden Koalitionsparteien und war inhaltlich geprägt von der Frage nach der Art der Absicherung (privat oder gesetzlich). Die zweite Konfliktlinie bestand zwischen der Regierung und der SPD-Opposition bzw. der SPD-Bundesratsmehrheit und war inhaltlich bestimmt von der Kompensationsfrage. Auf diese beiden parteipolitischen Konfliktlinien wird im Folgenden näher eingegangen.

Der Vorstand der CDU hatte sich im Herbst 1991 auf die Versicherungslösung verständigt, aber dennoch standen sich innerhalb der CDU/CSU unterschiedliche Positionen gegenüber. Auf der Seite der Befürworter einer sozialen Pflegeversicherung standen neben dem Arbeitsministerium die Frauen-Union, der Arbeitnehmerflügel, die Senioren-Union sowie die CDU-Landesregierungen und die meisten Kommunalpolitiker/innen der CDU/CSU. Auch die CSU setzte sich für das Versicherungsmodell ein. Auf der Seite der Gegner fanden sich der Wirtschaftsrat und die Mittelstandsvereinigung der CDU. Die Einigung innerhalb der CDU auf eine Versicherungslösung sah vor, (lediglich) eine pflegerische Grundsicherung einzuführen und die darüber hinausgehende Absicherung des Pflegerisikos der privaten Vorsorge zu überlassen. Dieser parteiinterne Kompromiss sollte die Versicherungslösung für den wirtschaftsliberalen Flügel der CDU akzeptabel machen (vgl. Meyer 1996, 272ff.; Pihan 1996, 97).

Nachdem man sich im Vorstand der CDU auf die 'abgespeckte' Versicherungslösung geeinigt hatte, musste im nächsten Schritt koalitionsintern ein Kompromiss ausgehandelt werden. Das war umso schwieriger, weil Teile der CDU inhaltlich näher am FDP-Vorschlag waren als an dem Beschluss der eigenen Partei. Die FDP trat seit Mitte der 1980er Jahre für eine freiwillige private Absicherung im Pflegefall auf der Basis des Kapitaldeckungsverfahrens ein. Dabei unterstützte sie eine politische Flankierung der privaten Pflegevorsorge durch Steuerermäßigungen. Die enge Verbindung und Zusammenarbeit der FDP mit der Versicherungswirtschaft passte zu dieser marktliberalen Positionierung. Auch nach dem Einschwenken der CDU und der SPD auf das Versicherungsmodell im Herbst 1990 beharrte die FPD auf ihrer Position. Im folgenden Jahr wandten sich allerdings immer mehr FDP-Landesverbände von der radikalen Position ab, und als auch die Arbeitgeberverbände ein Modell der privaten Pflegepflichtversicherung vorlegten, schwenkte die Bundes-FDP um. Im Oktober 1991 beschloss die Bun-

destagsfraktion der FDP die Einführung einer privaten Pflegepflichtversicherung, was von der Parteiführung unterstützt wurde (vgl. Meyer 1996, 289ff.; Pihan 1996, 96f.). Konkret entwickelte die FDP zusammen mit der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) ein eigenes Modell, das sog. „Zwei-Komponenten-Modell" mit einer privaten Versicherungspflicht für über 25-Jährige und einem Übergangsfonds für die über 60-Jährigen (vgl. Meyer 1996, 239f.).

Trotz des Aufeinander-Zugehens lagen die 'abgespeckte' Versicherungslösung und die private Pflegepflichtversicherung inhaltlich noch weit auseinander. Daher fanden die Koalitionspartner in den darauffolgenden Monaten weder einen inhaltlichen Kompromiss noch gelang es einer Partei, sich mit ihrer Position durchzusetzen (vgl. Meyer 1996, 317f.). Eine Einigung mit dem Koalitionspartner war jedoch notwendig, denn Kanzler *Kohl* hatte deutlich gemacht, dass er die Koalition nicht wegen der Pflegefrage zerbrechen lassen würde (vgl. Meyer 1996, 315). Auch ein Anfang des Jahres 1992 entwickeltes Kompromissmodell des sozialpolitischen Sprechers der Union, *Louven*, das eine private Absicherung für die Jüngeren und eine soziale Pflegeversicherung für die Erwerbstätigen und Älteren vorsah, wurde aufgrund der „Lastenverschiebung auf kommende Generationen" (Meyer 1996, 317) wieder verworfen. Eine inhaltliche Annäherung der beiden Positionen (private Absicherung versus Sozialversicherung) schien nicht möglich; eine Partei musste ihre Position aufgeben. Die FDP konnte ihre Position zwar machtpolitisch nicht durchsetzen, wohl aber verhindern, dass die Sozialversicherungslösung (wenn überhaupt) zügig durchgesetzt würde. Zudem konnte die FDP mit dem Status Quo besser leben als die Union, von der man eine Lösung der Pflegeproblematik erwartete, v.a. weil die SPD ihre Position inhaltlich bereits zu einem Gesetzentwurf weiterentwickelt hatte (vgl. Meyer 1996, 318). *Meyer* (1996, 319) spricht von einer „machtpolitischen Patt-Konstellation" zwischen den beiden Koalitionspartnern. In dieser Phase fanden im Frühjahr 1992 Landtagswahlen in Baden-Württemberg und in Schleswig-Holstein statt, die mit Verlusten für die beiden Regierungsparteien einhergingen. Kanzler *Kohl* kam zu der Überzeugung, dass die im Koalitionsvertrag und von ihm mehrfach mündlich angekündigte Einigung in der Pflegefrage nun notwendig sei. Die koalitionsinterne Einigung im Mai 1992 unter dem Vorsitz des Bundeskanzlers gelang letztendlich aufgrund der, zum Teil unerwartet eingetretenen Schwäche der FDP. Die FDP war zu diesem Zeitpunkt aufgrund innerparteilicher Querelen um die Spitzenplätze und der Wahlniederlagen so geschwächt, dass sie ihren generellen Widerstand gegen eine Sozialversicherungslösung aufgab. Es gelang ihr aber dennoch durchzusetzen, dass der Arbeitgeberanteil zur Pflegeversicherung zu hundert Prozent kompensiert werden musste, z.B. durch die Einführung eines

Karenztages bei der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Allerdings herrschte auch im Unionslager Einigkeit darüber, dass die Wirtschaft nicht infolge des Pflegeversicherungsgesetzes finanziell belastet werden dürfe. Die Debatte um den 'Standort Deutschland' lief zu diesem Zeitpunkt auf Hochtouren (vgl. Meyer 1996, 163f.; 319ff.; Sebald 2000, 178ff.; Behning 1999, 187).

Inhaltlich knüpft hier die zweite Konfliktlinie, die die Debatte zwischen Mitte 1992 und Frühjahr 1994 prägte, direkt an. Nach dem gefundenen Kompromiss zwischen CDU/CSU und FPD ging es nun in den Auseinandersetzungen zwischen der Regierungskoalition und der SPD insbesondere um die Frage der Kompensation des Arbeitgeberbeitrags. Aufgrund der Kompensationsfrage stand die Einführung der sozialen Pflegeversicherung erneut kurz vor dem Scheitern, denn die SPD war nicht nur die stärkste Oppositionspartei im Bundestag, sie stellte mittlerweile auch die Mehrheit im Bundesrat. Diskutiert wurde neben der Karenztageregelung (auch als Wahl zwischen einem Karenztag und einem Urlaubstag) zudem die Streichung eines Feiertags. Beides lehnte die SPD kategorisch ab, ersteres v.a. als Eingriff in die Tarifautonomie (vgl. Meyer 1996, 166ff.; 324ff.; Sebald 2000, 181).

In den anderen inhaltlichen Fragen waren Kompromisse zwischen der SPD und der Regierungskoalition möglich. So hatten beispielsweise bereits in der ersten Hälfte des Jahres 1991 Gespräche zwischen den SPD-regierten Bundesländern und dem Bundesarbeitsministerium stattgefunden. Hier hatte man sich schnell auf eine Versicherungslösung geeinigt. Differenzen bestanden nur in wenigen Punkten (vgl. Behning 1999, 184). Während die SPD-regierten Bundesländer daraufhin zusammen mit der SPD-Bundestagsfraktion einen Gesetzentwurf für eine Pflegeversicherung ausarbeiteten und im Herbst 1991 in den Bundesrat und dann in den Bundestag einbrachten, hielt sich das Bundesarbeitsministerium zurück, weil zu diesem Zeitpunkt noch kein Kompromiss mit der FDP gefunden worden war (vgl. Behning 1999, 186f.). Die SPD trieb die Einführung einer Pflegeversicherung politisch voran, indem sie eine Sachverständigenanhörung im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung beantragte und durchführte. Die inhaltliche Diskussion brach jedoch ab, als der Koalitionsbeschluss mit der Karenztageregelung bekannt wurde. „Es wird nicht mehr aktiv für eine Pflegeversicherung gestritten, sondern defensiv gegen eine Pflegeversicherung gekämpft, die ausschließlich von ArbeitnehmerInnen [...] finanziert werden soll." (Behning 1999, 188; vgl. auch Meyer 1996, 324f.) Die SPD sah zum einen keine Notwendigkeit einer Kompensation des Arbeitgeberbeitrags, zum anderen war sie aufgrund ihrer politischen Nähe zu den Gewerkschaften nicht geneigt, an dieser Stelle Kompromisse ein-

zugehen (vgl. Meyer 1996, 329). Im Arbeitsministerium arbeitete man daher, in Rücksprache mit den Länderregierungen (auch den SPD-geführten), bereits an Alternativen, wie der Streichung eines oder mehrerer Feiertage.

Es dauerte jedoch bis Mitte 1993, bis die Regierungskoalition ihren Gesetzentwurf im Bundestag einreichte. Als Grund für diese Verzögerung nennt *Behning* (1999, 189) die bevorstehende Bundestagswahl. Die Regierung befürchtete, dass die Einführung einer Pflegeversicherung der SPD zugeschrieben würde. *Meyer* (1996, 329ff.) hält dagegen eher die Suche nach Alternativen zur Karenztageregelung im Bundesarbeitsministerium und die Blockade der FPD diesbezüglich für die Gründe für den verspäteten Gesetzentwurf.

Die Regierungskoalition einigte sich schließlich darauf, dass Beschäftigte entweder auf einen Urlaubstag oder auf die Lohnfortzahlung am ersten Krankheitstag verzichten sollten. Die Einführung der Pflegeversicherung und die Karenztagereglung sollten gleichzeitig in Kraft treten (Junktim). Dieser Koalitionsbeschluss sollte dazu dienen, die FDP für die Pflegeversicherung zu gewinnen, wobei allen politischen Akteuren klar war, dass die SPD Widerstand leisten würde. Die Unions-Befürworter/innen hofften, dass sich im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses eine Alternative zur Karenztageregelung finden würde, während die FDP kalkulierte, dass das Pflegeversicherungsprojekt auf diese Weise doch noch komplett scheitern könnte (vgl. Meyer 1996, 333ff.).

In der Verbändeanhörung im Herbst 1992 stieß die Karenztageregelung auf einhellige Ablehnung. Der Koalitionsregierung blieb nichts anderes übrig, als die geplante Kompensationsregelung zur Disposition zu stellen. Das war der Moment, an dem offiziell die Verhandlungen zwischen der konservativ-liberalen Regierung und der SPD begannen. Die SPD war bereit, als Kompensation des Arbeitgeberbeitrags der Streichung von Feiertagen zuzustimmen, forderte aber im Gegenzug die Integration der Beamten und Beamtinnen sowie der Selbständigen, die Verbesserung der Pflegeleistungen, die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die stärkere Integration der Kommunen und Länder in die Bedarfsplanung – kurz: sie forderte alles das, was die FDP gerade der CDU/CSU abgerungen hatte. In dieser Situation fand erneut eine Verbändeanhörung im federführenden Ausschuss statt, in der v.a. Leistungsausweitungen gefordert wurden. Die FPD fürchtete die Aufweichung des Kompromisses mit der CDU/CSU und brachte diese dazu, die gerade aufgenommenen Gespräche mit der SPD wieder abzubrechen bzw. auf die offizielle Verhandlungsphase im Bundesrat zu verschieben. Die Koalition verabschiedete sich aber auch ohne Einigung mit der SPD von der Karenztageregelung und ersetzte sie durch eine 20%ige Lohnkürzung an zehn Feiertagen. Wahlweise sollten sich die Beschäftigen stattdessen zwei

Urlaubstage anrechnen lassen können. Die SPD lehnte auch diese neue Variante der Reform des Entgeltfortzahlungsgesetzes öffentlich ab. Sowohl das Entgeltfortzahlungsgesetz als auch das Pflegeversicherungsgesetz fanden im Bundesrat keine Mehrheit, woraufhin das erste Vermittlungsverfahren begann (vgl. Meyer 1996, 340ff.; Behning 1999, 191; Pihan 1996, 114f.).

In der ersten Sitzung des Vermittlungsausschusses entschied man sich zum einen für die Einsetzung einer Schlichtungskommission, die sich aus Sozialexpert/innen der Parteien zusammensetzte, zum anderen für Gespräche zwischen den Parteivorsitzenden. Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens kam die Koalition der SPD in der Frage der Beteiligung der Länder entgehen. Sie sollten für die Finanzierung der Investitionskosten zuständig sein. Auch der Erhöhung der Pflegeleistungen stimmte die Koalition zu. Im Gegenzug akzeptierte die SPD das Budgetprinzip, die niedrigere Beitragsbemessungsgrenze und den höheren Beitragssatz von 1,7%. Im Hinblick auf die Kompensationsregelung fand man jedoch keine Einigung. Die SPD bot die Streichung eines Feiertags an, die Koalitionäre bestanden auf der Streichung von zwei Feiertagen. Wie bereits dargestellt, scheiterte das erste Vermittlungsverfahren an der fehlenden Zustimmung im Bundesrat (vgl. Meyer 1996, 358ff.; Sebald 2000, 186; Pihan 1996, 114f.).

Da die inhaltlichen Differenzen der Ausgestaltung der Pflegeversicherung schnell geklärt werden konnten, drehte sich im zweiten Vermittlungsverfahren alles um die Kompensationsfrage. Die SPD schlug einen Stufenplan vor. Zunächst sollte ein Feiertag gestrichen werden. Sollte die Streichung nicht ausreichen, um den Arbeitgeberbeitrag zu kompensieren, sollte ein weiterer Feiertag gestrichen werden. Die Prüfung sollte nach zwei Jahren erfolgen. Die Koalition wollte dagegen die Pflegeversicherung in zwei Stufen einführen (erst ambulante, dann stationäre Leistungen) und bei jeder Stufe einen Feiertag streichen. Es folgten diverse Vorschläge an Feiertagsstreichungs- und Verlegungsmodellen, die aber alle nicht die erforderliche Mehrheit erhielten. Die Koalition einigte sich darauf, als Kompromiss anzubieten, dass erst mit der Einführung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung im Jahr 1996 überprüft würde, ob die Streichung eines zweiten Feiertags notwendig sei. Aufgrund von Meinungsverschiedenheiten innerhalb der SPD vertagte sich der Vermittlungsausschuss am 25.02. In der SPD standen sich der Sozialexperte *Dreßler*, der den Vorschlag der Koalition nicht annehmen wollte, und der Kanzlerkandidat *Rudolf Scharping*, der kompromissbereit war, gegenüber. Letzterer setzte sich letztendlich parteiintern durch, v.a. weil sein Ansehen als Kanzlerkandidat beschädigt worden wäre, wenn er sich parteiintern nicht hätte durchsetzen können (vgl. Meyer 1996, 368ff.).

Zwischen dem 07.-10.03. trafen sich die Parteispitzen von CDU, CSU, FDP und SPD und handelten den Pflegekompromiss aus. Der Zeitpunkt der Einführung der ersten Stufe der Pflegeversicherung wurde auf den 01.04.1995 verschoben. Die SPD akzeptierte die Forderung der CDU, dass ein Bundesland, das keinen Feiertag abschaffen möchte, die Möglichkeit erhält, den Arbeitgeberbeitrag von den Versicherten einzuziehen. Im Gegenzug wurden alle Eingriffe in die Tarifautonomie verworfen und die Pflegeleistungen nochmal erhöht. Dieser Kompromiss wurde schließlich umgesetzt.

Die Analyse der parteipolitischen Konfliktlinien im Prozesses der Einführung der sozialen Pflegeversicherung zeigt, dass sich hier zwei Vetospieler-Punkte überlappen: die (Parteien der) Regierungskoalition einerseits sowie der Bundesrat andererseits. Sowohl auf der (koalitions-)regierungsinternen als auch auf der föderalen Konfliktlinie musste eine Einigung erzielt werden, um das Pflegeversicherungsgesetz zu verabschieden. In der konkreten Aushandlungsphase zwischen 1990 und 1994 überlappten sich diese beiden Vetospieler-Punkte mehrfach: die CDU/CSU, die die Regierung anführte, musste sich zum einen mit dem kleineren Koalitionspartner FDP einigen, andererseits aber auch mit der SPD(-Opposition), denn die SPD-regierten Bundesländer stellten die Mehrheit im Bundesrat. Die Kompromisse, die die CDU/CSU jeweils aushandelte, wurden dabei mehrfach brüchig, sobald der nächste Vetospieler (wieder) mit ins Boot geholt werden musste (vgl. Lessenich 2003, 223).

10.2.3.2 Der Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Kontext des sozio-politischen Akteursspektrums

Die (zivil-)gesellschaftlichen Akteure, die ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Einführung der Pflegeversicherung spielten, präsentierten ihre Positionen im Rahmen der öffentlichen Debatte (vgl. Nachweise bei Sebald 2000; Meyer 1996, 179ff.) und in den Verbändeanhörungen im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung (vgl. BT-Drs. 12/5952 1993). Zudem hatten sie einen direkten Einfluss auf die parteipolitischen Ausgestaltungen der Pflegeversicherungsentwürfe. Die wichtigsten sozio-politischen Akteure und ihre Positionen (und gegebenenfalls ihr Wandel) werden im Folgenden dargestellt, wobei die politischen Akteure sich nicht auf die Parteien beziehen, deren Positionen bereits im vorherigen Kapitel dargestellt wurden, sondern auf die Kostenträger.

Auf der Seite der Kostenträger sind die Krankenkassen und die Sozialhilfeträger wichtige Akteure im Gesetzgebungsprozess. Die Vertreter/innen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (z.B. der AOK-Bundesverband, der Bundesverband der Betriebskrankenkassen oder der Verband der Arbeiter-Er-

satzkassen) sprachen sich zunächst gegen die Einführung einer Pflegeversicherung aus, v.a., weil sie kein Interesse daran hatten, die Verwaltung und Organisation einer neuen Pflegeversicherung zu übernehmen. Sie plädierten für eine strikte Trennung zwischen der Absicherung im Krankheitsfall und der Absicherung im Falle von Pflegebedürftigkeit. Zu Beginn der Diskussion in den 1980er Jahren plädierten sie stattdessen für eine steuerfinanzierte Lösung. Im Zuge der Diskussion des *Blüm'schen* Versicherungsmodells gaben sie ihre ablehnende Haltung jedoch auf und unterstützten das umlagefinanzierte Modell. Insbesondere die Deckelung der Leistungen beruhigte die Krankenkassenverbände, die daraufhin ihre Bedenken gegenüber unkalkulierbaren Pflegekosten aufgaben (vgl. Meyer 1996, 221ff.). In der Anhörung im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung wiesen die Spitzenverbände der Krankenkassen allerdings darauf hin, dass die Ausgaben der Pflegekassen nicht nur von der Höhe der Leistungsvergütung abhingen, sondern auch von der Zahl der Pflegebedürftigen. „Der Leistungsbedarf könne sich unabhängig von den Beitragseinnahmen der Pflegekassen entwickeln." (BT-Drs. 12/5952 1993, 14) Die Einführung von Wettbewerbselementen auf der Seite der Leistungserbringer wurde von den Krankenkassen begrüßt, weil sie hier Wirtschaftlichkeitsreserven vermuteten. Die Krankenkassenverbände konnten sich im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses in vielen Punkten durchsetzen; lediglich im Hinblick auf die Festlegung des Beitragssatzes und die finanziellen Mittel für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags mussten sie abweichende Regelungen hinnehmen (vgl. Meyer 1996, 221f.; Sebald 2000, 175ff.; Pihan 1996, 93).

Wie die Krankenversicherungen, so sind auch die Kommunen (die kreisfreien Städte und Landkreise) und die Länder als Kostenträger der Sozialhilfe direkt von der Pflegereform betroffen. Im Folgenden stehen die Kommunen im Zentrum, weil die Länder in höherem Maße parteipolitisch überformte Positionen in der Debatte einnahmen, wie bereits gezeigt wurde. Sie können daher nicht als *ein* eigenständig agierender politischer Akteur betrachtet werden und ihre Positionen wurden bereits im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses erläutert. Die Kommunen dagegen verstehen sich – abgesehen von ihrer Rolle als Träger der örtlichen Sozialhilfe – einerseits als Interessensvertretungen ihrer älteren bzw. pflegebedürftigen Bürger/innen, sie fühlen sich aber andererseits ihren steuer- bzw. beitragszahlenden Bürger/innen verpflichtet. Sprachrohre der Kommunen waren der Deutsche Städtetag (DST), der Deutsche Landkreistag (DLT) und der Deutsche Städte- und Gemeindebund (DStGB), die zusammen die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände bilden. Zu nennen sind weiterhin die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger sowie der

Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (DV), in dem sowohl die Wohlfahrtsverbände als auch die Sozialhilfeträger organisiert sind und der in der Pflegedebatte eine wichtige Rolle als *Think-Tank* spielte. Der DV hatte bereits in den 1980er Jahren den Vorschlag einer Pflegeversicherung unter dem Dach der Krankenversicherung ins Gespräch gebracht, der von den kommunalen Verbänden und den Wohlfahrtsverbänden getragen wurde (vgl. Meyer 1996, 210ff.; Behning 1999, 146ff.; Pihan 1996, 96). Dementsprechend befürworteten die kommunalen Verbände das Sozialversicherungsmodell (vgl. BT-Drs. 12/5952 1993, 11). Ein Pflegeleistungsgesetz lehnten sie ab, weil sie fürchteten, dass hier leicht(er) Kürzungen vorgenommen werden könnten. Im Rahmen der Pflegereformverhandlungen bestand eine der wichtigsten inhaltlichen Konfliktlinien zwischen den Kommunen und Ländern einerseits und dem Bund andererseits. Die Kommunen plädierten für eine Kostenentlastung und eine gerechtere Kostenverteilung sowie das 'Herausholen' der Pflegebedürftigen aus der Sozialhilfe, der Bund setzte dagegen aus Kostengründen auf eine Grundsicherung mit ergänzenden Sozialhilfeansprüchen. Auch wenn die Positionen der Kommunen nicht in jedem Punkt durchgesetzt wurden, konnten sie insgesamt mit den Ergebnissen der Reform zufrieden sein, denn die Sozialhilfeausgaben sanken infolgedessen deutlich (vgl. Meyer 1996, 210ff.; Pihan 1996, 96).

Etwas anders sieht das Ergebnis der Reform aus der Sicht der Wohlfahrtsverbände aus. Die Wohlfahrtsverbände, zu denen der Deutsche Caritasverband, das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland, die Arbeiterwohlfahrt (AWO), das Deutsche Rote Kreuz (DRK) sowie der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband (DPWV, heute: der Paritätische) zählen, verstanden sich als Interessenvertretung der Pflegebedürftigen. Auf nationaler Ebene waren die Wohlfahrtsverbände in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zusammengeschlossen. Gleichzeitig waren die Wohlfahrtverbände selbst von dem Gesetz betroffen. Sie agierten demnach auch aus einem eigenen institutionellen Interesse heraus, und sie mussten zudem die Folgen der Reform für ihre Beschäftigten im Blick haben. Daraus ergab sich zunächst einmal eine ablehnende Position gegenüber privaten Absicherungsformen auf der Basis des Kapitaldeckungsverfahrens. Im Rahmen der Ausdehnung wohlfahrtsstaatlicher Ressourcen im Pflegebereich war dagegen eine deutliche Ausweitung des eigenen Einflussbereichs zu erwarten, v.a. aufgrund des Subsidiaritätsprinzips, wonach die freie Wohlfahrtspflege vorrangig gegenüber öffentlichen Trägern zu behandeln ist (vgl. Meyer 1996, 181ff.). Aus diesem Grund sprachen sich die Wohlfahrtverbände auch gegen steuerfinanzierte Versorgungsmodelle aus, in denen Geldleistungen ausgezahlt würden. In diesem Fall hätten sie ihre führende

Rolle als Anbieter sozialer Dienste und Heime unter Umständen eingebüßt. Auch die Deregulierung des Pflegemarktes, um private Anbieter zu fördern bzw. mit den Wohlfahrtsverbänden gleichzustellen, lehnten die Wohlfahrtsverbände ab (vgl. Schneider 1999, 46). Sie traten demgegenüber für eine solidarische Pflegeversicherung, den Ausbau der pflegerischen Infrastruktur und für bedarfsdeckende Leistungen ein. Die Stärkung der häuslichen Pflege unterstützten sie in Bezug auf die ambulante Pflege, weniger im Hinblick auf die Unterstützung familiär Pflegender (vgl. Meyer 1996, 184ff.). Die Sozialversicherungslösung und die Leistungsausweitungen setzten sich zwar im Reformprozess durch, aber durch das Budgetprinzip und die Konkurrenz zu den privaten Anbietern wurden die etablierten korporatistischen Strukturen empfindlich gestört, wenn nicht gar beseitigt. *Meyer* sieht die Wohlfahrtsverbände daher „auf der Verliererseite" (Meyer 1996, 192).

Demgegenüber konnten die Verbände der privaten Anbieter sozialer Dienste ihre Interessen im Rahmen der Einführung der Pflegeversicherung weitgehend durchsetzen. Da es vor der Einführung der Pflegeversicherung kaum private Anbieter ambulanter Dienste gab, existierte auch kein Dachverband. Erst im Jahr 1993 gründete sich der Arbeitgeberverband ambulanter Pflegedienste (AVaP). Einflussreicher waren die stationären Anbieter privater Pflegeleistungen, die sich im Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime (BPA) zusammengeschlossen hatten. Die privaten Anbieter kämpften für die Gleichstellung mit den freigemeinnützigen Trägern, um mehr Marktanteile zu bekommen, und begründeten dies mit ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteilen der Wohlfahrtsverbände und der Verbesserung der Wahlmöglichkeiten der Pflegebedürftigen. Ähnlich wie die Wohlfahrtsverbände setzten sich die privaten Anbieter für eine Versicherungslösung ein (entweder in Form einer privaten Pflegepflichtversicherung oder einer solidarischen Sozialversicherung), von der sie sich eine bessere Finanzierung ihrer Leistungen versprachen (vgl. Meyer 1996, 202ff.). Durch die Gleichstellung mit den freigemeinnützigen Trägern profitierten die privaten Anbieter von Pflegeleistungen enorm von der Pflegereform.

Ähnlich erfolgreich war die Versicherungswirtschaft, zu der zum einen die Anbieter privater Krankenversicherungen und zum anderen die großen (Lebens-)Versicherungsunternehmen zählten. Mitte der 1980er Jahre begannen die Versicherungsunternehmen, auf Initiative von Arbeitsminister *Blüm*, Pflegekostenversicherungen, Pflegetagegeldversicherungen und Pflegerentenversicherungen anzubieten. Die Versicherungswirtschaft blieb allerdings skeptisch in Bezug auf den Erfolg dieser Produkte, denn es erfolgte keine steuerliche Subventionierung der Pflegevorsorgeversicherungen. Stattdessen riss die Debatte um

eine – wie auch immer geartete – gesellschaftliche Übernahme der Pflegekosten nicht ab, was die private Absicherungsbereitschaft in der Bevölkerung verringerte. Die Versicherungswirtschaft plädierte zunächst für freiwillige private Pflegeversicherungen mit staatlicher Förderung, schwenkte Anfang der 1990er Jahre unter dem Einfluss der FDP aber um und befürwortete eine private Pflegepflichtversicherung auf der Basis des Kapitaldeckungsverfahrens (vgl. Meyer 1996, 230ff.). Diese Position vertraten sie auch im Anhörungsverfahren im Rahmen des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (vgl. BT-Drs. 12/5952 1993, 12). Eine solidarische Pflegeversicherung lehnte die Versicherungswirtschaft kategorisch ab. In Zusammenarbeit mit der FPD erarbeiteten die Versicherungsverbände das Modell 'Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung', um die Grenze zwischen privat und gesetzlich Krankenversicherten nicht aufzuweichen. Insbesondere der SPD-Gesetzentwurf mit der höheren Beitragsbemessungsgrenze sollte nach Ansicht der Versicherungsbranche verhindert werden. Mit dem eigenen Modell waren die Versicherungsunternehmen in den Koalitionsverhandlungen und auch im Reformprozess erfolgreich (vgl. Meyer 1996, 230ff.). Die Erfolge der FDP waren inhaltlich deckungsgleich mit den Interessen der Versicherungswirtschaft.

Die Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbände, hier v.a. der Deutsche Industrie- und Handelstag (DIHT), der Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH), der Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) sowie die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), einte die Ablehnung einer solidarischen Pflegeversicherung – eine Position, mit der sie sich letztendlich nicht durchsetzen konnten. Gründe für die Ablehnung des Sozialversicherungsmodells waren die Befürchtung steigender Lohnnebenkosten. Stattdessen favorisierten die Arbeitgeber- und die Wirtschaftsverbände – zusammen mit der FDP – das Modell der privaten Absicherung, zuerst auf freiwilliger Basis, später in der Pflichtversicherungsvariante (vgl. Meyer 1996, 236ff.). Die BDA und der ZDH vertraten das Modell in den Anhörungen im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung (vgl. BT-Drs. 12/5952 1993, 11). Als die FDP das von der BDA (mit-)entwickelte „Zwei-Komponenten-Modell" in den Koalitionsverhandlungen nicht durchsetzen konnte, konzentrierten die Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbände ihre Energie auf die Verhinderung steigender Arbeitgeberbeiträge, also auf die Kompensationsfrage (vgl. BT-Drs. 12/5952 1993, 13). Dabei hegten sie die Hoffnung, dass man sich politisch nicht auf ein Modell einigen konnte und die soziale Pflegeversicherung doch noch gänzlich scheiterte (vgl. Meyer 1996, 236ff.). Da dies nicht der Fall war, zählt *Meyer* die Arbeitgeber zu den Verlierern der Pflegereform (vgl. Meyer 1996, 243). Aufgrund der Durchsetzung der Kompensation des Arbeitgeberbeitrags stimme ich dieser Interpretation allerdings nur eingeschränkt zu.

Als Gegenspieler zu den Arbeitgeberverbänden fungierten die Gewerkschaften, zu denen neben den 16 Einzelgewerkschaften auch deren Dachverband, der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB), zählte. Erwähnt werden muss zudem die Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV, eine der Vorgängerorganisationen von ver.di), die stark an der Debatte beteiligt war, weil sie die Interessen der beruflich Pflegenden vertrat. Generell traten die Gewerkschaftsverbände für eine gesellschaftliche Absicherung des Pflegerisikos ein. Dabei mussten mehrere – teilweise konfligierende – Interessen berücksichtigt werden: die Interessen der Beschäftigten an niedrigen Beiträgen, die Interessen der Pflegebedürftigen an ausreichenden Leistungen und die Interessen der beruflich Pflegenden an einem besseren Personalschlüssel und höheren Löhnen. Anfang der 1980er Jahre plädierten die Gewerkschaften für die Übernahme der Pflegekosten durch die Krankenversicherung. Die Pflegepolitik der konservativ-liberalen Regierung lehnten die Gewerkschaften ab, v.a., weil sie die Pflegekosten und -verantwortung bei den Individuen und deren Familien beließ (häusliche Pflege plus Eigenvorsorge). Die Alternativvorschläge der Gewerkschaften variierten in den 1980er Jahren zwischen einer Integration des Pflegerisikos in die Krankenversicherung, der Einführung einer Pflegeversicherung und einer steuerfinanzierten Lösung (vgl. Meyer 1996, 243ff.). Erst im Jahr 1992 legte sich das Gewerkschaftslager auf die Versicherungslösung fest, also auf die von Arbeitsminister *Blüm* und der SPD favorisierte Variante. Im Rahmen der Anhörung im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung kritisierte der DGB das niedrige Leistungsniveau, die Gewährung (nur) einer Grundversorgung sowie die zu niedrige Beitragsbemessungsgrenze (vgl. BT-Drs. 12/5952 1993, 11ff.). Dabei entstanden Differenzen zwischen dem DGB und der Gewerkschaft ÖTV, da letztere stärker auf Leistungsverbesserungen für die beruflich Pflegenden pochte und daher für die Einbeziehung aller Erwerbstätigen in die Pflegeversicherung eintrat, also auch die Beamten und Beamtinnen sowie die Selbständigen. Die Gewerkschaften akzeptierten letztendlich die Ausgestaltung der Pflegeversicherung, nicht allerdings die Kompensation des Arbeitgeberbeitrags. An dieser Stelle konnten sie sich letztendlich nicht durchsetzen (vgl. Meyer 1996, 243ff.).

Wenig Einfluss auf den Gesetzgebungsprozess hatten die Pflegeberufe (außer durch die ÖTV) sowie die Pflegebedürftigen selbst. Beide Gruppen waren nicht ausreichend organisiert, um ihre Interessen einzubringen (vgl. Schneider 1999, 50). Dasselbe gilt für die häuslich Pflegenden. Anders als in Großbritannien existierte in Deutschland kein einflussreicher Interessenverband im Bereich der Angehörigenpflege und auch die Wohlfahrtsverbände nahmen in diesem Fall weniger ihre anwaltschaftliche Funktion in Bezug auf die häuslich Pflegenden ein.

Lediglich die Verbände der Ärzte und Ärztinnen fanden Gehör, denn hier handelt es sich um einflussreiche Lobbyorganisationen in Deutschland. Zu nennen sind hier die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), in der alle Kassenärzte und -ärztinnen Mitglied sind, der Marburger Bund (MB), der v.a. die angestellte und verbeamtete Ärzteschaft vertritt, sowie der Hartmannbund und der NAV-Virchowbund als Vertretungsorgane der gesamten Ärzteschaft. Auch die privatrechtlich organisierte Bundesärztekammer und die öffentlich-rechtlichen Landesärztekammern sind an dieser Stelle zu erwähnen. Die Ärzteverbände sprachen sich zunächst gegen eine Pflegeversicherung unter dem Dach der Krankenversicherung aus. Sie befürchteten Verschlechterungen ihrer Verdienstmöglichkeiten, wenn unter dem Dach der Krankenversicherung zusätzlich die Pflegekosten finanziert werden müssten. Sie forderten in den 1980er Jahren stattdessen ein Leistungsgesetz und unterstützten die Idee der privaten Absicherung im Pflegefall (vgl. Meyer 1996, 205ff.; Pihan 1996, 82; 93). Nach dem Einschwenken der CDU/CSU auf die Sozialversicherungslösung vollzogen auch die Ärzteverbände Anfang der 1990er Jahre einen Wandel und schlossen sich dieser Variante an. Im Rahmen der Verbändeanhörung im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung begrüßte die KBV den Gesetzentwurf der SPD. An dem Gesetzentwurf der Koalition kritisierte sie die Einstufung der Pflegebedürftigen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). An dieser Aufgabe sollten die Hausärzte und -ärztinnen beteiligt werden, so der kassenärztliche Dachverband (vgl. BT-Drs. 12/5952 1993, 12ff.). Eine private Pflichtversicherung lehnte die KBV aufgrund der Nachteile des Kapitaldeckungsverfahrens ab. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens setzten sie sich aus oben genannten Gründen insbesondere für die finanzielle Trennung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung ein (vgl. Meyer 1996, 205ff.).

10.2.4 Der Stellenwert der Pflegearbeit in der Debatte um die Einführung der sozialen Pflegeversicherung

Auch in Deutschland spielten Aspekte der Pflegearbeit in der Debatte und im Gesetzgebungsprozess eine untergeordnete Rolle, insbesondere die berufliche Pflegearbeit. Politisch wurde v.a. der drohende Rückgang des häuslichen, d.h. weiblichen Pflegepotentials thematisiert und diskutiert. Die häuslich-informelle Pflege galt als Königsweg für die Regierungskoalition und wurde in dem Grundsatz „ambulant vor stationär" auch gesetzlich festgeschrieben. Dabei wurde – neben dem Kostenargument, das die FDP betonte – auch auf die Qualität der häuslich-informellen Pflege verwiesen. Diese galt als „menschenwürdiger" (Meyer 1996, 67; vgl. auch Lessenich 2003, 219f.). An einigen Stellen der Parlamentsde-

batte tauchten die häuslich pflegenden Frauen auch explizit auf. Zunächst wurde ihre familiäre Pflegeleistung hervorgehoben:

> „Die *häusliche Pflege* besorgen die Frauen. Für diese hat die herkömmliche Männergesellschaft die häuslichen Pflegedienste reserviert. Oft sind es die älteren Frauen, die unter Aufbringung ihrer letzten Kräfte ihren Ehemann so lange pflegen, bis sie selber pflegebedürftig sind. Die jungen Frauen, die sich für ihre Angehörigen opfern, können nicht erwerbstätig werden und werden deshalb im Alter selber Sozialhilfeempfänger. Der Sozialstaat behandelt die Samariter schäbig. Ist das richtig?" (Blüm: BT-Pl.Pr. 12/168 1993, 14440, Herv. i. O.)

Oder:

> „Es sind vor allem die *Frauen*, die Ehefrauen, die Mütter, die Töchter und die Schwiegertöchter, die teilweise über Jahre, oft rund um die Uhr, eine enorme physische und psychische Leistung erbringen. [...] Die *Frauen* haben heute im Fall der Pflege drei *Nachteile* zu ertragen: Erstens verzichten sie während der Pflegezeit im wesentlichen auf eigenes Erwerbseinkommen, zweitens haben sie kaum Freizeit und Urlaub, und drittens können sie in dieser Zeit nach jetziger Rechtslage keine Rentenanwartschaften erwerben." (Hasselfeldt: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15836, Herv. i. O.)

Im nächsten Schritt hoben die Abgeordneten der Koalitionsparteien die Einführung eines Pflegegeldes und die sozialversicherungsrechtliche Absicherung der häuslichen Pflegeperson hervor (vgl. Solms: BT-Pl.Pr. 12/168 1993, 14434). Aufgrund der pflegerischen Leistungen der Frauen sei, so die CSU-Politikerin *Hasselfeldt*, die Einführung eines Pflegegeldes und die „Einbeziehung der häuslichen Pflegekräfte in die Unfall- und die Rentenversicherung, und zwar auch für diejenigen, die bis zu 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind", wichtig (Hasselfeldt: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15836). Die Pflegegeldleistungen sollten dabei nicht nur der Anerkennung der Pflegearbeit, sondern auch deren Förderung dienen (vgl. Behning 1999, 209).

Anders als die Regierungskoalition verwiesen die Abgeordneten der Oppositionsparteien auf die ungenügende Anerkennung und Wertschätzung der häuslichen Pflege. So kritisierte beispielsweise der PDS-Abgeordnete *Seifert* die geringe Höhe des Pflegegeldes. „Niemand darf deshalb arm werden, weil er oder sie – in der Regel sind das ja Frauen – diese schwere Arbeit leistet." (Seifert: BT-Pl. Pr. 12/183 1993, 15833) Auch der Grünen-Politiker *Weiß* setzte sich für bessere Pflegeleistungen ein.

> „*Familiäre Pflegeleistungen* können dieses Defizit [fehlende Alternativen zur Heimunterkunft, D.A.] nicht ausgleichen. Die unzähligen Frauen, die pflegebedürftige Angehörige betreuen und oftmals jenseits ihrer physischen und psychischen Leistungsfähigkeit große Opfer bringen, dürfen nicht länger zu Lückenbüßerinnen für die Versäumnisse der staatlichen Sozialpolitik gemacht werden.

> Es ist daher notwendig, die Pflegeversicherung von Anfang an so auszustatten, daß sie ihren Aufgaben gerecht werden kann." (Weiß: BT-Pl.Pr. 12/168 1993, 14438, Herv. i. O.)

Weiß, der in seiner Rede explizit auf die Frauen eingeht, plädiert insbesondere für höhere Rentenanwartschaften (vgl. Weiß: BT-Pl.Pr. 12/168 1993, 14459). Auch der nordrhein-westfälische Ministerpräsident und SPD-Abgeordnete *Müntefering* setzt sich für eine verbesserte Absicherung der häuslich Pflegenden ein. „Wir wollen denen [den häuslich Pflegenden, D.A.] helfen und wollen ihnen Unterstützung geben. Wir wollen Rentenversicherungsbeiträge, die nicht vom Grad der Bedürftigkeit abhängig sind." (Müntefering: BT-Pl.Pr. 12/168 1993, 14455)

Deutlich weniger Aufmerksamkeit erhielten die professionell pflegenden Frauen im Reformprozess. Obwohl ihre Erwerbssituation von der Einführung der Trägerkonkurrenz dezidiert betroffen war, fanden sie nur am Rande der Reformdebatte überhaupt Erwähnung.

> „Es muss uns alle betroffen machen, wie wenig diese Schwerstarbeit, die besonders von Frauen geleistet wird, in unserer Gesellschaft beachtet und anerkannt wird. Auch deshalb wäre es wichtig gewesen, eine Pflegeversicherung zu schaffen, die die Arbeit der Pflegerinnen und Pfleger angemessen vergütet und damit gewürdigt hätte." (Weiß: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15834)

Daher kritisierten Bündnis 90/Die Grünen die niedrig festgelegten Pflegesätze (vgl. Weiß: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15835). Zudem plädierte *Weiß* für die Aufwertung der professionellen Pflege, insbesondere durch die Vereinheitlichung der Ausbildung. Die Ausbildungskosten sollten über die Pflegeversicherung finanziert werden (vgl. Weiß: BT-Pl.Pr. 12/183 1993, 15835). Von den Verbänden setzte sich insbesondere die Gewerkschaft ÖTV im Rahmen der Anhörung im zuständigen Ausschuss für einen ausreichenden Qualifikationsgrad des Pflegepersonals ein (vgl. BT-Drs. 12/5952 1993, 13).

10.3 Die Auswirkungen der Einführung der sozialen Pflegeversicherung und die Weiterentwicklung der Altenpflege

Die soziale Pflegeversicherung trat 1995 nach über 20-jähriger kontroverser Diskussion als fünfte Säule des deutschen Sozialversicherungssystems in Kraft. Seitdem ist Pflegebedürftigkeit als soziales Risiko institutionell über eine beitragsfinanzierte Pflichtversicherung abgesichert. Neben der gesetzlichen Pflegeversicherung ist – analog zur Krankenversicherung – auch eine private Pflegever-

sicherung eingeführt worden. Die soziale Pflegeversicherung orientiert sich an der gesetzlichen Krankenversicherung, auch wenn weitreichende Unterschiede bestehen, die sich auf die institutionelle Struktur, die Art der Leistungsgewährung und die Ausgestaltung der Finanzierung beziehen. Im Folgenden wird zum einen auf die institutionelle Ausgestaltung und die Auswirkungen der sozialen Pflegeversicherung, v.a. hinsichtlich der Erfüllung der pflegepolitischen Ziele, genauer eingegangen, zum anderen wird die Weiterentwicklung im Pflegebereich dargestellt.

Anders als in Großbritannien und Schweden wurde in Deutschland mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung ein Zentralisierungsprozess eingeleitet, denn weitreichende pflegepolitische Entscheidungen werden seitdem auf der nationalen Ebene gefällt. Dazu zählen die Bestimmung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die Festlegung der Beiträge und des Leistungsspektrums sowie die Ausgestaltung der institutionellen Struktur der Pflegeversicherung inklusive der föderalen Aufgabenverteilung. Die Bundesländer sind seit der Einführung der Pflegeversicherung für die Bereitstellung einer leistungsfähigen und ausreichenden Versorgungsstruktur im Pflegebereich zuständig. D.h., die Ausstattung mit sozialen und pflegerischen Diensten und Einrichtungen ist nun im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung gesetzlich festgeschrieben (vgl. Gerlinger/Röber 2009, 70f.). Demgegenüber spielen die Kommunen, die vorher zentrale Akteure in der Altenhilfe waren, nun nur noch eine untergeordnete Rolle. Sie sollen zwar zusammen mit den Ländern, den Pflegeeinrichtungen und den Pflegekassen „eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre Versorgung der Bevölkerung gewährleisten" (§ 8 Abs. 2 SGB XI), aber eine Konkretisierung der Zusammenarbeit erfolgt im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes nicht.

Die Pflege- und die Krankenversicherung sind eng miteinander verbunden. Auch wenn die Pflegeversicherung formal eine eigenständige Versicherung ist, agiert sie unter dem Dach der Krankenversicherung. Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, die wiederum Teil der Krankenkassen sind. Die Pflegekassen tragen die Verantwortung für die Pflegeversorgung, indem sie mit den Pflegeeinrichtungen Versorgungsverträge abschließen (vgl. Roth 2000, 184ff.). Der Zugang zur sozialen Pflegeversicherung ist nicht universell, sondern an eine Erwerbstätigkeit gekoppelt. Nicht-erwerbstätige Familienmitglieder und eingetragene Lebenspartner/innen sind über den/die Hauptverdiener/in kostenlos mitversichert. Neben der gesetzlichen Pflegeversicherung wurde – analog zur Krankenversicherung – eine private Pflegeversicherung eingeführt. Wer privat krankenversichert ist, für den ist die private Pflegeversicherung zuständig (vgl.

Scheiwe 1997, 15ff.), wobei hier das Versicherungsprinzip insofern gestärkt wurde, als dass die Versicherungspflicht nun auch auf die private Pflegeversicherung übertragen wurde. Alle privat Krankenversicherten *müssen* sich pflegeversichern. Daher spricht *Lessenich* (2003, 224) von der Pflegeversicherung als einer „Volksversicherung" mit universellem Versicherungszwang. Daher auch heißt die Pflegeversicherung 'soziale' Pflegeversicherung.

Die Pflegeversicherung wird, wie die anderen Sozialversicherungen auch, im Umlageverfahren finanziert. Die Versicherten und die Arbeitgeber zahlen einkommensabhängige Beiträge, die durch die Beitragsbemessungsgrenze gedeckelt sind. Der Beitragssatz wird vom Gesetzgeber festgelegt, wodurch sich die Pflegeversicherung von der Krankenversicherung unterschied, denn Mitte der 1990er Jahre konnten die Krankenkassen ihren Beitragssatz noch eigenständig festlegen (vgl. Lessenich 2003, 224f.). Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung lag bei der Einführung der Pflegeversicherung zunächst bei 1%, ab Mitte 1996 dann bei 1,7%. Auf diesem Niveau verharrte er bis zur Einführung des Kinderberücksichtigungsgesetzes durch die rot-grüne Regierung im Jahr 2005. Seitdem zahlten Kinderlose einen Beitrag von 1,95%, wobei die kinderlosen abhängig Beschäftigten 1,1% zahlten, die Unternehmen dagegen weiter 0,85%.[56] Mit der Pflegereform der Großen Koalition aus dem Jahr 2008 wurde der Beitragssatz dann auf 1,95% angehoben. Dadurch stieg der Beitrag für Kinderlose auf 2,2%. Die konservativ-liberale Regierung erhöhte mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz aus dem Jahr 2012 den Beitragssatz erneut auf 2,05% (Kinderlose: 2,3%). Und die Große Koalition hat im Herbst 2014 einen weiteren Beitragssatzanstieg auf 2,35% (Kinderlose: 2,6%) verabschiedet, der seit Anfang 2015 gilt. Im Pflegestärkungsgesetz der Großen Koalition wurde 2015 beschlossen, dass der Beitragssatz ab 2017 nochmal um 0,2% auf 2,55% (Kinderlose: 2,8%) angehoben wird.

Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung erfolgt allerdings nicht, wie bei den anderen Sozialversicherungen (mit Ausnahme der Unfallversicherung), paritätisch. Die Unternehmen zahlen zwar – rein formal – die Hälfte des Beitrags, aber es wurde in allen Bundesländern (außer in Sachsen) ein Feiertag zur Finanzierung des Arbeitgeberanteils gestrichen. In Sachsen zahlen die Beschäftigen den gesamten Pflegeversicherungsbeitrag, woran man den Ausstieg der Arbeitgeber aus der paritätischen Beitragsfinanzierung deutlich erkennen kann (vgl. Lessenich 2003, 225).

---

56 Mit diesem Gesetz setzte die rot-grüne Regierung das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Besserstellung von Eltern gegenüber kinderlosen Beitragszahlenden um.

Im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung wurde nur eine „pauschalierte Grundsicherung" (Landenberger 1994, 326) oder ein „zweckgebundene[r] Pflegekostenzuschuss" (Meyer 1996, 120) oder eine „Teilkasko-Versicherung" (Lessenich 2003, 228) eingeführt. Im Sinne einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik legen die Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung das Ausgabenniveau – und damit die Höhe der Grundsicherung – fest. Auch die Pflegekassen müssen in den Vergütungsverhandlungen mit den Leistungserbringern auf den Aspekt der Beitragssatzstabilität achten. „Der politisch dekretierte Finanzspielraum des neuen Sozialversicherungszweigs setzte der Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises, der Breite des Leistungsspektrums sowie der Höhe des individuellen Leistungsbezuges quasi-natürliche Grenzen." (Lessenich 2003, 226)

Mit dem Budgetprinzip weicht die soziale Pflegeversicherung deutlich vom Bedarfsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung ab (vgl. Rüb 2003, 260f.). *Lessenich* (2003, 245) führt als Begründung den fehlenden Erwerbsarbeitsbezug der Pflegeversicherung an, der diese Abweichung möglich machte. Pflegebedürftige sollen weder dem Arbeitsmarkt wieder zugeführt noch soll deren Erwerbsarbeitsleistung honoriert werden. Die Begrenzung der Pflegeleistungen auf grundsicherndem Niveau dient v.a. der Kostenminimierung. Es wurde davon ausgegangen, dass die Einführung von Zuzahlungen zur geringeren Inanspruchnahme der stationären Pflege führen würde als die Vollfinanzierung (vgl. Meyer 1996, 67).

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde weiter ein stark körper- und tätigkeitsbezogenes Pflegebedürftigkeitskonzept institutionalisiert. Ausgehend von der Häufigkeit des Hilfebedarfs und der Zeit, die für grundpflegerische Tätigkeiten aufgebracht werden muss, werden Pflegebedürftige in eine von drei Pflegestufen (erheblich, schwer und schwerstpflegebedürftig) eingestuft (vgl. Schneider 1999, 52). Das Einstufungsverfahren sowie die Höhe der Leistung, der Pflegebedarf, werden auf nationalstaatlicher Ebene reguliert. Die Begutachtung der Pflegebedürftigen sowie die Einstufung werden vom MDK vorgenommen. Trotz nationalstaatlicher Regelung variiert der Anteil der Pflegebedürftigen an allen über 65-Jährigen je nach Bundesland. Privat versicherte Pflegebedürftige erhalten zudem – trotz gleicher rechtlicher Grundlage – leichter Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, und sie werden tendenziell eher in eine höhere Pflegestufe eingestuft und verfügen somit über höhere Leistungen (vgl. Burau u.a. 2007, 163).

Die eingestuften Pflegebedürftigen können zwischen häuslicher, ambulanter, teil- und vollstationärer Pflege wählen. Bei der häuslichen Pflege besteht zudem die Wahl zwischen Pflegegeld und/oder pauschalen Sachleistungen, bei der sta-

tionären Pflege werden Sachleistungspauschalen gewährt. Die Pauschalierung der Sachleistungen hebt sich deutlich vom Sachleistungsprinzip der Krankenversicherung ab (vgl. Roth 2000, 184). Die Einführung des Pflegegeldes dient der Förderung der häuslichen Pflegebereitschaft (vgl. Lessenich 2003, 231; Behning 1999, 209).

Während in der Pflegeversicherung gesetzlich definiert ist, wer pflegebedürftig ist und Leistungen erhält, entscheiden in der Krankenversicherung Ärzte bzw. Ärztinnen über die medizinische und medikamentöse Leistungsgewährung bei Krankheiten. Zudem ist weder das Pflegegeld als Existenzsicherung gedacht noch reichen die ambulanten und stationären Sachleistungen aus, um den gesamten Pflegebedarf abzudecken. Diese politisch gewollten „strukturellen Unterversorgungseffekte" (Lessenich 2003, 228) machen Zuzahlungen und/oder unentgeltliche informelle Pflegeleistungen erforderlich, um den gesamten Versorgungsbedarf zu decken. Um die Zuzahlungen zu finanzieren, muss zunächst das eigene Einkommen und Vermögen sowie das der Ehepartner/innen und – im Rahmen der Unterhaltsverpflichtungen – auch das der Kinder verwendet werden, bevor die „Hilfe zur Pflege" greift. Es gelten also weiterhin der Vorrang der Selbsthilfe und das Subsidiaritätsprinzip. Anders als in Großbritannien wurde jedoch darauf verzichtet, eine finanzielle Bedürftigkeitsprüfung einzuführen. Alle Beitragszahler/innen erhalten unabhängig von ihrer Einkommens- und Vermögenssituation dieselben Pflegeleistungen (vgl. Gerlinger/Röber 2009, 25ff.; Roth 2000, 841f.; Schneider 1999, 51ff.).

Mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung wurden, wie bereits beschrieben, mehrere Ziele verfolgt. Im Folgenden wird überprüft, inwieweit die Ziele erreicht wurden. Das erste Ziel war, die Sozialhilfeträger von den enorm gestiegenen Kosten für pflegebedürftige Heimbewohner/innen zu entlasten. Dieses Ziel wurde durch die Pflegeversicherung zunächst einmal erreicht. Durch die Übernahme eines Teils der stationären Pflegekosten gelang es deutlich mehr Pflegebedürftigen, ohne Rückgriff auf die 'Hilfe zur Pflege' auszukommen. Die Kommunen sparten Sozialhilfeleistungen ein. Zwischen 1992 und 1998 sank die Zahl der Bezieher/innen von Hilfe zur Pflege (in und außerhalb von Einrichtungen) von knapp 675.000 auf 289.000. Im Jahr 1998 war der tiefste Stand erreicht. Aufgrund der fehlenden Dynamisierung der Pflegeleistungen steigt die Zahl der Bezieher/innen von Hilfe zur Pflege allerdings seitdem wieder an. Im Jahr 2012 sind bereits wieder 439.000 Pflegebedürftige von Sozialhilfe abhängig (vgl. Statistisches Bundesamt 2014b, 2014a, 29). Das entspricht einer Steigerung um über 50% seit 1998. Von dem Anstieg sind insbesondere pflegebedürftige Frauen

betroffen, die eine niedrige eigene Rente beziehen oder auf die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter angewiesen sind.

Das zweite Ziel, der quantitative Ausbau und die qualitativen Verbesserungen der pflegerischen Infrastruktur, v.a. im ambulanten Bereich, wurde ebenfalls erreicht. Insbesondere die Gewährung ambulanter Sachleistungen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung hat zum Ausbau der Pflegedienste und -einrichtungen beigetragen. Dabei wurden die sozialen und ambulanten Dienste zunächst einmal aus dem Bereich der Fürsorge in die soziale Pflegeversicherung überführt. Gleichzeitig unterliegen sie seitdem einem Anbieterwettbewerb, der bewusst politisch initiiert wurde. Hierfür wurden zwei Mechanismen eingeführt: Zum einen unterliegen die Pflegekassen einem Kontrahierungszwang, d.h., sie müssen mit allen Anbietern pflegerischer Leistungen, die die fachlichen Anforderungen erfüllen, einen Versorgungsvertrag abschließen. Es dürfen bzw. sollen mehr Pflegeeinrichtungen und -dienste zugelassen werden, als laut Versorgungsbedarf erforderlich wären. Dies stellt einen deutlichen Kontrast zur Krankenversicherung dar, die nach dem Prinzip der Bedarfsplanung und -deckung arbeitet. Die Pflegedienste konkurrieren um die Pflegebedürftigen, die wiederum nun nicht nur zwischen verschiedenen Leistungen, sondern auch zwischen verschiedenen Anbietern dieser Leistungen wählen können (vgl. Pfau-Effinger u.a. 2008, 85f.; Bode 2005, 253). *Ingo Bode* (2005, 253) spricht von einem „refinanzierten Nachfragermarkt", weil die in Anspruch genommenen ambulanten Dienstleistungen über die soziale Pflegeversicherung finanziert werden. Je rationaler die Leistungserbringung der ambulanten Dienste – z.B. durch die Senkung der Personalkosten oder das Einsparen von Zeit bei der Pflege – desto höher die Gewinne. Zum anderen ist die Gleichstellung privater und freigemeinnütziger Träger institutionalisiert worden. Anders als im Sozialhilferecht wurde im SGB XI (§ 11 Abs. 2) verankert, dass freigemeinnützige und privat-gewerbliche Träger Vorrang vor öffentlichen Trägern haben. Dadurch wurde die Konkurrenz der Träger initiiert in der Hoffnung, dass infolge der Schaffung eines Quasi-Pflegemarktes die Pflegekosten gesenkt werden können. Beide Maßnahmen – der Kontrahierungszwang und die Trägergleichstellung – sollen zur Effizienzsteigerung und Kostensenkung im Pflegebereich beitragen. Qualitätsargumente und Konsument/innen-Wünsche treten demgegenüber in den Hintergrund (vgl. auch Auth 2013; Roth 2000, 184ff.; Lessenich 2003, 229f., 242ff.).

Mit der Pflegeversicherung wurde die Pflegearbeit der ambulanten Pflegedienste und Heime zudem normiert und standardisiert. Den Pflegeleistungen werden bepunktete Zeiteinheiten zugewiesen. Den Punkten steht ein Geldbetrag gegenüber, den die Dienste und Einrichtungen erhalten, wenn sie diese Leistungen

erbringen. Durch dieses Verfahren wird Pflegearbeit zu einem Gegenstand der Rationalisierung – noch dazu auf der Basis eines stark körper- und verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der an sich schon sehr eingeschränkt ist. *Pfau-Effinger, Och* und *Eichler* (2008, 85) sprechen daher sogar von einer „Quasi-Taylorisierung" der Pflege. In jedem Fall erfolgt die Pflegearbeit nicht in einem sozialen Kontext, in dem die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen im Zentrum stehen und ausreichend berücksichtigt werden (vgl. Pfau-Effinger u.a. 2008, 93f.; Bode 2005, 253). Die Leistungserbringer sind durch die pauschalen Pflegesätze gezwungen, effizienter zu wirtschaften, um Gewinne zu erzielen bzw. zu vergrößern. Das gilt auch für die Wohlfahrtsverbände, die sich nun betriebswirtschaftlichen Instrumenten, wie Controlling und Budgetierung, öffnen müssen, um am Markt zu bestehen. Die Qualität der Leistungen wird durch die Pflegekassen kontrolliert (vgl. Rüb 2003, 276).

Der politisch initiierte Anbieterwettbewerb hat die Pflegelandschaft massiv verändert. Was die Versorgung mit ambulanten Diensten und Pflegeheimen angeht, so zeigt sich folgendes Bild (vgl. Tab. 13): In Deutschland gibt es im Jahr 2013 über 12.000 ambulante Pflegedienste und über 13.000 Pflegeheime. Damit ist die Zahl der Pflegedienste von knapp 11.000 im Jahr 1999 auf gut 12.000 im Jahr 2013 angestiegen. Das ist ein Anstieg um knapp 18%. Gleichzeitig ist die Zahl der häuslich durch ambulante Dienste Versorgten von 415.000 im Jahr 1999 auf 615.000 im Jahr 2013 angestiegen. Dies entspricht einer Steigerung um 200.000 Pflegebedürftige oder knapp 50%, während die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt nur um 30% angestiegen ist (von 2.016.000 auf 2.626.000 im selben Zeitraum). Die Zahl der Pflegeheime ist von gut 8.800 im Jahr 1999 auf über 13.000 im Jahr 2013 angestiegen. Das ist ein Anstieg um 4.200 Pflegeheime oder um 47%. Die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen ist seit 1999 von 573.000 auf 764.000 im Jahr 2013 angestiegen, was einem Anstieg von 33% entspricht. Auch dieser Anstieg ist höher als der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, so dass man von einem Trend weg von der häuslichen hin zur ambulanten und stationären Pflege sprechen kann (vgl. Statistisches Bundesamt 2001; Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen; vgl. auch Auth 2013, 414ff.). Trotz der Förderung der häuslich-informellen Pflege zeigt sich ein Trend in Richtung formeller Pflege.

Vergleicht man den Ausbau der ambulanten und der stationären Pflege, stellt man fest, dass die Pflegeversicherung in deutlich höherem Maße einen Anstoß zum Wachstum der stationären Pflege gegeben hat (+47%) als zum Ausbau der ambulanten Pflegeinfrastruktur (+18%). Neben dem Ausbau der pflegerischen Infrastruktur zeigt sich zudem ein deutlicher Wandel der Trägerstruktur in

Richtung Privatisierung: Im Jahr 1999 waren gut die Hälfte der ambulanten Dienste in der Hand privater Träger. Der Anteil hat sich bis 2013 auf knapp 64% vergrößert. Demgegenüber ist der Anteil der freigemeinnützigen Träger von 47% auf 35% zurückgegangen. Auch der sehr niedrige Anteil der öffentlichen Träger ist weiter rückläufig. Dass es nur wenige öffentliche Anbieter gibt, hängt mit der langen Tradition freigemeinnütziger Träger in der Altenpflege in Deutschland zusammen (vgl. Roth 2000). Von dem Ausbau der ambulanten Dienste haben ausschließlich die privaten Träger profitiert (+48%). Demgegenüber ist die Anzahl der freigemeinnützigen Träger um knapp 13% gesunken. Damit hat die Dominanz der Wohlfahrtsverbände in diesem Bereich seit der Einführung der Pflegeversicherung ein Ende gefunden. Der Wandel bei den Pflegeheimen verläuft in eine ähnliche Richtung. Im Jahr 1999 lag der Anteil der privaten Träger bei knapp 35%. Er ist bis 2013 auf 41% angestiegen. Demgegenüber ist der Anteil der freigemeinnützigen Träger im selben Zeitraum von knapp 57% auf gut 54% gesunken. Auch der Anteil der öffentlichen Träger ist von über 8% auf gut 5% gesunken. Vom Ausbau der stationären Pflege haben ebenso die privaten Träger mit einer Steigerung der Zahl um 73% und die freigemeinnützigen Träger – allerdings deutlich abgeschwächt – mit einer Steigerung um gut 40% profitiert. Auch die Anteile haben sich seit 1999 verschoben. Der Anteil der privaten Pflegeheime ist um knapp 18% gestiegen, während der Anteil der freigemeinnützigen Träger leicht um knapp 4% und der Anteil der öffentlichen Träger um knapp 45% gesunken ist (vgl. Tab. 13).

Tabelle 13: Entwicklung der Trägerstrukturen in der ambulanten und stationären Pflege in Deutschland (1999 und 2013)

	1999		*2013*		*Veränderung*	
	Anzahl	*Anteil*	*Anzahl*	*Anteil*	*Anzahl*	*Anteil*
Ambulante Dienste						
Private Träger	5.504	50,8%	8.140	63,9%	+47,9%	+25,8%
Freigemeinnützige Träger	5.103	47,2%	4.422	34,7%	-13,3%	-26,5%
Öffentliche Träger	213	2,0%	183	1,4%	-14,1%	-30,0%
Gesamt	10.820	100,0%	12.745	100,0%	+17,8%	
Stationäre Pflege						
Private Träger	3.092	34,9%	5.349	41,1%	+73,0%	+17,8%
Freigemeinnützige Träger	5.017	56,6%	7.063	54,2%	+40,8%	-4,2%
Öffentliche Träger	750	8,5%	618	4,7%	-17,6%	-44,7%
Gesamt	8.859	100,0%	13.030	100,0%	+47,1%	

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001; Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen

Diese Entwicklungen zeigen, dass die Einführung der Pflegeversicherung mit dem Ausbau der Pflegeinfrastruktur und der Schaffung einer pluralen Anbieterstruktur einhergingen (vgl. auch Kümmerling 2009). Die heutige Ausstattung mit ambulanten Pflegediensten wird von den Dienstleistern als quantitativ bedarfsdeckend eingeschätzt (vgl. Engels/Pfeuffer 2005, 177ff.; Burau u.a. 2007, 170; Theobald 2004a, 19). "Care services in principle are available on demand across the country, with even an oversupply of service providers in the big cities." (Burau u.a. 2007, 170) Dabei wurde die prägende Stellung der Wohlfahrtsverbände im konservativ-korporatistischen deutschen Wohlfahrtsstaat aufgegeben. Die privaten Anbieter ambulanter Pflegedienste und Pflegeheime sind eindeutig die Gewinner der politisch initiierten Trägerkonkurrenz. Sie sind Mitte der 1990er Jahre neu gestartet und heute für gut 60% der ambulanten und rund 40% der stationären Pflege zuständig.

Dennoch bestehen weiterhin Defizite und der Hilfebedarf der Pflegebedürftigen wird häufig nicht gedeckt. Das Angebot der ambulanten Pflegedienste variiert kaum, denn es ist genau an dem orientiert, was die Pflegeversicherung und unter Umständen die Krankenversicherung finanziell übernehmen. Es fehlen v.a. hauswirtschaftliche und niederschwellige Leistungsangebote. Im stationären Bereich bestehen v.a. in der Tages- und Kurzzeitpflege Defizite (vgl. Engels/Pfeuffer 2005, 177ff.).

Die infrastrukturellen Verbesserungen dienten auch dem dritten Ziel, der Stärkung der häuslichen Pflege. Das in der sozialen Pflegeversicherung verankerte Prinzip 'ambulant vor stationär' wurde einerseits durch die Zahlung eines Pflegegeldes unterstützt, andererseits durch die Finanzierung ambulanter Sachleistungen (auch in Kombination mit dem Pflegegeld). Durch diese Zweigleisigkeit – Pflegegeld und Sachleistungen – wurde sowohl die informelle Pflege aufgewertet als auch die professionelle Pflege gefördert (vgl. Roth 2000, 184; Landenberger 1994, 329f.; Blinkert/Klie 2000, 244). Der Vorrang der häuslich-ambulanten Pflege lässt sich einerseits mit den Wünschen der älteren Menschen begründen, hat aber auch Kosteneinsparungseffekte, denn die ambulante Pflege – und zwar sowohl die informelle wie auch die ambulant-formelle – ist kostengünstiger als die stationäre (vgl. Meyer 1996, 66f.).

Nach der Einführung der sozialen Pflegeversicherung hat es verhältnismäßig lange gedauert, bis erneut politischer Reformbedarf gesehen wurde. Die erste pflegepolitische Reform erfolgte im Jahr 2002 unter der rot-grünen Regierung. Zum einen wurde das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz eingeführt, das ambulante Pflegedienste und Pflegeheime verpflichtete, ein Qualitätsmanagement

einzuführen, in dem auch eine qualitätssichernde personelle Ausstattung berücksichtigt werden muss (vgl. Gerlinger/Röber 2009, 99ff.). Zum anderen trat das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz in Kraft, mit dem erstmals der betreuungs- und beaufsichtigungsbezogene Bedarf Demenzkranker berücksichtigt wurde (vgl. Gerlinger/Röber 2009, 31).

Mit der Pflegereform aus dem Jahr 2008, dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, der ersten größeren, von der Großen Koalition ausgehandelten Reform seit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung, wurden verschiedene Ziele verfolgt, wobei gleichzeitig versucht wurde, die demographisch und sozioökonomisch bedingten Kosten der Pflege zu begrenzen. Zum einen wurden lange ausstehende Reformprojekte verwirklicht, wie die Anhebung der finanziellen Leistungen sowie die Einführung einer Leistungsdynamisierung – wenn auch keiner automatischen. Die Anhebung der Pflegeleistungen erfolgte in drei Schritten (2008, 2010 und 2012) und betraf sowohl das Pflegegeld wie auch die ambulanten und stationären Sachleistungen. Lediglich die stationären Leistungen in den Stufen 1 und 2 wurden nicht erhöht, um keine zusätzlichen Anreize zur stationären Pflege zu bieten. Dies geschah vor dem Hintergrund des hohen Anteils stationär versorgter Pflegebedürftiger, der trotz des institutionalisierten Grundsatzes 'ambulant vor stationär' zugenommen hatte (vgl. Auth 2013, 420). Die Leistungserhöhungen waren notwendig, da die Differenz zwischen den Pflegekosten und den Leistungspauschalen stetig angestiegen war und entweder von den Versicherten oder von den Sozialhilfeträgern übernommen werden musste. Es wurde weiter festgelegt, ab dem Jahr 2014 alle drei Jahre anhand der Inflationsentwicklung zu überprüfen, ob und in welchem Umfang die Pflegeleistungen weiter erhöht werden (vgl. BMG 2008). Auch die Demenzkranken wurden durch die erneute Erhöhung des Betreuungsbetrags stärker berücksichtigt (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2006, 334).

Zum anderen wurden im Rahmen dieser Reform bestehende pflegepolitische Ansätze und Prinzipien weiterentwickelt, wie die Stärkung der häuslichen Pflege, die Förderung gemischter Pflegearrangements und vereinbarkeitsorientierte Maßnahmen. Dazu zählen die Schaffung von Pflegestützpunkten und der Anspruch auf Pflegeberatung sowie die Förderung der ehrenamtlichen Pflege, die bereits seit der Einführung der Pflegeversicherung als ein Teil der in 'gesellschaftlicher Verantwortung' erbrachten pflegerischen Versorgung gilt. Weiter wurden die Ansprüche auf teilstationäre Pflege erhöht. Im Kontext der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege wurde auch das Pflegezeitgesetz eingeführt (vgl. Auth u.a. 2011, 157ff.; Rosenbrock/Gerlinger 2006, 337f.; Gerlinger/Röber 2009, 45f.; vgl. auch Teil C, Kap. 10.4.1.2).

Im Jahr 2012 trat das von der konservativ-liberalen Koalition verabschiedete Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz in Kraft. Hier wurden die Leistungen für Demenzkranke erneut erhöht. Kern der Reform war allerdings die staatliche Förderung der privaten Vorsorge im Pflegefall. Konkret wird der Abschluss von Pflegetagegeld-Versicherungen staatlich subventioniert (sog. 'Pflege-Bahr'). Die Versicherungen unterliegen dem Kontrahierungszwang, d.h., es gibt keine Risikoprüfungen, Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse.

Anfang 2015 ist das erste und Anfang 2016 das zweite Pflegestärkungsgesetz der Großen Koalition unter Gesundheitsminister *Gröhe* in Kraft getreten. Danach steigen die Pflegeleistungen erneut um 2,5%–4%. Damit soll der Kaufkraftverlust seit der letzten Erhöhung im Jahr 2012 ausgeglichen werden. Mit wiederholten Verbesserungen von Leistungen für demenziell Erkrankte wurde die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorbereitet, der im zweiten Pflegestärkungsgesetz durchgesetzt wurde. Demenzkranke (sog. Pflegestufe 0) erhalten nun auch Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeleistungen. Zudem werden die Pflegeleistungen im häuslichen Bereich erweitert und flexibilisiert. So können Kurzzeit- und Verhinderungspflege leichter kombiniert werden, Tages- und Nachtpflege werden nicht mehr mit den ambulanten Sachleistungen verrechnet und niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote werden ausgebaut. Letzteres bedeutet, dass neu eingeführte 'Alltags- oder Pflegebegleiter' über die Pflegeversicherung finanziert werden können. Auch der Umbau von Wohnungen wird stärker bezuschusst (vgl. BMG 2014a). Zur Abfederung des Kostenanstiegs ab dem Jahr 2035, wenn die 'Baby-Boomer'-Generation ins hohe Alter kommt, wird ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet, dessen wirtschaftliche Funktionalität allerdings angezweifelt wird (vgl. Rothgang 2014, 3ff.). Zudem werden mehr Betreuungskräfte in Pflegeheimen eingestellt. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der ab 2017 umgesetzt wird, umfasst fünf Pflegegrade, die die drei Pflegestufen ablösen. Ausgangspunkt der Begutachtung ist nun der Grad der Selbständigkeit. Bewertet werden dabei – neben Mobilität, Selbstversorgung und Gestaltung des Alltagslebens – auch kognitive Fähigkeiten und psychische Probleme (vgl. BMG 2016a).

Im Kontext der Pflege ist zudem relevant, sich die Entwicklung der Regulierung haushaltsnaher Dienstleistungen anzuschauen, die für Pflegehaushalte relevant sind. Seit dem Zweiten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (das sog. 'Hartz II-Gesetz') aus dem Jahr 2003 werden haushaltsnahe Dienstleistungen und die Anstellung geringfügig Beschäftigter (Mini-Jobber/innen) in Privathaushalten steuerlich gefördert (vgl. BMFSFJ 2008, 8). Was von der

rot-grünen Regierung 2001 als 'Dienstmädchen-Privileg' zunächst abgeschafft wurde, ist infolge der Agenda 2010 und der Politik der Aktivierung wieder ermöglicht worden. Seitdem ist es möglich, 10% der Kosten von Mini-Jobber/innen in Privathaushalten (seit 2008: 20%) und 20% der Kosten für haushaltsnahe Dienstleistungen, z.B. Reinigungsdienste, einkommenssteuerrechtlich geltend zu machen, wobei Obergrenzen bestehen. Zudem wurde im Gesetz zur steuerlichen Förderung von Wachstum und Beschäftigung der Großen Koalition aus dem Jahr 2006 der steuerliche Abzugsbetrag für Pflege- und Betreuungsleistungen erhöht. Seitdem sind 20% der Leistungen bis 6.000 Euro, also 1.200 Euro (statt vorher 600 Euro), steuerabzugsfähig. Dies bezieht sich auf den (Zu-)Kauf ambulanter Pflegedienstleistungen und sozialer Betreuungsleistungen. Insgesamt können damit pro Jahr 20% der Kosten für haushaltsnahe Dienstleistungen, maximal aber 4.000 Euro, steuerlich geltend gemacht werden.

10.4 Der Wandel der Regulierung von Pflegearbeit seit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung

10.4.1 Der Wandel der Regulierung familiärer Pflegearbeit

10.4.1.1 Das Pflegegeld

Anders als in Großbritannien und Schweden wurde in Deutschland erstmalig im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung die Zahlung eines bundesweiten Pflegegeldes eingeführt. Zuvor existierten lediglich in drei Bundesländern – Berlin, Bremen und Rheinland-Pfalz – Geldleistungen für häuslich Pflegende (vgl. Behning 1999, 133). Das mit der sozialen Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre neu eingeführte Pflegegeld diente der Stärkung und Förderung der häuslichen Pflege (vgl. Lessenich 2003, 231). Dies spiegelt sich in dem gesetzlich festgeschriebenem Vorrang der häuslichen Pflege, dem Leitsatz 'ambulant vor stationär', wider.

> „Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor." (§ 3 SGB XI)

Die Pflegebedürftigen können zwischen ambulanten Sachleistungen und dem Pflegegeld wählen oder beides kombinieren (§ 37 und § 38 SGB XI). Das Pflegegeld, das über die Pflegeversicherung finanziert wird und zur Sicherstellung der Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung dient, wird an die pflegebedürftige Person ausgezahlt, um deren Selbstbestimmungsrecht zu stärken

(zur Selbstbestimmung vgl. auch § 2 SGB XI). Sie soll das Geld an die pflegende Person oder an mehrere pflegende Personen (z.B. Angehörige, Nachbarn, Freunde) weiterleiten. Die konkrete Verwendung des Pflegegeldes ist allerdings kaum reguliert.[57] Aus versicherungsrechtlichen Gründen muss die pflegende Person jedoch benannt werden. Die Auswahl der Pflegenden und das häusliche Pflegearrangement fallen ansonsten in die Alleinzuständigkeit der Familie (vgl. Burau u.a. 2007, 111f.). Lediglich die Qualität der häuslichen Pflege wird durch halbjährliche (Pflegestufe I und II) bzw. vierteljährliche (Pflegestufe III) Beratungen und durch professionelle Pflegeinstitutionen (Pflegeeinrichtung, Beratungsstellen, Pflegefachkräfte) in der häuslichen Situation überprüft (vgl. § 37 Abs. 3 SGB XI). „Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden." (§ 37 Abs. 3 Satz 2 SGB XI)

Die Höhe des Pflegegeldes betrug bei der Einführung der sozialen Pflegeversicherung 205 Euro bei Vorliegen der Pflegestufe I (Mindestpflegeumfang von 14 Wochenstunden), 410 Euro bei Pflegestufe II (Mindestpflegeumfang von 21 Wochenstunden) und 665 Euro bei Pflegestufe III (Mindestpflegeumfang von 35 Wochenstunden). Es handelt sich demnach eher um eine symbolische Leistung zur Unterstützung informell Pflegender, nicht um eine Lohnersatzleistung. Das erkennt man zum einen daran, dass es sich bei dem Pflegegeld um eine pauschalisierte Leistung handelt, die keinen Bezug zum Einkommen der pflegenden Person aufweist, zum anderen daran, dass das Pflegegeld der pflegebedürftigen Person ausgezahlt wird (vgl. Lessenich 2003, 233).

Das Pflegegeld wurde erstmalig nach 14 Jahren im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes der Großen Koalition aus CDU/CSU und SPD im Jahr 2008 erhöht. Die Leistungssätze des Pflegegeldes wurden in allen drei Pflegestufen in den Jahren 2008, 2010 und 2012 um jeweils 10 Euro angehoben, nur die letzte Anhebung in der Pflegestufe III beträgt 15 Euro. Infolge des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes, das von der konservativ-liberalen Regierung verabschiedet wurde, wurden zusätzliche Leistungen für Demenzkranke zum Pflegegeld addiert. Für die häusliche Pflege von Demenzkranken erhalten Pflegebedürftige in der Pflegestufe 0, d.h., hier liegt nur eine demenzielle Erkrankung vor, 120 Euro, in Pflegestufe I 305 Euro und in Pflegestufe II 525 Euro. In Pflegestufe III wurde keine Erhöhung vorgenommen (700 Euro). Nach dem

57 Das Pflegegeld wird daher faktisch auch dazu verwendet, Haushaltshilfen, oft aus Osteuropa, zu finanzieren, die auf dem 'grauen Markt' arbeiten (vgl. Meyer 2006 sowie Teil C, Kap. 10.4.1.1).

Pflegestärkungsgesetz der jetzigen Großen Koalition wurde das Pflegegeld erneut erhöht. Seit 2015 erhalten Pflegebedürftige zwischen 9 und 28 Euro mehr pro Monat. Eine kontinuierliche automatische Anpassung der Leistungen ist allerdings nach wie vor nicht vorgesehen. Nach Einführung der Pflegegrade beträgt das Pflegegeld zwischen 316 und 901 Euro.

Die Pflegeperson ist in die gesetzliche Unfall- und Rentenversicherung integriert. Häusliche Pflegezeiten werden rentenrechtlich anerkannt, sofern die häusliche Pflege mindestens 14 Wochenstunden umfasst. Die Beiträge zur Rentenversicherung übernimmt die Pflegekasse. Sie zahlt im Jahr 2011 zwischen 135,69 Euro (Pflegestufe I, West) und 406,76 Euro (Pflegestufe III, West) an die gesetzliche Rentenversicherung (vgl. BMG 2011, 45). Die Rentenleistungen liegen je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) bzw. dem sich daraus ergebenden zeitlichen Pflegeumfang zwischen 27% und 80% des Durchschnittsverdienstes aller Versicherten. Die rentenrechtliche Absicherung von häuslichen Pflegetätigkeiten wird auch gewährleistet, wenn die Pflegeperson erwerbstätig ist, allerdings nur bis zu einer Wochenarbeitszeit von 30 Stunden (vgl. Behning 1999, 234ff.; Leitner 2013, 130; Lessenich 2003, 232f.).

Die Bewertung der Einführung des Pflegegeldes fiel Mitte der 1990er Jahre sehr ambivalent aus. *Ute Behning* (1999, 206), die die Pflegereformen in Deutschland und Österreich vergleichend analysiert hat, sieht „[...] diese Arbeit [die Pflegearbeit in Privathaushalten, D.A.] nun mit einer rentenrechtlichen und unfallversicherungsrechtlichen Anerkennung gewürdigt." Gleichwohl stellt sie fest, dass der häuslichen Pflegearbeiterin „kein voller Wohlfahrtsstaatsbürgerinnenstatus zuteil" (Behning 1999, 210) wird, da sie weiterhin auf einen vom Ehemann abgeleiteten Status verwiesen wird. Auch *Adalbert Evers* (1997, 517) konstatiert abwägend, dass einerseits eine „privat-defensive Pflegekultur [zementiert wird, D.A.], die vor allem Frauen belastet und benachteiligt", dass aber andererseits mit dem Pflegegeld „eine gewisse materielle Anerkennung häuslicher Tätigkeiten einhergeht."

Im Jahr 1996 wurden für 408.000 häuslich Pflegende Rentenversicherungsbeiträge gezahlt. Die Zahl stieg bis 1998 auf 534.000 Personen an. Seit 1998 ist die Zahl rückläufig und liegt im Jahr 2010 bei 382.000 (vgl. Rothgang u.a. 2012, 84). Der Rückgang ist auf die Zunahme des Bezugs von Sachleistungen und stationärer Pflege sowie – vermutlich – den höheren Anteil von Pflegenden im Rentenalter zurückzuführen. Der größte Teil der häuslichen Pflegepersonen sind Frauen. Während die Zahl der pflegenden Männer von gut 24.000 im Jahr 1996 auf knapp 40.000 im Jahr 2010 angestiegen ist, hat sich die Zahl der pflegenden Frauen im selben Zeitraum von gut 380.000 auf 340.000 reduziert. Damit hat

sich der niedrige Männeranteil von 6% auf 12% verdoppelt (vgl. Rothgang u.a. 2012, 84).

Knapp die Hälfte der Pflegebedürftigen wird im Jahr 2011 ausschließlich häuslich gepflegt und bezieht Pflegegeld. Seit 1999 ist der Anteil des ausschließlichen Pflegegeldbezugs kontinuierlich von 51% auf 47% im Jahr 2011 gesunken (vgl. Statistisches Bundesamt 2013; vgl. auch Auth 2013, 419f.).

Tabelle 14: Materielle Leistungen an Pflegebedürftige in Deutschland

	Pflegegeld
Finanzielle Bedürftigkeitsprüfung	Nein
Leistung geht an	Pflegebedürftige
Höhe der Leistung	Höhe der Leistung richtet sich nach dem Pflegebedarf (316–901 Euro)
Steuerpflichtigkeit	Nein
Pflegeperson sozial abgesichert	Ja (Unfall- und Rentenversicherung)
Art der Leistung	Symbolische Leistung zur Unterstützung informell Pflegender
Regulierungsebene	Nationalstaat/soziale Pflegeversicherung

10.4.1.2 Unterstützungsleistungen für häuslich Pflegende

Um die häusliche Pflege zu stärken, werden im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung Angebote zur Entlastung und zur Regeneration der häuslichen Pflegepersonen gemacht, die sog. Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI). Im Falle von Urlaub oder Krankheit der Pflegeperson übernimmt die Pflegeversicherung die Betreuung der pflegebedürftigen Person. Diese Ersatzpflege wird für maximal vier Wochen im Jahr gewährt (§ 39 SGB XI; vgl. auch Schneider 1999, 54). Zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege besteht zudem die Möglichkeit, Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, also teilstationäre Pflegeangebote, in Anspruch zu nehmen (§ 41 SBG XI). Die Ansprüche auf teilstationäre Leistungen sind erstmals im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes gewährt und danach in den weiteren Pflegereformen ausgedehnt worden. Nahmen im Jahr 1997 ca. 5.000 Pflegebedürftige Tages- und Nachtpflegeangebote in Anspruch, so sind es im Jahr 2010 bereits knapp 35.000 Pflegebedürftige. Der Anteil der Tages- und Nachtpflege ist zwischen 1997 und 2010 von 0,3% auf 1,5% angestiegen. Im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder in Krisensituationen kann zudem für maximal vier Wochen im Jahr Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung in Anspruch genommen werden (§ 42 SGB XI). Kurzzeitpflege wurde im Jahr 1997 von knapp 3.600 Pflegebedürftigen oder einem Anteil von 0,3% in Anspruch

genommen. Im Jahr 2010 sind es knapp 20.000 Pflegebedürftige oder 0,7% (vgl. BMG 2011, 129). Des Weiteren bietet die soziale Pflegeversicherung Pflegekurse für häuslich pflegende Angehörige an (vgl. Schneider 1999, 54).
In den Kontext der Unterstützung häuslich Pflegender gehören auch die Maßnahmen zur Freistellung zur Pflege. Auch hier ist Deutschland ein Nachzüglerland, obwohl der Bedarf seit Langem formuliert wird. So wurden in einer vom Bundesfamilienministerium in Auftrag gegebenen repräsentativen Studie zu Erwartungen an familienfreundliche Betriebe auch Pflegende befragt, wovon fast 40% den größten Handlungsbedarf in Freistellungsmöglichkeiten für Pflegeaufgaben sahen (vgl. BMFSFJ 2004, 10ff.). Und auch die Enquête-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin" (2005) schlug eine vorübergehende Freistellung von der Erwerbsarbeit für Familienangehörige oder Nahestehende von Schwerstkranken vor, um den Wunsch vieler Menschen, in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung zu sterben, zu respektieren und zu erfüllen: „Die Regelung sollte einen Rechtsanspruch auf Gewährung von *Freistellung von der Arbeit für einen Zeitraum* von drei bis maximal sechs Monaten bei gleichzeitiger sozialrechtlicher Absicherung sowie fortbestehendem Kündigungsschutz enthalten." (Enquête-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin 2005, 69, Herv. i. O.)

Demgegenüber zeigten die Unternehmen jedoch kein Interesse an staatlichen Regulierungen. Sie präferier(t)en informelle Einigungen (vgl. Reichert 2003, 225). In der Studie zu familienfreundlichen Betrieben geben 38% der Befragten an, dass informelle unbezahlte Freistellungen zur Pflege in ihrem Betrieb möglich sind (vgl. BMFSFJ 2004, 10ff.).

Die rot-grüne Regierung führte im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes unter Gesundheitsministerin *Ulla Schmidt* erstmals eine Pflegezeit ein. Danach besteht für Beschäftigte seit Juli 2008 ein Rechtsanspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung zur Pflege eines nahen Angehörigen. Das Pflegezeitgesetz gilt allerdings erst in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten. Die maximale Dauer der Pflegezeit beträgt sechs Monate. Während der Pflegezeit wird weder das Einkommen weitergezahlt noch eine Einkommensersatzleistung durch die Pflegeversicherung finanziert. Die finanzielle Absicherung der Beschäftigten während der Pflegezeit erfolgt lediglich über das Pflegegeld, ein Teilzeiteinkommen und/oder das Einkommen des (Ehe-)Partners bzw. der (Ehe-)Partnerin. Für die Person, die Pflegezeit nimmt, besteht weiterhin Sozialversicherungsschutz. Allerdings richten sich die Beiträge zur Rentenversicherung nicht nach dem Einkommen des Pflegezeitnehmers bzw. der Pflegezeitnehmerin, sondern sie hängen von der Pflegestufe des zu pflegenden Angehörigen ab, sofern die Pflege mindestens 14 Stunden pro Woche beträgt. Die Pflegekasse des Pflegebedürftigen übernimmt die Beiträge

zur Rentenversicherung. Ihnen entsprechen Rentenleistungen zwischen 0,26 Entgeltpunkten (Pflegestufe I) und 0,8 Entgeltpunkten (Pflegestufe III). Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung trägt ebenfalls die Pflegekasse. Auch dieser Beitrag richtet sich nicht nach dem Einkommen der/des Beschäftigen. Stattdessen wird eine niedrige Pauschale gezahlt (ca. 8 Euro). Die niedrigen Beitragsleistungen haben erfreulicherweise keine Auswirkungen auf die Höhe des Arbeitslosengeldes, das sich weiter an der Höhe des vorherigen Einkommens orientiert, sollte die pflegende Person nach Beendigung der Pflegezeit arbeitslos werden. Es wird weiter angenommen, dass die Pflegeperson in den meisten Fällen im Rahmen der Familienversicherung kranken- und pflegeversichert ist. Besteht keine Familienversicherung, kann sich der/die pflegende Angehörige freiwillig versichern und bekommt die Mindestbeiträge von der Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen rückerstattet (ca. 132 Euro in Bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung und 17 Euro für die soziale Pflegeversicherung). Darüber hinaus ist die pflegende Person unfallversichert (vgl. Auth u.a. 2011, 158f.; Auth 2012). Im Jahr 2010 nehmen (bei 480.000 Anspruchsberechtigten) hochgerechnet etwa 18.000 Personen Pflegezeit in Anspruch (vgl. TNS Infratest Sozialforschung 2011, 32). Neben der Pflegezeit wurde auch die sog. kurzzeitige Freistellung eingeführt. Danach haben Beschäftigte einen Anspruch auf maximal zehn Tage Arbeitsfreistellung, um die Pflege in einer akut auftretenden Pflegesituation sicherzustellen.

Seit Anfang 2012 ist die Familienpflegezeit in Kraft, die von der konservativ-liberalen Regierung unter Familienministerin *Christina Schröder* eingeführt wurde. Die Familienpflegezeit soll ebenfalls der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege dienen. Sie knüpft inhaltlich an die Pflegezeit an und ermöglicht Beschäftigten nun zudem, ihre Arbeitszeit für maximal zwei Jahre auf bis zu 15 Stunden pro Woche zu reduzieren, um einen Angehörigen häuslich zu pflegen. Die Familienpflegezeit umfasst zwei Phasen: die Pflegephase, in der die Arbeitszeit verkürzt wird, und die Nachpflegephase, in der wieder regulär gearbeitet wird. In der Pflegephase wird das Einkommen nur zur Hälfte reduziert. In der Nachpflegephase wird dieser reduzierte Lohn beibehalten, bis das Arbeitszeit- oder Wertguthaben wieder ausgeglichen ist. Die Pflegeperson muss eine private Familienpflegezeit-Versicherung abschließen, damit für das Unternehmen kein Risiko entsteht, falls der Beschäftigte erwerbsunfähig wird oder stirbt. Sollten Unternehmen nicht in der Lage sein, ihren Beschäftigen den Gehaltsvorschuss zu gewähren, können sie einen zinslosen Kredit vom Staat erhalten. Für den/die Beschäftigte/n besteht während der Familienpflegezeit Kündigungsschutz. Es bestand allerdings zunächst kein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit. Zur

Inanspruchnahme der Familienpflegezeit gibt es keine offiziellen Zahlen. Einem Bericht der Süddeutschen Zeitung zufolge haben im Jahr 2012 gut 100 Personen Familienpflegezeit in Anspruch genommen (vgl. Süddeutsche Zeitung 2013). Eine Kleine Anfrage der Partei Bündnis 90/Die Grünen an die Bundesregierung hat ergeben, dass bis Anfang 2013 147 Unternehmen ein Darlehen beantragt hatten (vgl. BT-Drs. 17/12330 2013, 2). Die Inanspruchnahme ist demnach äußerst gering.

In Anbetracht der geringen Inanspruchnahme von Pflegezeit und Familienzeit hat sich die amtierende Große Koalition unter Familienministerin *Manuela Schwesig* zu einer erneuten Reform entschieden, in der die Pflegezeit und die Familienpflegezeit besser aufeinander abgestimmt und weiterentwickelt werden. Seit dem Jahr 2015 wird die zehntägige kurzfristige Freistellung – analog zum Kinderkrankengeld – als Lohnersatzleistung ausgestaltet und als 'kurzfristige Arbeitsverhinderung' bezeichnet. Beschäftigte erhalten ca. 90% ihres Einkommens als 'Pflegeunterstützungsgeld'. Während der bis zu sechsmonatigen Pflegezeit und der bis zu zweijährigen Familienpflegezeit können Beschäftigte zur besseren Absicherung ihres Lebensunterhalts nun ein zinsloses Darlehen in Anspruch nehmen. Zudem wird im Rahmen der Familienpflegezeit ein Rechtsanspruch eingeführt. Alle Maßnahmen können von 'nahen Angehörigen' in Anspruch genommen werden, worunter auch Stiefeltern, Schwäger/innen und lebenspartnerschaftsähnliche Gemeinschaften fallen (vgl. BMFSFJ 2014).

10.4.2 Der Wandel der Regulierung beruflicher Pflegearbeit

10.4.2.1 Ausbildung und Qualifikationsgrad

„Die Ausbildung in den nicht-akademisierten Gesundheits- und Pflegeberufen hat sich primär außerhalb der etablierten Strukturen des staatlichen Bildungssystems entwickelt." (Landenberger 2005, 32) Dieser Befund gilt bis heute. Die Gründe für diesen pflegebezogenen Sonderweg sind vielfältig und haben mit den Traditionen der Altenpflege in Deutschland zu tun. Nach dem Zweiten Weltkrieg arbeiteten in den Alten- und Pflegeheimen v.a. Krankenschwestern, Angehörige religiöser Pflegegemeinschaften (Ordensschwestern), Hilfspersonal ohne pflegerische Ausbildung sowie ehrenamtliche Helferinnen. „Bis weit in die sechziger Jahre dieses Jahrhunderts dominierte die kirchliche Tradition der Ordensschwester mit ihren Prinzipien Aufopferung, Unterordnung und bedingungslose Einsatzbereitschaft." (Landenberger 1998, 86)

Doch es bestanden erhebliche Probleme. Da einerseits der pflegerische Versorgungsbedarf seit den 1950er Jahren angestiegen war, andererseits aber bei den

Schwesternschaften Nachwuchsprobleme und eine hohe Fluktuation bestanden, mussten viele Altenheime, aber auch von Orden und Kongregationen geführte Krankenhäuser, schließen (vgl. Cappell 1996, 37). Neben dem quantitativen Personalmangel war auch die Pflegequalität ein Problem der Wohlfahrtsverbände. Um dem zu begegnen, begannen diese, v.a. die Caritas, die Diakonie und die Arbeiterwohlfahrt, Schulungen für Pflegekräfte anzubieten. Die halbjährigen Kurse in pflegerischer Grundausbildung dienten der Verbesserung der Pflegequalität, der Motivierung erschöpfter Pflegerinnen und der Gewinnung neuer Pflegekräfte. Angesprochen werden sollten insbesondere arbeitslose Frauen nach der Familienpause. Bei den Wiedereinsteigerinnen wurde die Schulung vom Arbeitsamt finanziert (vgl. Cappell 1996, 39ff.; Landenberger 1998, 86f.).

Auf der Basis dieser Kurzzeitschulungen konnten allerdings nur Pflegehilfskräfte gewonnen werden. Die Leitungsfunktionen in den Heimen wurden weiter mit krankenpflegerischen oder pädagogischen Fachkräften besetzt. Krankenpfleger/innen verfügten seit den 1950er Jahren über eine zweijährige Ausbildung. Da es aber aufgrund des Personalmangels in der Krankenpflege schwer war, Krankenpfleger/innen für den Altenpflegeberuf zu gewinnen, wurde über eine separate Altenpflegeausbildung nachgedacht (vgl. Cappell 1996, 40). In den 1960er Jahren nahm aber zunächst einmal die Zahl der Pflegekurse zu, und die Länder beteiligten sich an der Finanzierung. Dabei waren allerdings die Kursinhalte und die Kursdauer – je nach Träger und Bundesland – sehr unterschiedlich, woraufhin eine Debatte über die Notwendigkeit der Vereinheitlichung des Altenpflegeberufs aufkam, v.a., um die Attraktivität des Berufs zu erhöhen. Die Vorschläge waren vielfältig und reichten von einer einjährigen Altenpflegeausbildung bis hin zu einer Anbindung an die Krankenpflegeausbildung (vgl. Cappell 1996, 42f.). In einer Denkschrift der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege wurde 1963 die Notwendigkeit der Erhöhung des Pflegepotentials betont und Vorschläge zum Berufsbild und zur arbeitsrechtlichen Stellung von Altenpfleger/innen gemacht, so dass *Cappell* (1996, 44) dieses „Schlüsseldokument" als „Geburtsstunde des Berufs" der Altenpfleger/in bezeichnet. Die Altenpflege wurde hier allerdings nicht in Bezug gesetzt zur Krankenpflege, sondern zum Beruf der Pflegehelfer/in und der Hauspfleger/in. Die Altenpfleger/in sollte sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich eingesetzt werden können. Inhaltlich sollte die Ausbildung auf die Bedürfnisse älterer Menschen ausgerichtet sein, v.a. im Bereich Pflege und Betreuung. Die Altenpflegeausbildung sollte ein Jahr dauern und an Altenpflegeschulen stattfinden. Abgeschlossen werden sollte sie mit einem Anerkennungsjahr. Da es sich um einen sozialpflegerischen Beruf handeln sollte, wären die Länder für die Berufsregulierung zuständig. Die Fokussierung auf eine

schulische Ausbildung (statt auf eine betriebliche) bedeutete, dass die Heimträger und die Schulen – anders als bei einer Lehre – keine Ausbildungsvergütung zahlen und die Länder keine staatlichen Berufsschulen zur Verfügung stellen müssten. Stattdessen müssten die Schüler/innen (oder der Staat) die privaten Altenpflegeschulen durch Schulgelder finanzieren. Der DV, der Dachverband sämtlicher freier und öffentlicher Träger der Altenhilfeeinrichtungen, verabschiedete diesen Entwurf im Jahr 1968 als Ausbildungs- und Prüfungsordnung. Handlungsleitend für die Schaffung und die dargestellte Ausgestaltung des Altenpflegeberufs waren der Personalmangel sowie dessen kostenneutrale Behebung (vgl. Cappell 1996, 45ff.). Diese Ausbildungs- und Prüfungsordnung wurde in den Folgejahren in den Altenpflegeschulen der Träger angewandt. Seit Ende der 1960er Jahre begannen dann nach und nach die Bundesländer, Ausbildungsordnungen im Bereich der Altenpflege zu erlassen. Im Jahr 1977 gab es in acht Bundesländern Altenpflege-Ausbildungsordnungen, wovon sechs den Vorschlägen des DV entsprachen. Es handelte sich in der Regel um zweijährige Ausbildungen, die sich in ein Jahr Schule und ein Anerkennungsjahr unterteilten. Schulische Zugangsvoraussetzung war der Hauptschulabschluss (vgl. Cappell 1996, 57ff.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für den Altenpflegeberuf bis in die 1980er Jahre Folgendes charakteristisch war (und teilweise noch ist): Es handelt(e) sich um einen typischen Frauenberuf, der v.a. von Wiedereinsteigerinnen ausgeübt wurde. Er wurde geschaffen, um Personal für das benachteiligte Arbeitsmarktsegment der Altenpflege zu gewinnen. Weiter wurde er von der Krankenpflege abgeschottet. Die Ausbildung war stark von den Trägern der Altenpflegeinstitutionen bzw. den Arbeitgebern beeinflusst, da sie in den Schulen der Träger stattfand (und -findet) und weil dessen Finanzierung von den Schüler/innen und/oder der öffentlichen Hand geleistet wurde und wird (vgl. Cappell 1996, 51).

> „Die Wohlfahrtsverbände konnten Personal zu günstigen Konditionen rekrutieren, dessen Ausbildung sie bestimmen konnten, aber nicht zu bezahlen brauchten, die Arbeitsämter konnten schwerer vermittelbare oder immer von Arbeitslosigkeit bedrohte Frauen in eine sichere Stellung vermitteln, staatliche Organe brauchten nicht direkt einzugreifen, weil die Verbände sich in der Lage zeigten, das Problem selbst zu lösen." (Cappell 1996, 54)

Mitte der 1980er Jahre einigten sich die Bundesländer auf eine Rahmenvereinbarung, in der Mindestnormen und die gegenseitige Anerkennung der Abschlüsse festgeschrieben wurden. Zu den Mindestnormen zählten ein Hauptschulabschluss und eine mindestens zweijährige abgeschlossene Berufsausbildung oder eine angemessene Berufstätigkeit als Zugangsvoraussetzung sowie die Festlegung der Ausbildungsdauer auf zwei Jahre (vgl. Cappell 1996, 58; Landenberger 2005,

33). Die Vereinheitlichungsbestrebungen wurden Ende der 1980er Jahre durch einen Vorschlag des DV wieder aufgenommen. Darin wurde die Erhöhung der Ausbildungsdauer auf drei Jahre, die Zahlung einer Ausbildungsvergütung und die Erhöhung der schulischen Zugangsvoraussetzung auf die Mittlere Reife vorgeschlagen. Dahinter stand nun das Bestreben, die Alten- mit der Krankenpflege gleichzustellen (vgl. Cappell 1996, 49f.). Ein Großteil der Länder hatte zudem bereits dreijährige Ausbildungen und Ausbildungsvergütungen eingeführt. Im Jahr 1989 machte die konservativ-liberale Bundesregierung einen Vorschlag für eine einheitliche Regelung der Altenpflegeausbildung. Der Entwurf für ein Altenpflegegesetz enthielt im Wesentlichen die Vorstellungen des DV: eine dreijährige Ausbildung, Zugangsvoraussetzungen entsprechend der Krankenpflege, eine Ausbildungsvergütung, angemessene Berücksichtigung verwandter Berufsausbildungen (mit der Möglichkeit der Ausbildungsverkürzung) und der Schutz der Berufsbezeichnung. Die Pflegeverbände äußerten zwar an einigen Stellen Kritik, v.a. in Bezug auf die Ausbildungsvergütung, begrüßten aber generell den Vorstoß der Bundesregierung. Die Gewerkschaft ÖTV und die Deutsche Angestelltengewerkschaft (DAG, neben der ÖTV auch eine der Vorgängerorganisationen von ver.di), die auch die Notwendigkeit einer bundeseinheitlichen Regelung sahen, forderten allerdings die Regulierung der Altenpflegeausbildung im Rahmen des Berufsbildungsgesetzes, also als betrieblichen Ausbildungsgang (zu den Unterschieden zwischen dem vollschulischen und dem dualen Ausbildungssystem vgl. Krüger 2003). Der Gesetzentwurf der Bundesregierung wurde dem Bundesrat vorgelegt, doch Bayern bestritt die Zuständigkeit des Bundes, da es sich bei der Altenpflege nicht um einen Heilberuf handele. Mit dieser Argumentation wurde der Vorstoß der Bundesregierung wieder zum Erliegen gebracht (vgl. Cappell 1996, 59ff.).

Nach der Jahrtausendwende urteilte das Bundesverfassungsgericht, dass die Altenpflege wie die Krankenpflege ein Heilberuf sei. Damit fiel die Regulierungskompetenz in die Zuständigkeit des Bundes (vgl. Landenberger 2005, 34). Daraufhin wurde im Jahr 2003 unter rot-grüner Regierung eine einheitliche und standardisierte Ausbildung zum/zur Altenpfleger/in in Deutschland eingeführt (vgl. Kümmerling 2009, 152; BMFSFJ 2013). Die Altenpflegeausbildung wird seitdem auf bundesgesetzlicher Ebene geregelt. Im Altenpflegegesetz wurden v.a. die Inhalte, Strukturen und das Prüfungsverfahren vereinheitlicht. Das Berufsfeld Altenpflege ist des Weiteren durch Vorgaben der Pflegeversicherung bestimmt. Hier ist genau festgelegt, welche Qualifikation eine Person haben muss, um bestimmte Tätigkeiten ausüben zu dürfen (vgl. SGB XI). Die Ausbildung zum/zur Altenpfleger/in dauert drei Jahre und wird in Altenpflegefachschulen

durchgeführt. Ausbildungsträger können öffentliche, freigemeinnützige oder private Institutionen sein. Die Ausbildung umfasst theoretische und praktische Unterrichtsanteile, wobei die Praxisanteile überwiegen. Zur Durchführung der Praxisanteile kooperieren die Altenpflegeschulen mit Anbietern pflegerischer Dienste. Die Ausbildung ist inhaltlich auf die Pflege alter und kranker Menschen ausgerichtet. Zugangsvoraussetzung ist im Regelfall ein Realschulabschluss oder ein Hauptschulabschluss und eine mindestens zweijährige Berufsausbildung. Die Berufsbezeichnung Altenpfleger/in ist gesetzlich geschützt (vgl. BMFSFJ 2013; Landenberger 2005, 38ff.). Auch die Krankenpflegeausbildung wurde im Jahr 2004 reformiert und stärker mit der Altenpflege verknüpft (vgl. Landenberger 2005, 34f.).

Aktuell geplant und bereits in Modellprojekten erprobt ist eine Generalisierung der Pflegeausbildung, in der die Ausbildungen zum/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in, zum/r Altenpfleger/in sowie zum/r Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in zusammengefasst werden. Im Jahr 2012 hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe" ihren Abschlussbericht vorgelegt. Darin schlägt sie ein neues Pflegeberufegesetz vor, das das Altenpflege- und das Krankenpflegegesetz ablöst und die drei Ausbildungsgänge zusammenführt. Schulgeldzahlungen sollen danach entfallen, und nichtausbildende Einrichtungen an der Ausbildungsfinanzierung beteiligt werden (vgl. Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe 2012; Sell 2012, 27ff.). Derzeit befindet sich die Reform der Zusammenlegung der verschiedenen Ausbildungen zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann im Bundestag (vgl. BMG 2016b).

Die Ausbildung der Altenpflegehelferin bzw. des Altenpflegehelfers erfolgt weiterhin auf Länderebene, da das Bundesverfassungsgericht entschieden hatte, dass es sich hierbei nicht um einen Heilberuf handelt. Die Dauer der Ausbildung, die ebenfalls an einer Altenpflegefachschule stattfindet, umfasst ein Jahr. Voraussetzung ist ein Hauptschulabschluss. Die Ausbildung besteht aus einem theoretischen und einem praktischen Teil. Die Altenpflegehelfer/innen unterstützen die Pflegefachkräfte in den ambulanten Diensten und Pflegeheimen (vgl. Landenberger 2005, 34; vgl. kritisch zur Zunahme der Kurzzeitausbildungen Gottschall 2008, 261ff.).

Seit Mitte der 1990er Jahre gibt es zudem mehr und mehr Studiengänge im Bereich der Pflege. Im Jahr 2006 sind es über 50 Studiengänge (vgl. Bollinger u.a. 2006, 77f.). Die Zahl dürfte in den letzten Jahren weiter zugenommen haben. Beispiele sind BA- oder MA-Studiengänge im Bereich Pflegewissenschaft, Pfle-

gemanagement, Pflegepädagogik, Pflege- und Gesundheitswissenschaften oder *Public Health*. In diesen Studiengängen werden die Studierenden zum einen auf Lehrtätigkeiten in Altenpflegefachschulen und/oder auf Leitungsfunktionen im Altenpflegebereich vorbereitet. Zum anderen gibt es Studiengänge, in denen eine grundständige oder primärqualifizierende Erstausbildung im Pflegebereich angeboten wird. Einige Hochschulen kooperieren diesbezüglich auch mit Praxiseinrichtungen, so dass die Absolvent/innen nach dem Studium zusätzlich die Berufsbezeichnung Altenpfleger/in tragen dürfen. Es ist derzeit allerdings nicht angedacht, die Erstausbildung in der Altenpflege generell zu professionalisieren (vgl. Bollinger u.a. 2006, 81f.; vgl. auch Landenberger 2005, 39; Krüger 2003, 499). Ziel der Studiengänge ist es, die Pflegequalität zu verbessern, den Beschäftigten zu höherem Einkommen und besseren Arbeitsbedingungen zu verhelfen sowie eine gleichwertige Ausbildung im Verhältnis zu den medizinischen Bereichen zu schaffen (vgl. Bollinger u.a. 2006, 77). Ein weiteres Ziel ist die Etablierung einer Pflegewissenschaft (vgl. Landenberger 2005, 40).

Auch berufliche Weiterbildungsmöglichkeiten und Spezialisierungen für Altenpfleger/innen existieren. Sie reichen von der Teilnahme an Seminaren über Weiterbildungslehrgänge, z.B. im Bereich der Geronto-Psychiatrie, der Rehabilitation oder der Prävention, bis hin zum Absolvieren eines pflegewissenschaftlichen Aufbaustudiums. Auch Weiterqualifizierungen im Bereich der Übernahme einer Pflegedienstleitung, zum/r Praxisanleiter/in oder zum/r Lehrer/in für Pflegeberufe sind möglich. Die Weiterbildungen sind allerdings nicht bundeseinheitlich standardisiert (vgl. Landenberger 2005, 57ff.).

Die Einführung der sozialen Pflegeversicherung stellte einen entscheidenden Schubfaktor für die Professionalisierung der Pflegebranche im Allgemeinen und der Pflegefachkräfte im Besonderen dar. Die Pflegeberufe wurden gestärkt und gegenüber der medizinischen Profession aufgewertet (vgl. Landenberger 1994, 333f.). Beispielsweise wirken Pflegefachkräfte zusammen mit den Ärzten und Ärztinnen des MDK bei der Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit und damit der Leistungszuteilung mit (vgl. § 18 Abs. 7 SGB XI).[58] Und ambulante Pflegedienste erhalten nur dann einen Versorgungsvertrag, wenn eine ausgebildete Pflegefachkraft in leitender Position eingesetzt ist. Auch in stationären Einrichtungen obliegt die Verantwortung für die Pflege ausgebildeten Pflegefachkräften. Die Schaffung eines klar umgrenzten, unabhängigen Berufsfeldes für

58 Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung steht das Recht auf Diagnose und die Entscheidung über die Behandlung demgegenüber allein dem ärztlichen Personal zu.

Pflegefachkräfte und „the creation of some independence *vis-à-vis* the dominating medical profession was a novelty in the German health care system" (Burau u.a. 2007, 146, Herv. i. O.). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) kritisierte dementsprechend diese Entwicklungen und schlug die Beteiligung der Hausärzte und -ärztinnen an der Feststellung der Pflegebedürftigkeit vor. Sie konnte sich mit diesem Vorschlag allerdings nicht durchsetzen (vgl. Meyer 1996, 208; Burau u.a. 2007, 146; BT-Drs. 12/5952 1993, 12ff.).

Der Arbeitsmarkt Pflege wächst seit der Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich. Mit der Zunahme ambulanter und stationärer Pflege hat auch die Zahl der professionell Pflegenden zugenommen. In den ambulanten Pflegediensten arbeiten im Jahr 2013 knapp 320.000 Beschäftigte. In den Pflegeheimen sind gut 685.000 Personen beschäftigt, also mehr als doppelt so viele wie in den ambulanten Diensten. Die Zahlen sind seit 1999 um mehr als 50% angestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt 2001, 2015). Aufgrund des gesellschaftlichen Alterungsprozesses wird sich dieser Trend fortsetzten. Es zeichnet sich in der Pflegebranche sogar bereits ein Arbeitskräftemangel ab.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung ist ein Anstieg der Fachkraftquote einhergegangen. Die Mehrheit der Beschäftigten in den ambulanten Diensten und knapp ein Drittel der Beschäftigten in den Pflegeheimen haben eine pflegespezifische Ausbildung und gelten als Pflegefachkräfte. Dazu zählen nach § 71 Abs. 3 SGB XI Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sowie Altenpfleger/innen und Heilerziehungspfleger/innen oder Heilerzieher/innen. Dazu kommen noch die Beschäftigten mit einem pflegewissenschaftlichen Studium. Die Zahl der Pflegefachkräfte in ambulanten Diensten ist zwischen 1999 und 2013 um 80% und in Pflegeheimen um 63% angestiegen. Der Anteil der Pflegefachkräfte in ambulanten Diensten ist im selben Zeitraum leicht von 48% auf 50% angestiegen. Auch bei den Pflegeheimen ist der Anteil von 31% auf 32% angestiegen. Nicht nur die Zahl und der Anteil der Pflegefachkräfte haben zugenommen, auch die Akademisierung der Pflege ist vorangeschritten. Hatten im Jahr 1999 noch nur 808 Beschäftigte in Pflegeheimen einen pflegewissenschaftlichen (Fach-)Hochschulabschluss, so waren es im Jahr 2013 bereits 3.061, also über dreimal so viele. In den ambulanten Pflegediensten ist die Entwicklung ähnlich: Im Jahr 1999 wiesen gut 420 Beschäftigte einen pflegewissenschaftlichen (Fach-)Hochschulabschluss auf, im Jahr 2013 waren es mit 1.094 bereits mehr als doppelt so viele (vgl. Statistisches Bundesamt 2001; Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen).

Gut ein Fünftel der Beschäftigten in ambulanten Diensten weist eine sonstige pflegerische, sozialpädagogische oder hauswirtschaftliche Qualifikation auf. Der

Anteil ist leicht zurückgegangen. Auf dieser Qualifikationsstufe bestehen keine nennenswerten Unterschiede zwischen Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Der Anteil der Beschäftigten ohne eine pflegerische Ausbildung ist in den ambulanten Diensten zwischen 1999 und 2013 mit 29% konstant geblieben. In den Pflegeheimen ist er im selben Zeitraum von 49% auf 44% zurückgegangen. Der Anteil ist aber immer noch sehr hoch (vgl. Statistisches Bundesamt 2001; Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen).

Eine Ursache für die gestiegene Fachkraftquote ist das breite Aufgabenspektrum der Pflegenden. Im ambulanten Bereich praktizieren die Pfleger/innen sowohl Grund- als auch Behandlungspflege, wobei ersteres über die Pflegeversicherung, letzteres über die Krankenversicherung abgerechnet wird. Aufgrund dieser doppelten Aufgabenerfüllung sind die deutschen Pflegekräfte im internationalen Vergleich sehr gut ausgebildet (vgl. Theobald u.a. 2013, 73f.) "The comparatively high level of qualification in home care also reflects the fact that qualified care staff are more flexible and can deliver services under both social insurance schemes" (Burau u.a. 2007, 148). Einen Anteil an der gestiegenen Fachkraftquote, v.a. in Bereich der ambulanten Dienste, und an dem Bedarf an (Fach-)Hochschulabsolvent/innen haben auch die pflegepolitischen Regulierungen im Rahmen der Qualitätssicherung (Pflegereform 2002). In den Rahmenverträgen auf Landesebene werden seitdem Personalrichtwerte festgesetzt. Zudem ist in der Heimpersonalverordnung seit 1993 eine Fachkraftquote von mindestens 50% vorgeschrieben (vgl. Landenberger 1998, 92; Gerlinger/Röber 2009; Theobald 2004a, 43ff.). Des Weiteren nimmt die Zahl der Pflegefachkräfte zu, weil infolge der Einsparungen im Krankenhausbereich seit über einem Jahrzehnt Krankenpfleger/innen im Altenpflegebereich, v.a. in der ambulanten Pflege, unterkommen (vgl. Kümmerling 2009, 153).

10.4.2.2 Bezahlung und Arbeitsbedingungen

In Deutschland werden Löhne und Arbeitsbedingungen in der Regel im Rahmen von Tarifverhandlungen zwischen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden ausgehandelt. Dies gilt allerdings kaum für die Pflegebranche. Dort existieren nur wenige Tarifverträge und auch der gewerkschaftliche Organisationsgrad ist niedrig. Die Tarifbindung ist allerdings trägerabhängig. „Während 80,6 % der öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen Träger tarifgebunden sind, trifft dies lediglich auf 15,7 % der privaten Träger zu." (vgl. Institut für angewandte Wirtschaftsforschung e.V. 2011, 94) Demnach arbeiten die meisten der Angestellten in privaten Pflegekonzernen – immerhin zahlenmäßig die größte Gruppe von Beschäftigten in der Pflegebranche – ohne Tarifvertrag, der mit

einer DGB-Gewerkschaft ausgehandelt wurde (vgl. Meyer 2012, 57; Burau u.a. 2007, 132).

Nicht nur die Angestellten privater Träger, auch die Beschäftigten kirchlicher Träger fallen meist nicht in den Geltungsbereich von Tarifverträgen. Grund dafür ist der als 'Dritter Weg' bezeichnete Mechanismus der Vereinbarungen bei kirchlichen Wohlfahrtsverbänden. Bei der Caritas gelten beispielsweise im Rahmen des kirchlichen Arbeitsrechts die Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR), die die Arbeitsrechtliche Kommission des Deutschen Caritasverbandes abgeschlossen hat. Die Arbeitsrechtliche Kommission ist paritätisch mit Beschäftigten und Dienstgebern besetzt. Beschlüsse brauchen in der Regel eine Dreiviertelmehrheit (vgl. Caritas o. J.). Auch in der Diakonie gibt es AVR. Die einzelnen Landeskirchen können allerdings selbst entscheiden, ob sie die AVR übernehmen. Im Bereich der Diakonie gibt es – im Unterschied zur Caritas – jedoch auch einige Tarifverträge mit der Gewerkschaft ver.di. Dabei handelt es sich beispielsweise um die Diakonie Hamburg, die Diakonie Niedersachsen, die Evangelisch-Lutherische Kirche in Norddeutschland und die Evangelische Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (vgl. Diakonie Deutschland 2014; ver.di o. J.; vgl. auch Senghaas-Knobloch 2010, 103; Auth 2013, 415ff.).

Für die Beschäftigten der nicht-kirchlichen freigemeinnützigen Wohlfahrtsverbände existieren dagegen meist Tarifverträge, die mit der Gewerkschaft ver.di verhandelt wurden. So hat beispielsweise die Arbeiterwohlfahrt (AWO) einen eigenen Arbeitgeberverband gegründet, der Tarifverträge mit der Dienstleistungsgewerkschaft aushandelt. Auch die AWO-Gliederungen können frei entscheiden, ob sie sich diesem Tarifvertrag anschließen (vgl. Arbeitgeberverband AWO o. J.).

Die geringe Bedeutung tarifvertraglicher Regelungen in der Altenpflege hat Auswirkungen auf die Löhne und die Lohnentwicklung in diesem Bereich. Hier hat sich ein Wandel vollzogen. Zunächst orientierten sich die kirchlichen Wohlfahrtsverbände trotz des 'Dritten Weges' lange Zeit an den Abkommen im Öffentlichen Dienst. Doch infolge der direkten Konkurrenz mit den privaten Anbietern nahm die Ausrichtung am Öffentlichen Dienst nach und nach ab, da die Löhne für die Angestellten in den privaten Pflegediensten und -heimen deutlich niedriger lagen (und liegen) als im Öffentlichen Dienst und in den AVR (vgl. Meyer 2012, 57f.; Kümmerling 2009, 152). Die Neuausrichtung der kirchlichen Träger zeigt sich beispielsweise daran, dass die AVR mittlerweile flexibel angewandt werden können und dass Öffnungsklauseln existieren. So kann z.B. von den AVR der Caritas aus wirtschaftlichen Gründen abgewichen werden, wenn die entsprechende Regionalkommission dem Antrag der Einrichtung zustimmt. Die AVR können auch durch die Gründung von Tochtergesellschaften, also

Outsourcing, oder durch die Beschäftigung von Leiharbeiter/innen umgangen werden (vgl. Senghaas-Knobloch 2010, 87). Die Löhne und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten der freigemeinnützigen Träger verschlechterten sich aufgrund der Konkurrenzsituation.

Ein exemplarischer Vergleich der Löhne nach der AVR der Caritas (Anlage 3a/KR 4) mit den Tariflöhnen im Öffentlichen Dienst (TVöD-B Pflege- und Betreuungseinrichtungen) in Westdeutschland hat ergeben, dass die Löhne für ausgebildete Altenpfleger/innen in Pflegeeinrichtungen (nach ein bzw. zwei Jahren beruflicher Tätigkeit) nach den AVR der Caritas leicht unter den Löhnen im Öffentlichen Dienst liegen. Die Lohnsteigerungen sind mit Ausnahme des Jahres 2009, als die AVR neu ausgehandelt wurden, dagegen identisch. Vergleicht man die Tariflohnentwicklung im Öffentlichen Dienst und in den AVR der Caritas mit den durchschnittlichen Tariferhöhungen eines Jahres, zeigt sich, dass die Bruttolöhne der Kranken- und Altenpfleger/innen sowie der Pflegedienstleitungen in Westdeutschland mit Ausnahme des Jahres 2009 in geringerem Maße angestiegen sind als die durchschnittlichen Tariferhöhungen in Westdeutschland, die in dem jeweiligen Jahr abgeschlossen oder in Kraft getreten sind. Zudem wird deutlich, dass bei den Lohnerhöhungen im TVöD und in den AVR der Caritas keine Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Entgeltgruppen bestehen (vgl. Auth 2013, 415ff.).

Laut WSI-Lohnspiegel zu den Einkommens- und Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen liegt der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst von Altenpfleger/innen im Jahr 2012 bei 2.148 Euro. Damit verdienen die Altenpfleger/innen im Durchschnitt weniger als im TVöD bzw. den AVR der Caritas angegeben. Dies kann man auf die niedrigeren Einkommen bei den privaten Trägern zurückführen. Beschäftigte in der Pflegebrache, die in tarifgebundenen Betrieben arbeiten – so ein weiteres Ergebnis der WSI-Studie –, verdienen deutlich mehr als solche ohne Tarifvertrag. Allerdings arbeiten nur knapp 40% der befragten Altenpfleger/innen in einem tarifgebundenen Betrieb (vgl. Bispinck u.a. 2012, 12ff.).

Und im Kontext einer Evaluation zum Pflegemindestlohn im Auftrag des Bundesarbeitsministeriums wurde festgestellt, dass die Bruttotageslöhne der Vollzeitbeschäftigten in der Pflegebranche zwischen den Jahren 2003 und 2008 einerseits stagnierten, andererseits eine große Streuung aufwiesen, v.a. im unteren Einkommenssegment (vgl. Institut für angewandte Wirtschaftsforschung e.V. 2011, 82ff.).

Das untere Einkommenssegment stand auch im Mittelpunkt der Pflege-Mindestlohndebatte. Seit Mitte 2010 gibt es in der Pflegebranche einen Branchenmindestlohn, der durch eine Rechtsverordnung nach dem Arbeitnehmerentsen-

degesetz für allgemeinverbindlich erklärt wurde. Den Anstoß dazu gaben die Gewerkschaft ver.di und die Arbeiterwohlfahrt (AWO), die 2008 den Antrag zur Aufnahme der Altenpflege in das Arbeitnehmerentsendegesetz stellten. Die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände schloss sich dem an. Die privaten Arbeitgeber kämpften gegen die Aufnahme der Altenpflege in das Arbeitnehmerentsendegesetz. Anlass der Diskussion war die 2011 begonnene Arbeitnehmerfreizügigkeit in der EU, aufgrund derer man ohne Mindestlohn mit negativen Auswirkungen auf die Altenpflegebranche rechnete. Die Einführung eines Mindestlohns über die Allgemeinverbindlichkeitserklärung von Tarifverträgen war nicht möglich, da diese Regelung bei den kirchlichen Trägern nicht gegriffen hätte (vgl. Meyer 2012, 48).

Der 2010 vereinbarte Mindestlohn gilt nun nicht nur für deutsche Unternehmen, sondern auch für ausländische Betriebe, die Arbeitnehmer/innen in Deutschland beschäftigen. Der Mindestlohn wird von der paritätisch durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter/innen besetzten Pflegekommission, darunter Vertreter/innen der Vereinigungen der nicht-kirchlichen Arbeitgeber in der Pflegebranche, Gewerkschafter/innen sowie Vertreter/innen der Caritas und der Diakonie, ausgehandelt. Er betrug 2010 und 2011 im Westen 8,50 Euro und im Osten 7,50 Euro und wird seitdem regelmäßig angepasst. Seit Anfang 2015 beträgt er im Westen 9,40 Euro und im Osten 8,65 Euro (vgl. BMAS 2014). Damit liegt er über dem seit Anfang 2015 in Deutschland geltenden allgemeinen Mindestlohn von 8,50 Euro.

Der Pflegemindestlohn bezieht sich auf Beschäftigte in der Altenpflege und in der ambulanten Krankenpflege, die überwiegend in der Grundpflege tätig sind. Darunter fallen auch Leiharbeiter/innen und geringfügig Beschäftigte. Ausgeschlossen sind nur Auszubildende und Praktikant/innen. Seit Oktober 2015 wurde der Personenkreis auf Demenzbetreuer/innen und Alltagshelfer/innen ausgedehnt (vgl. BMAS 2014). Damit gilt der Mindestlohn für 800.000–900.000 Arbeitnehmer/innen in der Pflegebranche. Da die Pflegefachkräfte höhere Löhne erzielen, ist der Mindestlohn v.a. für die ca. 130.000 Hilfskräfte relevant (vgl. Bispinck 2014, 53; Meyer 2012, 48). Seit Anfang 2015 gilt zudem für alle Beschäftigten in der Pflegebranche, d.h. auch für die, die nicht überwiegend in der Grundpflege arbeiten, der allgemeine Mindestlohn (vgl. BMAS 2014).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das traditionelle deutsche Beschäftigungsmodell mit flächendeckenden Branchentarifverträgen und ausgebauten betrieblichen Mitbestimmungsrechten in der Altenpflege niemals angekommen ist. Hier herrscht stattdessen ein „fragmentierte[s] deutsche[s] Beschäftigungsmodell“ (Kümmerling 2009, 137) vor.

Die niedrigen Löhne korrespondieren mit der Entwicklung der Beschäftigungsstrukturen. Die Zunahme der Beschäftigung in der Pflegebranche zwischen 1999 und 2013 ging mit einem Rückgang des Anteils an Vollzeitbeschäftigten von 31% auf knapp 27% in den ambulanten Diensten und von 48% auf knapp 30% in den Pflegeheimen einher. Demgegenüber ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigungen und der Mini-Jobs enorm angestiegen. Zugenommen haben v.a. Teilzeitbeschäftigungen mit einer Arbeitszeit von über 50%. Die Zahl dieser Teilzeitbeschäftigungen ist in den ambulanten Diensten zwischen 1999 und 2013 um über 130% und in den Pflegeheimen sogar um über 150% gestiegen. Damit arbeiten im Jahr 2013 gut ein Drittel der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten und -heimen „lange Teilzeit". Zählt man noch diejenigen Teilzeitbeschäftigten dazu, die weniger als 50%, aber nicht geringfügig beschäftigt sind (ca. 14%), so arbeitet knapp die Hälfte der Beschäftigten in der Pflegebranche auf Teilzeitbasis. Das ist eine hohe Quote. Zwischen 1999 und 2013 hat auch die Zahl der Mini-Jobs in der Pflegebranche zugenommen, in ambulanten Pflegediensten um über zwei Drittel. Der Anteil der Mini-Jobs hat in diesem Zeitraum leicht um 4% abgenommen. In den Pflegeheimen ist die Entwicklung ähnlich. Hier hat sich die Zahl der Mini-Jobs zwischen 1999 und 2013 um über die Hälfte erhöht, während der Anteil bei gut 9% verharrte (vgl. Statistisches Bundesamt 2001; Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen; vgl. auch Auth 2013, 417f.; Kümmerling 2009, 154f.).

Dass so viele Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse in der Pflege existieren, hat sicherlich auch mit dem hohen Frauenanteil in der Altenpflege zu tun. Im Jahr 2013 liegt der Frauenanteil in den ambulanten Diensten bei knapp 88%, in den Pflegeheimen bei 85%. Er ist seit dem Jahr 1999 im Bereich der ambulanten und in der stationären Pflege leicht angestiegen. Insgesamt ist der hohe Frauenanteil seit der Einführung der Pflegeversicherung relativ konstant geblieben (vgl. Statistisches Bundesamt 2001; Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen; vgl. auch Auth 2013, 419ff.; Kümmerling 2009, 156).

In der Pflegebranche ist nicht nur der Anteil der Teilzeitbeschäftigten, sondern auch der Anteil der Befristungen hoch. Eine WSI-Befragung von Beschäftigen in der Pflegebranche hat ergeben, dass ca. ein Viertel der Altenpfleger/innen und knapp ein Drittel der Altenpflegehelfer/innen befristet beschäftigt sind (vgl. Bispinck u.a. 2012, 15).

Es zeichnen sich also insgesamt widersprüchliche Tendenzen im Hinblick auf die Beschäftigungs- und Qualifikationsstrukturen in der Pflegebranche ab. Einerseits findet mit der Ausweitung ambulanter Dienste und Pflegeheime eine Erhöhung der Fachkraftquote und eine Akademisierung der Pflegeberufe statt,

andererseits erfolgt der Ausbau der Pflegeinfrastruktur vorwiegend auf der Basis von Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen („lange Teilzeit") und – wenn auch in geringerem Maße – von Mini-Jobs.

Der Trägerwettbewerb, die Anpassung der Strategien der freigemeinnützigen an die privaten Träger und die „[r]igide[n] Versorgungs- und Vergütungsverträge mit den Pflegekassen" (Gerlinger 2008) haben nicht nur zu niedrigeren Löhnen geführt, sondern auch dazu beigetragen, dass sich die Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche verschlechtert haben. Eine Studie zu Arbeitsbedingungen im Pflegeberuf im europäischen Vergleich *(Nurses Early Exit Study, NEXT)*, in der Pflegende in Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten und in Pflegeheimen in zehn europäischen Ländern befragt wurden, zeigt, dass in Deutschland weniger als 50% der befragten Beschäftigen in Pflegeheimen und -diensten mit ihrer Arbeitssituation zufrieden sind (vgl. Simon/Hasselhorn 2005, 43f.). Im Ländervergleich sind die deutschen Pflegenden damit besonders unzufrieden (vgl. Stordeur u.a. 2005, 37). Gründe für die Unzufriedenheit des Pflegepersonals liegen in den pflegebedingten Organisationsstrukturen. Dazu zählen hohe körperliche und emotionale Belastungen, soziale Spannungen und Konflikte in den Diensten und Einrichtungen, die schlechte Arbeitszeitorganisation, unzureichende Entwicklungsmöglichkeiten und die schlechte Vereinbarkeit des Berufs mit familiären Belangen. Jede/r vierte Beschäftigte denkt häufig über einen Einrichtungswechsel nach, über 15% denken sogar mehrfach in der Woche über einen Berufsausstieg nach. In Alten- und Pflegeheimen sind das Arbeitsaufkommen und damit die zeitliche Belastung der Beschäftigten im internationalen Vergleich sehr hoch (vgl. Simon u.a. 2005, 46ff.; Gerlinger 2008; Gerlinger/Röber 2009, 64).

Auch im Rahmen des WSI-Lohnspiegels im Pflegebereich wurde die Arbeitszufriedenheit abgefragt. Sie liegt etwas unter dem Durchschnittswert aller Beschäftigten. Besonders unzufrieden sind die Beschäftigten in der Pflegebranche mit der Bezahlung, der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie der Freizeitmenge. Auch die Stressbelastung, v.a. die physische Erschöpfung, liegt deutlich über dem Durchschnitt aller Beschäftigten (vgl. Bispinck u.a. 2012, 25ff.).

In der deutsch-schwedischen Vergleichsstudie zu Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche von *Theobald* u.a. (2013) werden die Veränderungen der Organisation der Pflege – wie in Schweden – von der Hälfte der deutschen Beschäftigten negativ eingeschätzt (vgl. Theobald u.a. 2013, 91). In Deutschland klagen 67% der Beschäftigten über ein zu hohes Arbeitspensum; in Schweden waren es nur 38%. Zudem berichten – wie in Schweden – 46% der Beschäftigten über Arbeitskräfteknappheit durch Urlaub und Krankheit (vgl. Theobald u.a. 2013, 75).

Infolge der Effizienzorientierung und der Privatisierung haben sich die Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden verschlechtert. Die neuen Managementkonzepte sind auf Rationalisierung und Kostensenkung ausgelegt. Dabei kommt es zu einem „Bedeutungsverlust persönlicher Zuwendung" (Gerlinger 2008) und zu Mängeln in der elementaren Versorgung, die sich z.B. in fehlenden Zeiten für Gespräche und im Wundliegen zeigen. Die Pflege wird durch das Rekurrieren auf den stark körper- und tätigkeitsbezogenen Pflegebegriff aus ihrem sozialen Kontext herausgerissen. In der Umsetzung bedeutet dies für die professionell Pflegenden eine Intensivierung ihrer Arbeit durch eine „zu knappe Personalbemessung" (Gerlinger 2008; vgl. auch Senghaas-Knobloch 2008, 2010, 94).

10.4.2.3 Selbständige Pflegearbeit

Generell ist es in Rahmen des deutschen Pflegeversicherungssystems eher unüblich, sich als (Einzel-)Pflegekraft selbständig zu machen. Die Bedingungen, um sich als Einzelpflegekraft selbständig zu machen, sind seit der Pflegereform 2008 allerdings erleichtert worden. Zulassungsbedingung ist lediglich das Vorliegen einer pflegerischen Qualifikation. Bis dahin waren Verträge mit Einzelpersonen nur zulässig, wenn die Versorgung durch ambulante Pflegedienste nicht sichergestellt werden konnte. Seit der Pflegereform wurden die Möglichkeiten erweitert. Wenn beispielsweise dadurch die Wünsche der Pflegebedürftigen besser erfüllt werden können oder wenn diese Art der Versorgung als besonders wirksam und wirtschaftlich angesehen wird, kann eine Zulassung erfolgen. Mögliche Einsatzbereiche von Einzelpflegekräften sind Wohngruppen und Wohn- oder Hausgemeinschaften von Pflegebedürftigen. Die Einzelpflegekraft darf mit dem Pflegebedürftigen allerdings nicht verwandt oder verschwägert sein (vgl. BT-Drs. 16/7439 2007, 39).

10.4.3 Der Wandel der Regulierung ehrenamtlicher Pflegearbeit

Laut Freiwilligensurvey engagierten sich in Deutschland im Jahr 2009 36% der Bevölkerung. Abgefragt wurde hier die regelmäßige Übernahme von Aufgaben, Arbeiten und Funktionen im Rahmen zivilgesellschaftlicher Organisationen. Im Jahr 1999 hatte die Zahl bei 34% gelegen, im Jahr 2004 bei 36%. Damit ist das ehrenamtliche Engagement in Deutschland zwischen 1999 und 2004 leicht gestiegen, danach ist es konstant geblieben (vgl. BMFSFJ 2010b, 6). Im internationalen Vergleich liegt die deutsche Aktivitätsquote – gemeint ist hier das ehrenamtliche Engagement und sonstige freiwillige unbezahlte Aktivitäten und Tätigkeiten in Organisationen – laut dem *European Social Survey* (2002/2003)

mit 23% deutlich niedriger als in Schweden (35%) und wenige Prozentpunkte niedriger als in Großbritannien (26%) (vgl. WZB 2009, 60).

Die Hauptbereiche des ehrenamtlichen Engagements in Deutschland sind nach dem Freiwilligensurvey im Jahr 2004 der Bereich Sport und Bewegung mit einem Anteil von ca. 20%, der Bereich Schule/Kindergarten mit einem Anteil von 13%, die Bereiche Kirche/Religion, Soziales sowie Kultur/Musik mit jeweils Anteilen von 10% und der Bereich Freizeit/Geselligkeit mit einem Anteil von 5% (vgl. BMFSFJ 2010b, 7). Dabei hat der Anteil des sozialen Bereichs seit 1999 um zwei Prozentpunkte zugenommen (vgl. WZB 2009, 29). Zwei Drittel der Engagierten im sozialen Bereich sind Frauen (vgl. WZB 2009, 38).

Die Wohlfahrtsverbände, in deren Rahmen ehrenamtliche Arbeit im sozialen Bereich in Deutschland meist stattfindet, weisen eine lange Tradition auf. Bereits in der Weimarer Republik wird das Subsidiaritätsprinzip gesetzlich festgeschrieben, wonach staatliche Träger erst dann soziale Dienste und Einrichtungen anbieten (dürfen), wenn kein freigemeinnütziger Träger Interesse bekundet. Die Wohlfahrtsverbände sind in allen sozialen Bereichen tätig, insbesondere in der Armenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsfürsorge sowie der Wohnungslosen- und Arbeitslosenfürsorge. Da die Kinderbetreuung und die Altenpflege zunächst als familiäre Leistungen galten, erfolgte der Ausbau von Diensten in diesen Bereichen verzögert (vgl. Sachße 2011, 97ff.). Nach dem Zweiten Weltkrieg, spätestens aber seit dem wirtschaftlichen Aufschwung änderte sich dies und auch der Ausbau von Diensten und Heimen für Ältere und Pflegebedürftige nahm zu – im Vergleich zu Großbritannien und Schweden allerdings auf niedrigem Niveau. In den Wohlfahrtsverbänden sind ehrenamtliche Helfer/innen selbstverständlich. Das gilt insbesondere für die religiös geprägten Verbände, wie die Caritas und die Diakonie.

> "A characteristic of the German system is that large independent voluntary organisations have a well established highly professionalised role in welfare provision. Welfare in Germany is delivered by large welfare organisations that are highly professionalized and with low volunteer levels [...]. There are relatively few older volunteers except within religious organisations." (Warburton/Jeppsson Grassman 2011, 184)

Auch wenn die ehrenamtliche Arbeit in Deutschland im internationalen Vergleich einen eher geringen Stellenwert hat, so ist doch erkennbar, dass das Ehrenamt seit der Jahrtausendwende eine höhere politische, gesellschaftliche und auch wohlfahrtsstaatliche Bedeutung erlangt hat. Dies erkennt man u.a. an der Einrichtung einer Enquête-Kommission zum bürgerschaftlichen Engagement (vgl. BT-Drs. 14/8900 2002), der Thematisierung des bürgerschaftlichen Engagements im fünften und sechsten Altenbericht der Bundesregierung (vgl. BMFS-

FJ 2005, 337ff.; vgl. auch Backes/Höltge 2008, 277f.; BMFSFJ 2010a, 133ff.) sowie an dem Bericht des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung (WZB) zum Bürgerschaftlichen Engagement im Auftrag des Bundesfamilienministeriums (vgl. WZB 2009). Im Jahr 2009 wurde zudem beschlossen, im Rahmen der „Nationalen Engagementstrategie" in jeder Legislaturperiode einen Engagementbericht vorzulegen. Im Jahr 2012 ist der Erste Engagementbericht erschienen (vgl. BT-Drs. 17/10580 2012) und seit dem Jahr 2013 bereitet eine Sachverständigenkommission den zweiten Engagementbericht für die Legislaturperiode der Großen Koalition vor.

Die Engagementförderung hat nicht nur zugenommen, die Förderung ehrenamtlicher Tätigkeiten hat sich in den letzten Jahrzehnten auch inhaltlich verändert. Wichtige Schwerpunkte der staatlichen Förderung des Ehrenamts in Deutschland sind zum einen die Unterstützung ehrenamtlicher Tätigkeiten durch Ältere, v.a. durch die sog. 'jungen Alten', zum anderen die ehrenamtliche Übernahme von sozialen Tätigkeiten gegenüber Dritten (vgl. Auth 2009, 308ff.). Diese Ausrichtung zeigt sich z.B. in den beiden vom Familienministerium geförderten Modellprogrammen „Generationenübergreifende Freiwilligendienste" (2005-2008) und „Freiwilligendienste aller Generationen" (2009-2011). Die Einsatzfelder der geförderten Träger und Projekte sind u.a. die Kinder- und Jugendarbeit, die Behindertenarbeit, der Bereich Kultur sowie die Alten- und Pflegearbeit. „Als häufigster Einsatzbereich der Engagierten hatte sich die Arbeit mit älteren Menschen erwiesen." (Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung 2012, 8)

> „Die Erwartungen [an das ehrenamtliche Engagement der Älteren, D.A.] reichen [...] von einer finanziellen Entlastung der sozialen Sicherungssysteme über die Erhöhung der Zielgenauigkeit öffentlicher Leistungserbringung bis hin zur Verbesserung der Effektivität und Leistungsqualität sozialer Einrichtungen und Dienste durch den systematischen Einbezug bürgerschaftlicher Beiträge (z.B. in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, Krankenhäusern oder ambulanten Diensten)." (BMFSFJ 2005, 339)

Auch im Rahmen der Pflegeversicherung wird das ehrenamtliche Engagement unterstützt und gefördert (§ 8 SGB XI). Seit der Pflegereform aus dem Jahr 2008 können die Träger von Pflegeeinrichtungen die Kosten für die Qualifizierung und den Einsatz Ehrenamtlicher in den Vergütungsverträgen geltend machen. Zudem werden ehrenamtliche Hilfen im Rahmen des Ausbaus niedrigschwelliger Betreuungsangebote für Demenzkranke finanziell gefördert (vgl. Gerlinger/Röber 2009, 42). Seit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz aus dem Jahr 2012 haben Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, den Ehrenamtlichen eine Aufwandsentschädigung zu zahlen. Des Weiteren müssen die Pflegekassen einen Teil ihrer Mittel in den Aufbau von Selbsthilfegruppen investieren (vgl. BMG 2014b). Im

Rahmen der Pflegeversicherung wurden auch zahlreiche Modellprojekte gefördert, in denen die ehrenamtliche Arbeit aufgegriffen wurde (vgl. WZB 2009, 139f.). Ursachen dieser Akzentverschiebung in der Engagementförderung hin zur wohlfahrtsstaatlichen Aktivierung der jungen Alten sind der demographische Wandel, der Umbau des Sozialstaates in Richtung Aktivierung und die öffentliche Diskussion um bürgerschaftliches Engagement (vgl. BMFSFJ 2005, 338).

Die Beteiligung von Ehrenamtlichen im Rahmen der stationären Altenpflege findet mittlerweile in den meisten Pflegeheimen statt, v.a. in den kirchlichen Einrichtungen. In 84% der stationären Einrichtungen findet eine Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen statt, meist in Form fester Ehrenamtlichengruppen (vgl. Schneekloth/Wahl 2007, 85; vgl. auch WZB 2009, 133). „Die Einbeziehung erfolgt bei 54% der Einrichtungen auf Basis einer festen Ehrenamtlichen-Gruppe. Weitere 24% kooperieren mit einer Initiative oder Gruppe von außerhalb, während bei 19% der Einrichtungen die Zusammenarbeit eher sporadisch und ohne eine feste organisatorische Struktur erfolgt." (Schneekloth/Wahl 2007, 85) Die Ehrenamtlichen machen beispielsweise ein Freiwilliges Soziales Jahr oder engagieren sich im Rahmen des Projekts „Generationenübergreifende Freiwilligendienste" (vgl. WZB 2009, 137f.). Die Tätigkeiten der Ehrenamtlichen in den Pflegeheimen fallen in die Bereiche soziale Begleitung und kulturelle Angebote. Pflegebezogene Tätigkeiten spielen nur eine geringe Rolle (vgl. WZB 2009, 134). Für ca. 40% der Ehrenamtlichen in Pflegeheimen werden Qualifizierungsangebote angeboten, entweder in den Pflegeheimen selbst oder im Rahmen der Träger oder anderer Organisationen. Die Zahl der Ehrenamtlichen ist in den Einrichtungen höher, die Qualifizierungsangebote machen. Dabei handelt es sich v.a. um freigemeinnützige und öffentliche Träger (vgl. Schneekloth/Wahl 2007, 85ff.).

> „Die Mobilisierung von bürgerschaftlichem Engagement entspricht der besonderen Tradition von frei-gemeinnützigen Trägern. Die freie Wohlfahrtspflege ist in diesem Feld besonders erfahren. Die Bereitstellung von Qualifizierungsangeboten unterstreicht die Bedeutung, die dieser zivilgesellschaftlichen Ressource hier beigemessen wird. Der damit verbundene Erfolg bei der Einbeziehung von Freiwilligen spricht für sich und rechtfertigt den mit einer Sicherstellung von Qualifizierungsangeboten verbundenen Aufwand." (Schneekloth/Wahl 2007, 87)

Im Rahmen der ambulanten Dienste bieten die kirchlichen Träger und das Deutsche Rote Kreuz auch Tätigkeiten im Rahmen der Organisierten Nachbarschaftshilfe an, wie Einkaufs- oder Begleitdienste (vgl. WZB 2009, 137). „Trotz des Einsatzes freiwilliger Mitarbeiter werden in der organisierten Nachbarschaftshilfe Aufwandsentschädigungen gezahlt, die Übergänge des ursprünglichen Engagements in den Niedriglohnsektor markieren." (WZB 2009, 137)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das ehrenamtliche Engagement in Deutschland im internationalen Bereich im Mittelfeld liegt, wobei innerhalb des Ehrenamts der Bereich Soziales einen wichtigen Stellenwert einnimmt. Seit der Jahrtausendwende wird das ehrenamtliche Engagement in diesem Bereich explizit staatlich gefördert, auch im Rahmen der Pflegeversicherung. Es lässt sich aber empirisch keine signifikante Zunahme ehrenamtlich Pflegender in Deutschland nachweisen.

10.4.4 Der Wandel der Regulierung transnationaler Pflegearbeit

Aufgrund der steigenden Zahl an Pflegebedürftigen, der zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen sowie der gestiegenen, meist beruflich bedingten Mobilität ist die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen komplizierter geworden. In Deutschland kommen noch Schwierigkeiten institutioneller Art hinzu: Aufgrund der Konstruktion der sozialen Pflegeversicherung als Teilkaskoabsicherung wird erstens nur ein – durch die fehlende Leistungsdynamisierung immer kleinerer – Teil der Kosten für ambulante Dienste übernommen. Die Leistungen reichen nicht aus, um den Pflegebedarf zu decken. Zweitens erhielten demenziell Erkrankte bislang nur geringe Leistungen von der Pflegeversicherung, weil Betreuungsbedarfe kaum Berücksichtigung fanden. Informelle Hilfe und Pflege als Ersatz ist aber in vielen Haushalten aus räumlichen, zeitlichen und/oder erwerbsarbeitsbedingten Gründen nicht möglich und/oder der Zukauf von ambulanten Hilfen (zu) teuer. Drittens existiert mit dem Pflegegeld eine Geldleistung, deren Verwendung weitgehend unreguliert und unkontrolliert ist. Die Pflegebedürftigen können in hohem Maße selbst bestimmen, wofür sie das Geld ausgeben. In dieser Situation greifen einige Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige auf die kostengünstige(re) Pflege durch osteuropäische Migrantinnen[59], sog. *'Liv-ins'*, zurück, v.a., um den hohen Betreuungsbedarf bei demenziell Erkrankten oder schwer(st) Pflegebedürftigen zu decken. Migrantische Pflegearbeit wird v.a. dann gewählt, wenn eine 24-Stunden-Betreuung notwendig ist und häusliche Pflege aufrechterhalten werden soll (vgl. Lutz/Palenga-Möllenbeck 2010, 147).

Es besteht nun aber nicht nur eine Variante der (ir-)regulären Beschäftigung von Migrantinnen in Deutschland. Pflegerinnen bzw. Hauswirtschafterinnen aus Osteuropa können auf unterschiedliche Art und Weise in deutschen Haushalten

59 In diesem Kapitel wird die weibliche Sprachform gewählt, weil es sich bei den osteuropäischen Migrantinnen fast ausschließlich um Frauen handelt.

tätig werden: Erstens als angestellte Arbeitnehmerinnen eines/r Pflegebedürftigen, zweitens auf selbständiger Basis oder drittens als entsandte Arbeitnehmerinnen einer ausländischen Agentur.

In der ersten Variante fungiert der/die Pflegebedürftige als Arbeitgeber/in. Die Pflegekraft oder Hauswirtschafterin muss ein Aufenthaltsrecht und eine Arbeitserlaubnis in Deutschland besitzen. Das Beschäftigungsverhältnis ist in diesem Fall regulär und sozialversicherungspflichtig. Arbeiten die osteuropäischen Migrantinnen als Pflegerinnen, dürfen die Arbeitsbedingungen nicht ungünstiger sein als die deutscher Beschäftigter. Daher haben regulär angestellte Migrantinnen, die pflegerisch arbeiten, nach dem Arbeitnehmerentsendegesetz eine Arbeitszeit von 38,5 Stunden. Für sie gelten auch die Regelungen zum Mindesturlaub und zum Arbeitsschutz. Für Hauswirtschafterinnen gelten die tariflichen oder ortsüblichen Arbeitsbedingungen. Hier kann auf den Tarifvertrag zwischen dem Deutschen Hausfrauenbund und der Gewerkschaft Nahrung – Genuss – Gaststätten (NGG) zurückgegriffen werden (vgl. Husmann 2010, 35). Ein solches Beschäftigungsverhältnis kann über die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit (ZAV) vermittelt werden. Es umfasst hauswirtschaftliche Arbeiten und pflegerische Alltagshilfen. Die Vermittlung kann für die Dauer von bis zu drei Jahren gewährt werden.[60] Diese Variante wird allerdings kaum genutzt. Im Jahr 2005 wurden von der ZAV ca. 3.000 osteuropäische Haushalthilfen vermittelt, im Jahr 2012 sogar nur noch ca. 500 (vgl. BMI/BMAF 2010, 94, 2014, 55).

Als zweite Variante kann sich die osteuropäische Pflegerin oder Hauswirtschafterin als Selbständige in Deutschland niederlassen. In diesem Fall wird keine Arbeitsgenehmigung benötigt und auch die Sozialversicherungspflicht entfällt. Das Gewerbe muss lediglich beim Gewerbeamt angemeldet werden. Sollte das Gewerbe in Form eines ambulanten Pflegedienstes angemeldet werden, muss eine Qualifikation als Pflegefachkraft vorliegen. In diesem Fall kann ein Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse geschlossen werden. In der Realität ist die selbständige Pflegearbeit in Privathaushalten vielfach irregulär, weil es nach den Kriterien für eine selbständige Tätigkeit erforderlich ist, dass die selbständige Pflegerin für mehr als einen Auftraggeber tätig ist und weisungsungebunden arbeitet. Das ist im Falle einer 24-Stunden-Betreuung in einem Pflegehaushalt nicht gewährleistet. Daher handelt es sich nach deutschem Recht in diesen Fällen um Scheinselbständigkeit. Sollte sie aufgedeckt werden, droht dem Pflegehaushalt die

60 Die Dauer der Befristung ist unbedeutend, weil die Beschäftigten bereits nach einem Jahr eine unbefristete Arbeitsberechtigung-EU erhalten (vgl. Frings 2010, 65).

Nachzahlung von Sozialversicherungsbeiträgen (vgl. Lutz/Palenga-Möllenbeck 2010, 148f.; Husmann 2010, 49; Frings 2010, 66).

Etwas unklarer (und damit scheinbar 'legaler') ist der rechtliche Status entsandter Migrantinnen, weswegen die dritte Variante der Entsendung durch transnationale Vermittlungsagenturen am häufigsten gewählt wird. Das Modell sieht so aus, dass transnationale Vermittlungsagenturen Pflege- und Hauswirtschaftskräfte aus Osteuropa nach Deutschland vermitteln. Dazu zahlt der deutsche Pflegehaushalt eine Vermittlungsgebühr an die in Deutschland ansässige Vermittlungsagentur. Die Agenturen arbeiten mit Unternehmen in Osteuropa zusammen, insbesondere mit polnischen Unternehmen. Dort sind die entsandten Pflegerinnen angestellt, zum Teil aber nur befristet für die Zeit der Entsendung. Im Falle der Entsendung benötigen die Arbeitskräfte keine Arbeitserlaubnis. In Bezug auf die soziale Absicherung gelten die Regelungen des Herkunftslandes, sofern der Entsendezeitraum 24 Monate nicht übersteigt (vgl. Husmann 2010, 31ff.; Frings 2010, 63ff.; vgl. Kap. 7.3). Die deutschen Pflegehaushalte zahlen das Entgelt für die migrantischen Pflegerinnen an das ausländische Entsendungsunternehmen. Bei der Entsendung der Pflegerinnen handelt es sich auf den ersten Blick um reguläre Beschäftigungsverhältnisse, v.a. dann, wenn es sich um eine vorübergehende Tätigkeit handelt (daher wechseln sich die Frauen meist alle drei bis sechs Monate ab) und wenn nur hauswirtschaftliche Arbeiten und – seit 2010 – pflegerische Alltagshilfen verrichtet werden, nicht aber grundpflegerische Tätigkeiten[61] (das gilt auch für reguläre Beschäftigungsverhältnisse). In der Praxis ist das Abgrenzen und gegebenenfalls das Überschreiten dieser Tätigkeitsbereiche jedoch nicht kontrollierbar (vgl. Husmann 2010, 48f.; Scheiwe 2010, 125f.; Kondratowitz 2010, 229). *Frings* (2010, 65) bezeichnet die Zulassung pflegerischer Alltagshilfen sogar als offizielle Legalisierung ungelernter Pflegearbeit durch Migrantinnen. Interpretationsspielraum bietet zudem das Arbeitszeitgesetz (AZG), das auf die 24-Stunden-Betreuung nicht angewandt wird. Hier heißt es, dass das Gesetz nicht anzuwenden ist auf „Arbeitnehmer, die in häuslicher Gemeinschaft mit den ihnen anvertrauten Personen zusammenleben und sie eigenverantwortlich erziehen, pflegen oder betreuen" (§ 18 Abs. 1 Nr. 3 AZG). Interpretationsspielraum bietet der Begriff „eigenverantwortlich". Erfolgt die Pflege durch die Migrantin im Haushalt des Pflegebedürftigen tatsächlich eigenverantwortlich? Verstößt die Verweigerung festgelegter Ruhepausen und

61 Dazu zählen Hilfen bei der Körperpflege, bei der Ernährung, beim Toilettengang sowie bei der Mobilität (vgl. Kondratowitz 2010, 230).

-zeiten letztendlich nicht gegen die „guten Sitten" nach § 242 des Bürgerlichen Gesetzbuches (vgl. Frings 2010, 69; Husmann 2010, 46)?

Aufgrund dieser breiten Interpretationsmöglichkeiten hinsichtlich der Zuordnung der Tätigkeiten der entsandten oder selbständigen Pflegerinnen aus Osteuropa und der Tatsache, dass man zur Kontrolle der Rechtsvorschriften in die Privathaushalte eindringen müsste, stellt die Variante der Entsendung von Pflegerinnen oder Hauswirtschafterinnen derzeit das bevorzugte Modell der 24-Stunden-Betreuung von Pflegebedürftigen dar (vgl. Frings 2010, 67). Aufgrund der rechtlichen Unklarheiten und Tolerierungen konnte sich seit 2004, also seit der EU-Osterweiterung, in Deutschland ein 'grauer Pflegemarkt' entwickeln. Der Passus bezieht sich auch auf die moralische Bewertung und den staatlichen Umgang mit dem Rechtsverstoß. In Deutschland halten viele der Betroffenen den Gesetzesverstoß für nicht gravierend oder sogar legitim (vgl. Scheiwe 2010, 125f.). Doch die rechtliche Lage besagt: Irreguläre Beschäftigung in Privathaushalten ist verboten und müsste eigentlich sanktioniert werden. Die Rechtsgrundlage dafür ist das 2004 verabschiedete Gesetz zur Bekämpfung der Schwarzarbeit und illegalen Beschäftigung (SchwarzarbG).

> „Zusammenfassend lässt sich vorweg sagen, dass in diesem Bereich kaum ermittelt wird, dass das Unrechtsbewusstsein der privaten Arbeitgeber sehr gering ist und dass auch die irregulär Beschäftigten in den Pflegehaushalten kaum rechtliche Schritte gegen ihre Arbeitgeber ergreifen. Die Sanktionierung lässt sich als ineffizient beschreiben." (Scheiwe 2010, 142)

Es ist nur schwer möglich, irreguläre Beschäftigung in Privathaushalten aufzudecken. Die Haushalte haben kein Interesse daran, weil sie Vorteile durch die günstigen migrantischen Arbeitskräfte haben. Die irregulär Beschäftigten wiederum profitieren von den höheren Löhnen verglichen mit ihren Heimatländern. Die „Finanzkontrolle Schwarzarbeit", die beim Zoll angesiedelt und mit der Ermittlung von Rechtsverstößen gegen das Schwarzarbeitsgesetz beauftragt ist, beschäftigt sich im Wesentlichen mit Schwarzarbeit im gewerblichen Bereich, die als dringlicher angesehen wird. Aufgrund des Grundrechts der Unverletzlichkeit der Wohnung ist es zudem kaum möglich, ohne richterliche Anordnung in Pflegehaushalten zu ermitteln. Bis 2010 wurden nur zwei Verfahren gegen Vermittlungsagenturen durchgeführt (vgl. Scheiwe 2010, 142ff.; Husmann 2010, 52). Die Haltung des Staates gegenüber der irregulären Pflegearbeit bezeichnen *Lutz* und *Palenga-Möllenbeck* (2010, 147) daher als „staatliche Komplizenschaft". Offiziell wird die irreguläre Pflegearbeit bekämpft, indem zum einen probiert wird, (Langzeit-)Arbeitslose im Pflegebereich 'unterzubringen', und indem zum anderen versucht wird, informelle Pflege zu unterstützen, beispielsweise mit

Hilfe der neu eingeführten Familienpflegezeit. Gleichzeitig werden die irregulären Pflegerinnen toleriert und Verstöße selten geahndet (vgl. Lutz/Palenga-Möllenbeck 2010, 147). Im Jahr 2013 hat Deutschland die ILO-Konvention 189 „Menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte" ratifiziert. In der Konvention ist u.a. geregelt, dass die im Haushalt Angestellten mit anderen Beschäftigten gleichgestellt werden, v.a. hinsichtlich der Entlohnung und der Arbeitszeitreglungen (Höchstarbeitszeiten, Mindestruhezeiten etc.). Die Konvention entspricht bereits dem nationalen Recht in Deutschland, könnte aber mehr Rechtssicherheit für Hausangestellte aus Nicht-EU-Staaten bringen (vgl. DGB 2012, 6ff.). Der seit 2015 in Deutschland geltende Mindestlohn bezieht sich laut ILO-Konvention auch auf Hausangestellte.

Auch andere Akteure im Pflegebereich tolerieren die Situation oder fördern sie sogar aktiv. So hat sich der Bundesverband der privaten Anbieter sozialer Dienste e.V. (BPA) gegen eine Regulierung irregulärer Beschäftigung ausgesprochen. Der DV schweigt zu diesem Themenfeld. Lediglich die Caritas hat sich 2009 in einem Papier für eine gewisse Regulierung ausgesprochen. Zudem sind einige Gewerkschaften mittlerweile tätig geworden. So hat ver.di im Jahr 2009 in Hamburg eine Anlaufstelle für Migrantinnen ohne Papiere geschaffen (vgl. Scheiwe 2010, 145f.) und auch der DGB verfügt seit 2011 über mehrere Beratungsstellen für mobile Beschäftigte („faire Mobilität") (vgl. DGB 2014).

Betrachtet man die Situation der migrantischen Pflegerinnen, zeigt sich folgendes Bild: Der Mindestlohn in der Pflege gilt auch für entsandte Migrantinnen in deutschen Haushalten. Netto bekommen sie allerdings meist nur ca. 800 bis 900 Euro, zu denen noch Unterkunft und Verpflegung kommen, für die die Pflegehaushalte aufkommen müssen.[62]

Die soziale Absicherung unterscheidet sich nach der Art der Beschäftigung. Die migrantischen Pflegerinnen und Hauswirtschafterinnen sind dann sozialversichert, wenn sie eine reguläre Beschäftigung aufweisen. Als Selbständige müssen sie sich selbst versichern. Als entsandte Beschäftigte sind sie in ihrem Heimatland sozialversichert.

---

62 Einige Wohlfahrtsverbände bemühen sich, weniger prekäre Beschäftigungsverhältnisse in Privathaushalten zu schaffen, indem sie mit Partnerorganisationen in Osteuropa kooperieren (vgl. z.B. Caritas24 2014). Die Wohlfahrtsverbände bemühen sich um die Einhaltung arbeits- und sozialrechtlicher Vorgaben und zahlen höhere Löhne, wobei *Krawietz* u.a. (2014, 151ff.) zufolge auch hier Anzeichen von Prekarität zu finden sind, z.B. die Nichteinhaltung der Höchstarbeitszeiten und eine unzureichende Vergütung.

Hinsichtlich des quantitativen Ausmaßes (ir-)regulärer häuslicher Pflegearbeit herrscht weitgehend Unkenntnis. Es existieren keine genaueren Zahlen und auch die Schätzungen variieren (vgl. Husmann 2010, 30). Neueren Schätzungen zufolge handelt es sich um 100.000-300.000 osteuropäische Pflegekräfte, die in deutschen Haushalten Betreuungs- und Pflegearbeit sowie hauswirtschaftliche Dienste verrichten.[63]

Neben der – regulären, semi-regulären oder irregulären – Beschäftigung von Migrantinnen in der häuslichen Pflege gibt es auch die Erwerbsmigration von Gesundheits- und Pflegefachkräften in professionelle Beschäftigung im Pflegebereich, die selbst für Bürger/innen aus Drittstaaten seit Inkrafttreten des Zuwanderungsgesetzes regulär möglich ist. Die Pflegefachkräfte müssen – neben der beruflichen Qualifikation – lediglich deutsche Sprachkenntnisse nachweisen (§ 30 Beschäftigungsverordnung, alt). Diese Gruppe war quantitativ bislang jedoch sehr klein. Jährlich wurden nicht mehr als einige hundert Personen vermittelt, seit 2005 sogar weniger als 100 pro Jahr.

> „Bislang handelt es sich bei Beschäftigten im Bereich der Kranken- und Altenpflege um eine in quantitativer Hinsicht wenig relevante Gruppe von ausländischen Arbeitnehmern. Die Zahl der Vermittlungen sank von 398 im Jahr 1996 auf 74 im Jahr 1999 und stieg danach wieder bis auf 358 im Jahr 2002 an. [...]. Im Jahr 2006 wurden nach § 30 BeschV 71 (außereuropäische) Pflegekräfte vermittelt, in den Jahren 2007 und 2008 waren es jeweils 37." (BMI/BMAF 2010, 94)

Dieser Trend hielt zunächst an. Im Jahr 2011 wurden 100 Alten- und Krankenpfleger/innen vermittelt, 2012 waren es 141 ausländische Pfleger/innen (vgl. BMI/BMAF 2014, 55).

Ein Grund für diese niedrige Zahl – auch verglichen mit den anderen beiden Vergleichsländern – sind die Schwierigkeiten, die ausländische Pfleger/innen bei der Anerkennung ihrer Berufsabschlüsse in Deutschland haben. Da die Altenpflege in Deutschland eine spezifische Form der schulischen Ausbildung darstellt

---

63 Das Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. geht im Jahr 2009 von 50.000–100.000 osteuropäischen Pflegekräften aus – mit steigender Tendenz (vgl. Neuhaus u.a. 2009, 9). Der Bundesverband der Vermittlungsagenturen für Haushaltshilfen und Seniorenbetreuung in der 24-Stunden-Betreuung (BHSB) geht von 100.000–150.000 Pflegekräften aus (vgl. BHSB 2013). Schätzungen von ver.di zufolge sind 115.000–300.000 osteuropäische Migrant/innen in deutschen Pflegehaushalten tätig (vgl. Böning u.a. 2014, 6; vgl. auch Wahl 2014, 25). Laut Schätzungen der Caritas handelt es sich um 100.000–200.000 Personen (vgl. Ärzteblatt 2012).

und die Grundpflege eine besonders hohe Wertschätzung erfährt, werden sogar häufig ausländische Krankenpfleger/innen, die ein Studium absolviert haben, im Rahmen der Gleichwertigkeitsprüfung dazu verpflichtet, weitere – grundpflegerische – Qualifikationen nachträglich zu erwerben (sog. Ausgleichsmaßnahmen). „Speziell für den Beruf der AltenpflegerIn gab es kaum Anerkennungen, da diese spezialisierte Ausbildung als eine deutsche Besonderheit gilt" (Krawietz/Visel 2014, 84). Aufgrund der Abwertung der im Ausland erworbenen (kranken-)pflegerischen Qualifikationen können viele Migrant/innen in Deutschland lediglich als Pflegehilfskräfte arbeiten (vgl. Krawietz/Visel 2014, 87ff.; Sommer 2014, 56ff.).

Im Jahr 2013 wurde die Beschäftigungsverordnung von der konservativ-liberalen Regierung verändert, vereinfacht und flexibilisiert. Seitdem können ausländische Pflegekräfte von der Bundesagentur für Arbeit angeworben werden, wenn ein Fachkräftemangel besteht (§ 6 Abs. 2 BeschV, neu) (vgl. BMI/BMAF 2014, 42f.). Bislang wurden mit Serbien, Bosnien-Herzegowina, den Philippinen und Tunesien Absprachen zur Vermittlung von Pflegefachkräften getroffen. Auch mit China wurde ein Abkommen geschlossen, allerdings hat dies zunächst Projektcharakter und bezieht sich auf ca. 150 chinesische Altenpfleger/innen. Auch Pflegefachkräfte aus Südeuropa sollen angeworben werden (vgl. BMI/BMAF 2014, 54f.). Die Anwerbung darf allerdings nicht erfolgen, wenn in den Ländern selbst ein Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich besteht (Feststellung durch die WHO). Zu den Entwicklungsländern, aus denen aus ethischen Gründen keine Fachkräfte angeworben werden dürfen, zählen viele afrikanische, arabische und südamerikanische Länder.

Im Jahr 2010 sind gut 9% der Beschäftigen im Pflegebereich Arbeitsmigrant/innen. Basis der Berechnungen ist der Mikrozensus und die Gesundheitspersonalrechnung. Die Arbeitsmigrant/innen stammen v.a. aus Polen und den Staaten der ehemaligen Sowjetunion. Der größte Teil von ihnen ist über 35 Jahre alt und in den 1990er Jahren nach Deutschland zugewandert (vgl. Afentakis/Maier 2014, 175).

> „In den letzten Jahren war die Zuwanderung von Arbeitsmigrantinnen/-migranten in Pflegeberufen jedoch kontinuierlich rückläufig: Während zwischen 1988 und 1995 jährlich durchschnittlich 6000 Arbeitsmigrantinnen/-migranten nach Deutschland kamen, ging die Zuwanderung zwischen 1996 und 2004 auf durchschnittlich 4000 je Jahr zurück. Zwischen 2005 und 2009 sind jährlich durchschnittlich nur noch 2000 Arbeitsmigrantinnen/-migranten nach Deutschland zugewandert." (Afentakis/Maier 2014, 178)

Die Zuwanderungsrate in den Pflegeberufen ist damit niedriger als die gesamtwirtschaftliche Zuwanderungsrate (vgl. Afentakis/Maier 2014, 178).

Die ausländischen Pflegefachkräfte arbeiten generell unter denselben Bedingungen wie deutsche Pflegefachkräfte. Voraussetzung sind allerdings laut Beschäftigungsverordnung eine entsprechende berufliche Qualifikation und ausreichende Sprachkenntnisse (vgl. Hofer 2010, 108f.). Um mehr Pflegekräfte aus dem Ausland gewinnen zu können, hat Deutschland die Anerkennung ausländischer Gesundheits- und Pflegequalifikationen im Jahr 2011 erleichtert (vgl. Afentakis/Maier 2014, 179; Krawietz/Visel 2014, 82). Es bleibt abzuwarten, inwiefern sich dies auf die Zuwanderungsrate auswirkt.

Teil D

Vergleich des pflegepolitischen Wandels: Ökonomisierung der Pflege – Ausdifferenzierung, In-/Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit

11. Wandel der Pflegepolitik im Kontext der Ökonomisierung: nationale Entwicklungspfade im Vergleich

In Teil D dieser Studie werden nun die drei Fallstudien verglichen und zwar zunächst im Hinblick auf die Ökonomisierungspfade (Kap. 11), im zweiten Schritt in Bezug auf die Ausdifferenzierung (Kap. 12) sowie Formalisierung bzw. Informalisierung von Pflegearbeit (Kap. 13) und zuletzt bezüglich der Prekarisierung bzw. besseren Absicherung von formeller und informeller Pflegearbeit (Kap. 14).

11.1 Ökonomisierung des Wohlfahrtsstaates

Die nationalen Fallstudien zu den pflegepolitischen Zäsuren in den 1990er Jahren haben gezeigt, dass die Pflegepolitik in allen drei Ländern v.a. durch die Einführung von Maßnahmen zur Effizienzsteigerung, zur Kostensenkung und zur Vermarktlichung geprägt war. *Governance*-theoretisch ausgedrückt ist die Durchsetzung von Ökonomisierungselementen das Ziel und Ergebnis des *Governance*-Wandels, verstanden als Veränderung von Steuerungs- und Regulierungsstrukturen. Der Vergleich der pflegepolitischen Reformen in Großbritannien, Schweden und Deutschland erfolgt auf der Basis der unterschiedlichen wohlfahrtsstaatlichen Ökonomisierungsbegriffe und -konzepte, die im Rahmen der wohlfahrtsstaatlichen Restrukturierung entstanden sind.

War der Wohlfahrtsstaat im 19. Jahrhundert angetreten, die Risiken des Marktes zu kompensieren, so steht er nun selbst im Zentrum der Vermarktlichung und Ökonomisierung (vgl. Rüb 2003, 257; Nullmeier 2004, 495). Unter Ökonomisierung versteht man generell einen Prozess der Einführung betriebswirtschaftlicher Prinzipien in gesellschaftliche Institutionen oder Politikfelder. Dabei gilt Effizienz als der Kern ökonomischen Denkens (vgl. Rothgang/Preuss 2008, 32; Manzeschke 2005, 130f.). Des Weiteren spielt auch die Einführung von Marktprinzipien und -strukturen eine wichtige Rolle (vgl. Pfau-Effinger u.a. 2008, 83f.).

Prozesse der Ökonomisierung bezogen sich zunächst auf die Privatisierung staatsnaher Sektoren, wie Verkehr/Bahn, Post oder Telekommunikation. Seit den 1990er Jahren sind nun auch wohlfahrtsstaatliche Institutionen von Öko-

nomisierungsprozessen betroffen. Ziel dieser neoliberalen Reformagenda, die zuerst in Großbritannien unter Ministerpräsidentin *Margaret Thatcher* und in den USA unter Präsident *Ronald Reagan* umgesetzt wurde, war es, die Kosten im Bereich des sozialen Sicherungssystems und der personenbezogenen sozialen Dienste zu senken und gleichzeitig die Qualität der Leistungen zu verbessern (vgl. Pfau-Effinger u.a. 2008, 83f.). Im Kontext der wirtschaftlichen Globalisierung und des Standortwettbewerbs dominierte allerdings das Ziel der Kostendämpfung – und zwar in *allen* Wohlfahrtsstaatsregimetypen. "[W]hile reform agendas vary quite substantially across regime types, all of them place a priority on cost containment." (Pierson 2001a, 456)

Im Rahmen der wissenschaftlichen Ökonomisierungsdebatte, deren erste Arbeiten aus dem angelsächsischen Raum stammen (vgl. Taylor-Gooby u.a. 2004; Baldock 2003a), werden mit dem Begriff der Ökonomisierung unterschiedliche Prozesse assoziiert und untersucht. So verstehen *Pfau-Effinger, Och* und *Eichler* (2008, 85) unter Ökonomisierung erstens die Integration effizienzorientierter Maßnahmen in die Organisation wohlfahrtsstaatlicher Leistungen, zweitens das Schrumpfen staatlicher Tätigkeiten durch Auslagerungen und *Outsourcing* sowie drittens die Privatisierung, also die Auslagerung ehemals staatlicher Aufgaben und Leistungen auf Marktanbieter.

Auch *Friedbert W. Rüb* (2003, 262ff.) beschäftigt sich mit Ökonomisierungsprozessen. Er konstatiert das „Ende des heroischen Wohlfahrtsstaates" und den Übergang zum „managerialen Wohlfahrtsstaat". Dabei geht es ihm nicht nur um die „Mechanismen und Verfahren der Wohlfahrts*produktion*" (Rüb 2003, 265, Herv. i. O.), sondern zudem auch um Veränderungen innerhalb des Wohlfahrtsstaates. Er beschreibt den Wandel zum managerialen Wohlfahrtsstaat anhand von drei Veränderungsprozessen: erstens der Verordnung von Marktlichkeit, die mit der Schaffung von Wohlfahrtsmärkten einhergeht, zweitens der Integration marktlicher Elemente, wie ökonomischer Anreizstrukturen sowie Effizienz- und Qualitätskontrollen, in den Wohlfahrtsstaat und drittens der Marktförderung, also des Forcierens der „Wachstumsdynamik sozialstaatlicher Sektoren" (Rüb 2003, 262).

Einen etwas anderen Zugang wählt *Benjamin Ewert* (2013, 40ff.), indem er zunächst einmal zwischen Ökonomisierung und Vermarktlichung differenziert. Unter Ökonomisierung versteht er auf der Makroebene effizienzorientierte und sozialinvestive Maßnahmen, deren Fokus auf dem Kosten-Nutzen-Verhältnis liegt. Auf der Mesoebene geht es in Bezug auf die Ökonomisierung um die Umgestaltung der sozialpolitischen Kostenträger sowie der Leistungserbringer im

Sinne wirtschaftlich agierender Unternehmen. Mittel hierzu sind das Abschließen von Einzelverträgen, die Schaffung von Transparenz und die Initiierung eines Qualitätswettbewerbs. Auf der Mikroebene sollen auch die Nutzer/innen dazu angehalten werden, soziale Leistungen und Dienste effizient zu verwenden. Dazu müssen sie in die Lage versetzt werden, ihren Leistungsbedarf und dessen Kosten richtig abschätzen zu können. Um diese Prozesse der Ökonomisierung umzusetzen, werden die Ausgaben stärker reguliert. Dies geschieht mit Hilfe von Maßnahmen, die dem *New Public Management* zugeordnet werden. Dazu zählen beispielsweise höhere Rechenschaftspflichten von Leistungserbringern, standardisierte Versorgungsprogramme und unabhängige Qualitätskontrollen. Unter Vermarktlichung versteht *Ewert* (2013, 41) demgegenüber „die wachstumsfördernden und gewinnorientierten Aspekte von Sozialpolitik". Auf der Makroebene handelt es sich dabei um die Entstehung einer Gesundheitswirtschaft infolge von Wohlfahrtsmärkten und der Trägerkonkurrenz, auf der Mesoebene um den Ausbau von Versorgungsangeboten, günstige Konditionen und individualisierte Leistungen seitens der Anbieter, die über das wohlfahrtsstaatlich gewährte Maß hinausgehen, und auf der Mikroebene sollen die Nutzer/innen und Konsument/innen mehr Wahlmöglichkeiten erhalten, was allerdings voraussetzt, dass sie „marktfähig" sind.

Auch *Nullmeier* (2004) arbeitet mit dem Begriff der Vermarktlichung. Er unterscheidet dabei drei Dimensionen: „Erstens die interne Vermarktlichung von Sozialstaaten durch Schaffung von Wohlfahrtsmärkten, zweitens die externe Vermarktlichung, in der die Sozialstaaten untereinander zu Wettbewerbern werden, und drittens die subjektbezogene Vermarktlichung, die 'Erziehung zur Marktlichkeit'." (Nullmeier 2004, 495) Des Weiteren differenziert *Nullmeier* zwischen einer materiellen und einer formellen Privatisierung im Kontext von Wohlfahrtsmärkten. Eine materielle Privatisierung liegt dann vor, wenn die Wohlfahrtsproduktion auf privatrechtlich verfasste Organisationen, also auf an Märkten agierende Unternehmen, übertragen wird. Unter formeller Privatisierung versteht er demgegenüber privatrechtlich verfasste Organisationen, die aber nicht an Märkten agieren und eigentumsrechtlich von staatlichen und öffentlichen Trägern dominiert werden (vgl. Nullmeier 2004, 495).

Die unterschiedlichen Begriffe von Ökonomisierung und Vermarktlichung sagen zunächst einmal noch nichts über die normative Bewertung dieser wohlfahrtsstaatlichen Entwicklungen aus. Auch über die Bewertung wird gestritten. Dabei ist festzuhalten: Ökonomisierung stellt keine per se negative Entwicklung dar. So weist der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Ge-

sundheitswesen in seinem Gutachten 2007 darauf hin, dass Ökonomisierung im Sinne effizienten und kosteneffektiven Handelns angesichts knapper Ressourcen schlichtweg sowohl eine materielle als auch eine ethische Notwendigkeit sei (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, 70). Auch *Rothgang* und *Preuss* konstatieren in Bezug auf das Gesundheitswesen: „Gerade im Gesundheitswesen ist zugleich die *Effizienzorientierung* hinsichtlich der Ziel-Mittel-Relation stärker geworden. Eine solche Verwendung ist grundsätzlich positiv zu bewerten und erlaubt eine zielgenauere Verwendung knapper Ressourcen." (Rothgang/Preuss 2008, 44, Herv. i. O.) Wenn allerdings die betriebswirtschaftliche „Nutzenoptimierung bzw. Gewinnmaximierung" die Einhaltung „professionelle[r] Qualitätsstandards" dominiert und die „Verteilung von Leistungen" nach der Kaufkraft gestaffelt ist, dann sei dies ein „berechtigter Gegenstand von Sorge und Angst" (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, 70; vgl. auch Manzeschke 2005, 138). Es kommt also in erster Linie darauf an, „welches Gewicht produktivistische relativ zu sozialen Orientierungen und Kriterien" haben (sollen) (Evers 2008, 235). In diesem Sinne unterscheidet auch *Nullmeier* (2004, 498ff.) zwischen drei Vermarktlichungsstrategien, die mit unterschiedlichen wohlfahrtsstaatlichen Folgen einhergehen. Im Rahmen der neoliberalen Vermarktlichungsstrategie werden soziale Sicherungsleistungen von Unternehmen am Markt produziert. Dabei ist der Grad wohlfahrtsstaatlicher Regulierung niedrig, die Anrechte auf Sozialleistungen werden an die Finanzierungsbereitschaft und -fähigkeit gebunden. Die sozialliberale Vermarktlichungsstrategie zielt demgegenüber auf eine stärkere Regulierung und Subventionierung von Leistungen ab, um die Finanzierungsfähigkeit der Bürger/innen zu erhöhen. Gleichzeitig werden das Ausmaß und der Umfang sozialer Anrechte verringert, weil die Beitragsfinanzierung die Arbeitskosten negativ beeinflusst. *Nullmeier* schlägt eine dritte Variante vor, die sozialstaatsförderliche Vermarktlichung. Der zufolge wird lediglich die Produktion und Bereitstellung sozialer Leistungen und Dienste über Märkte geregelt, die allerdings wohlfahrtsstaatlich reguliert sind. Der Sozialstaat fungiert bei der sozialstaatsförderlichen Vermarktlichung als Gewährleistungsstaat, dessen Aufgabe die Sicherung von Anspruchsrechten sowie deren Gewährleistung unabhängig von der individuellen Einkommenssituation ist. Universelle Rechte setzen dabei ein hohes Maß an Steuerfinanzierung voraus (vgl. Nullmeier 2004, 498ff.).

11.2 Ökonomisierungsprozesse und neue Steuerungsformen in der Pflege

Die pflegepolitischen Reformen, die im Mittelpunkt der *Policy*-Analyse stehen, wurden in der ersten Phase der wohlfahrtsstaatlichen Umstrukturierungen und des wohlfahrtsstaatlichen Abbaus durchgeführt. Es hat sich gezeigt, dass Prozesse der Ökonomisierung in den pflegepolitischen Reformen eine wichtige Rolle spielten, allerdings in unterschiedlicher Weise und mit unterschiedlicher Reichweite. Daher sollen die pflegepolitischen Ökonomisierungsprozesse in dieser Arbeit daraufhin vergleichend untersucht werden, welche Ökonomisierungsvarianten sich im Sinne veränderter *Governance*-Strukturen im *Policy*-Prozess durchgesetzt haben. Vor dem Hintergrund der differenzierten Betrachtung von Ökonomisierungs- und Vermarktlichungsprozessen und in Anlehnung an die hier dargestellten wohlfahrtsstaatlichen *Governance*-Ansätze wird dabei mit dem umfassenderen und auf Kostensenkung abzielenden Begriff der Ökonomisierung gearbeitet. Unter Ökonomisierung werden folgende Prozesse verstanden, die aus der Perspektive des Wandels nationaler Pflegepolitiken relevant erscheinen:

(1) Effizienzorientierung in der Organisation der Pflegeversorgung
Hier geht es um die Integration effizienzorientierter Maßnahmen in die Organisation pflegebezogener Leistungen und Dienste (vgl. auch Pfau-Effinger u.a. 2008, 85; Rüb 2003, 261f.).[64] In diesem Kontext ist eine ganze Palette effizienzsteigernder Maßnahmen denkbar, die von der De-Zentralisierung der Leistungserbringung bzw. -kontrolle über eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik bis hin zur Standardisierung pflegerischer Leistungen reicht.

(2) Vermarktlichung der Leistungserbringung
In dieser Arbeit wird der Begriff der Vermarktlichung – im Sinne der internen Vermarktlichung bei *Nullmeier* (2004, 495) und im Sinne der Auslagerung und des *Outsourcing* bei *Pfau-Effinger* u.a. (2008, 85) – als Teil des Ökonomisierungsprozesses verwendet. Unter Vermarktlichung wird der Rückgang wohlfahrtsstaatlicher Tätigkeiten durch Prozesse der Auslagerung oder des *Outsourcing*

64 Unter Effizienzorientierung im Sinne von *New Public Management* versteht man generell die Einführung betriebswirtschaftlicher Arbeitsweisen und Managementformen, wie Controlling, Qualitätsmanagement, ökonomische Anreize und Wettbewerbsmechanismen, in den öffentlichen Sektor. Auch wenn die Einführung effizienzorientierter Maßnahmen im Verwaltungshandeln mit den pflegepolitischen Reformen einherging, stehen sie dennoch nicht im Zentrum dieser Studie.

verstanden. Der Staat tritt nicht mehr als Produzent pflegerischer Leistungen bzw. Dienste auf, sondern nur noch als Nachfrager *(sog. purchaser-provider-split)*. *Karen Jaehrling* (2004, 618) spricht in diesem Kontext von der „Verschiebung vom Leistungsstaat zum Regulierungsstaat", also einer „Ausweitung der staatlichen *Regulierung* des privaten Angebots bestimmter Leistungen anstelle von oder in Ergänzung zu staatlichen Aktivitäten bei der *Bereitstellung* dieser Leistungen." (Jaehrling 2004, 618, Herv. i. O.). Die Anbieter sozialer Pflegedienste treten infolge dessen in Konkurrenz zueinander. Auf diese Weise entstehen Wohlfahrtsmärkte. Der Wettbewerb unter den Anbietern soll zu einer Pluralisierung von Trägern sozialer und pflegerischer Dienste führen. "By devolving many of the established functions of the state to independent agencies or contracted and competing providers, governments have sought to distance themselves from direct responsibility for rationing welfare. The job of government is reduced to regulating, directly or indirectly, the independent providers." (Baldock 2003a, 69)
Das Ziel des Anbieterwettbewerbs ist – ähnlich wie bei der Effizienzsteigerung – die Senkung der Kosten pflegerischer Leistungen.

(3) Individualisierung pflegerischer Risiken
Unter der Individualisierung pflegerischer Risiken wird die Auslagerung staatlicher Leistungen auf private Anbieter verstanden, die in keinerlei Beziehung zum Staat mehr stehen (vgl. auch Pfau-Effinger u.a. 2008, 85). Dies entspricht dem von *Nullmeier* (2004, 495) beschriebenen Begriff der materiellen Privatisierung. Die privaten Leistungen werden auf dem Markt zu Marktpreisen angeboten und direkt von den Konsument/innen nachgefragt. Die sozialen Risiken werden damit individualisiert (vgl. Nullmeier 2004, 495). Dies kann entweder bedeuten, dass bestimmte Leistungen nicht oder nicht mehr oder nicht in vollem Umfang vom Staat angeboten bzw. finanziert werden oder aber, dass durch gesetzliche Vorgaben bzw. konkretes/praktisches Handeln auf der Umsetzungsebene faktisch weniger Pflegebedürftige in den Genuss pflegerischer Leistungen kommen bzw. der Leistungsumfang eingeschränkt wird (sog. *Targeting of Services)*. Dieser Ökonomisierungsprozess führt zu einer Individualisierung pflegebezogener Kosten.

(4) Förderung der Marktausweitung
Unter Marktausweitung wird – im Sinne von *Ewerts* (2013, 41) Begriff der Vermarktlichung und *Rübs* (2003, 262) Begriff der Marktförderung – die politische Förderung einer wachstumsorientierten Politik in Bezug auf pflegerische und pflegenahe Dienstleistungen verstanden. Dies kann z.B. durch steuerliche Vergünstigungen erfolgen.

Der 'Konsumerismus' wird hier nicht als Merkmal von Ökonomisierungsprozessen angesehen. Unter 'Konsumerismus' versteht man generell die Stärkung der Macht der Konsument/innen und die Gewährung von mehr Wahlfreiheit, die mit der neu geschaffenen Konkurrenz der Anbieter einhergehen (können). *Baldock* (2003a, 70) bezeichnet die Wohlfahrtskonsument/innen allerdings eher als eine "accidental consequence of the regulatory state", weil die erhöhten Wahlfreiheiten für Konsument/innen lediglich ein Nebeneffekt von Kostensenkungsbemühungen sind – wenn sie denn überhaupt real vorhanden sind. In jedem Einzelfall müsste überprüft werden, ob hinter dem 'Konsumerismus' lediglich wahltaktische Rhetorik steckt oder ob dieser mit einem tatsächlichen Souveränitätszuwachs einhergeht.

Während die untersuchten pflegepolitischen Reformen in die Phase der wohlfahrtsstaatlichen Restrukturierung fallen, so erfolgt die Weiterentwicklung der Pflegepolitik nach den pflegepolitischen Zäsuren der 1990er Jahre in der Phase der aktivierenden und der investiven Sozialpolitik. Dabei bezieht sich die Aktivierungspolitik im Pflegebereich in erster Linie auf die Aktivierung ehrenamtlich Pflegender (v.a. in Großbritannien und Deutschland), wohingegen sich der investive Wohlfahrtsstaat v.a. darin zeigt, dass pflegebezogene Ausgaben in höherem Maße begründungspflichtig werden und zum Teil Umschichtungen hin zu 'ertragreicheren' wohlfahrtsstaatlichen Feldern, wie der Kinderbetreuungs- und der Familienpolitik sowie der Bildungspolitik, stattfinden (z.B. kommunale Schwerpunktsetzungen in Schweden).

11.3 Vergleich der Ökonomisierungsprozesse

Im Folgenden werden die Ökonomisierungsprozesse in Großbritannien, Schweden und Deutschland verglichen. Dazu wird mit dem oben dargestellten mehrdimensionalen Ökonomisierungskonzept gearbeitet, wobei auch der Wandel der Steuerungsformen, der mit dem jeweiligen Ökonomisierungselement einhergeht, dargestellt wird (zu den Steuerungs- bzw. Interaktionsformen vgl. Kap. 2.1).

(1) Effizienzorientierung in der Organisation der Pflegeversorgung
Sowohl mit dem *NHS and Community Care Act* in Großbritannien als auch mit der *Ädel*-Reform in Schweden wurde das Ziel verfolgt, die pflegebezogenen Ausgaben effizienter auszugestalten, um Mittel einzusparen. Die beiden jeweils nationalspezifischen De-Zentralisierungsprozesse dienten dazu, durch eindeutige Kompetenzbündelung die Pflegekosten zu senken. In Großbritannien wurden die

Kommunen gegenüber dem *NHS* gestärkt, in Schweden wurden die Kommunen gegenüber den Provinzen aufgewertet, die dort für die Gesundheitsversorgung zuständig sind. Effizienzorientierte Ziele der Übergabe der pflegerischen Verantwortung an die Kommunen waren zum einen die Lösung des *Bed-blocking*-Problems und zum anderen die bessere Mittelverteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. In beiden Ländern ist es gelungen, durch die De-Zentralisierung einen Prozess der Ent-Hospitalisierung zu initiieren, wobei die Ergebnisse in Schweden aufgrund der materiellen Sanktionen bei Nichtversorgung entlassungsbereiter pflegebedürftiger Krankenhauspatient/innen zufriedenstellender beurteilt werden als in Großbritannien. Zudem wurde in beiden Ländern durch die Ressourcenbündelung in einer Institution die stationäre Versorgung zugunsten ambulanter sozialer Dienste zurückgebaut, weil dadurch Kosteneinsparungen möglich waren. Weiter haben in beiden Ländern Rationalisierungen im Sinne von Leistungsbeschränkungen in Form des *Targeting of Services* stattgefunden, wobei der Unterschied zwischen den beiden Ländern darin besteht, dass der Prozess in Großbritannien von der nationalstaatlichen Ebene bewusst initiiert wurde, während es sich in Schweden um eine rezessionsbedingte Reaktion der Kommunen auf die Umsetzung der pflegepolitischen Reformmaßnahmen handelte. Im Ergebnis wurden die ambulanten Pflegeleistungen in beiden Ländern auf die besonders schweren Fälle konzentriert. Der Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen sank infolgedessen auf Kosten der häuslich-informellen Pflege. Allerdings blieben die Ausgaben für die ambulante Pflege konstant, da die Schwerstpflegebedürftigen, die nun in höherem Maße ambulant statt stationär versorgt wurden, intensivere Betreuung benötigten. Verlierer/innen dieser Entwicklung waren die weniger schweren Fälle, die nun entweder informell versorgt werden oder Pflegedienstleistungen privat finanzieren mussten.

In Deutschland dagegen wurden die ambulanten und stationären Leistungen durch die Leistungsgewährung der Pflegeversicherung zunächst einmal ausgedehnt. Das Prinzip der Effizienzorientierung zeigt sich hier zum einen in Form der Einführung des Budgetprinzips, wonach nicht der pflegerische Bedarf die Ausgaben bestimmt, sondern die Einnahmen der Pflegeversicherung. Zum anderen zeigt sich die Effizienzorientierung in Form der Standardisierung und Pauschalierung der Leistungen. Ziel war auch hier die Begrenzung der Ausgaben. Aufgrund der pauschalen Pflegesätze müssen die Anbieter ambulanter Dienste und stationärer Pflegeleistungen, auch die Wohlfahrtsverbände, effizienter wirtschaften, um Gewinne zu erzielen bzw. zu vergrößern.

Mit der Einführung effizienzorientierter Maßnahmen in der Pflegeversorgung bleibt der Steuerungsmodus 'Hierarchie' generell erhalten. Es sind nach wie vor die politischen Akteure, die den Pflegebereich regulieren, sei es auf kommunaler, sei es auf provinzieller oder Länderebene, sei es durch den Nationalstaat. Der hierarchische Steuerungsmodus wird allerdings an einigen Stellen durch den Modus der 'Verhandlung' aufgeweicht bzw. ergänzt. Dabei handelt es sich zum einen um Verhandlungen zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren, v.a. zwischen den Kommunen (Großbritannien und Schweden) oder den Pflegekassen (Deutschland) mit den Trägern sozialer Dienste bzw. ambulanter Pflegedienste und stationärer Einrichtungen. Dabei kann es entweder um die vertragliche Ausgestaltung oder um die Art und Höhe der Leistungsvergütung gehen. Zum anderen sind im Kontext des De-Zentralisierungsprozesses Verhandlungen zwischen den verschiedenen (para-)staatlichen pflegepolitischen Akteuren notwendig, insbesondere zwischen den Kommunen und den Provinzen (Schweden) bzw. dem *NHS* (Großbritannien). Auch in Deutschland hat der Abstimmungsprozess infolge der Zentralisierung zugenommen, v.a. zwischen den neu eingeführten Pflegekassen und den Ländern und Kommunen.

(2) Vermarktlichung der Leistungserbringung

Auch die Vermarktlichung der Leistungserbringung im Sinne der Auslagerung von Pflegeleistungen auf nicht-staatliche Träger ist in allen drei Ländern beobachtbar, v.a. durch die Zulassung, Gleichstellung und/oder Förderung privater und – in Großbritannien und Schweden – freigemeinnütziger Anbieter sozialer Dienste. Dies geschah in Großbritannien und Schweden vor dem Hintergrund der Dominanz öffentlicher sozialer Dienste, in Deutschland im Kontext des gesetzlichen Vorrangs und Vorherrschens freigemeinnütziger Träger. In Deutschland werden die privaten Träger rechtlich mit den freigemeinnützigen Trägern gleichgestellt, was bedeutet, dass nun beide Trägertypen gegenüber öffentlichen Trägern bevorzugt behandelt werden. In Schweden erhalten die Kommunen die Möglichkeit, Verträge mit privaten und/oder freigemeinnützigen Trägern abzuschließen und diese dadurch in die Leistungserbringung einzubeziehen. Auch in Großbritannien besteht diese Möglichkeit seit den Pflegereformen, doch hier wurde der Auf- und Ausbau privater und freigemeinnütziger Trägerstrukturen in den ersten Jahren zudem aktiv durch materielle Fördermittel unterstützt. Die britischen Kommunen besaßen nicht das Selbstbestimmungsrecht im Hinblick auf die Kooperation mit und Leistungsausweitung auf private und freigemeinnützige Träger, das die schwedischen Kommunen innehatten und -haben. Trotz der Institutionalisierung desselben Ökonomisierungstrends unterscheiden sich

die Strukturen in den drei Ländern auch nach den Reformen: In Großbritannien und in Deutschland stellen die privaten Anbieter mittlerweile die Mehrheit der sozialen Dienste. Doch während sich die privaten Dienste in Großbritannien das Feld gleichermaßen mit den freigemeinnützigen und den öffentlichen Anbietern teilen, stellen in Deutschland die freigemeinnützigen Träger die zweite große Trägergruppe dar. Öffentliche Anbieter sind hier marginal (vgl. Eborall u.a. 2010, 25; vgl. Auth 2013, 415). In Schweden dominieren nach wie vor die öffentlichen Anbieter, die privaten Träger haben aber mittlerweile deutlich zugenommen (vgl. Socialstyrelsen 2014, 5ff.). Denselben Prozess kann man bei den stationären Einrichtungen beobachten. Auch hier ist der Anteil der öffentlichen Pflegeheime in Großbritannien und Schweden rückläufig, wobei die privaten Anbieter den Pflegemarkt in Großbritannien deutlich dominieren (vgl. Eborall u.a. 2010, 18ff.), während sich dieser Prozess in Schweden sehr verhalten vollzieht (vgl. Socialstyrelsen 2014, 6). In Deutschland haben die privaten Anbieter ebenfalls zugenommen, aber nicht auf Kosten der öffentlichen Anbieter, sondern in Konkurrenz zu den freigemeinnützigen Trägern (vgl. Auth 2013, 415).

Im Rahmen der Vermarktlichung der Leistungserbringung wurde der Steuerungsmodus 'Wettbewerb' politisch bewusst institutionalisiert. Der Trägerwettbewerb findet auf Quasi-Märkten statt, da entweder die Leistungen, die finanziert werden, vorgegeben sind (Deutschland) oder die Kommunen den Prozess der Leistungsvergabe steuern (Großbritannien und Schweden). Erst mit der Einführung von Gutscheinmodellen (Schweden) oder Direktzahlungen (Großbritannien) findet auch in diesen beiden Ländern eine Konkurrenz der Träger um die Pflegebedürftigen statt. Dieser Wettbewerb ist in Schweden weniger kosten-, sondern stärker qualitätsorientiert, weil die Leistungen, die eingekauft werden können, identisch sind. Dasselbe gilt für Deutschland, wo die Pflegebedürftigen seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung zwischen unterschiedlichen Trägern wählen können, wobei die Leistungen durch die soziale Pflegeversicherung vorgegeben sind.

(3) Individualisierung pflegerischer Risiken

Generell ist der Grad der Individualisierung pflegerischer Leistungen in Schweden am niedrigsten. Hier wurde und wird der größte Teil der ambulanten und stationären Pflege öffentlich finanziert. Der private Zukauf von sozialen Diensten findet eher selten statt, nimmt aber infolge des *Targeting of Services* zu, v.a. im Bereich der hauswirtschaftlichen Dienstleistungen. In Deutschland wird zwar nur die pflegerische Grundversorgung öffentlich über die soziale Pflegeversi-

cherung finanziert, aber verglichen mit der Situation vor der Einführung der Pflegeversicherung handelt es sich zunächst einmal nicht um eine Individualisierung, sondern – im Gegenteil – um eine (Teil-)Kollektivierung pflegerischer Risiken. Der private Zukauf von Leistungen, insbesondere im stationären Bereich, wird in Deutschland seit der Einführung der Pflegeversicherung vorausgesetzt. Im ambulanten Bereich besteht auch die Möglichkeit, den Teil der Pflege, der über den Grundbedarf hinausgeht, familiär zu erbringen, statt Pflegeleistungen zuzukaufen. Die Individualisierung der Pflege nimmt in Deutschland allerdings aufgrund der fehlenden automatischen Dynamisierung der Leistungen seit der Einführung der Pflegeversicherung wieder zu. In Großbritannien dagegen hat die privat organisierte und finanzierte Pflege generell einen hohen Stellenwert. Grund dafür ist die Bedürftigkeitsorientierung der pflegerischen Versorgung. Die Personengruppe, die keine oder nur teilweise staatliche Unterstützung erhält, muss die ambulante oder stationäre Pflege privat finanzieren oder auf informelle Pflege zurückzugreifen, falls dies möglich ist. Infolge der Pflegereform Anfang der 1990er Jahre hat die Individualisierung pflegerischer Risiken in Großbritannien zugenommen, v.a. aufgrund der Konzentration der Leistungen auf Schwer(st)-pflegebedürftige. Lediglich in Schottland wird die ambulante Pflege – als Folge der De-Zentralisierungs- und Identitätsbildungspolitik – mittlerweile öffentlich finanziert. Hier wurde die Bedürftigkeitsprüfung abgeschafft.

Durch den Ökonomisierungsprozess der Leistungsindividualisierung treten zwei *Governance*-Modi stärker in den Mittelpunkt: Zum einen wird der Steuerungsmodus 'Solidarität' oder 'Verpflichtung' gestärkt, wenn die Pflegeleistungen familiär erbracht werden. Diese Bedeutungszunahme verlangt von den Familienmitgliedern in höherem Maße die Bereitschaft, sich um ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu kümmern. Die informelle Pflege kann sowohl auf der Basis solidarischen Handelns als auch vor dem Hintergrund eines Verpflichtungsgefühls gegenüber den pflegebedürftigen Angehörigen erfolgen. Zum anderen geht die Individualisierung pflegerischer Risiken mit der Stärkung des Steuerungsmodus 'Wettbewerb' einher. Die verschiedenen öffentlichen, privaten oder freigemeinnützigen Leistungsanbieter konkurrieren um die Aufträge von den Pflegebedürftigen bzw. ihren Familien. Das ist dann der Fall, wenn die staatlichen Pflegeleistungen aufgrund von Leistungseinschränkungen oder der Gewährung von Pflegeleistungen auf Grundbedarfsniveau privat zugekauft werden (müssen). Der private Zukauf ist allerdings nur möglich, wenn entsprechende finanzielle Ressourcen vorhanden sind.

(4) Förderung der Marktausweitung
Die Förderung der Marktausweitung spielt in den Pflegereformen der 1990er Jahre noch keine Rolle. Erst nach der Jahrtausendwende werden in Schweden und in Deutschland monetäre Anreize im Pflegebereich eingeführt. In beiden Ländern werden Steuerermäßigungen für haushalts- und personenbezogene Dienstleistungen gewährt. In Deutschland wird zudem die private Absicherung im Pflegefall staatlich gefördert. In Großbritannien existieren trotz des wichtigen Stellenwerts marktlicher Versorgungsformen weder Steuerermäßigungen für haushalts- und/oder personenbezogene Dienstleistungen noch staatliche Subventionen für private Pflegevorsorgeprodukte.

Mit der Förderung der Marktausweitung wird der Steuerungsmodus 'Wettbewerb' gestärkt und zwar zum einen zwischen den Anbietern haushalts- und pflegebezogener Leistungen, zum anderen zwischen Versicherungsunternehmen, die private Pflegeversicherungen anbieten.

Aus einer *Governance*-Perspektive kann man festhalten, dass die Ökonomisierungsprozesse insgesamt in Richtung Zunahme hybrider Steuerungsformen deuten (vgl. Dingeldey/Rothgang 2009a, 239). Es wurde v.a. die Steuerungsform des 'Wettbewerbs' eingeführt, um – so die Hoffnung der politischen Akteure – dadurch Kosten einzusparen und gegebenenfalls gleichzeitig die Leistungsqualität zu verbessern. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass letzteres deutlich niedrigere Priorität besaß. Daneben wird auch die Interaktionsform der 'Verhandlung' institutionalisiert, entweder zwischen verschiedenen staatlichen pflegepolitischen Akteuren oder zwischen staatlichen Akteuren und den Trägern sozialer Dienste und stationärer Einrichtungen. An dieser Stelle muss aber erneut darauf hingewiesen werden, dass es sich um Verhandlungen im „Schatten der Hierarchie" (Scharpf 2006, 323) handelt. Die Träger sind letztendlich darauf angewiesen, die staatlichen Vorgaben zu erfüllen, um zugelassen zu werden, Aufträge zu erhalten oder Patient/innen zugewiesen zu bekommen. Die letzte Interaktionsform, 'Solidarität' bzw. 'Verpflichtung', existierte auch schon vor den Reformen, da die familiäre Pflege in allen drei Ländern vor dem Zweiten Weltkrieg die gängige Versorgungsform von Pflegebedürftigen darstellte, in den Ländern mit einem männlichen Versorgermodell sogar noch deutlich länger. Der Steuerungsmodus 'Solidarität/Verpflichtung' hat allerdings in Folge des *Targeting of Services* in Großbritannien und Schweden in seiner Bedeutung zugenommen. In Deutschland hat er aufgrund der Einführung der sozialen Pflegeversicherung demgegenüber an Relevanz verloren, bleibt aber aufgrund der Gewährung einer

Tabelle 15: Ökonomisierungsprozesse in Großbritannien, Schweden und Deutschland im Vergleich

	Großbritannien	*Schweden*	*Deutschland*
(1) Effizienzorientierung in der Organisation der Pflegeversorgung	De-Zentralisierung/Kosteneinsparung durch Kompetenzbündelung bei den Kommunen Gemeinsames kommunales Budget für ambulante und stationäre Pflege	De-Zentralisierung/Kosteneinsparung durch Kompetenzbündelung bei den Kommunen Gemeinsames kommunales Budget für ambulante und stationäre Pflege Kostenübernahme für entlassungsbereite pflegebedürftige Krankenhauspatient/innen, wenn keine kommunale Versorgung angeboten werden kann	Budgetprinzip (Einnahmen der Pflegeversicherung bestimmen die Ausgaben) Kostenbegrenzung durch Standardisierung von Leistungen
(2) Vermarktlichung der Leistungserbringung	Zulassung und materielle Förderung privater und freigemeinnütziger Anbieter Wettbewerb zwischen den Anbietern sozialer Dienste um kommunale Aufträge Direktzahlungen: Wettbewerb der Anbieter sozialer Dienste um pflegebedürftige Kund/innen (seit 1996)	Zulassung privater und freigemeinnütziger Anbieter Wettbewerb zwischen den Anbietern sozialer Dienste um kommunale Aufträge Gutscheinmodell: Wettbewerb der Anbieter sozialer Dienste um pflegebedürftige Kund/innen (seit 2009)	Gleichstellung privater mit freigemeinnützigen Anbietern Keine Bedarfsplanung, stattdessen: Kontrahierungszwang; dadurch: Wettbewerb der Anbieter ambulanter Dienste/Pflegeheime um pflegebedürftige Kund/innen
(3) Individualisierung pflegerischer Risiken	Konzentration der Leistungen auf schwere Fälle (*Targeting of Services;* nationalstaatlich/gesetzlich initiiert)	Konzentration der Leistungen auf schwere Fälle (*Targeting of Services* als kommunale Reaktion auf die *Ädel*-Reform)	Grundsicherungsleistungen für alle; Zuzahlungen und/oder familiäre Pflege notwendig
(4) Förderung der Marktausweitung	–	Steuerermäßigungen bei Inanspruchnahme haushalts- und personenbezogener Dienstleistungen (seit 2010)	Steuerermäßigungen bei Inanspruchnahme haushalts- und personenbezogener Dienstleistungen (seit 2003) Staatlich geförderte private Absicherung im Pflegefall (seit 2012)

pflegerischen Grundabsicherung und der Institutionalisierung des Leitbildes 'ambulant vor stationär' strukturell erhalten und wird durch das Pflegegeld gefördert (vgl. Tab. 16).

Tabelle 16: Ökonomisierungsprozesse und neue Steuerungsformen in der Pflege in Großbritannien, Schweden und Deutschland

Formen/Prozesse der Ökonomisierung	*Akteure der Leistungserbringung*	*Interaktionsformen*
(1) Effizienzorientierung in der Organisation der Pflegeversorgung	– (Para-)Staatliche Akteure (Kommunen, Provinzen, Länder, Nationalstaat, Pflegekassen, *Social Services Departments* etc.) – Private Träger – Freigemeinnützige Träger – Kommunale Träger	– Hierarchie – Verhandlungen (innerhalb der staatlichen Akteure; zwischen staatlichen Akteuren und Trägern)
(2) Vermarktlichung der Leistungserbringung	– Private Träger – Freigemeinnützige Träger – Kommunale Träger	– Wettbewerb (zwischen den Trägern)
(3) Individualisierung pflegerischer Risiken	– Individuen/Familienmitglieder (oft Frauen) – Private Träger – Freigemeinnützige Träger – Kommunale Träger	– Solidarität/ Verpflichtung – Wettbewerb (zwischen den Trägern)
(4) Förderung der Marktausweitung	– Private Träger – Freigemeinnützige Träger – Kommunale Träger – Pflegeversicherungsunternehmen	– Wettbewerb (zwischen den Trägern; zwischen den Pflegeversicherungsunternehmen)

Um einen umfassenderen Eindruck von der Wirkung der pflegepolitischen Reformen zu bekommen, werden nun die pflegebezogenen Ausgabenniveaus als Bewertungsmaßstab hinzugezogen. Anhand der Entwicklung der Pflegeausgaben seit der Durchführung der Pflegereformen kann die monetäre Entwicklungsrichtung verglichen werden (vgl. Tab. 17). Es wird auf Daten der OECD zurückgegriffen, die als einzige Institution vergleichende Daten zu pflegebezogenen Ausgaben seit den 1990er Jahren zur Verfügung stellt. Die Pflegeausgaben umfassen erstens die gesundheitsbezogenen Dienste für Pflegebedürftige, wozu Kranken- und Grundpflegeleistungen zählen, sowie zweitens die sozialen Dienste für Pflegebedürftige, was sich v.a. auf die haushaltsbezogenen Dienstleistungen bezieht (vgl. OECD 2013, 186). Es zeigt sich, dass die pflegebezogenen Ausgaben in Großbritannien zwischen Anfang der 1990er Jahre und dem Jahr 2000 von 1,0% des BIP auf 0,9% zurückgegangen sind. Das Ziel der Kosteneindämmung wurde

demnach erreicht. In Schweden sind die hohen Ausgaben in diesem Zeitraum im Verhältnis zum BIP konstant bei 2,7% geblieben, so dass die Zunahme der älteren Pflegebedürftigen durch eine Kostensteigerung im Rahmen des BIP-Anstiegs bewältigt wurde. In Deutschland dagegen führte die Einführung der sozialen Pflegeversicherung zu einer Erhöhung der bis dahin sehr niedrigen Pflegeausgaben von 0,8% des BIP auf 1,0%. Die Pflegeausgaben sind hier stärker angestiegen als das Wirtschaftswachstum. Dadurch sind die Ausgaben im Jahr 2000 vergleichbar mit den Ausgaben in Großbritannien zu Beginn der 1990er Jahre. In Schweden liegen die Ausgaben anteilsmäßig im Jahr 2000 dagegen fast dreimal so hoch wie in den anderen beiden Vergleichsländern. Zwischen dem Jahr 2000 und dem Jahr 2005 sind die Pflegeausgaben in Schweden und Großbritannien in Prozent des BIP angestiegen, während sie in Deutschland konstant geblieben sind. Die anteilsmäßige Erhöhung in beiden Ländern beläuft sich auf gut ein Fünftel. Damit sind die Pflegeausgaben in Prozent des BIP in Großbritannien und Deutschland im Jahr 2005 ähnlich, in Schweden ist der Anteil der Pflegeausgaben am BIP dagegen nach wie vor drei Mal so hoch.

Neueren OECD-Daten zufolge sind die Pflegeausgaben in Schweden bis zum Jahr 2011 erneut auf 3,6% der BIP angestiegen, während der Anteil am BIP in Deutschland unverändert bei 1,0% liegt. Auffällig im Vergleich ist die Tatsache, dass in Deutschland ausschließlich gesundheitsbezogene Pflegeleistungen gewährt werden, die in Schweden dagegen weniger als einen Prozentpunkt der Pflegeausgaben im Verhältnis zum BIP ausmachen. Demgegenüber fallen in Schweden knapp drei Prozentpunkte der Pflegeausgaben in Prozent des BIP auf die sozialen Pflegeausgaben. Das bedeutet, dass in Deutschland v.a. grundpflegerische Leistungen gewährt werden, in Schweden dagegen in höherem Maße haushaltsbezogene Leistungen. Großbritannien ist in den neueren Pflegestatistiken der OECD leider nicht mehr aufgeführt (vgl. OECD 2013, 187).

Tabelle 17: Entwicklung der öffentlichen Pflegeausgaben in Großbritannien, Schweden und Deutschland in % des BIP

	1992–1995 (1)	*2000 (2)*	*2005 (3)*	*2011 (4)*	*Veränderung (1)–(2)*	*Veränderung (2)–(3)*	*Veränderung (3)–(4)*
Großbritannien	1,0	0,9	1,1		-10%	22,2%	
Schweden	2,7	2,7	3,3	3,6	0%	22,2%	9,1%
Deutschland	0,8	1,0	1,0	1,0	25%	0%	0%

Quellen: (1) OECD 1998, 96; (2) OECD 2005, 26, (3) OECD 2006, 71; (4) OECD 2013, 187

11.4 Hypothesenprüfung: Konvergenzen, Divergenzen oder divergente Konvergenzen?

Nach dem Vergleich der Ökonomisierungsprozesse wird im Folgenden näher auf die Frage konvergenter und/oder divergenter Entwicklungen im Pflegebereich eingegangen. Ausgangspunkt sind Länder mit unterschiedlichen Pflegemodellen, d.h., Mitte der 1990er Jahre waren die nationalen Pflegeregime in den drei Ländern geprägt durch deutliche strukturelle Divergenzen (vgl. Gegenüberstellung der Pflegemodelle in Tab. 30). Während das britische Pflegeregime stark durch Bedürftigkeitsprüfungen und öffentliche Leistungserbringung geprägt war, setzte man in Schweden auf universell zugängliche und großzügig gewährte öffentliche soziale Dienste und Heime, während in Deutschland die häusliche Pflege im Kontext von Familiensubsidiaritätsvorstellungen stark dominierte. Seit den einschneidenden Reformen der 1990er Jahre besteht in vielen Bereichen der Pflege nun ein Wandel und es stellt sich die Frage, ob sich die Länder pflegepolitisch annähern, also konvergieren, oder ob die Entwicklung pfadabhängig, also entlang der etablierten pflegepolitischen Strukturen – und damit divergent – verläuft. Dabei wird im Folgenden auf der Basis der Studie von *Martin Seeleib-Kaiser* (2001) zwischen den pflegepolitischen Zielen einerseits und den pflegepolitischen Mitteln andererseits unterschieden. In Bezug auf die pflegepolitischen Ziele, die im Rahmen der Reformen umgesetzt werden sollten, zeigt die *Policy*-Analyse, dass es sinnvoll ist, zudem eine Unterscheidung zwischen übergeordneten und konkreten Zielen vorzunehmen.

Auf der Ebene der übergeordneten Zielvorstellungen lässt sich eine deutliche Konvergenz feststellen. In allen drei Ländern spielten im Rahmen der Pflegereformen Kosteneindämmungsziele eine wichtige Rolle. Sowohl in Großbritannien als auch in Schweden und in Deutschland wurden erstens die Effizienzorientierung in der Organisation der Pflegeversorgung, zweitens die Vermarktlichung der Leistungserbringung und drittens die Individualisierung von Leistungen als ökonomisierungsbezogene Ziele verfolgt. Demgegenüber variieren die konkreten Ziele zwischen Schweden und Großbritannien einerseits und Deutschland andererseits. Während in Deutschland v.a. die finanzielle Entlastung der Kommunen, der Ausbau der Pflegeinfrastruktur und die Förderung der häuslichen Pflegebereitschaft verfolgt wurden, standen im Fokus der pflegepolitischen Reformen in Großbritannien und Schweden Kosteneinsparungen durch Kompetenzabklärungen zwischen dem *NHS* bzw. den Provinzen und den Kommunen. Durch die Beseitigung der überlappenden und unklaren Kompetenzen zwischen den zuständigen Pflegeinstitutionen in den beiden Ländern sollte sowohl das *Bed-*

blocking-Problem gelöst als auch eine effizientere Ressourcenverteilung zwischen sozialen Diensten und der stationären Pflege erreicht werden. In Großbritannien sollten zudem noch die Fehlanreize durch die sozialversicherungsbasierte Finanzierung privater Pflegeheime beseitigt werden. Die konkreten pflegepolitischen Ziele sind demnach in Schweden und Großbritannien sehr ähnlich, so dass hier von konkreten Zielkonvergenzen gesprochen werden kann.

Betrachtet man die pflegebezogenen Mittel, ergibt sich folgendes Bild: Es bestehen sowohl Konvergenzen wie auch Divergenzen. Ein pflegebezogenes Instrument wird in allen drei Ländern angewandt, nämlich die Initiierung einer Trägerkonkurrenz und eines pflegebezogenen Wettbewerbs zwischen den verschiedenen Trägern. In Großbritannien und Schweden wurden private und freigemeinnützige Träger zugelassen und konkurrieren nun mit den öffentlichen Trägern, in Deutschland wurden private Träger mit den freigemeinnützigen Trägern gleichgestellt, wodurch zwischen diesen beiden Trägertypen ein Wettbewerb entstanden ist. Bei diesem konvergenten Mitteleinsatz handelte sich um einen nicht zu unterschätzenden wirkmächtigen Faktor der pflegerischen Entwicklung in den drei Ländern, v.a. aber in Deutschland und Großbritannien, wo sich infolge dessen die komplette Trägerstruktur sowie die beruflichen Pflegebedingungen verändert haben. In einigen weiteren Bereichen ähneln sich zudem die eingesetzten pflegepolitischen Mittel zwischen Großbritannien und Schweden. Dies bezieht sich auf die De-Zentralisierung der Regulierungskompetenzen, also die Konzentration pflegerischer Verantwortung auf der kommunalen Ebene, sowie auf das *Targeting of Services*, das allerdings lediglich in Großbritannien als ein bewusst eingesetztes pflegepolitisches Mittel bezeichnet werden kann, während es sich in Schweden eher im kommunalen Prozess der Umsetzung der nationalen Pflegereformen herauskristallisiert hat. Demgegenüber zeichnete sich in Deutschland eine etwas andere, zum Teil sogar gegensätzliche Entwicklung ab, die sich aus den unterschiedlichen institutionellen Ausgangsbedingungen und den konkreten Problemlagen ergeben hat. Dies bezieht sich erstens auf die Einführung einer Pflegeversicherung, womit eine Zentralisierung der Regulierungskompetenzen vorgenommen wurde, die den De-Zentralisierungsbemühungen in den beiden anderen Ländern entgegengesetzt war. Zum Zweiten bedeutete die Einführung der Pflegeversicherung eine Kollektivierung der Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos, wohingegen die Fokussierung der Leistungen auf Schwer(st)pflegebedürftige in Schweden und Großbritannien tendenziell eher zu einer Individualisierung (bei den leichteren Fällen an Pflegebedürftigkeit) geführt hat. Hier müssen allerdings die Niveau-Unterschiede zwischen Großbritannien, wo nicht nur pflegebezogene, sondern auch finanzielle Bedürftigkeitsprüfungen

stattfinden, und Schweden, wo traditionellerweise alle Formen an sozialen Diensten großzügig gewährt wurden und werden, deutlich herausgestellt werden, was man auch an den unterschiedlichen pflegebezogenen Ausgabenniveaus erkennen kann. In Deutschland hat man mit der Einführung einer pflegebezogenen Grund(ab)sicherung eine dritte Variante der Leistungsgewährung gefunden. Während in Schweden im Sinne des Universalismus alle Pflegebedürftigen Leistungen erhalten und in Großbritannien nur die finanziell Bedürftigen, werden in Deutschland allen Pflegebedürftigen Leistungen gewährt, aber nur auf einem Grundniveau. Dies macht (wie in Großbritannien) Zuzahlungen oder informelle Pflegeleistungen erforderlich. Drittens wurden in Deutschland durch die Einführung von pflegebezogenen Sachmitteln Anreize für den Ausbau der ambulanten und stationären Pflegeinfrastruktur geboten, während in Schweden und Großbritannien durch die Kompetenzverlagerung auf die Kommunen eine Umschichtung von der stationären hin zur ambulanten Versorgung erzielt werden sollte. Ein letztes Ökonomisierungselement, das in Deutschland neu eingeführt wurde, ist die Leistungsstandardisierung, die keine Entsprechung in den beiden anderen Ländern findet. Dort wird stattdessen stärker mit dem Mittel der Pflegeplanung und deren Controlling sowie mit der Festlegung (und Überprüfung) von Qualitätsstandards gearbeitet.

Auf der Basis dieser Erkenntnisse lassen sich nun die drei Hypothesen zu konvergenten oder divergenten Entwicklungen sowie zur konvergenten Divergenz überprüfen:

(1) Konvergenzhypothese

Die Konvergenzhypothese (nun bezogen auf die Ziele *und* die Mittel) lässt sich nur für die Entwicklung in Großbritannien und Schweden verifizieren. In der Logik des theoretischen Ansatzes von *Seeleib-Kaiser* kann man hier sogar von „konvergenten Konvergenzen“[65] sprechen. Trotz unterschiedlicher Ausgangslagen – nationaler Pflegemodelle – sind die konkreten Problemlagen in Schweden und Großbritannien erstaunlich ähnlich, wie die Länderstudien gezeigt haben. Daher werden in beiden Ländern ähnliche – konkrete und übergeordnete – pflegepolitische Ziele verfolgt und auch ähnliche Mittel zu deren Lösung eingesetzt. Die schwedischen Reformen haben sich dabei stark an den zeitlich früher eingeführten britischen Reformen orientiert. Damit nähern sich die beiden Pflegemodelle

65 Zu diesem Ergebnis kommt auch *Katrin Mohr* (2004) in ihrer Untersuchung der Reform der Arbeitslosenversicherung und der Sozialhilfe in Großbritannien und Deutschland.

an, und zwar strukturell hinsichtlich der De-Zentralisierung und des *Targeting of Services*, in Bezug auf die Interaktionsformen durch die verstärkte Einführung von Wettbewerbselementen und den Rekurs auf familiäre Solidarität bzw. Verpflichtung. Dies drückt sich allerdings nicht im Ausgabenniveau aus. Während die pflegebezogenen Ausgaben in Großbritannien zwischen Anfang/Mitte der 1990er Jahre bis zum Jahr 2000 im Verhältnis zum BIP sinken, bleiben sie in Schweden konstant. Hier ist keine Annäherung zu erkennen, ganz abgesehen von dem höchst unterschiedlichen Ausgabenniveau der beiden Länder. Bis in die Gegenwart lässt sich diese Entwicklung nachzeichnen. Schweden weitet die Pflegeausgaben seit der Jahrtausendwende sogar wieder aus.

(2) Divergenzhypothese
Die Divergenzhypothese findet Bestätigung, wenn man Schweden und Großbritannien einerseits und Deutschland andererseits gegenüberstellt. Die Mittel der Pflegereformen, ausgedrückt in Ökonomisierungsmustern, unterscheiden sich – bis auf die Initiierung der Trägerkonkurrenz – deutlich zwischen Deutschland und den anderen beiden Ländern. Betrachtet man die übergeordneten Ziele, erkennt man „divergente Konvergenzen". Dieser Fall wird im Rahmen der nächsten Hypothesenprüfung näher erläutert. Nimmt man die konkreten Ziele in den Blick, erkennt man demgegenüber „divergente Divergenzen". Die Divergenzen hinsichtlich der konkreten Ziele zeigen, dass die allgemein geteilten Zielvorstellungen an die nationalen Ausgangs- und Problemlagen angepasst und auf sie ausgerichtet werden müssen.

(3) Divergente Konvergenzhypothese
Betrachten wir nun die dritte Hypothese, die divergente Konvergenzhypothese. Vergleicht man die übergeordneten Ziele, stellt man – wie bereits dargestellt – Konvergenzen zwischen den drei Ländern fest. In Bezug auf die Mittelwahl zeigen sich dagegen Divergenzen, vergleicht man Großbritannien und Schweden mit Deutschland – das hat die Überprüfung der Divergenzhypothese ergeben. Hinsichtlich des pflegebezogenen Ausgabenniveaus nähern sich jedoch nur Großbritannien und Deutschland an, nicht dagegen Schweden. Im Gegensatz zu Großbritannien findet in Deutschland allerdings eine Ausweitung pflegebezogener Leistungen statt, die quer zur Restrukturierung des Wohlfahrtsstaates liegt und sich auch nicht im Kontext der investiven Sozialpolitik erklären lässt. Insgesamt lässt sich daher die These von *Seeleib-Kaiser* (2001, 27f., 363f.), dass es infolge der Globalisierung und der Standortkonkurrenz zu divergenten Konvergenzprozessen kommt, für die pflegebezogenen Reformen bestätigten, wenn

man die Entwicklungen in Großbritannien und Schweden mit Deutschland vergleicht.

Zusammenfassend kann man konstatieren, dass in allen drei Ländern, die unterschiedlichen Pflegemodellen und Regimearrangements zuzuordnen sind, in den 1990er Jahren Reformen in der Pflege stattgefunden haben, mit denen dieselben übergeordneten Ziele verfolgt wurden: die Integration effizienzorientierter, kostensenkender ökonomischer Prinzipien oder, mit den Worten von *Anttonen*, *Sipilä* und *Baldock* (2003, 195), die Aufrechterhaltung der sozialen Reproduktion unter den Bedingungen globaler ökonomischer Konkurrenz. In Bezug auf die Pflegereformen in Großbritannien und Schweden kann man von konvergenten Konvergenzen sprechen, weil hier nicht nur die – übergeordneten und konkreten – Ziele, sondern auch die eingesetzten Mittel ähnlich sind. Vergleicht man die beiden Länder mit Deutschland, lassen sich dagegen divergente Konvergenzen beobachten, weil zwar die übergeordneten Ziele ähnlich sind, nicht aber die eingesetzten Mittel – sieht man von der Initiierung der Trägerkonkurrenz ab. Erklären lassen sich die Konvergenzen im Hinblick auf die übergeordneten Ziele und die Einführung der Trägerkonkurrenz mit dem Interaktionsmuster 'Wettbewerb' vor dem Hintergrund unterschiedlicher Pflegemodelle damit, dass die drei Länder pflegepolitisch auf dieselben exogenen Triebkräfte reagieren, insbesondere auf die Globalisierung und die Standortkonkurrenz, wobei offen bleibt, inwieweit die exogenen Triebkräfte als ökonomische Tatsache betrachtet oder lediglich als Diskurs genutzt wurden. Die außerordentlich häufige und übergeordnete Bezugnahme auf finanzpolitische und kostensenkende Maßnahmen im Reformprozess in allen drei Ländern belegt diesen Trend, der sich in den Pflegereformen niedergeschlagen hat, deutlich (vgl. Teil C). Damit reihen sich die pflegepolitischen Reformen in den Kontext der wohlfahrtsstaatlichen Restrukturierungen ein, die in allen drei Ländern seit den 1980er Jahren betrieben wurden. Auch der demographische Wandel wurde in den Reformprozessen rezipiert, allerdings eher als Triebkraft zur Auseinandersetzung mit dem Themenfeld Pflege, weniger als handlungsbestimmend in Bezug auf die Wahl der Mittel. Der Wandel von Familienformen und Geschlechterrollen spielte demgegenüber eine deutlich geringere Rolle in den Reformprozessen. Er ging lediglich insofern in die Reformdebatten mit ein, als man annahm, dass das weibliche häusliche Pflegepotential zurückgehen werde.

Ob und gegebenenfalls wie man die Divergenzen erklären kann, wird im Folgenden anhand der nationalen Regimearrangements erläutert.

Tabelle 18: Konvergenz- und Divergenzprozesse in Folge der pflegepolitischen Reformen der 1990er Jahre in Großbritannien, Schweden und Deutschland

	Ausgangspunkt	*(Policy)Prozess*		
		Übergeordnete Ziele	*Konkrete Ziele*	*Mittel*
Großbritannien	Bedürftigkeitsgeprüftes Pflegemodell	*Konvergenzen: Ökonomisierung/ Kosteneindämmung* – Effizienzorientierung in der Organisation von Pflegeleistungen – Vermarktlichung der Leistungserbringung – Individualisierung von Leistungen	*Konvergenzen: Schweden und Großbritannien* – Klare Kompetenzverteilung zwischen Kommunen (soziale Dienste) und NHS/Provinzen (Gesundheitsversorgung) – Lösung des *Bed-blocking*-Problems – Reduzierung des Institutionalisierungsgrades (Großbritannien: Beseitigung der Fehlanreize durch die sozialversicherungsbasierte Finanzierung privater Pflegeheime)	*Konvergenzen: Großbritannien, Schweden und Deutschland* – Schaffung eines Anbieterwettbewerbs/einer Trägerkonkurrenz (v.a. Zulassung/Förderung privater Träger) *Konvergenzen: Schweden und Großbritannien* – De-Zentralisierung der Regulierungskompetenzen/Kommunale Verantwortlichkeiten – *Targeting of Services* (Großbritannien)
Schweden	Soziale Dienste-Pflegemodell			
Deutschland	Subsidiaritätsorientiertes Pflegemodell		*Divergenzen: Deutschland* – Entlastung der Kommunen – Ausbau der Pflegeinfrastruktur – Förderung häuslicher Pflegebereitschaft	*Divergenzen: Deutschland* – Zentralisierung der Regulierungskompetenzen/Einführung einer Sozialversicherung – (Teil-)Kollektivierung/Grundsicherung + Zuzahlungen oder informelle Pflege – Leistungsstandardisierung

11.5 *Policy*-Wandel im Kontext der nationalen Regimearrangements

Nachdem die Bedeutung der Ökonomisierungsprozesse und der dahinterliegenden Standortkonkurrenzlogik für konvergente Entwicklungen herausgearbeitet wurde, soll im nächsten Schritt gezeigt werden, welche Rolle das jeweilige nationale Regimearrangement für die pfadabhängigen pflegepolitischen Entwicklungen spielt. Dabei werden insbesondere das politische System sowie das Wohlfahrtsstaats-, das Geschlechter- und das *Care*-Regime in den Blick genommen und die Bedeutung kultureller und institutioneller Faktoren für die Erklärung des pflegepolitischen Wandels beschrieben.

Politikwissenschaftlich wird davon ausgegangen, dass in politischen Systemen, in denen ein hoher Grad an Machtkonzentration vorherrscht, politische Entscheidungen zügiger und umfassender durchgesetzt werden können. Wandel kann sich hier schneller vollziehen. In föderalen Systemen dagegen, in denen die Macht auf verschiedene Institutionen und Kammern verteilt ist, muss in stärkerem Maße mit politischen Blockaden, sich lang hinziehenden Reformvorhaben und mit inkrementellem Wandel gerechnet werden. "Where power is highly centralised, the government has the formal capacity to make more rapid and comprehensive policy changes. In contrast, the more fragmented the political authority the greater the probability of deadlock and inaction or at best more incremental change." (Burau u.a. 2007, 9) Demzufolge müssten sich pflegepolitische Reformen im unitarischen und zentralisierten System Großbritanniens und – etwas abgeschwächt auch – im unitarischen, aber dezentralisierten System Schwedens schneller und umfassender durchsetzen lassen, während sich der pflegepolitische Wandel im föderalen und dezentralisierten politischen System Deutschlands vorwiegend inkrementell vollziehen müsste.

> "At one extreme, cabinets of single-party governments in the UK are faced with no significant formal barriers to radical policy changes. At the other extreme, German multi-party governments are situated within a constitutional framework that disperses powers, both horizontally and vertically, and both within and outside the formal boundaries of the state. A veto points approach would therefore predict that the project of policy change would be easiest to accomplish in the UK, hardest in the FRG [Federal Republic of Germany, D.A.], and somewhere in between in the Swedish case." (Wood 2001b, 381)

Auch unter Zuhilfenahme des Vetospielertheorems lässt sich vermuten, dass in Deutschland im Kontext der pflegepolitischen Triebkräfte – Globalisierung, Standortkonkurrenz und abgeschwächt auch der demographische Wandel – politische Stabilität oder ein inkrementeller Wandel wahrscheinlicher ist, in Schweden und Großbritannien dagegen leichter ein Politikwechsel möglich ist.

Ursache dafür ist die Tatsache, dass in Deutschland deutlich mehr Vetospieler existieren als in den beiden anderen Ländern (vgl. Tsebelis 2002; vgl. auch Schmidt/Ostheim 2007b, 73).

> "Given that both range and number of vp [veto players, D.A.] affect policy stability, the expectation is that whatever a country is faced with a significant exogenous shock (like an increase in oil prices, a financial meltdown, or prolonged social strife around a particular issue such as unemployment, healthcare, or education), a government with multiple distinct vp will not be able to produce policies to overcome the crisis, and consequently (in a parliamentary system) will have to resign, and be replaced by another coalition government." (Tsebelis 2010, 8)

Es ist also erklärungsbedürftig, dass es in Deutschland einen radikalen Politikwechsel in der Pflegepolitik gab. Dieser Politikwechsel, also die Einführung der sozialen Pflegeversicherung, ist dabei sogar einschneidender zu bewerten als die Pflegereformen in Schweden und Großbritannien. In Deutschland wurde ein gänzlich neues Pflegesystem eingeführt, während in den beiden anderen Ländern mit der De-Zentralisierung immerhin noch an bestehende dezentrale Pflegestrukturen angeknüpft wurde. Es fand kein kompletter Systemwechsel im Bereich der Pflege statt, sondern eher eine radikale Reform. Der pflegerische Systemwechsel in Deutschland erfolgte demnach *trotz* eines föderalen und dezentralisierten politischen Systems und der Existenz von deutlich mehr Vetospielern als in den anderen beiden Ländern. Er ist damit erklärungsbedürftiger als der pflegepolitische Wandel in Großbritannien und Schweden.

Betrachten wir zunächst die politischen Ausgangsbedingungen der Reform: In Großbritannien fanden die Pflegereformen in einem parlamentarischen Zweikammer- und Zweiparteiensystem statt, wobei die zweite Kammer nur abgeschwächte Einflussmöglichkeiten auf die Legislative besitzt und nicht den Charakter eines Vetospielers aufweist. Die Regierung der Konservativen, die die Mehrheit im Unterhaus stellte, konnte den *NHS and Community Care Act* problemlos durchsetzen.

In Schweden hingegen befand sich die Sozialdemokratie zur Zeit der *Ädel*-Reform in einer Minderheitenregierung und war auf die Zustimmung mindestens einer weiteren Partei im Parlament angewiesen. Die Sozialdemokraten machten einige Zugeständnisse an die Liberalen und es gelang ihnen dabei trotzdem, die Kernpunkte der angestrebten Pflegereform durchzusetzen. Die sozialdemokratische Partei ist in Schweden sehr stark. Die Parteiführung besitzt die Fähigkeit, ihre Interessen durchzusetzen – und zwar sowohl im parlamentarischen Prozess gegen die Interessen der anderen Parteien als auch innerhalb der Sozialdemokratie gegenüber den eigenen Abgeordneten und den Vertreter/innen der Provinzen.

> "The policy process of Ädel reform illustrated that the state was, regardless of the opposition from county councils and occupational groups, capable of transforming existing boundaries of elderly care services and transferring enormous fiscal resources and personnel from county councils to local municipalities. Since the party leadership can discipline its rank-and-file members, the state is able to carry through large-scale reform. Although the state always tries to incorporate diversified societal interests and make a compromise, the minority has no actual instrument to block a new policy." (Hieda 2012, 89f.)

Des Weiteren gibt es in Schweden weder eine zweite Kammer, die der Reform zustimmen musste noch ein Verfassungsgericht, an dem die Reform nachträglich hätte scheitern können. Eine weitere Entwicklung muss als politischer Erklärungsfaktor berücksichtigt werden: In Schweden war eine radikale Pflegereform möglich, weil die Integration der Verbände, insbesondere der Gewerkschaften und der Arbeitgeberverbände, in das schwedische Entscheidungssystem zurückgebaut worden war (vgl. Abromeit/Stoiber 2006, 101). Infolge des geschwächten Korporatismus war es der sozialdemokratischen Partei leichter möglich, die Pflegereformen durchzusetzen, ohne auf die Position der gewerkschaftlichen Akteure Rücksicht nehmen zu müssen.

In Deutschland wurde die soziale Pflegeversicherung im Rahmen der konservativ-liberalen Regierung umgesetzt, d.h., eine Einigung der beiden Koalitionspartner war notwendig. Im Bundesrat gab es eine SPD-geführte Mehrheit, so dass die Pflegepolitik zudem nur im Konsens mit der SPD-Opposition – einem weiteren Vetospieler – verabschiedet werden konnte. Das bedeutet, dass sowohl der institutionelle Vetospieler Regierungskoalition bzw. Koalitionspartner als auch der parteipolitische Vetospieler SPD beträchtliches Gewicht im Hinblick auf die Pflegereform hatte. Das Zustandekommen der Reform, das in jedem Fall deutlich länger dauerte als in Großbritannien und Schweden, lässt sich vetospielertheoretisch nur mit der relativ geringen ideologischen Distanz zwischen der Regierungskoalition und der SPD erklären, wenn auch nicht zufriedenstellend. Dass die deutsche Pflegereform dennoch zu einer *Critical Juncture* wurde, kann mit Hilfe der genannten politikwissenschaftlichen Theorien demnach nicht hinreichend erklärt werden.

Welche Erklärungskraft weisen die anderen Teilregime in Bezug auf die Pflegezäsuren auf? Widersprechen die wichtigen Institutionen und Wertvorstellungen der Teilregime den Pflegereformen oder befinden sich die Pflegereformen im Einklang mit den wohlfahrtsstaatlichen, geschlechter- und *care*-politischen Vorstellungen und Strukturen in den drei Ländern?

Großbritannien zählt zu den liberalen Wohlfahrtsstaaten. In den Pflegereformen wird die Bedürftigkeitsausrichtung durch das *Targeting of Services* ge-

stärkt, was gut zur generellen Ausrichtung des britischen Wohlfahrtsstaates auf Armutsvermeidung passt. Der universelle Zugang zu den Leistungen bleibt auch nach den Reformen erhalten. Weiter stellt die Verantwortungsbündelung bei den Kommunen keinen Bruch mit der liberalen Wohlfahrtsstaatstradition dar, weil die sozialen Dienste ja bereits vor den Reformen auf kommunaler Ebene reguliert wurden. Dieser Macht- und Einflussbereich wurde also einfach durch die Pflegereformen regimekonform ausgedehnt. Die Zulassung und Förderung privater und freigemeinnütziger Träger sozialer Dienste und Leistungen passt ebenfalls gut zu einem liberalen Wohlfahrtsstaatsregime, innerhalb dessen marktliche Absicherungsvarianten einen wichtigen Stellenwert besitzen. Insofern ist es eher verwunderlich, dass die Marktöffnung so lange auf sich hat warten lassen. Neben der marktlichen Regulierung spielt die informelle Pflege durch die verschärften Bedürftigkeitsprüfungen eine wichtigere Rolle, zumindest für diejenigen, die keine formellen Pflegeleistungen finanzieren können. Dies lässt sich gut mit der langen Tradition häuslich-informeller Pflege sowie mit dem modernisierten Versorgermodell in Einklang bringen. Da die traditionell häuslich Pflegenden Frauen sind, ist es aufgrund der ihnen zugedachten Rolle als Zuverdienerinnen (oft in kurzer Teilzeit) möglich, sie verstärkt für Pflegeaufgaben zu akquirieren – auch wenn dies nicht den pflegekulturellen Vorstellungen in Großbritannien entspricht. Innerhalb des britischen *Care*-Regimes findet eine Annäherung der beiden kommunal regulierten Bereiche Kinderbetreuung und Altenpflege statt: Während der schlechter ausgestattete Bereich der Kinderbetreuung im Kontext der investiven Sozialpolitik ausgebaut wird, finden im Bereich der Altenpflege mit der *Community-Care*-Reform eher Leistungsbegrenzungen statt. Die großen Unterschiede zwischen den Bereichen – kultureller wie institutioneller Art – werden eingeebnet, ohne die Regimelogik zu verletzen, nämlich die Ausrichtung auf bedürftige Familien einerseits und den hohen Stellenwert informeller Sorgearbeit, erledigt durch weibliche Familienmitglieder, andererseits.

In Bezug auf Schweden gibt es in der Literatur unterschiedliche Auffassungen über den Grad der wohlfahrtsstaatlichen Veränderungen infolge der *Ädel*-Reform. Einige Wissenschaftler/innen sind der Ansicht, dass mit der *Ädel*-Reform Veränderungen in der Altenpflege vorgenommen wurden, ohne die Grundprinzipien des schwedischen Wohlfahrtsstaates in Frage zu stellen. Andere wiederum sind der Ansicht, es handele sich zumindest um eine partielle Abkehr von wohlfahrtsstaatlichen und geschlechterkulturellen Werten, wie Universalismus und Individualismus (vgl. Burau u.a. 2007, 77; Trydegård/Thorslund 2010, 502; Warburton/Jeppsson Grassman 2011, 184). In jedem Fall änderten sich mit der

Ädel-Reform die altenpflegebezogenen Rahmenbedingungen in Schweden. Die Altenpflege wurde, wie in Großbritannien, dezentralisiert, was gut in das sozialdemokratische Wohlfahrtsstaatsregime passt. Aufgrund des hohen Stellenwerts der Kommunen spricht man in Schweden auch von Wohlfahrtskommunen oder einem dezentralisierten Wohlfahrtsstaat. Dagegen passt die Initiierung eines Anbieterwettbewerbs durch die Zulassung privater und freigemeinnütziger Träger schlecht in das schwedische Wohlfahrtsstaatsregime. Da marktliche Elemente hier bislang kaum zu finden waren, stellt dies eher einen Regimebruch dar, der allerdings innerhalb der schwedischen Pflegepolitik kaum kontrovers diskutiert wurde, was vermutlich damit zu tun hat, dass die schwedischen Kommunen eigenverantwortlich darüber entscheiden konnten und können, inwieweit sie diese nationalstaatlich gewährte Option nutzen. Hier unterscheidet sich der schwedische Trägerwettbewerb von den beiden anderen Ländern: In Großbritannien mussten die privaten und freigemeinnützigen Träger finanziell von den Kommunen gefördert werden, und in Deutschland wurde ein Kontrahierungszwang eingeführt, so dass die Pflegekassen kaum Einfluss auf die Entwicklung der Trägerstrukturen hatten und haben. Neben der Schaffung eines Anbieterwettbewerbs muss auch die Frage der Regimekonformität des von den Kommunen praktizierten *Targeting of Services* näher in den Blick genommen werden. Es ist durchaus diskussionswürdig, inwiefern die Leistungsbegrenzung auf die schwer(st)en Fälle von Pflegebedürftigkeit der universellen Ausrichtung des schwedischen Wohlfahrtsstaates noch gerecht wird. Anzumerken ist hier allerdings, dass der Systembruch nicht auf nationalstaatlicher Ebene vollzogen wurde, sondern eine kommunale Reaktion auf den Kostendruck durch die *Ädel*-Reform und die wirtschaftliche Rezession darstellt. Der schwedische Universalismus wurde brüchig, weil zum einen die Mittelschichten, deren wohlfahrtsstaatliche Einbeziehung als Erfolgsgarant des schwedischen Wohlfahrtsstaates galt, von der *Ädel*-Reform betroffen sind, da auch sie nun haushaltsbezogene und/oder pflegerische Leistungen auf dem Markt zukaufen müssen. Zum anderen werden nicht alle Familien den marktlichen Zukauf von Leistungen finanzieren können. Problematisch an dem *Targeting* ist daher auch die Abwälzung der haushälterischen und pflegerischen Versorgung auf die Familien bzw. die Angehörigen. Dies widerspricht nicht nur der universellen Wohlfahrtsstaatsausrichtung, sondern auch dem Zweiverdiener-Modell, das das schwedische Geschlechterregime prägt. Betrachtet man die weibliche Erwerbstätigkeit (in Vollzeit oder zumindest langer Teilzeit) als geschlechterkulturelle Norm, dann bleibt unklar, wer die Pflegeverantwortung übernehmen soll, wenn der Staat die Leistungserbringung reduziert. Zugleich gewähren immer weniger Kommunen Leistungen für häuslich Pflegende, so dass sich zudem die materielle

Absicherung der häuslich Pflegenden verschlechtert. Das *Targeting* ist auch nicht im Rahmen des optionalen Familialismus stimmig erklärbar, genauso wenig wie die Reduzierung von Leistungen für häuslich Pflegende. Hier wird ein neuer Pfad eingeschlagen in Richtung mehr Eigen- bzw. familiäre Verantwortung. Das Öffentliche-Dienste-Modell erhält zumindest einige tiefe Kratzer. Gleichwohl wird mit der Ambulantisierung und der Förderung neuer Wohnformen im Alter versucht, eine nach wie vor hohe Pflegequalität aufrechtzuerhalten.

Es zeigt sich in Bezug auf Schweden zusammenfassend, dass das nationale Regimearrangement als Erklärungsfaktor für den radikalen Einschnitt im schwedischen Pflegesystem nicht ausreicht. Die Kommunen reagieren auf die globalisierungsbedingte wirtschaftlich schlechte Situation mit einem Regimebruch, nämlich mit der deutlichen Einschränkung wohlfahrtsstaatlicher und gleichstellungspolitischer Prinzipien (Universalismus, Zweiverdiener-Modell und Wahlfreiheit). Auch die Initiierung eines Anbieterwettbewerbs in der Pflege kann nur vor dem Hintergrund allgemeiner wohlfahrtsstaatlicher Restrukturierungsprozesse im Sinne der Schaffung von Wettbewerb und Effizienz interpretiert werden. Die globale Konkurrenzsituation zwingt die Wohlfahrtsstaaten zu einem kostenbegrenzenden Verhalten. Anfang der 1990er Jahre, als Schweden in die ökonomische Krise geriet, waren die marktliberalen politischen Kräfte in Schweden stark. Dies führte dazu, dass die regierenden Sozialdemokraten bereit waren, wohlfahrtsstaatliche Einschnitte vorzunehmen (vgl. Kitschelt 2001, 290).

> "[...] Swedish politicians, in contrast to their counterparts in other countries, in a challenging economic environment are able to take drastic politically unpopular action. In the light of these and other reforms, such as the insertion of competition into an increasingly decentralized public sector, Sweden appears to have undergone a probably more profound change of the welfare state than many other countries, when measured against the status quo ante of the mid- to late 1980s." (Kitschelt 2001, 291)

Die Pflegereform in Schweden kann demnach nur zufriedenstellend erklärt werden, wenn man neben dem nationalen Regimearrangement auch die exogenen Faktoren, v.a. die Globalisierung, miteinbezieht.

In Deutschland ist es – ähnlich wie in Großbritannien – leichter, die Einführung der sozialen Pflegeversicherung mit Hilfe des Wohlfahrtsstaats-, Geschlechter- und *Care*-Regimes zu erklären. Deutschland zählt zu den konservativen Wohlfahrtsstaaten und weist eine lange Sozialversicherungstradition auf. So handelt es sich zwar aus der Perspektive des vorherigen Pflegemodells um einen Pfadwechsel, aber der pflegerische Pfadwechsel fügt sich sehr gut in das konservative Wohlfahrtsstaatsregime ein – wenn auch mit Brüchen und Abweichungen von den anderen

Sozialversicherungen, insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit dem prägenden Leitbild 'ambulant vor stationär', der Einführung des Pflegegeldes, der Beibehaltung des Elternunterhalts sowie der Teilkasko- oder Grundabsicherung knüpft die Reform an das Subsidiaritätsprinzip sowie die Tradition häuslich-informeller Pflege an. Die familiären Verantwortlichkeiten bleiben trotz der Einführung einer Sozialversicherung erhalten. Da auch die familiäre Pflegearbeit gefördert wird, passt sich die soziale Pflegeversicherung gut in das modernisierte Versorgermodell und das Modell des expliziten Familialismus ein. *Kirsten Scheiwe* (1997, 15ff.) kommt daher zu dem Ergebnis, dass die Einführung der sozialen Pflegeversicherung gar kein Pfadwechsel darstellt, sondern im Gegenteil „pfadabhängig" erfolgte, nämlich im Rahmen des bestehenden erwerbsarbeits- und ehezentrierten, fragmentierten und statussichernden sozialen Sicherungssystems. Die föderale Entscheidungsstruktur und das Zweikammersystem unterstützen die pfadabhängige Institutionalisierung der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland. Zu diesem Ergebnis kommt auch *Ulrike Schneider* (1999, 52), die die soziale Pflegeversicherung in der Tradition der *Bismarck'schen* Sozialversicherungen sieht. Nur unzureichend erklärt werden kann dagegen die Gleichstellung der privaten mit den freigemeinnützigen Trägern. Hier findet ein Bruch mit dem Korporatismus und dem Subsidiaritätsprinzip statt. Die freigemeinnützigen Träger werden im Bereich der Daseinsvorsorge seit der Weimarer Republik bevorzugt. Die Gleichstellung mit den privaten Anbietern sozialer Dienste, die zum einen rein profitorientiert arbeiten, zum anderen keinen Bezug zum (förderungswürdigen) Ehrenamt aufweisen, passt nicht zu einem konservativ-korporatistischen Wohlfahrtsstaat. Sie lässt sich – wie in Schweden – nur vor dem Hintergrund der exogenen Triebkräfte erklären. Aufgrund der Standortkonkurrenz setzt sich die politische Ansicht durch, nur durch kostensenkende Maßnahmen international konkurrenzfähig zu bleiben. Um dies zu erreichen, werden auch Maßnahmen ergriffen, die dem deutschen Regimearrangement widersprechen. Das subsidiärkorporatistische Modell sollte an die ökonomischen Gegebenheiten angepasst werden. Insbesondere die Liberalen sowie der wirtschaftsliberale Flügel der CDU/CSU setzten sich für diese Art von Wettbewerbselementen ein. Die freigemeinnützigen Träger werden durch diese Regelung der privaten Konkurrenz ausgesetzt, um den Handlungsdruck in Richtung Effizienzsteigerung zu erhöhen. Der Systembruch wird noch besser verständlich, wenn man berücksichtigt, dass die Pflegeversicherung wenige Jahre nach der Deutschen Einheit eingeführt wurde.

> „Vergegenwärtigt man sich neben dem Brüchigwerden der geschilderten Sozialstaatsfundamente [Vollberufstätigkeit (der Männer), Quasi-Vollbeschäftigung, junge Bevölkerung und funktionierende familiale und sonstige Netze, D.A.] die

fiskalischen Probleme im Zuge der deutschen Einheit und schließlich die von der konjunkturellen Krise 1992/93 noch einmal verstärkten Sorgen um die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft, dann kann die Etablierung eines neuen Sozialversicherungszweiges zumindest zu diesem Zeitpunkt überraschen." (Meyer 1996, 19)

Auch *Lessenich* (2003, 234f.) argumentiert zudem mit dem Einfluss der Wiedervereinigung auf die Einführung der Pflegeversicherung, aber er stellt die Wiedervereinigung als *Push*-Faktor für die Pflegereform dar. Die Wiedervereinigung fand – und das ist entscheidend – im Kontext der Debatte um den Wirtschaftsstandort Deutschland statt. Aufgrund dieser Konstellation, so *Lessenich,* wurde die Sozialversicherungslösung populär, um den ostdeutschen Bürger/innen die Attraktivität des westdeutschen Modells der Sozialen Marktwirtschaft nachträglich nochmal deutlich zu machen, um das deutsche Versicherungsmodell gegenüber dem Sozialstaat der DDR einerseits und steuerfinanzierten Versorgungslösungen andererseits aufzuwerten und zu verteidigen und um die Anpassungsfähigkeit des Versicherungsmodells an finanzpolitische Restriktionen zu zeigen. Die Einführung der Pflegeversicherung stellt daher „*eine Expansion des Sozialversicherungssystems* dar, die zugleich *den Keim des Rückbaus* desselben in sich trug." (Lessenich 2003, 235, Herv. i. O.)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Pflegereform in Großbritannien gut in das nationale Regimearrangement einfügt. Die Reform ist regimekonform. Es findet weder ein Leitbildwandel noch eine institutionelle Strukturveränderung statt, die nicht im Rahmen des Wohlfahrtsstaats-, Geschlechter- oder *Care*-Regimes passfähig und damit erklärbar wäre. An wichtige wohlfahrtsstaatliche und geschlechterkulturelle Leitbilder, wie die Armutsvermeidung und Bedürftigkeitsorientierung sowie das modernisierte Versorgermodell, wird angeknüpft und die Institutionen werden regime-immanent weiterentwickelt. Ein etwas anderes Bild zeigt sich in Schweden und Deutschland, wo einige pflegepolitische Maßnahmen nicht ausreichend innerhalb der nationalen Regimearrangements erklärt werden können. Bei der schwedischen *Ädel*-Reform lassen sich das *Targeting of Services* und der Trägerwettbewerb nur unzureichend im Rahmen der universalistischen Ausrichtung des Wohlfahrtsstaates, des Zweiverdiener-Modells und des optionalen Familialismus bzw. des Öffentliche-Dienste-Modells erklären. Im Rahmen eines universalistischen, stark umverteilenden und auf öffentliche Leistungserbringung ausgerichteten Wohlfahrtstaates sind Leistungseinschränkungen regime-immanent schwerer begründbar als in liberalen und konservativen Wohlfahrtsstaaten, in denen neben dem Staat auch der Markt (im liberalen

Regime) und die Familie (im konservativen Regime) traditionell starke Erbringer wohlfahrtsstaatlicher Leistungen sind. Insofern lassen sich die schwedischen Pflegereformen zu einem niedrigeren Grad anhand des nationalen Regimearrangements erklären. Dasselbe gilt – etwas abgeschwächt – für Deutschland. Im Rahmen des konservativen Wohlfahrtsstaates, des modernisierten Versorgermodells sowie des expliziten Familialismus lassen sich zwar die Sozialversicherungslösung, die Grundabsicherung und der Vorrang häuslicher Pflege inklusive der Zahlung eines Pflegegeldes erklären, nicht aber die Gleichstellung privater mit freigemeinnützigen Diensten. Hier findet ein Bruch mit der korporatistisch-subsidiären Wohlfahrtsstaatstradition in Deutschland statt. Die Situation unterscheidet sich deutlich von den anderen beiden Vergleichsländern: In Großbritannien findet die Zulassung und Förderung privater (und freigemeinnütziger!) Träger in Übereinstimmung mit der liberal-marktlichen Wohlfahrtsstaatstradition statt, und hier wird zudem v.a. die Konkurrenz öffentlicher mit privaten und freigemeinnützigen Anbietern befördert. Letztes gilt auch für Schweden, wo die Zulassung privater Träger zudem in der Verantwortung der Kommunen bleibt, womit an die Tradition des dezentralisierten Wohlfahrtsstaates angeknüpft wird. Erst die Einbeziehung der exogenen Triebkräfte der Reform, insbesondere der Globalisierung und der internationalen Wettbewerbssituation, ermöglicht eine zufriedenstellende Erklärung der pflegepolitischen Zäsuren in Schweden und Deutschland.

12. Ausdifferenzierung und Hybridisierung von Pflegearbeit

12.1 Ausdifferenzierung formeller und informeller Pflegearbeit

Im Folgenden werden die Auswirkungen der Pflegereformen in den drei Untersuchungsländern auf die Pflegearbeit bzw. die Pflegearbeitenden dargestellt. Ausgangspunkt der Überlegungen zum Wandel und zur Ausdifferenzierung formeller und informeller Pflegearbeit sind die konzeptionellen Ansätze von *Birgit Geissler* und *Birgit Pfau-Effinger* (2005) sowie von *Clare Ungerson* (2004; vgl. auch Ungerson/Yeandle 2007). *Geißler* und *Pfau-Effinger* (2005: 8ff.) haben sich v.a. mit der Entstehung neuer Formen informeller Sorgearbeit auseinandergesetzt und zwei neue Formen herausdestilliert: zum einen die semi-formelle familienbasierte Sorgearbeit *(semi-formal family-based care work)* und zum anderen die informelle Sorgebeschäftigung *(informal care employment)*, auf die sie neben der informellen Sorgearbeit und der ehrenamtlichen Arbeit im Pflegebereich näher eingehen. Die semi-formelle familienbasierte Sorgearbeit bezieht sich auf Formen von Sorgearbeit, die staatlich unterstützt werden, z.B. durch Elterngeld- oder Pflegegeldregelungen. Auch die Kombination von sorgebedingten staatlichen Unterstützungsleistungen mit einer regulären Beschäftigung findet Berücksichtigung. Unter der informellen Sorgebeschäftigung verstehen die Autorinnen die Beschäftigung von Arbeiter/innen im Privathaushalt, für die allerdings weder das Arbeitsrecht gilt noch die sozialen Sicherungssysteme greifen, weil sie nicht registriert ist. Gemeint ist hier v.a. die Beschäftigung von Migrant/innen oder von Arbeitslosen, die zusätzlich zur (niedrigen) Arbeitslosenunterstützung etwas hinzuverdienen. Auch *Ungerson* beschäftigt sich mit dem Wandel von Pflegearbeit. Im Rahmen ihrer vergleichenden Untersuchung von *"Cash for Care"*-Programmen unterscheidet *Ungerson* (2004, vgl. auch Yeandle/Stiell 2007: 111) unterschiedliche Typen von Pflegearbeitenden. Sie nennt informell Pflegende *(informal carers)*, die ohne jegliche Regulierung und Bezahlung und auf der Basis einer emotionalen Beziehung zu der pflegebedürftigen Person tätig werden. Eine weitere Gruppe von Pflegenden sind solche, die eine staatliche Unterstützung (Lohnersatzleistung, z.B. *Carer's Allowance)* erhalten *(supported carers).* Daneben gibt es Pflegende, die eine Entlohnung dafür bekommen, dass sie eine/n Angehörige/n oder

eine/n Freund/in pflegen *(remunerated carers)*. Sie sind einerseits aus emotionalen Gründen zur Pflege bereit, haben aber andererseits eine Vertragsbeziehung zu der pflegebedürftigen Person, z.B. im Rahmen von Direktzahlungen. Die nächste Gruppe sind diejenigen, die entweder angestellt oder auf selbständiger Basis für eine *Care*-Agentur pflegen *(agency workers)*. Sie weisen in der Regel keine pflegerische Qualifikation auf und die personellen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten sind nur ein Teil ihrer Arbeitsaufgaben. *Ungerson* erwähnt auch die ehrenamtlich Pflegenden, die im Rahmen einer Freiwilligenorganisation ohne Bezahlung aktiv werden *(organised carers)*. Die letzte Gruppe von Pflegenden sind die Professionellen, die auf der Basis eines Arbeitsvertrags bei einem sozialen Dienst oder Pflegeheim beschäftigt sind. In Anlehnung an dieses Schema fügen *Yeandle* und *Stiell* (2007: 111) dieser Aufzählung noch die Persönlichen Assistent/innen hinzu, die direkt von der pflegebedürftigen Person angestellt werden.

Mit meiner Forschung knüpfe ich an diese beiden Forschungsansätze an, differenziere sie weiter aus, v.a. hinsichtlich der formellen Pflegearbeit, die in beiden Ansätzen zwar erwähnt wird, aber nicht in dem Maße Berücksichtigung findet wie die informelle Sorge- und Pflegearbeit. Das betrifft auch die transnationale Pflegearbeit, die in dieser Studie sowohl in der formellen (beruflichen) wie in der informellen (häuslich-irregulären) Ausprägung betrachtet wird. Die unterschiedlichen Ausprägungen formeller Pflegearbeit werden hier gleichrangig neben der informellen Pflegearbeit berücksichtigt, um den Wandel von Pflegearbeit im Sinne von In-/Formalisierungsprozessen in den drei Untersuchungsländern darzustellen. Zudem geht es darum, die Ausdifferenzierung formeller und informeller Pflegearbeitsformen daraufhin zu untersuchten, wie sich die Beschäftigungsformen und Arbeitsbedingungen informeller und formeller Pflegearbeit verändert haben (Prekarisierung und/oder verbesserte Absicherung).

Es lassen sich nun folgende Entwicklungen und Ausdifferenzierungen im Bereich formeller Pflegearbeit konstatieren: Entsprechend der hier verwendeten Definition von formeller Pflegearbeit (Vertragsbeziehung: Arbeitsvertrag oder Selbständigkeit/Freiberuflichkeit, steuerpflichtig und gegebenenfalls sozialversicherungspflichtig, vgl. auch Teil A, Kap. 4.4.4) lassen sich mehrere Arten formeller Pflegearbeit unterscheiden, die zum Teil zwar schon vor den Reformen existierten, sich aber seit Mitte der 1990er Jahre weiterentwickelt und ausdifferenziert haben.

(1) Professionelle Pflegearbeit

Die erste Arbeitsform der formellen Pflegearbeit ist die professionelle Pflegearbeit. Dabei handelt es sich um Absolvent/innen pflege- oder gesundheitswissenschaft-

licher, zum Teil auch sozialarbeiterischer Studiengänge, die auf der Basis eines Arbeitsvertrags in einem Pflegeheim oder einem sozialen oder ambulanten Pflegedienst, meist in leitender Position, angestellt sind. In Großbritannien weisen professionell Pflegende entweder einen *QCF* Level 5 *(Diploma Leadership for Health and Social Care)* oder ein Krankenpflege- oder Sozialarbeitsstudium auf. In Schweden handelt es sich meist um Absolvent/innen diverser pflegewissenschaftlicher Studiengänge, wie Pflegepädagogik, Sozialarbeit mit dem Schwerpunkt Betreuung älterer und behinderter Menschen oder Pflegewissenschaft. Auch in Deutschland weisen die professionellen Pflegekräfte ein pflegewissenschaftliches oder Pflegemanagement-Studium auf.

(2) Semi-professionelle Pflegearbeit
Bei der zweiten formellen Pflegearbeitsform handelt es sich um die semi-professionelle Pflegearbeit im Sinne verberuflichter Pflegearbeit. Der Begriff wurde in Abgrenzung zur professionellen, akademisch-geprägten Pflegearbeit gewählt (vgl. Gottschall 2008, 257). Bei dieser Pflegearbeitsform besteht eine zwei- bis dreijährige Qualifikation bzw. Ausbildung zur Pflegefachkraft. Semi-professionell ausgebildete Beschäftigte weisen in Großbritannien in der Regel einen *QCF* Level 3 mit einem *Diploma* in *Health and Social Care* auf, in Schweden sind es die (Kranken-)Pflegeassistent/innen *(undersköterskor)* und in Deutschland die Alten- oder Krankenpfleger/innen. Die semi-professionelle Pflegearbeit erfolgt auf der Basis eines Arbeitsvertrags, d.h., sie wird versteuert und die Beschäftigten sind in der Regel sozialversichert.

(3) Pflegehilfstätigkeiten und angelernte Pflegearbeit
Pflegearbeit wird aber nicht nur von ausgebildeten Pflegefachkräften ausgeübt, sondern – dabei handelt es sich um die dritte formelle Pflegearbeitsform – auch von Personen ohne oder mit einer niedrigen alten- oder krankenpflegerischen Ausbildung. Diese Pflegehelfer/innen weisen entweder eine einjährige pflegehelferische Ausbildung auf oder sie sind lediglich angelernt, arbeiten aber auf der Basis eines Arbeitsvertrags und sind damit steuer- und meist auch sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Bei den Pflegehelfer/innen handelt sich in Großbritannien um Pflegekräfte mit einem *QCF* Level 2 *(Diploma* in *Health and Social Care)*, in Schweden um die Pflegehelfer/innen *(vardbiträde)* und in Deutschland um die Pflege- oder Krankenpflegehelfer/innen.

Die Analyse der beruflichen Pflegearbeit hat gezeigt, dass professionell und semi-professionell Pflegende sowie Pflegehelfer/innen v.a. in sozialen Diensten,

ambulanten Pflegediensten, *Care*-Agenturen sowie in Alten- und Pflegeheimen beschäftigt sind und zwar entweder auf der Basis eines Standard- oder Normalarbeitsverhältnisses oder aber in atypischen Beschäftigungsverhältnissen, wie Teilzeitarbeit, befristete Beschäftigungsverhältnisse, Mini-Jobs etc. Das betrifft insbesondere die semi-professionell Pflegenden sowie die Pflegehelfer/innen. Die Anteile der professionell und semi-professionell Beschäftigten sowie der Pflegehelfer/innen variieren in den drei Ländern erheblich (vgl. Kap. 13).

(4) Selbständige oder freiberufliche Pflegearbeit

Der vierte Typ der formellen Pflegearbeit ist die selbständige oder freiberufliche Pflegearbeit. Selbständig Pflegende gibt es in allen drei Ländern, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß. In Deutschland können sich ausgebildete Pfleger/innen als qualifizierte Einzelpflegekräfte selbständig machen, in Großbritannien werden selbständig Pflegende häufig über *Care*-Agenturen vermittelt. Auch in Schweden ist es seit der Zulassung privater Pflegedienste möglich, sich in der Pflegebranche selbständig zu machen. Die Zulassungskriterien für selbständige/freiberufliche Pflegearbeit variieren in den drei Untersuchungsländern. Um die Zulassung als Einzelpflegekraft zu erhalten, muss in Deutschland eine pflegerische Qualifikation vorliegen, in Großbritannien muss die Person lediglich bei den Steuerbehörden registriert sein und die gesetzlichen Qualitätsstandards einhalten. Selbständig oder freiberuflich für eine *Care*-Agentur Pflegende sind steuerpflichtig. Wichtig für die Feststellung der Selbständigkeit ist in Deutschland beispielsweise das Kriterium der Tätigkeit für mehrere Auftraggeber und das nicht weisungsgebundene Arbeiten. In Großbritannien spielt die selbständige Pflegearbeit aufgrund der Persönlichen Assistent/innen eine deutlich größere Rolle als in Deutschland. In Schweden ist die selbständige Pflegearbeit eher marginal.

(5) Häuslich-formelle Pflegearbeit

Der fünfte Typ formeller Pflegearbeit ist die häuslich-formelle Pflegearbeit. Hier liegt ein Beschäftigungsverhältnis im Privathaushalt vor. In der Regel ist der/die Pflegebedürftige Arbeitgeber/in. Es kann sich aber auch um einen öffentlichen Arbeitgeber handeln. Die häuslich-formell pflegende Person hat einen Arbeitsvertrag und ist steuer- und sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Sie kann qualifiziert oder nicht qualifiziert sein. Häuslich-formell Pflegearbeitende sind bezahlte Familienangehörige oder Freunde sowie Persönliche Assistent/innen im Rahmen der Direktzahlungen in Großbritannien und im Kontext des Assistenzzuschusses in Schweden. In Deutschland wurde diese Form der Pflegearbeit im Rahmen des Modellprojekts 'Pflegebudget' praktiziert, aber danach

nicht bundesweit eingeführt. In privaten Pflegehaushalten angestellte Pfleger/innen sind eher selten in Deutschland und wenn, dann handelt es sich v.a. um vermittelte Migrantinnen aus Osteuropa. Zur häuslich-formellen Pflegearbeit zählen auch die häuslich Pflegenden in Schweden, die ein Pflegegehalt erhalten.

(6) Transnationale Pflegearbeit
Der letzte Typ formeller Pflegearbeit ist die transnationale Pflegearbeit, die folgende Kennzeichen hat: Die Arbeit findet in den Haushalten der Pflegebedürftigen statt. Es handelt sich formell um reguläre[66] Pflegearbeit, d.h., es besteht eine Aufenthaltsgenehmigung und eine Arbeitserlaubnis. Die migrantischen Pflegerinnen arbeiten auf der Basis eines Arbeitsvertrags. Sie weisen entweder eine pflegerische Qualifikation auf oder sind angelernt. Wichtig ist, dass die Pflegekräfte ihren Wohnsitz im Ausland, also im Herkunftsland, haben. Meist handelt es sich um Pflegearbeiterinnen, die über ausländische Vermittlungsagenturen vermittelt werden und für eine begrenzte Zeit im Ausland arbeiten. Beispiele hierfür sind Migrantinnen aus Osteuropa, die über eine Vermittlungsagentur in deutsche Pflegehaushalte vermittelt werden. Sie sind in ihren Heimatländern regulär beschäftigt, unterliegen allerdings bestimmten rechtlichen Regelungen in Deutschland (z.B. Zahlung des Mindestlohnes, Einhaltung des Arbeitszeitrechts).

(7) Semi-reguläre Pflegearbeit
Zwischen der transnationalen und der häuslich-irregulären Pflegearbeit besteht eine erhebliche Grauzone, die ich als semi-reguläre Pflegearbeit bezeichne. Sie ist an den Rändern der EU-Freizügigkeit entstanden. Hier wird entweder ein legaler Aufenthaltsstatus mit einem irregulären Beschäftigungsverhältnis verknüpft, Selbständigkeit vorgetäuscht, wo in Wirklichkeit Scheinselbständigkeit vorliegt, oder es werden die arbeitsrechtlichen Regelungen des Bestimmungslandes nicht eingehalten.

Auch die informelle Pflegearbeit, die sich durch das Fehlen eines Arbeits- oder Dienstleistungsvertrags auszeichnet und weder steuer- noch sozialversicherungspflichtig ist, hat sich seit Mitte der 1990er Jahre in vielen Formen ausdifferenziert.

---

66 Ich verwende hier das Begriffspaar „regulär/irregulär" sowohl in Bezug auf den Aufenthaltsstatus als auch in Bezug auf die Arbeitserlaubnis bzw. das Beschäftigungsverhältnis. Aufgrund der stigmatisierenden Konnotation mit 'Kriminalität' verzichte ich auf die Verwendung des Begriffspaares „legal/illegal" (vgl. zu dieser Diskussion Angenendt 2008; Haase/Jugl 2007; Scheiwe 2010, 125).

(1) Familiär-entlohnte Pflegearbeit
Hier ist erstens die familiär-entlohnte Pflegearbeit zu nennen, die solidaritätsbasiert ohne Arbeitsvertrag ausgeübt wird. Mittlerweile gibt es in den meisten westlichen Ländern, so auch in den drei hier untersuchten, eine materielle Entlohnung für die informelle, familiäre Pflegearbeit. Die pflegerische Entlohnung wird dabei entweder an die pflegebedürftige Person oder an die pflegende Person ausgezahlt (Pflegegeld in Deutschland und Schweden) oder beide Leistungen existieren parallel *(attendance allowance* und *carer's allowance* in Großbritannien). Es ist allerdings anzumerken, dass die Bedeutung und Inanspruchnahme des Pflegegelds in Schweden vergleichsweise niedrig ist und dass über die Hälfte der Kommunen diese Art von Leistung nicht (mehr) anbietet.

(2) Familiär-unbezahlte Pflegearbeit
Trotz dieser Entlohnung gibt es in allen drei Ländern jedoch weiterhin einen nicht unbeträchtlichen Teil der Pflegearbeit, die nicht entlohnt wird, die familiär-unbezahlte Pflegearbeit. Dabei handelt es sich z.B. um Pflegearbeit gegenüber Personen, die von offizieller Seite (Pflegeversicherung in Deutschland oder Kommunen in Großbritannien und Schweden) nicht als pflegebedürftig eingestuft wurden und damit nicht leistungsberechtigt sind, oder um Pflegearbeit, die zusätzlich zur Pflegearbeit sozialer Dienste geleistet, aber nicht durch ein Pflegegeld oder eine Beihilfe für Pflegende entlohnt wird.

(3) Ehrenamtliche Pflegearbeit
Zur informellen Pflegearbeit zählt auch die ehrenamtliche Pflegearbeit, die in allen drei Ländern in unterschiedlichem Maße gefördert und getätigt wird. Die Pflegenden üben die pflegerische Tätigkeit freiwillig im Rahmen einer Pflegeorganisation aus und erhalten dafür – wenn überhaupt – lediglich eine Aufwandsentschädigung. Die ehrenamtliche Pflegearbeit ist in Schweden eher unbedeutend, spielt aber in den anderen beiden Ländern eine wichtige Rolle, v.a. im Rahmen der freigemeinnützigen Träger, bei denen oftmals Ehrenamtliche eingesetzt werden, allerdings eher im Bereich der IADLs.

(4) Häuslich-irreguläre Pflegearbeit
Die letzte Art der informellen Pflegearbeit ist die häuslich-irreguläre Pflegearbeit. Sie ist – anders als die drei anderen Arten informeller Pflegearbeit – nicht solidaritätsbasiert. Bei der häuslich-irregulären Pflegearbeit liegt weder ein legaler Aufenthaltsstatus noch ein reguläres Beschäftigungsverhältnis vor. Die häuslich-irregulär Pflegenden, meist Migrantinnen, arbeiten ohne Arbeitsver-

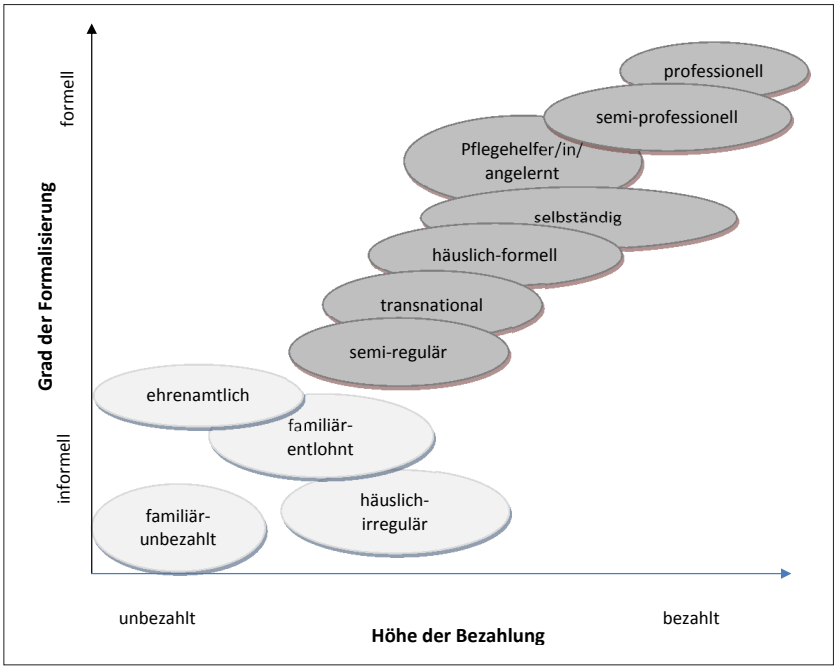
trag in einem irregulären Beschäftigungsverhältnis. Diese Art von Pflegearbeit ist für Pflegehaushalte v.a. dann attraktiv, wenn die Pflege intensiv und langwierig ist und die Pflegenden sowie ihre Angehörigen nicht in der Lage sind, die Pflegearbeit selbst zu leisten oder über soziale Dienste oder stationäre Einrichtungen zu finanzieren. Die Arbeitgeber/innen, die Pflegehaushalte, zahlen weder Steuern noch Sozialversicherungsbeiträge für diese Art von Pflegearbeit. Die häuslich-irregulär arbeitenden Pflegerinnen arbeiten für einen niedrigen Lohn, sind arbeitsrechtlich und sozial nicht (oder schlecht) abgesichert und ihre Wohnbedingungen sind, da sie meist mit im Pflegehaushalt wohnen, eher bescheiden. Positiv ist lediglich, dass die Pflegearbeiterinnen eine europäische Sprache lernen (können) und (überhaupt) ein Einkommen besitzen (vgl. Ungerson 2005, 66f.).

12.2 Hybridisierung von Pflegearbeit

Die Analyse der Regulierung der Pflegearbeit seit den 1990er Jahren hat ergeben, dass die Regulierungsaktivitäten in Bezug auf die formelle und die informelle Pflegearbeit in allen drei Ländern zugenommen haben, wobei dies unter den Bedingungen eines enormen Kostendrucks geschah. Dadurch haben sich die Pflegearbeitsformen ausdifferenziert. Sowohl im Bereich der formellen Pflegearbeit als auch im Bereich der informellen Pflegearbeit sind neue Formen entstanden, wobei deutliche Unterschiede zwischen den drei Ländern erkennbar sind. So ist beispielsweise in Deutschland durch die Einführung des Pflegegeldes eine neue Form der informellen Pflegearbeit entstanden, während diese Form in Schweden rückläufig ist, weil immer weniger Kommunen Pflegegeldleistungen anbieten. Nur in Großbritannien hat die Zahl der Persönlichen Assistent/innen, also die formell Pflegenden in Privathaushalten, zugenommen. Und nur in Deutschland ist das Phänomen der häuslich-irregulären oder zumindest semi-regulären Pflegearbeit eine beliebte Alternative zu sozialen Diensten.

In Abbildung 4 wird die Ausdifferenzierung der Pflegearbeit entlang des Grades der Formalisierung einerseits und der Höhe der Bezahlung andererseits dargestellt. Es geht hier nicht darum, die verschiedenen Pflegearbeitsformen exakt zu positionieren. Dies ist nicht möglich, weil dies von den nationalen Regulierungs- und den Arbeitsmarktspezifika abhängt. Wichtiger ist es, die Pflegearbeitsformen zueinander ins Verhältnis zu setzen. Es wird deutlich, dass die Übergänge zwischen formeller und informeller Pflegearbeit fließend sind und zwar sowohl hinsichtlich der Bezahlung als auch in Bezug auf den Grad der Formalisierung.

Abbildung 4: Ausdifferenzierung von Pflegearbeit nach Grad der Formalisierung und Höhe der Bezahlung



Quelle: eigene Darstellung

Seit den 1990er Jahren sind zwei Trends erkennbar: erstens die Formalisierung informeller Pflegearbeit, zweitens die Atypisierung (und zum Teil auch Prekarisierung) formeller Pflegearbeit (vgl. Abb. 5). Der erste Trend zeigt sich darin, dass eine Zwischenzone zwischen bezahlter und unbezahlter Pflegearbeit entstanden ist, in der sich die familiär-entlohnte und die häuslich-irreguläre Pflegearbeit befinden. Kennzeichnen dieser Zwischenzone ist die Zahlung von Geldleistungen für Pflegearbeit, die informell, also ohne Arbeitsvertrag, erbracht wird. In Bezug auf die familiär-entlohnte Pflegearbeit erhalten pflegende Angehörige Pflegegeld, womit die informelle Pflegearbeit in Deutschland und Großbritannien aufgewertet wird. Bei der häuslich-irregulären Pflegearbeit werden Migrantinnen durch Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige bezahlt. Auch hierbei spielt das Pflegegeld eine nicht unerhebliche Rolle als finanzielle Ressource.

Der zweite Trend zeigt sich darin, dass die Grenze zwischen informeller und formeller Pflegearbeit zunehmend verschwimmt und neue – kostengünstige-

re – Zwischenformen institutionalisiert wurden. In der Zwischenzone zwischen formeller und informeller Pflegearbeit sind einige Beschäftigungsformen entstanden oder haben zugenommen: die selbständige, die häuslich-formelle und die transnationale Pflegearbeit.

Abbildung 5: Hybride der Pflegearbeit zwischen formeller und informeller sowie zwischen bezahlter und unbezahlter Pflegearbeit

<table>
<tr><th></th><th>Bezahlt</th><th colspan="2">Unbezahlt</th></tr>
<tr><td>Formell</td><td rowspan="2">Professionelle Pflegearbeit
Semi-professionelle Pflegearbeit
Beruflich-angelernte Pflegearbeit
Selbständige Pflegearbeit
Häuslich-formelle Pflegearbeit
Transnationale Pflegearbeit
Semi-reguläre Pflegearbeit</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Informell</td><td></td><td>Familiär-entlohnte Pflegearbeit
Häuslich-irreguläre Pflegearbeit</td><td>Ehrenamtliche Pflegearbeit
Familiär-unbez. Pflegearbeit</td></tr>
</table>

Quelle: eigene Darstellung[67]

Diese drei Formen der Pflegearbeit weisen insofern einen geringeren Formalisierungsgrad auf, als dass sie eine geringere materielle und soziale Absicherung aufweisen. Diese Zwischenformen sind als kostengünstigere Alternativen zur traditionellen beruflichen Pflege entstanden bzw. bewusst institutionalisiert oder zugelassen worden. Anknüpfend an die Befunde des Wohlfahrtspluralismus-Ansatzes (vgl. Evers/Olk 1996b, 28ff.) kann hier konstatiert werden, dass sich die Brüchigkeit der wohlfahrtsstaatlichen Sektorengrenzen und die Beziehungsintensivierung zwischen informellen und formellen Sektoren auch auf den Bereich der Pflegearbeit ausgewirkt hat. Der konkrete Wohlfahrtsmix der Pflegearbeit variiert

67 Die Tabelle ist in Auseinandersetzung mit *Huber* u.a. (2009, 22) entstanden. Die Autor/innen nehmen dort allerdings die Perspektive der Pflegebedürftigen ein und differenzieren zwischen formeller und informeller Pflege einerseits sowie zwischen öffentlichen und privaten Ressourcen andererseits.

dabei je nach Land und Zeitpunkt der Betrachtung. So spielt die selbständige und die häuslich-formelle Pflegearbeit in Großbritannien eine wichtigere Rolle als in Deutschland und in Schweden. Und die transnationale Pflegearbeit im formellen Bereich ist in Schweden und Großbritannien deutlich ausgeprägter als in Deutschland. Hier hat die transnationale Pflegearbeit in Privathaushalten (entweder semi-regulär oder irregulär) und die familiär-entlohnte Pflegearbeit einen höheren Stellenwert.

13. In-/Formalisierung von Pflegearbeit

13.1 In-/Formalisierung: Begriffsklärungen

Es existieren leider keine Daten darüber, wie viele Pflegebedürftige beruflich, familiär, ehrenamtlich oder transnational gepflegt werden, weder für ein Land noch im Ländervergleich. Es wäre auch schwer, diese Zahlen zu ermitteln, da eine pflegebedürftige Person in der Regel von mehreren Personen bzw. in einem Mix mit unterschiedlichen Pflegeanteilen versorgt wird und auch der Pflegeumfang variiert. Die Verteilung der Pflege auf verschiedene Pflegearbeitsformen sowie deren Wandel ist also nicht exakt messbar. Hier wird dementsprechend der Versuch einer Annäherung unternommen. Es ist auf der Basis der Analyse des Wandels der Regulierung der Pflege und der Pflegearbeit sowie den daraus resultierenden Formalisierungs- und Informalisierungsprozessen durchaus möglich, die Bedeutung und den Anteil der jeweiligen Pflegearbeitsformen in einem Land zu bestimmen und länderübergreifend zu vergleichen. Auch die Entwicklungsrichtung lässt sich in den meisten Fällen bestimmen.

Im Folgenden geht es konkret um die Zu- bzw. Abnahme in-/formeller Versorgungsarten von Pflegebedürftigen. Um die Entwicklung der Versorgung der Pflegebedürftigen im Kontext der Regulierung der Pflegearbeit darzustellen und zu vergleichen, wird das Begriffspaar Informalisierung versus Formalisierung verwendet. Gründe für die Begriffswahl sind zum einen, dass sich das Begriffspaar Familisierung/De-Familisierung (vgl. McLaughlin/Glendinning 1994; Esping-Andersen 1999; Leitner 2003; Leitner 2013, vgl. auch Teil A, Kap. 4.3) stark auf die familiäre Pflegearbeit bezieht und diese in der hier vorliegenden Studie nur einen Teil der informellen Pflegearbeit darstellt. Zum anderen impliziert der Begriff tendenziell ein negatives Familienbild, weil – zumindest bei *Esping-Andersen* (1999) – ausschließlich eine positive Bezugnahme auf die *De*-Familisierung erfolgt. *Leitner* (2003) weist zu Recht darauf hin, arbeitet aber weiter mit dem Begriff. Das von *Daatland* (2001, 17ff.) sowie – daran angelehnt – von *Anttonen* und *Sipilä* (2005, 128ff.) verwendete Begriffspaar „individualistische Sozialpolitik" *("individualistic social policy")* versus „familialistische Sozialpolitik" *("familialistic social policy")* ist zwar besser geeignet, die beiden Pole der

Entwicklung darzustellen. Allerdings bezieht sich der Individualismus-Begriff auf den Grundsatz individueller Rechte und Leistungen, die durch den Abbau von Unterhaltsverpflichtungen und den Ausbau sozialer Dienste umgesetzt werden. Doch dieser inhaltliche Bezug erscheint im Kontext des Wandels formeller und informeller Pflegearbeit einerseits zu breit, weil er sich auf die Pflegenden und die Pflegebedürftigen bezieht, andererseits unterkomplex, denn auch hier werden nur die familiär Pflegenden erfasst. Das Begriffspaar „privat" versus „öffentlich", das für das Geschlechterregime-Konzept von *Walby* (2004; 2009) und im Kontext der staatsbürgerschaftlichen *Care*-Debatte eine wichtige Rolle spielt (vgl. Hobson/Lister 2002; Kremer 2007; Fraser 1996), ist demgegenüber relativ gut geeignet, die geschlechtsspezifischen Auswirkungen der Regulierung von Pflegearbeit zu erfassen. Das Begriffspaar wird hier allerdings nicht verwendet, weil der Begriff der Privatisierung im Kontext des wohlfahrtsstaatlichen Ökonomisierungsprozesses verwendet wird und sich dort auf die Zulassung und Förderung gewinnorientierter Träger sozialer Dienste und Pflegeheime bezieht. Um diese begriffliche Unschärfe zu vermeiden, wird in dieser Arbeit mit dem Begriffspaar Formalisierung und Informalisierung gearbeitet. Auch diese begriffliche Wahl ist nicht unproblematisch. Der Begriff der Formalisierung bezieht sich in der Wohlfahrtsstaats-, Pflege- und *Care*-Forschung meist auf die Zunahme ambulanter und stationärer Pflege. In der politikwissenschaftlichen *Governance*-Forschung dagegen wird er verwendet, um Prozesse der zunehmenden Regulierung und Verrechtlichung zu beschreiben. Um die zwei unterschiedlichen In-/Formalisierungsprozesse, die beide in dieser Studie eine hohe Relevanz aufweisen und auch miteinander interagieren, analytisch voneinander abzugrenzen, wird der Formalisierungsbegriff wie oben erläutert verwendet, wohingegen Prozesse der zunehmenden rechtlichen Regulierung als „Verrechtlichung" oder „Regulierung" bezeichnet werden. Diese Unterscheidung ist wichtig, weil beispielsweise Prozesse der Informalisierung (im Sinne der Familialisierung) steuerungstheoretisch mit Prozessen der Formalisierung einhergehen können. So ist die Einführung des Pflegegeldes in Deutschland steuerungstheoretisch als Akt der Formalisierung (im Sinne der Verrechtlichung) zu begreifen, wohingegen die Auswirkungen dieser Einführung *Care*-theoretisch als Informalisierung der Pflegearbeit beschrieben werden können. Umgekehrt können Prozesse der Formalisierung (im Sinnen einer stärkeren Verberuflichung von Pflegearbeit) auch ohne rechtliche Regulierungsprozesse vonstattengehen, wenn beispielsweise Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige in verstärktem Maße soziale Dienste nachfragen.

Unter Formalisierung von Pflegearbeit wird hier der Prozess der fortschreitenden Verberuflichung von Pflegearbeit verstanden. Berufliche Pflegearbeit im

öffentlichen Bereich bezieht sich dabei gleichermaßen auf (wohlfahrts-)staatliche, marktliche oder freigemeinnützige pflegerische Akteure und Institutionen. Empirisch messen lässt sich der Wandel der Verberuflichung von Pflegearbeit anhand des Anteils der 65-Jährigen, die soziale Dienste in Anspruch nehmen oder institutionell gepflegt werden. Der Grad der rechtlichen Regulierung ist in den verschiedenen Formen formeller Pflegearbeit traditionell relativ hoch (Ausbildungsrecht, Arbeitsrecht, Arbeitsmarktpolitik, Sozialrecht etc.). Der Prozess der Formalisierung kann durch die Förderung beruflicher Pflegearbeit und pflegebezogene Leistungsausweitungen vorangetrieben werden, z.B. durch den Ausbau der Pflegeinfrastruktur (Pflegeheime und soziale Dienste) sowie durch die Zahlung von Sachleistungen an Pflegebedürftige zur Finanzierung von sozialen Diensten, Pflegediensten und -heimen (bei niedrigen Zuzahlungen) (zu den Grenzen zwischen formeller und informeller Pflege sowie zwischen öffentlichen und privaten Ressourcen vgl. Tabelle 1.1. bei Huber u.a. 2009, 22). Wie bereits gezeigt wurde, ist die Grenze zwischen informeller und formeller Pflegearbeit durchlässiger geworden, z.B. wird die informelle Pflegearbeit durch die Zahlung von Leistungen an Pflegende oder Pflegebedürftige (Beihilfen für Pflegende oder Pflegegeld) zunehmend verrechtlicht und reguliert (vgl. auch Ungerson 2005, 49).

Demgegenüber bezeichne ich den Prozess der Zunahme familiärer und/oder häuslich-irregulärer Pflegearbeit als Informalisierung von Pflegearbeit. Im Hinblick auf die ehrenamtliche Pflegearbeit muss differenziert werden: Einerseits stellt die Zunahme ehrenamtlicher Pflegearbeit einen Informalisierungsprozess dar, weil es sich laut der hier verwendeten Definition formeller Pflegearbeit nicht um berufliche Pflegearbeit handelt. Andererseits bedeutet die Zunahme ehrenamtlicher Pflegearbeit, die im Rahmen freigemeinnütziger Träger stattfindet, eine (Unter-)Stützung formeller Pflegearbeit.

Der Informalisierungsprozess kann anhand des Anteils der über 65-Jährigen, die privat gepflegt werden, gemessen werden. Dabei kann empirisch leider nicht aufgezeigt werden, welche Rolle die ehrenamtliche und die häuslich-irreguläre Pflege spielen, weil es hierzu keine vergleichenden Daten gibt. Der Informalisierungsprozess kann einerseits durch das Fehlen oder den Abbau (wohlfahrts-) staatlicher oder sonstiger vertraglicher Regulierungen vonstattengehen. Eine fehlende oder zurückgenommene wohlfahrtsstaatliche Förderung bezieht sich z.B. auf eine schlecht ausgebaute Pflegeinfrastruktur oder auf Leistungseinschränkungen. Informalisierungsprozesse können aber auch durch aktive rechtliche Regulierung und Förderung familiärer oder ehrenamtlicher Pflegearbeit vorangetrieben werden, z.B. durch die Zahlung von Pflegegeldleistungen. Generell ist der Grad der Formalisierung privater Pflegearbeit aber eher niedrig.

Die Prozesse der Formalisierung und Informalisierung beziehen sich auf den empirisch beobachtbaren Wandel, der zu großen Teilen auf Veränderungen der Regulierung beruht. Gleichwohl stellt die Pflegepolitik nicht die einzige Quelle pflegearbeitsbezogenen Wandels dar. Dieser kann ebenso durch pflegekulturelle Veränderungen oder durch arbeitsmarktbezogenen Wandel verursacht werden.

13.2 In-/Formalisierung: Empirie-Bestandsaufnahme

Überall auf der Welt wird der größte Teil der Altenpflege informell durch Angehörige erbracht. Dies gilt auch für Länder mit fortschrittlichen bzw. ausgereiften Pflegestrukturen und -institutionen. Studien, in denen versucht wurde, das Verhältnis von informeller zu formeller Pflege zu schätzen, zeigen, dass 80% oder mehr der Pflege in Stunden von Familienangehörigen erbracht wird (vgl. Huber u.a. 2009, 54; OECD 2005, 108). Betrachtet man die informell Pflegenden in Europa genauer, stellt man fest, dass es sich bei den familiär Pflegenden zu zwei Dritteln um Frauen handelt. Sie pflegen als Ehefrauen, Partnerinnen, Töchter, Schwiegertöchter oder als Schwestern sowie als Freundinnen oder Nachbarinnen. Frauen pflegen oft als Hauptpflegepersonen, und sie übernehmen häufiger als Männer die körperlich oder psychisch belastendere Pflege von Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigen. Wenn Männer pflegen, dann v.a. ihre (Ehe-)Partnerinnen. Aus diesem Grund sind pflegende Männer durchschnittlich älter als pflegende Frauen. Sie pflegen eher im Rentenalter als in der Erwerbsphase (vgl. Huber u.a. 2009, 56ff.). Wenn sie in der Erwerbsphase (als Söhne) pflegen, dann sind sie häufiger erwerbstätig als pflegende Frauen bzw. Töchter.

Es gibt zwei Studien, die Vergleiche der häuslichen Pflege in den drei hier untersuchten Ländern ermöglichen: das Eurobarometer und die EUROFAM-CARE-Studie. Im Rahmen des Eurobarometers, einer regelmäßig durchgeführten EU-weiten Meinungsumfrage im Auftrag der Europäischen Kommission, wurde auch nach der Beteiligung an häuslichen Pflegetätigkeiten gefragt. Dabei wurde ein weiter Pflegebegriff verwendet, der jede Art von Pflegetätigkeit einschließt (Selbsteinschätzung). Es zeigt sich, dass die häusliche Pflegebeteiligung im Jahr 2002 in Schweden mit 27% am höchsten ist. In Deutschland liegt sie bei 25% und in Großbritannien bei 21,7%. Gefragt wurde nach der Beteiligung an Pflegetätigkeiten für Personen, die krank, behindert oder alt sind und die nicht im eigenen Haushalt wohnen. Betrachtet man die Pflege für Personen, die im selben Haushalt wohnen, ist der Anteil in Deutschland am höchsten. Hier pflegen 13,8%, in Großbritannien 8,8% und in Schweden 8,3% (vgl. Alber/Kohler 2004, 55ff.).

Auf der Basis der EUROFAMCARE-Studie lassen sich die Unterschiede zwischen den drei Ländern in Bezug auf die häusliche Pflegeverteilung zwischen Männern und Frauen im Jahr 2004 gut darstellen. Es zeigt sich, dass der Männeranteil (bezogen auf Hauptpflegepersonen, die mehr als vier Stunden pro Woche pflegen) in Schweden mit 28% am höchsten ist, während Deutschland und Großbritannien mit knapp 24% bzw. gut 24% einen ähnlich hohen Männeranteil aufweisen. Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den drei Ländern als moderat einzustufen. In Deutschland liegt der Anteil der pflegenden Kinder mit 53% sehr hoch, gefolgt von Schweden mit 48%. In Großbritannien liegt der Anteil der pflegenden Kinder demgegenüber nur bei 32%, was auf pflegekulturelle Unterschiede zwischen Großbritannien und den anderen beiden Ländern hindeutet. Der Anteil der Partner/innen-Pflege ist in Schweden mit 48% am höchsten. Er liegt in Großbritannien bei 23% und in Deutschland bei 18%. In Großbritannien sind auch viele enge Freunde oder Nachbarn an der Pflege beteiligt (vgl. Lamura u.a. 2006, 432; Lüdecke u.a. 2006, 89; EUROFAMCARE Consortium 2006, 109ff.). Der hohe Anteil der Partner/innen-Pflege drückt sich in Schweden auch im hohen Durchschnittsalter der Pflegenden aus. Dieses liegt hier bei ca. 65 Jahren, wohingegen in Großbritannien und Deutschland das durchschnittliche Pflegealter bei ca. 55 Jahren liegt. Das bedeutet, dass in Schweden mehr Pflegende bereits im Rentenalter sind, während sich in Deutschland und Großbritannien mehr Personen im Erwerbsalter um pflegebedürftige Menschen kümmern. Die Erwerbsquote der Pflegenden liegt in Großbritannien bei 40% und in Deutschland bei 42%, in Schweden dagegen nur bei 34%. Dass die Quote in Schweden so niedrig ist, liegt wiederum am hohen Anteil von Pflegenden, die bereits im Rentenalter sind. Über 90% der nichterwerbstätigen Pflegenden sind hier im Rentenalter. In den beiden anderen Ländern finden sich in der Gruppe der Nichterwerbstätigen auch Hausfrauen/-männer (20% in Großbritannien und 30% in Deutschland) sowie Arbeitslose und Arbeitsuchende (5% in Großbritannien und 14% in Deutschland) (vgl. EUROFAMCARE Consortium 2006, 109ff.).

Im Folgenden wird zum einen die Entwicklung der formellen und der informellen Pflegearbeit, zum anderen der Wandel der Beteiligung von Frauen und Männern an der informellen Pflegearbeit in den Blick genommen. Es wird überprüft, ob sich in den drei Ländern infolge der pflegepolitischen Ökonomisierungsprozesse ein Formalisierungs- oder ein Informalisierungsprozess vollzogen hat und ob sich der Frauenanteil im Zuge dessen verändert hat sowie ob und welcher Zusammenhang zwischen diesen geschlechterbezogenen Veränderungen und den Formalisierungs- bzw. Informalisierungsprozessen besteht. Zu diesen beiden Themenbereichen existieren allerdings kaum ländervergleichende Daten

oder Untersuchungen, an denen alle drei Länder beteiligt sind, weder Querschnitts- noch Längsschnitts-Studien. Dies betrifft insbesondere die informelle Pflege. "Systematic cross-national studies of informal helping have not been performed until recently." (Jeppsson Grassman/Svedberg 2007, 144) Lediglich die EUROFAMCARE-Studie, in der informell Pflegende befragt wurden, gibt Auskunft über die Geschlechtsspezifik familiärer Pflege in den drei hier untersuchten Ländern. Da es sich um eine Querschnittsstudie handelt, sind allerdings keine Aussagen über Veränderungen der familiären Pflegebeteiligungen möglich (vgl. Lamura u.a. 2006; Lüdecke u.a. 2006).

Aufgrund dieser defizitären Datenlage wird hier v.a. auf nationale Daten – offizielle Statistiken, Befragungen und Studien – zurückgegriffen. Zunächst wird der Umfang der formellen Pflegearbeit anhand des Anteils der über 65-Jährigen gemessen, die öffentliche oder öffentlich geförderte soziale Dienste in Anspruch nehmen oder stationär versorgt werden. Den Umfang der informellen bzw. genauer: der familiären Pflegearbeit kann man daran messen, wie hoch der Anteil der über 65-Jährigen ist, die Pflegegeldleistungen beziehen. Zudem werden verschiedene Formen von Befragungen herangezogen, in denen entweder ältere, pflegebedürftige Menschen über ihre Versorgungsarrangements Auskunft geben oder in denen die gesamte Bevölkerung zu ihrer Beteiligung an informellen Pflegearbeiten befragt wurde. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Pflegebegriff, der diesen Umfragen zugrunde liegt, stark variiert. Unter familiärer Pflege kann man – in einem weiten Sinne – jegliche Beteiligung an der Versorgung, Betreuung oder Pflege eines pflege- oder hilfebedürftigen Menschen verstehen oder aber – im engeren Sinne – nur die Hauptpflegeperson oder die Pflege ab einem bestimmten Stundenkontingent, z.B. mindestens 20 Stunden pro Woche, subsumieren (vgl. auch Colombo 2011, 43). Im Rahmen der In-/Formalisierungsprozesse wird auch dargestellt, wie sich die professionelle Pflegearbeit von Migrant/innen sowie die ehrenamtliche und die häuslich-irreguläre transnationale Pflegarbeit entwickelt haben.

13.3 In-/Formalisierung: Wandel des Bezugs öffentlicher Pflegeleistungen

Um den Wandel formeller Pflegearbeit aufzuzeigen, wird die Entwicklung des Anteils der über 65-Jährigen, die öffentliche oder öffentlich geförderte soziale Dienste in Anspruch nehmen oder stationär versorgt werden, dargestellt und verglichen. Um die informelle Pflegearbeit vergleichend zu betrachten, wird der Anteil der über 65-Jährigen, die Pflegegeldleistungen in Anspruch nehmen,

aufgezeigt. Dabei wird auf nationale Daten und Statistiken zurückgegriffen. In Großbritannien sind es die *Community Care Statistics*, die vom *NHS* Informationszentrum herausgegeben werden, in Schweden die kommunalen Pflegestatistiken, die vom nationalen Amt für Gesundheits- und Sozialwesen aufbereitet werden, und in Deutschland ist es die Pflegestatistik, die vom Statistischen Bundesamt herausgegeben wird (vgl. auch Huber u.a. 2009, 72, der andere Daten zugrunde legt; vgl. auch Colombo 2011, die v.a. die SHARE-Daten aufbereitet).[68]

Leider existieren für Großbritannien in Bezug auf die ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen mit sozialen Diensten für die 1980er Jahre keine offiziellen Daten (vgl. Rostgaard/Fridberg 1998, 427). Auf der Basis von Daten der OECD lässt sich schlussfolgern, dass in Großbritannien ein starker Rückbau der öffentlich finanzierten ambulanten und v.a. der stationären Pflege stattgefunden hat. Hier haben in den Jahren 1990/91, also vor Inkrafttreten der *Community Care*-Reform, noch 9% der über 65-Jährigen öffentliche soziale Dienste in Anspruch genommen und 5,1% waren in stationären Einrichtungen (Krankenhäusern, Alten- oder Pflegeheimen) untergebracht (vgl. Schölkopf 1999, 254f.). Vergleicht man diese Zahlen mit den Daten, die die amtliche Statistik nach der Jahrhundertwende zur Verfügung stellt, erkennt man einen deutlichen Rückgang der Versorgungskapazitäten. In England, auf das im Folgenden Bezug genommen wird, lag der Anteil der über 65-Jährigen, die soziale Dienste in Anspruch nehmen, an allen über 65-Jährigen in den Jahren 2002/03 bei 6,3%. Der Anteil der Älteren, die stationär versorgt werden, lag bei 3,8%. Die Anteile der ambulant und stationär Versorgten lagen damit deutlich höher als in Deutschland, aber niedriger als in Schweden. Zehn Jahre später, in den Jahren 2011/12, liegt der Anteil der ambulant versorgten Älteren in England nur noch bei 4,8%, der der stationär Versorgten bei 2,8%. Insgesamt hat sich der Anteil der ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen damit in diesem Zeitraum um ein Viertel reduziert, v.a. in Folge der Konzentration der Leistungen auf Schwer(st)pflegebedürftige. Damit liegt der Anteil der ambulant oder stationär Versorgten in England jetzt

68 Bei *SHARE* handelt es sich um den *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, eine multidisziplinäre und ländervergleichende Sammlung von Mikrodaten. In dem *Survey* wurden über 85.000 über 50-Jährige in 20 europäischen Ländern nach ihrer Gesundheit, ihrem sozio-ökonomischen Status und ihren sozialen und familiären Netzwerken befragt. Die Fragezeitpunkte waren 2004, 2006, 2008/09, 2010 und 2013. Großbritannien gehört nicht zu den Ländern, in denen der *SHARE-Survey* durchgeführt wird, so dass hier nicht auf diese vergleichende Untersuchung zurückgegriffen werden kann (vgl. auch: http://www.share-project.org).

leicht unter dem Anteil in Deutschland, und er ist nur noch halb so hoch wie der Anteil in Schweden (vgl. Tab. 19).

In Schweden lag der Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Jahr 1992, also kurz vor der *Ädel*-Reform, bei gut 17%. Der Anteil der stationär Versorgten lag bei 7,8%. Infolge der Pflegereform nahm der Anteil der ambulant Versorgten bis zum Jahr 2000 um gut die Hälfte ab. Ursache hierfür ist – ähnlich wie in Großbritannien – der Prozess der Leistungsbegrenzungen. Der Anteil der stationär Versorgten stieg dagegen leicht an. Nochmal gut 10 Jahre später, im Jahr 2013, hat sich der Anteil der ambulant Versorgten wieder auf knapp 12% erhöht. Der Anteil der stationär Versorgten ist dagegen nun aufgrund der Ambulantisierung und der Ent-Hospitalisierung um ein Drittel auf 4,9% gesunken. Das Versorgungsniveau der über 65-Jährigen war und ist in Schweden mehr als doppelt so hoch wie in den beiden anderen Vergleichsländern. Die umfassendere Versorgung in Schweden, die man bereits am deutlich höheren pflegebezogenen Ausgabenniveau ablesen konnte, bestätigt sich hier bei der Inanspruchnahme pflegebezogener Leistungen.

Im Ländervergleich ist die ambulante und stationäre Versorgungsquote in Deutschland eher niedrig. Ähnlich wie in Großbritannien existieren für die Zeit vor der Einführung der sozialen Pflegeversicherung keine amtlichen Daten zur ambulanten und stationären Versorgung. Auf der Basis der OECD-Daten lässt sich vermuten, dass die Versorgungskapazitäten nicht ab-, sondern ausgebaut wurden, weil sie nun in stärkerem Maße über die Pflegeversicherung (statt privat bzw. über die kommunale Sozialhilfe) finanziert wurden (vgl. Schölkopf 1999, 254f.). Im Jahr 1999, dem ersten Jahr, in dem die amtliche Pflegestatistik zur Verfügung gestellt wurde, lag der Anteil der über 65-Jährigen, die soziale Dienste in Anspruch nahmen, bei nur 2,1%. Der Anteil der über 65-Jährigen, die stationär versorgt werden, lag im selben Jahr bei 2,9%. Knapp 15 Jahre später, im Jahr 2013, hat sich der Anteil der ambulant und stationär Versorgten um über 50% auf 3,3% bzw. 4,4% erhöht. Ursache dieses Anstiegs ist die Einführung von ambulanten und stationären Sachleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung. Trotz des Anstiegs lag und liegt der Anteil der ambulant und stationär versorgten Älteren im Vergleich zu Schweden aber immer noch auf einem sehr niedrigen Niveau (vgl. Statistisches Bundesamt 2001, 2011).

Im Vergleich zeigt sich, dass in Großbritannien und Schweden zu allen Zeitpunkten deutlich mehr Menschen ambulant über soziale (Pflege-)Dienste versorgt wurden als in Pflegeheimen oder sonstigen betreuten Wohnformen lebten. In Deutschland verhält es sich – auf niedrigem Niveau – genau umgekehrt. Des Weiteren war der Anteil der über 65-Jährigen, die ambulante oder stationäre

Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, Anfang der 2000er Jahre in Schweden gut dreimal und in England doppelt so hoch wie in Deutschland. Aktuell werden in Schweden etwas mehr Ältere ambulant und stationär versorgt als gut zehn Jahre vorher, während sich die deutsche und die britische Versorgungsquote auf der Hälfte des schwedischen Niveaus angenähert haben. Während der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen in Schweden und England seit Anfang der 2000er Jahren abgenommen hat, wird in Deutschland heute ein höherer Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen versorgt. Der Anteil der über 65-Jährigen, die ambulante Pflege- oder soziale Dienste in Anspruch nehmen, hat sich also unterschiedlich entwickelt. Er ist in Schweden infolge der *Ädel*-Reform zunächst gesunken, seit Anfang der 2000er Jahre wieder steigend. In Deutschland ist die ambulante Versorgungsquote angestiegen, in England hat sie dagegen abgenommen. Auf der Basis dieser Daten lässt sich für Großbritannien ein Rückgang formeller Pflege und für Deutschland ein Anstieg in den 2000er Jahren feststellen. In Schweden hat die formelle Pflege im selben Zeitraum leicht zugenommen. Die Daten der 1990er Jahre zeigen allerdings, dass dem ein Prozess des Abbaus von Pflegediensten und -heimen vorausgegangen war.

Es sei erneut betont, dass sich die hier dargestellten Anteile der über 65-Jährigen, die soziale Dienste und stationäre Leistungen beziehen, nur auf die öffentlichen bzw. öffentlich geförderten Dienste und Einrichtungen beziehen. Um ein vollständiges Bild zu erhalten, müssen noch die privat finanzierten Dienste und Einrichtungen hinzugezählt werden. Die private Finanzierung sozialer Dienste und Einrichtungen ist in Großbritannien üblicher als in Deutschland, wo ein größerer Teil der Pflege familiär erbracht wird, und als in Schweden, wo ein größerer Teil der Pflege durch öffentliche soziale Dienste erbracht wird.

Um den Anteil der über 65-Jährigen, die Pflegegeldleistungen beziehen, darzustellen, wird in Großbritannien auf zwei Leistungen zurückgegriffen. Dabei handelt es sich zum einen um die *Attendance Allowance* (Pflegegeld), zum anderen um die *Carer's Allowance* (Pflegebeihilfe). Mit dem Anteil der über 65-Jährigen, die Pflegegeld beziehen, wird der Anteil der familiär Pflegenden, die finanzielle Unterstützung erhalten, allerdings überschätzt, weil diese Leistung allen Pflegebedürftigen ohne Bedürftigkeitsprüfung zusteht, und die Pflegebedürftigen mit dem Geld sowohl informell Pflegende entlohnen als soziale Dienste kaufen können. Mit dem Anteil derjenigen, die Pflegebeihilfe beziehen, wird umgekehrt der Anteil der über 65-Jährigen, deren Angehörige finanziell unterstützt werden, unterschätzt, weil diese Leistung nur finanziell bedürftigen Pflegenden im erwerbsfähigen Alter zusteht (vgl. Kap. 8.4.1). Der tatsächliche Anteil der familiär

Tabelle 19: Anteil der über 65-Jährigen, die öffentlich geförderte soziale (Pflege-)Dienste und Pflegeheime in Großbritannien, Schweden und Deutschland in Anspruch nehmen (in %)

	*England**	*Schweden*		*Deutschland*
Anfang der 1990er Jahre		*1992*		
Sozialer (Pflege-)Dienst		17,2		
Pflegeheim		7,8		
Gesamt		24,0		
1999–2003	*2002/03*	*2000*		*1999*
Sozialer (Pflege-)Dienst	6,3	8,2		2,1
Pflegeheim	3,8	7,9		2,9
Gesamt	10,1	16,1		5,0
2009–2012	*2011/12*	*2013*		*2013*
Sozialer (Pflege-)Dienst	4,8	11,8		3,3
Pflegeheim	2,8	4,9		4,4
Gesamt	7,6	16,7		7,7
Veränderung (in %)		*1992–2000*	*2000–2013*	
Sozialer (Pflege-)Dienst	-23,8	-52,3	43,9	57,1
Pflegeheim	-26,3	1,3	-38,0	51,7
Gesamt	-24,6	-32,9	3,7	54,0

* sozialer (Pflege-)Dienst: 2011/12: nur personenbezogene Pflege *(home care);* Pflegeheim: Alten- und Pflegeheime *(residential care/nursing care)*

Quellen: Großbritannien: NHS Information Centre 2013; NHS Health and Social Care Information Centre 2005; Office for National Statistics 2011; Schweden: Socialstyrelsen 1993, 1996, 2001, 2014; Statistika Centralbyrån 2016; Deutschland: Statistisches Bundesamt 2001; Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen auf der Basis der Primärdaten

Pflegenden, die finanzielle Leistungen erhalten, liegt irgendwo zwischen diesen beiden Anteilen. Die Daten zeigen, dass der Anteil der familiär Unterstützten in Großbritannien größer ist als in Deutschland und in Schweden. Bereits in den 1980er Jahren erhalten 7,6% der Pflegebedürftigen Pflegegeldleistungen und 0,3% der häuslich Pflegenden erhalten Pflegebeihilfe. Bis zum Jahr 2002 steigt der Anteil der Pflegegeld-Bezieher/innen auf 16,5%. Der Anteil der Pflegebeihilfe-Bezieher/innen steigt auf 4,4%. Demgegenüber fällt die Veränderung zwischen dem Jahr 2003 und dem Jahr 2013 weniger gravierend aus. Das Pflegegeld sinkt leicht auf 16,3%, während der Anteil der Pflegebeihilfe-Bezieher/innen weiter auf 6,4% steigt. Auch 30 Jahre später ist der Anteil der Bezieher/innen finanzieller Unterstützungsleistungen für Pflegende in Großbritannien am höchsten.

Tabelle 20: Anteil der über 65-Jährigen, die in Großbritannien, Schweden und Deutschland Pflegegeldleistungen beziehen (in %)

	Großbritannien		*Schweden**		*Deutschland***
1980er Jahr	*1986/87*		*1985*		-
Pflegegeld	7,6		1,4		-
Pflegebeihilfe	0,3				
1999–2002	*2002*		*2000*		*1999*
Pflegegeld	16,5		0,3		4,0
Pflegebeihilfe	4,4				
2009–2013	*2013*		*2007*		*2013*
Pflegegeld	16,3		0,3		7,0
Pflegebeihilfe	6,4				
Veränderung (in %)	*1986/87–2002*	*2002–2013*	*1985–2000*	*2000–2007*	*1999–2013*
Pflegegeld	217,1	-1,4	-456,7	0	75,0
Pflegebeihilfe	1466,7	145,4			

* ohne Bezieher/innen von Pflegegehalt

** ausschließlich Pflegegeld-Bezieher/innen (ohne Kombinationsleistung)

Quellen: Großbritannien: Department of Work and Pensions 2014; Office for National Statistics o. J.b; General Register Office for Scotland 2002; Office for National Statistics o. J.b; Schweden: Statens offentliga utredningar 1987; Socialstyrelsen 2001; Sand 2010; Statistics Sweden 2014; Deutschland: Statistisches Bundesamt 2001; Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen auf der Basis der Primärdaten

In Schweden wird der Anteil der Pflegebedürftigen dargestellt, die Pflegegeldleistungen von den Kommunen beziehen. Der Anteil ist generell niedrig, weil die Versorgung der Pflegebedürftigen in erster Linie über soziale Dienste gewährleistet wird. Im Jahr 1985, also noch vor der *Ädel*-Reform, erhielten 1,4% der Pflegebedürftigen Leistungen zur Bezahlung ihrer pflegenden Angehörigen. Dieser Anteil sinkt auf 0,3% im Jahr 2000. Dieses sehr niedrige Niveau wird im Wesentlichen bis heute beibehalten.

In Deutschland wird der Anteil der Pflegebedürftigen herangezogen, die Pflegegeldleistungen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung beziehen. Der Anteil der Pflegegeld-Bezieher/innen liegt im Jahr 1999 bei 4%. Vor Einführung der sozialen Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre gab es keinerlei finanzielle Unterstützungsleistungen für familiär Pflegende auf nationaler Ebene. Der Anteil der über 65-Jährigen, die (ausschließlich) Pflegegeld beziehen, ist bis 2013 um 75% auf 7% angestiegen. Diese Entwicklung hat v.a. mit der Ausdehnung der Pflegeleistungen an sich zu tun, weniger mit einem Trend zur Angehörigenpflege.

Der Anteil der Pflegegeldleistungen an allen Pflegeleistungen ist seit 1999 um ca. 4 Prozentpunkte gesunken (vgl. Auth 2013, 420).

13.4 In-/Formalisierung: Befragungsergebnisse

13.4.1 In-/Formalisierung in Großbritannien

Im Folgenden wird der Wandel der in-/formellen Pflege und Pflegearbeit anhand von Befragungsergebnissen dargestellt und verglichen. In Großbritannien wird als Basis zur Ermittlung der Entwicklung der in-/formellen Pflege und der in-/formell Pflegenden v.a. auf allgemeine Bevölkerungsumfragen zurückgegriffen. Befragungen älterer Menschen und/oder Pflegebedürftiger in Bezug auf ihre Pflegesituation existieren nicht. Hier wird insbesondere auf den *General Lifestyle Survey (GLS;* bis 2008: *General Household Survey (GHS))*[69] zurückgegriffen, eine der wichtigsten Quellen, wenn es um die informelle Pflege in Großbritannien geht. Beim *GHS/GLS* handelt es sich um „[a]n inter-departmental multi-purpose continuous survey carried out by the Office for National Statistics collecting information on a range of topics from people living in private households in Great Britain." (Office for National Statistics o. J.a) Der *GHS/GLS* ist eine repräsentative Befragung, die seit 1971 jährlich wiederholt wird und in der ca. 14.000 über 16-jährige Erwachsene interviewt werden. Zwischen 1985 und 2000 hat im Rahmen des *GHS/GLS* alle fünf Jahre eine Befragung zu *Care*-Belangen stattgefunden. Diese Befragungen geben Aufschluss über die Situation von Pflegenden in Großbritannien, z.B. über die Anzahl der Pflegenden, die Verbreitung von Pflege in verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen, die sozialen Eigenschaften von Pflegenden und Gepflegten, die Pflegeintensität, die Nutzung von sozialen Diensten durch Pflegende sowie die gesundheitlichen Auswirkungen der Pflege. Der *GLS/GHS* wurde in den Jahren 1999/2000 überarbeitet. Dies betrifft auch die Fragen zu Pflegenden, so dass einfache Vergleiche zwischen den vorangegangenen Befragungen (1985, 1990 und 1995) mit den Daten aus dem Jahr 2000 nicht möglich sind. Die Daten müssen gewichtet werden (vgl. Maher/Green 2002).

Nach der jüngsten *GLS/GHS*-Befragung zu Pflege und Pflegenden aus dem Jahr 2000 werden Pflegende als Personen definiert, die älter als 16 Jahre sind und die Verantwortung für Personen übernehmen, die entweder dauerhaft körperlich oder geistig krank oder behindert sind oder aufgrund ihres Alters Pflege benötigen (Selbsteinschätzung). Die Pflege, Betreuung oder besondere Unterstützung kann

69 Der *GLS* ist ein Teil des *Integrated Household Survey (IHS).*

dabei im eigenen oder in einem anderen Haushalt stattfinden. Hier ist also zu berücksichtigen, dass es sich nicht speziell um die Pflege älterer Menschen handelt, sondern dass mit einem sehr breiten Pflegebegriff jegliche Art von Pflegetätigkeit erfasst wird. "'[C]arer's' were defined as people who were looking after, or providing some regular service for, a sick, disabled or elderly person living in their own or another household. All types of caring tasks and any number of hours were included." (Maher/Green 2002, X) Nicht erfasst wird allerdings die ehrenamtliche Pflege, die Pflege für Menschen in Pflegeheimen, ausschließlich finanzielle Hilfen sowie Pflege von Menschen mit vorübergehenden Beeinträchtigungen (vgl. Maher/Green 2002, IX). Von den im *GLS/GHS* erfassten Pflegenden kümmern sich etwa 60% um ältere Pflegebedürftige. Es wird keine zeitliche Untergrenze für die Pflegetätigkeit genannt, so dass der Anteil der Pflegenden zunächst relativ hoch erscheint. Es wird allerdings zusätzlich danach gefragt, ob man Hauptpflegeperson ist, und es wird differenziert zwischen denjenigen, die mehr als 20 Stunden pro Woche pflegen und denjenigen, deren zeitliches Pflegevolumen darunter liegt (vgl. Maher/Green 2002).

Nach diesem *Survey* ist der Anteil der häuslich Pflegenden an der Gesamtbevölkerung zwischen dem Jahr 1985 und dem Jahr 2000 von 14% auf 16% angestiegen, wobei er zwischenzeitlich von 1990 bis 1995 um zwei Prozentpunkte zurückgegangen war. Es lässt sich also lediglich eine leichte Zunahme informell Pflegender innerhalb von 15 Jahren feststellen (vgl. Tab. 21). "There has been little change in the prevalence of caring over the last decade. The proportions of adults caring in 1990 and 2000 were very similar, 15% and 16%. Likewise, there was little change in the main subgroups." (Maher/Green 2002, X; vgl. auch Nolan u.a. 2004, 9) Diese Einschätzung betrifft sowohl die Zahl der Pflegenden als auch die Zahl der Hauptpflegepersonen als auch die Zahl derjenigen, die mehr als 20 Stunden pro Woche pflegen (vgl. Maher/Green 2002, 2).

Differenziert man nach Geschlecht, pflegen im Jahr 2000 18% aller Frauen und 14% aller Männer. Der Frauenanteil (im Vergleich zu den Männern) liegt bei 58%. Während es keine Geschlechterdifferenzen bezüglich der Pflege im eigenen Haushalt gibt (5%), pflegen mehr Frauen außerhalb des eigenen Haushalts (12%) als Männer (9%), was darauf hindeutet, dass Männer vermehrt ihre Partner/innen pflegen, Frauen dagegen in höherem Maße ihre Mütter oder Väter sowie sonstige Angehörige. Frauen dominieren auch in der Gruppe derjenigen mit höheren Pflegeverpflichtungen. 11% der Frauen, aber nur 7% der Männer sind Hauptpflegepersonen. Das entspricht einem Frauenanteil von 63%. 5% der Frauen, aber nur 3% der Männer verbringen mehr als 20 Stunden pro Woche mit Pflegearbeiten. Der Frauenanteil liegt hier bei 61% (vgl. Tab 21).

Tabelle 21: Anteil der häuslich Pflegenden in Großbritannien an der Gesamtbevölkerung nach Geschlecht sowie Subgruppen *(GHS/GLS)*, in %

Jahr	*1985*	*1990*	*1995*	*2000*
Häuslich Pflegende				
Männer	12	13	11	14
Frauen	15	17	14	18
Gesamt	14	15	13	16
Pflegeperson lebt nicht im selben Haushalt				
Männer	8	10	7	9
Frauen	11	13	10	12
Gesamt	10	12	8	11
Hauptpflegepersonen				
Männer	6	6	6	7
Frauen	10	10	9	11
Gesamt	8	8	8	9
Pflegeumfang ≥ 20 Std. pro Woche				
Männer	3	3	3	3
Frauen	4	4	4	5
Gesamt	3	4	4	4

Quelle: Maher/Green 2002, 3

Auch die Erwerbstätigkeit der Pflegenden im Erwerbsalter (16-64 Jahre) variiert nach Geschlecht. 13% der Erwerbsfähigen pflegen und arbeiten Vollzeit. Der Anteil der erwerbsfähigen Frauen, die pflegen und Vollzeit arbeiten, liegt bei 15% und ist damit erstaunlicherweise höher als der Anteil der Männer (12%). Dieses Muster zeigt sich auch bei der Teilzeitarbeit: 18% der erwerbsfähigen Frauen pflegen und arbeiten Teilzeit, aber nur 14% der erwerbsfähigen Männer verbinden die Pflege mit einer Teilzeitarbeit. 23% der Frauen im Erwerbsalter pflegen und sind nicht erwerbstätig. Die Quote der Männer liegt hier bei 17% (vgl. Maher/Green 2002, 4f.; Nolan u.a. 2004, 15f.). Die Hauptaltersgruppe der Pflegenden sind die 45-64-Jährigen. 27% der 45-64-jährigen Frauen, aber nur 19% der 45-64-jährigen Männer sind pflegerisch tätig. Demgegenüber pflegen 'nur' 15% der über 65-jährigen Frauen gegenüber 18% der über 65-jährigen Männer (vgl. Maher/Green 2002, 3; Nolan u.a. 2004, 13).

47% der Männer im erwerbsfähigen Alter, die mehr als 20 Wochenstunden pflegen, arbeiten im Jahr 2000 Vollzeit und 7% arbeiten Teilzeit. Bei den Frauen im erwerbsfähigen Alter, die mehr als 20 Stunden pro Woche pflegen, arbeiten dagegen nur 16% Vollzeit, aber 26% Teilzeit (vgl. Maher/Green 2002, 19). Diese

Zahlen zeigen, dass britische Männer häufiger und länger erwerbstätig sind als Frauen, auch wenn sie in erheblichem Umfang pflegen (vgl. auch Nolan u.a. 2004, 14f.).

Wie hat sich nun die informelle Pflege in Bezug auf die Geschlechteranteile im Laufe der Zeit verändert? Der Anteil der über 16-jährigen Männer, die pflegen, ist von 12% im Jahr 1985 auf 14% im Jahr 2000 angestiegen. Der Anteil der Frauen, die pflegen, liegt ein paar Prozentpunkte höher und ist im selben Zeitraum von 15% auf 18% angestiegen (vgl. Maher/Green 2002, 2f.; Nolan u.a. 2004, 12f.). Der Anteil der pflegenden Männer, die als Hauptpflegepersonen tätig sind, hat leicht von 6% auf 7% zugenommen, der deutlich höhere Anteil der pflegenden Frauen, die Hauptpflegepersonen sind, ist ebenso um einen Prozentpunkt von 10% auf 11% angestiegen. Der Anteil derjenigen Männer, die mehr als 20 Stunden pro Woche pflegen, liegt konstant seit Mitte der 1980er Jahre bei 3%. Der Anteil der Frauen, die in diesem Umfang pflegen, ist leicht von 4% auf 5% angestiegen (vgl. Tab. 21). Der Anteil der pflegenden Männer im erwerbsfähigen Alter (16-64 Jahre) an allen Männern im erwerbsfähigen Alter ist von 16% im Jahr 1985 auf 19% im Jahr 2000 angestiegen. Damit liegt er aber immer noch deutlich unter dem Anteil der pflegenden Frauen in dieser Altersgruppe, der von 24% auf 27% angestiegen ist. Die Entwicklung ist allerdings ähnlich (Anstieg um drei Prozentpunkte). Der Anteil der pflegenden Männer im Rentenalter ist von 14% auf 18% angestiegen. Der Anteil der Frauen dagegen nur von 12% auf 15%. Auch diese Zahlen deuten darauf hin, dass Frauen vermehrt ihre Eltern(teile) pflegen, während Männer in höherem Maße ihre Partnerinnen pflegen (vgl. Maher/Green 2002, 6).

Die jüngste Untersuchung zu häuslich Pflegenden in Großbritannien ist der *Carer's Survey*, der im Jahr 2009/2010 durchgeführt wurde. Dort werden den Pflegenden zwar dieselben Fragen gestellt, er weicht aber beim Zugang zu den Pflegenden vom *GLS/GHS* ab. Damit sind die Ergebnisse des *Carer's Survey* nur bedingt mit dem *GLS/GHS* vergleichbar. Im *Carer's Survey* wurden repräsentative Interviews in britischen Haushalten durchgeführt, mit deren Hilfe die Verbreitung häuslicher Pflege, die sozio-demographischen Profile der Pflegenden, die Auswirkungen der Pflege auf die Pflegenden, Informationen über Dienstleistungen, die Pflegende in Anspruch nehmen, sowie Profile der Pflegebedürftigen erfasst werden. Im *Carer's Survey* werden Pflegende definiert als Personen, die von sich selbst sagen, dass sie eine zusätzliche Verantwortung für die Pflege von Personen übernommen haben, die dauerhaft physisch oder psychisch krank oder behindert sind oder altersbedingte Probleme haben (vgl. NHS Information Centre 2010, 6).

Nach dem *Carer's Survey* pflegen in den Jahren 2009/10 12% der über 16-Jährigen in England eine dauerhaft kranke, behinderte oder ältere Person. Dabei handelt es sich um ca. 5 Mio. Menschen in England. 60% der Pflegenden sind Frauen. Differenziert nach Altersgruppen sind es v.a. die 45-64-Jährigen, die häuslich pflegen (42%). Ein Viertel ist über 65 Jahre alt (vgl. NHS Information Centre 2010, 7).

Wie hat sich nun der Anteil der Männer an allen informell Pflegenden seit den 1980er Jahren verändert? Er ist zwischen 1985 und 1990 von 41% auf 40% gefallen und zwischen 1995 und 2000 wieder leicht von 40% auf 42% angestiegen. Im Jahr 2009 liegt er wieder bei 40%. Die Zahl bezieht sich auf alle Pflegenden, unabhängig von der Dauer der geleisteten Pflege (vgl. Sutherland 1999, 16; Maher/Green 2002, 12; NHS Information Centre 2010, 30; Office for National Statistics 1998, 15, eigene Berechnungen).[70] Zwischen dem Jahr 1985 und 1995 lag der Anteil der pflegenden Männer, die mehr als 20 Stunden pro Woche pflegen, konstant bei 39%. Zwischen dem Jahr 2000 und dem Jahr 2009 ist dieser Anteil um einen Prozentpunkt auf 38% gesunken. Dabei muss es sich nicht zwingend um Hauptpflegepersonen handeln (vgl. Office for National Statistics 1998, 15, eigene Berechnungen; vgl. auch NHS Information Centre 2010, 147). Der Anteil der Männer an den Hauptpflegepersonen ist zwischen 1985 und 1995 von 34% auf 36% angestiegen. Im Jahr 2000 liegt er weiter konstant bei 36%. Da sowohl der Anteil der pflegenden Männer als auch der Anteil der Männer, die mehr als 20 Stunden pro Woche pflegen, zwischen dem Jahr 2000 und dem Jahr 2009 leicht zurückgegangen ist, kann man davon ausgehen, dass auch der Anteil der männlichen Hauptpflegepersonen leicht abgenommen hat. Aufgrund von Änderungen der Befragung taucht die Kategorie der Hauptpflegepersonen im *Carer's Survey* nicht mehr auf (vgl. Office for National Statistics 1998, 15; Maher/Green 2002, 12, eigene Berechnungen).

Der hohe Männeranteil in Großbritannien lässt sich mit dem verwendeten weiten Pflegebegriff, der hohen Bedeutung informeller Pflege, der Bedürftigkeitsorientierung, aufgrund derer viele Ältere ohne öffentlich finanzierte Pflegeleistungen auskommen müssen, sowie der Normalität der Partner/innen-Pflege erklären. Bereits vor 20 Jahren stellten *Arber* und *Ginn* (1991) fest, dass „[...] spouse care by older people breaks normal gender bounderies of caring" und *Huber* u.a. (2009,

70 Auch *Huber* u.a. zufolge liegt der Anteil der Männer an der informellen familiären Pflege älterer Menschen in Großbritannien bei über 40% (vgl. Huber u.a. 2009, 57, Zahlen aus dem Jahr 1989 bzw. 1995).

56, Herv. i. O.) konstatieren, dass „in the *UK* [United Kingdom, D.A.] the provision of care for older couples is almost equally divided between men and women."

Neben den Bevölkerungsumfragen können auch die Statistiken der Pflege(geld)-leistungen hilfreich sein, um die Geschlechtsspezifik der familiären Pflege und ihren Wandel darzustellen. In Großbritannien handelt es sich dabei – wie bereits dargestellt – um die *Attendance Allowance* und die *Carer's Allowance*. Leider kann die *Attendance Allowance* nicht als Quelle herangezogen werden, weil diese Leistung an die Pflegebedürftigen ausgezahlt wird und damit nichts darüber ausgesagt wird, ob Männer oder Frauen das Pflegegeld erhalten. Etwas aussagekräftiger ist dagegen die *Carer' Allowance*, wobei auch hier berücksichtigt werden muss, dass nur diejenigen Pflegenden die Leistung erhalten, die erwerbstätig *und* bedürftig sind. Es wird also nur ein Teil der häuslich Pflegenden erfasst. Diese Datenquelle existiert nur für Großbritannien, weil es weder in Schweden noch ein Deutschland eine Leistung gibt, die an (erwerbstätige) Pflegende gezahlt wird. Im Jahr 2013 erhielten ca. 650.000 Personen die Beihilfe für Pflegende, wovon 470.000 Frauen waren. Dies entspricht einem Anteil von gut 72%. Im Jahr 2003 waren es 380.000 Empfänger/innen gewesen, davon knapp 300.000 Frauen, was einem Anteil von knapp 75% entsprach. Die Zahl der Empfänger/innen ist zwischen 2003 bis 2013 um 38,5% gestiegen, wobei der Frauenanteil leicht um drei Prozentpunkte zurückgegangen ist (vgl. Office for National Statistics o. J.b; vgl. auch Rostgaard/Fridberg 1998, 425).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die amtlichen Statistiken zum Anteil der über 65-Jährigen, die soziale Dienste oder Einrichtungen in Anspruch nehmen, die Statistiken zur Entwicklung der Inanspruchnahme von Pflegegeldleistungen sowie die Bevölkerungsbefragungen deutlich zeigen, dass in Großbritannien seit den 1990er Jahren ein Informalisierungsprozess stattgefunden hat. Der Anteil der über 65-Jährigen, die soziale Dienste oder Einrichtungen in Anspruch nehmen, sinkt, während der Anteil der über 65-Jährigen, die Pflegegeldleistungen beziehen, bis zur Jahrtausendwende stark angestiegen und danach relativ konstant hoch geblieben ist. Gleichzeitig ist die Zahl der häuslich Pflegenden angestiegen. *Policy*-bezogene Ursachen dieses Informalisierungsprozesses sind das *Targeting of Services*, die finanziellen Bedürftigkeitsprüfungen und die (hohen) Zuzahlungen. Durch die Beteiligung Ehrenamtlicher in der Altenpflege, die staatlich gefördert wird, können die Wohlfahrtsverbände einen Teil des Kostendrucks kompensieren. Insofern trägt das ehrenamtliche Engagement, das in Großbritannien in hohem Maße auf den sozialen Bereich ausgerichtet ist, zur Aufrechterhaltung

formell-ambulanter Versorgungsstrukturen bei. Neben der ehrenamtlichen Pflege spielt auch die migrantische Pflege eine wichtige Rolle im britischen Pflegeregime, allerdings v.a. im Rahmen der beruflichen Pflege. In den Jahren 2005 und 2006 beträgt der Anteil der beruflich Pflegenden, die im Ausland geboren sind, in Großbritannien ca. 16% (vgl. Colombo 2011, 177).

In Bezug auf die Beteiligung der Männer an der informellen Pflegearbeit lässt sich sagen, dass britische Männer in hohem Maße pflegen, allerdings in geringerem zeitlichem Umfang als Frauen, und die Männer sind v.a. in der Partnerinnenpflege aktiv. Die Pflegereformen und der pflegebezogene Ökonomisierungsprozess haben wenig an der geschlechtlichen Arbeitsteilung in der Pflege verändert, weder im positiven noch im negativen Sinne. Es findet in Großbritannien weder ein *Gendering* noch ein *Degendering* in der informellen Pflegearbeit statt.

13.4.2 In-/Formalisierung in Schweden

Auch in Schweden ist es nicht leicht, den In-/Formalisierungsprozess korrekt zu erfassen. Es gibt keine offiziellen Statistiken zu und auch keine Längsschnitt-Befragungen von informell Pflegenden (vgl. Johansson 2004, 12), sieht man von den Längsschnitt-Befragungen zu freiwilligen Aktivitäten ab, bei denen auch die informelle Arbeit mit abgefragt wurde (vgl. Jeppsson Grassman/Svedberg 2007; Svedberg u.a. 2010). Im Folgenden wird daher auf zwei *Surveys* zurückgegriffen, in denen ältere Pflegebedürftige befragt wurden. Ergänzend findet auch die Längsschnitt-Untersuchung Beachtung, in der – im Kontext des ehrenamtlichen Engagements – der Anteil der informell Helfenden in Schweden untersucht wurde.

Bei dem ersten *Survey*, *Hemma på äldre da'r (HPAD),* handelt es sich um eine Befragung zu zwei Zeitpunkten, die im Auftrag des Nationalen Amts für Gesundheits- und Sozialwesen durchgeführt wurde und in der jeweils knapp 1.500 über 75-Jährige, die zuhause wohnen, interviewt wurden. Die *HPAD*-Befragungen wurden in den Jahren 1994 und 2000 durchgeführt, so dass Vergleiche möglich sind (vgl. Socialstyrelsen 2000; Sundström u.a. 2002; Johansson u.a. 2003; Johansson 2004, 12ff.).

Der Anteil der über 75-jährigen Pflegebedürftigen, die zuhause leben und allein durch Familienangehörige versorgt werden, nahm zwischen 1994 und 2000 von 59% auf 66% zu (vgl. Tab. 22). Der Anteil derjenigen, die soziale Dienste und informelle Pflege erhielten, stieg im selben Zeitraum von 13% auf 16% an. Demgegenüber nahm der Anteil der über 75-jährigen Pflegebedürftigen, die ausschließlich durch soziale Dienste versorgt wurden, von 28% auf 18% ab. Zuge-

nommen hat die informelle Pflege v.a. bei Pflegebedürftigen, die alleine wohnen, und zwar von 33% auf 47%. Diejenigen, die nicht alleine in einem Haushalt wohnen, wurden bereits 1994 zu 85% rein durch Angehörige versorgt. Der Anteil ist im Jahr 2000 leicht auf 88% angestiegen. Die Versorgung allein durch soziale Dienste liegt bei dieser Personengruppe konstant bei niedrigen 5%. In Schweden gibt es in diesem Zeitraum ungefähr genauso viele allein lebende Ältere wie solche, die mit anderen Personen in einem Haushalt leben (vgl. Sundström u.a. 2002, 353; vgl. auch Socialstyrelsen 2000, 34f.). *Sundström* u.a. haben errechnet, dass das Volumen der informellen Pflege von 50 Mio. Stunden im Jahr 1994 auf 61 Mio. Stunden im Jahr 2000 angestiegen ist. Im selben Zeitraum ist die Zahl der Stunden, die die öffentlichen sozialen Dienste für die Pflege der über 75-Jährigen aufgewendet haben (gemeint sind hier alle *ADL*-Leistungen), von 36 Mio. auf 28 Mio. gesunken (vgl. Sundström u.a. 2002, 353). Damit hat sich der Umfang der Pflege, die durch ambulante Dienste erbracht wurde, in diesem Zeitraum von 40% auf 30% reduziert (vgl. Johansson 2004, 13).

Tabelle 22: Pflege über 75-Jähriger in Schweden, die zuhause wohnen und die hilfe- oder pflegebedürftig sind; nach Haushaltstypen (1994 und 2000)

	Alle		*Alleinlebende*		*Zusammenwohnende*	
	1994	*2000*	*1994*	*2000*	*1994*	*2000*
Ausschließlich informelle Pflege	59%	66%	33%	47%	85%	88%
Informelle Pflege und soziale Dienste	13%	16%	17%	24%	9%	7%
Ausschließlich soziale Dienste	28%	18%	51%	28%	5%	5%
Zusammen	100%	100%	100%	100%	100%	100%
N	538	642	266	338	275	303

Quelle: Sundström u.a. 2002, 353

Der Anteil der Männer, die informell pflegen, ist seit der *Ädel*-Reform relativ konstant geblieben (vgl. Tab. 23). Im Jahr 1994 erhielten nach dem *HPAD-Survey* 15% der über 75-jährigen Pflegebedürftigen, die alleine wohnen, Unterstützung von männlichen Angehörigen, im Jahr 2000 sind es 14%. Der Anteil der über 75-jährigen allein lebenden Pflegebedürftigen, die von ihren Söhnen gepflegt werden, ist leicht von 12% auf 13% angestiegen. Demgegenüber wurden 1994 29% der über 75-jährigen allein lebenden Pflegebedürftigen von weiblichen Angehörigen gepflegt. Im Jahr 2000 ist der Prozentsatz auf 39% angestiegen. Der Anteil der Töchter, die ihre alleinlebenden über 75-jährigen Väter pflegen, ist im selben Zeitraum von 22% auf 33% angestiegen (vgl. Johansson 2004, 14; Sundström

u.a. 2002, 273; Johansson u.a. 2003, 274f.). Hier muss allerdings berücksichtigt werden, dass nur ein Ausschnitt der Angehörigenpflege abgebildet wird. Nicht berücksichtigt werden die Älteren, die mit ihren Angehörigen (Partner/innen oder Kindern) zusammenleben. Dabei handelt es sich immerhin um die Hälfte der über 75-Jährigen (vgl. Sundström u.a. 2002, 353). Von diesen Pflegebedürftigen werden viele von ihren Partner/innen gepflegt.

Nach der *HPAD*-Studie ist der Anteil der Töchter, die pflegen, in deutlich höherem Maße angestiegen, als der Anteil der Söhne. Um die Beteiligung der Männer an der informellen Pflege zu erfassen, muss auch die Partner/innen-Pflege miteinbezogen werden. Eine weitere Studie hat gezeigt, dass die Partner/innen-Pflege in Schweden – ähnlich wie in Großbritannien – egalitär ist. Es pflegen gleich viele Ehepartnerinnen ihre Ehepartner wie Ehepartner ihre Ehepartnerinnen (vgl. Socialstyrelsen 2000, 51; vgl. Sundström u.a. 2002, 353; Johansson u.a. 2003, 270f.).

Tabelle 23: Geschlecht der Angehörigen und der Kinder, die ältere alleinlebende und pflegebedürftige Angehörige in Schweden pflegen (1994 und 2000)

	1994	*2000*
Weibliche Angehörige	29%	39%
Männlicher Angehöriger	15%	14%
Töchter	22%	33%
Söhne	12%	13%

Quelle: Johansson u.a. 2003, 275

Bei der zweiten repräsentativen Bevölkerungsbefragung, die herangezogen werden kann, um den Prozess der In-/Formalisierung zu beschreiben, handelt es sich um die Erhebung zu den Lebensbedingungen, *Undersökningarna av levnadsförhållanden*. *Marta Szebehely* und *Gun-Britt Trydegård* (2012) werteten hierzu die Befragungen aus den Jahren 1988/89 und 2004/05 aus und betrachten die Nutzung sozialer Dienste und informeller Hilfen durch Familienangehörige und/oder Freunde, die nicht im selben Haushalt wohnen (vgl. Tab. 24). Nicht integriert wurde die Pflege durch Partner/innen oder andere Haushaltsmitglieder. Ausgewertet wurden die Antworten der über 65-Jährigen, die nicht in Pflegeinstitutionen untergebracht sind und die pflegebedürftig sind, d.h., die Beeinträchtigungen mit einem oder mehreren *ADLs* aufweisen. Es zeigt sich, dass die Zahl der Pflegebedürftigen, die Hilfen durch soziale Dienste – ausschließlich oder in Kombination mit der Angehörigenpflege – erhalten, rückläufig ist und zwar bei denjenigen mit leichteren Graden an Pflegebedürftigkeit. Die

Versorgung der schweren Fälle an Pflegebedürftigkeit durch soziale Dienste liegt weiterhin bei ca. 52%. Die ausschließlich informelle Pflege hat dagegen zugenommen, und zwar sowohl bei den leichteren wie bei den schwereren Fällen von Pflegebedürftigkeit. Von den leichteren Fällen wurde Ende der 1980er Jahre ein Viertel ausschließlich durch Angehörige gepflegt, in den Jahren 2004/05 sind es bereits gut ein Drittel. Bei den schwereren Fällen von Pflegebedürftigkeit wurden vor der *Ädel*-Reform ca. 14% ausschließlich durch Angehörige häuslich gepflegt, 2004/05 sind es 17%. Bei den Schwer(st)pflegebedürftigen hat auch die kombinierte Pflege durch Angehörige und soziale Dienste von einem Viertel auf 36% zugenommen. Die Auswertung ergibt weiterhin, dass die Angehörigenpflege v.a. bei Pflegebedürftigen mit einem niedrigen Bildungsstand angestiegen ist (vgl. Szebehely/Trydegård 2012, 304ff.). "[F]amily care is clearly more common among people with less education while privately purchased care is clearly more common among older people with higher education levels." (Szebehely/Trydegård 2012, 305) Dass die Angehörigenpflege zunimmt, hat jedoch nichts mit einem pflege- oder geschlechterkulturellen Wandel zu tun. Im Jahr 2000 wünschen sich nur 10% der Schweden und Schwedinnen, von ihren Angehörigen versorgt oder gepflegt zu werden, und zwar unabhängig vom Bildungsabschluss. "Thus, the re-familialisation of eldercare among older people with less education seems to be coerced rather than voluntarily chosen." (Szebehely/Trydegård 2012, 306)

Tabelle 24: Pflege und Hilfe über 65-Jähriger in Schweden, die zuhause leben; nach Grad der Pflegebedürftigkeit (1988/98 und 2004/05)

	Ältere mit niedrigerem Grad an Pflegebedürftigkeit		*Ältere mit höherem Grad an Pflegebedürftigkeit*	
Anteile, die Hilfe erhalten von ...	*1988–1989 (575)*	*2004–2005 (236)*	*1988–1989 (235)*	*2004–2005 (112)*
Öffentlich finanzierten sozialen Diensten	43,8%	33,9%	52,3%	51,8%
Familienangehörigen, die nicht im selben Haushalt leben	41,6%	49,2%	38,3%	53,2%
Pflegearrangements				
Ausschließlich soziale Dienste	27,1%	18,2%	27,5%	15,2%
Informelle Pflege und soziale Dienste	16,7%	15,7%	24,7%	35,7%
Ausschließlich informelle Pflege	24,9%	33,5%	13,6%	17,0%

Quelle: Szebehely/Trydegård 2012, 305

Eine dritte Bevölkerungsbefragung, die im Rahmen der Forschung zum ehrenamtlichen Engagement erstellt wurde, kann hier herangezogen werden. Hier stehen nicht die Pflegebedürftigen im Mittelpunt der Befragung, sondern die Gesamtbevölkerung (vgl. Tab. 25). Der Anteil der Bevölkerung zwischen 16 und 74 Jahren, die sich an informellen Hilfen außerhalb des eigenen Haushalts beteiligen, hat zwischen 1992 und 1998 von 28% auf 30% leicht zugenommen. Im Jahr 2005 ist dieser Anteil sprunghaft auf 52% angestiegen, um dann 2009 wieder etwas auf 45% abzusinken.[71] Der Anteil der pflegenden Männer (an allen Männern) ist zunächst leicht von 29% auf 28% zurückgegangen; dann im Jahr 2005 erfolgte eine starke Zunahme auf 51% und danach bis 2009 ein leichter Rückgang auf 43%. Der Anteil der Frauen hat sich zunächst von 27% auf 31% erhöht, ist dann 2005 stark auf 54% angestiegen und bis 2009 wieder etwas auf 46% gesunken (vgl. Jeppsson Grassman/Svedberg 2007, 136f.; 142f.).

Tabelle 25: Informell-helfende Arbeiter/innen in Schweden 1992, 1998, 2005 und 2009 nach Geschlecht; Anteil an der Bevölkerung (16–74 Jahre), in %

	Total	*Männer*	*Frauen*
1992	28	29	27
1998	30	28	31
2005	52	51	54
2009	45	43	46

Quelle: Svedberg u.a. 2010, 44

Ein weiterer Trend kann ausgemacht werden: Lag die durchschnittliche Stundenzahl pro Monat, die für die informelle Hilfe aufgebracht wurde, bei den Frauen im Jahr 1992 noch bei 15 Stunden, so ist sie bis 1998 auf durchschnittlich 13 Stunden gesunken, um dann 2005 und 2009 wieder auf 15 bzw. 17 Stunden anzusteigen. Im Jahr 1992 halfen Männer dagegen durchschnittlich nur 9 Stunden monatlich. Dieser Wert hat sich bis 1998 auf 11 Stunden erhöht, fiel 2005 wieder auf 9 Stunden und verdoppelte sich 2009 auf 18 Stunden (vgl. Jeppsson Grassman/Svedberg 2007, 151; Svedberg u.a. 2010, 45). Damit haben sich Männer und Frauen in Bezug auf den durchschnittlichen Zeitaufwand, der für informelle Arbeit aufgebracht wird, zunächst angenähert und mittlerweile wenden Männer durchschnittlich eine Stunde im Monat mehr für informelle

71 Die Zahl erscheint auf den ersten Blick sehr hoch. Sie relativiert sich, wenn man berücksichtigt, dass bereits eine Stunde Pflege oder Hilfe pro Monat ausreicht, um als informell Helfende/r zu gelten.

Hilfen auf als Frauen. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich nicht ausschließlich um informelle Tätigkeiten für Ältere handelt.

> "Yet, in spite of the obvious stability in the extent of this type of informal helping and even in view of what has been said above, it should nevertheless be stated that the small increase we have found possibly speaks in favor of an emerging pattern that in a longer-term perspective may support the thesis that reduced commitments on the part of the welfare state lead to greater substitutional efforts on the part of citizens in terms of unpaid work. At least, this seems to be true in the case of support and care for the frail elderly." (Jeppsson Grassman/Svedberg 2007, 151f.)

All diesen Studien zufolge – so kann man bilanzieren – findet also auch in Schweden ein Informalisierungsprozess statt, zumindest für den Zeitraum der 1990er Jahre bis Mitte der 2000er Jahre.

> "Informal help- and care giving is a heterogeneous phenomenon and the increase pattern that can be seen may be interpreted in divergent ways: As expression of a vital Swedish civil society with a great helping potential or as are [sic!] response to decreasing care resources from the public sector to those in need. This later interpretation would be a validation of the pattern of *informalisation* of public welfare services, which have been noted by other researchers in recent years." (Olsson u.a. 2005, 2; Herv. i. O.)

Informelle Pflege nimmt infolge der Ökonomisierungsprozesse zu, v.a. durch das *Targeting of Services*. Lange Zeit waren es insbesondere die Alleinlebenden, die in Schweden durch soziale Dienste versorgt wurden. Während nun seit den 1990er Jahren die Zahl und der Anteil der Alleinlebenden zunimmt, werden gleichzeitig die pflegebezogenen Ressourcen auf kommunaler Ebene knapper. Das bedeutete, dass bis zur Jahrtausendwende auch die alleinlebenden Pflegebedürftigen in stärkerem Maße auf informelle Pflege angewiesen waren (vgl. Sundström u.a. 2002, 353). Dabei waren und sind die meisten häuslich Pflegenden in Schweden weiterhin erwerbstätig. Es pflegen demnach viele Angehörige, aber im niedrigen Stundenbereich oder wenn sie im Ruhestand sind. Diese Entwicklung in Richtung Informalisierung vollzog sich in Schweden allerdings vor dem Hintergrund, dass nach wie vor die Versorgung durch soziale Dienste im internationalen Vergleich sehr hoch war. Seit der Jahrtausendwende nimmt der Anteil der Bezieher/innen sozialer Dienste wieder zu, während der Anteil der Pflegegeldbezieher/innen konstant niedrig bleibt. Es lässt sich daraus also wieder ein Trend zur Formalisierung der Pflege ableiten.

Die ehrenamtliche Pflege hat in diesen Prozessen nur eine geringe Bedeutung. Auch wenn viele Schweden und Schwedinnen ehrenamtlich aktiv sind, so engagieren sie sich v.a. im sportlichen, kulturellen und gewerkschaftlichen

Bereich. Die ehrenamtliche Arbeit in sozialen Diensten spielt nur eine untergeordnete Rolle. Seit der wohlfahrtsstaatlichen Krise Anfang der 1990er Jahre ist das ehrenamtliche Engagement in den schwedischen Freiwilligenorganisationen zwar leicht angestiegen, aber immer noch deutlich niedriger als in den beiden anderen Vergleichsländern. Zudem muss angemerkt werden, dass die schwedischen Freiwilligenorganisationen – anders als die britischen und die deutschen – nur in geringem Maße soziale Pflegedienstleistungen anbieten. Sie sind eher in Nischenbereichen, wie Besuchsdiensten, Informationsveranstaltungen und Selbsthilfegruppen aktiv, nehmen dort allerdings eine wichtige Stellung ein.

Im Hinblick auf die Entwicklung der formell-beruflichen Pflege ist dagegen die migrantische Pflegearbeit von hoher Bedeutung. In Schweden beträgt der Anteil der beruflich Pflegenden, die im Ausland geboren sind, in den Jahren 2005 und 2006 knapp 20% (vgl. Colombo 2011, 177). Demgegenüber spielt die häusliche Pflegearbeit von Migrantinnen keine Rolle.

In Bezug auf die Geschlechteranteile lässt sich zusammenfassen, dass sowohl die Zahl der pflegenden Söhne als auch die Zahl der pflegenden Töchter in Schweden angestiegen ist, wobei letztere den größeren Teil des Anstiegs der informellen Pflegearbeit in den 1990er Jahren geschultert haben. Wie in Großbritannien, so ist auch in Schweden die Pflege durch Partner/innen relativ egalitär verteilt. Es lässt sich also insgesamt ein leichtes *Gendering* in den 1990er Jahren verzeichnen.

13.4.3 In-/Formalisierung in Deutschland

In Deutschland stehen zum einen die Daten der Pflegeversicherung zur Verfügung, um den Wandel der formellen und der informellen Pflege darzustellen. Zum anderen gibt es diverse Studien und weitere Datenquellen, auf die hier zurückgegriffen werden kann. Dazu zählen die sog. 'MuG'-Befragungen (Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten) und die Evaluationsstudien des Bundesministeriums für Gesundheit zur Einführung der Pflegeversicherung und zur Pflegereform 2008. Weitere Datenquellen stellen die Erfassung der Pflegepersonen bei der gesetzlichen Rentenversicherung und das Sozio-ökonomische Panel (SOEP) dar, mit deren Hilfe sich Aussagen über die Zahl und die Entwicklung der Pflegenden in Deutschland machen lassen.

Die Daten der Pflegestatistik zeigen, dass in Deutschland über 70% der Pflegebedürftigen zuhause versorgt werden (vgl. Tab. 26). Dieser Anteil ist seit dem Jahr 1999 relativ konstant. Davon werden im Jahr 1999 51% ausschließlich häuslich versorgt. Der Anteil sinkt bis zum Jahr 2013 auf 47%. Demgegenüber ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die zuhause entweder ausschließlich oder in Kombi-

nation mit ambulanten Pflegediensten versorgt werden, im selben Zeitraum von 21% auf 24% gestiegen. Der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen ist zwischen dem Jahr 1999 und 2013 leicht von gut 28% auf 29% angestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt 2001, 2013; Auth 2013).

Tabelle 26: Pflegebedürftige in Deutschland nach Art der Versorgung (1999 und 2013)

	1999		*2013*		*Veränderung*	
	Anzahl	*Anteil*	*Anzahl*	*Anteil*	*Anzahl in %*	*Anteil in %*
Pflegebedürftige zu Hause versorgt	1.442.880	71,6%	1.861.775	70,9%	+29,0%	-1,0%
davon:						
allein durch Angehörige*	1.027.591	51,0%	1.245.929	47,4%	+21,2%	-7,1%
durch ambulante Pflegedienste	415.289	20,6%	615.846	23,5%	+48,3%	+14,1%
Pflegebedürftige in Heimen	573.211	28,4%	764.431	29,1%	+33,4%	+2,5%
Insgesamt	2.016.091		2.626.206		+30,3%	

* Entspricht den Empfänger/innen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI. Empfänger/innen von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI sind dagegen in den ambulanten Pflegediensten enthalten.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001; Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen; vgl. auch Auth 2013

Nähere Informationen über die häuslich Pflegenden werden im Rahmen der MuG-Befragungen zur Verfügung gestellt. Dabei handelt es sich um Repräsentativbefragungen zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und zu professionellen Versorgungsangeboten. Befragt wurden Hilfe- oder Pflegebedürftige, die zuhause wohnen, und zwar nach ihrer Situation, ihren Pflegearrangements und ihren Hilfe- und Unterstützungsbedarfen. Die Studien zeigen, dass der Anteil der männlichen Hauptpflegepersonen zwischen dem Jahr 1991 und dem Jahr 1998 von 17% auf 27% angestiegen ist, d.h., im Jahr 1998 werden 27% aller Pflegebedürftigen hauptsächlich von Männern gepflegt. Während der Anteil der Töchter mit 26% konstant hoch geblieben ist, hat sich im selben Zeitraum der Anteil der Schwiegertöchter von 9% auf 6% verringert. Deutlich zugenommen hat dagegen der Anteil der pflegenden Söhne, nämlich von 3% auf 10% (vgl. Schneekloth 2005, 77). Die Studien zeigen auch, dass der Anteil der erwerbstätigen Hauptpflegepersonen zwischen 1991 und 1998 von 18% auf 23% angestiegen ist (vgl. Schneekloth 2005, 79; vgl. auch Auth/Dierkes 2015). Dieses Ergebnis

wird bestätigt, wenn man die Ergebnisse der Evaluation der Pflegereform aus dem Jahr 2008 mit den Daten der Evaluation der Pflegeversicherung vergleicht. Der Männeranteil an den häuslichen Hauptpflegepersonen ist danach von 17% vor der Einführung der Pflegeversicherung auf 20% im Jahr 1998 und auf 28% im Jahr 2010 angestiegen. Auch hier zeigt sich, dass es v.a. die pflegenden Söhne sind, deren Anteil kontinuierlich angestiegen ist und der im Jahr 2010 bei 10% liegt. Die Studien zeigen aber auch, dass über ein Drittel der Pflegebedürftigen von dem Partner bzw. der Partnerin gepflegt wird (vgl. Schneekloth/Müller 2000, 54; TNS Infratest Sozialforschung 2011, 27; vgl. auch Auth/Dierkes 2015).

Tabelle 27: Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person in Deutschland 1998 und 2010 (in %)
(Basis: Hauptpflegepersonen Pflegebedürftiger in Privathaushalten)

Verwandtschaftsverhältnis	*Vor Einführung der SPV*	*1998*	*2010*
(Ehe)Partnerin	24	20	19
(Ehe)Partner	13	12	15
Tochter	26	23	26
Sohn	3	5	10
Schwiegertochter	9	10	8
Schwiegersohn	1	0	1
Mutter	14	11	10
Vater	0	2	1
Sonstige Verwandte	6	10	4
Nachbar/innen, Bekannte	4	7	6

Quelle: Schneekloth/Müller 2000, 52; TNS Infratest Sozialforschung 2011, 27

Auch die Pflegeevaluationen bestätigen den Trend der zunehmenden Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen. Waren vor Einführung der sozialen Pflegeversicherung 66% der Hauptpflegepersonen nichterwerbstätig, sinkt die Zahl leicht auf 64% im Jahr 1998, um dann deutlich auf 41% im Jahr 2010 zurückzugehen. Demgegenüber ist die Zahl der Erwerbstätigen im selben Zeitraum von 34% auf 59% angestiegen. Dabei hat der Anteil der Vollzeitbeschäftigten von 16% auf 28% zugenommen, der Anteil der Teilzeitbeschäftigten von 11% auf 20% und der Anteil der geringfügig Beschäftigten von 7% auf 11% (vgl. Schneekloth/Müller 2000, 58; TNS Infratest Sozialforschung 2011, 31; vgl. auch Auth/Dierkes 2015).

Anhand der Daten der gesetzlichen Rentenversicherung, bei der alle häuslich Pflegenden erfasst werden, die als Pflegepersonen gemeldet sind, können weitere Aussagen über die häuslich Pflegenden getätigt werden. Hier werden alle Pfle-

gepersonen erfasst, die eine pflegebedürftige Person pflegen, die laut Pflegeversicherungsgesetz in eine der drei Pflegestufen eingestuft ist. Es handelt sich um häuslich Pflegende, die mindestens 14 Stunden pro Woche pflegen und maximal 30 Stunden pro Woche erwerbstätig sind. Zudem beziehen sie noch keine Altersrente, sondern die Pflegeversicherung zahlt für diese Personengruppe Beiträge an die Rentenversicherung. Hier wird also ein sehr enger Pflegebegriff verwendet, der sich v.a. auf die Pflege von Kindern gegenüber ihren pflegebedürftigen Eltern bezieht. Die Zahl der bei der Rentenversicherung gemeldeten Pflegepersonen ist zwischen dem Jahr 2001 und dem Jahr 2010 um über 50.000 auf 380.000 Personen zurückgegangen. Hier zeigt sich der Rückgang der häuslichen Pflege im Sinne der Inanspruchnahme von Pflegegeld. Diese Entwicklung zeigt den Rückgang der intergenerativen Pflege (vgl. Rothgang u.a. 2012, 82ff.; vgl. auch Auth/Dierkes 2015). Auch anhand der Daten der Deutschen Rentenversicherung lässt sich der Trend der Erhöhung der männlichen Pflegebereitschaft zeigen. Die Zahl der männlichen Pflegepersonen ist zwischen dem Jahr 2001 und dem Jahr 2010 von gut 37.000 auf knapp 40.000 angestiegen. Demgegenüber ist die Zahl der weiblichen Pflegenden von knapp 470.000 auf 340.000 gesunken. Das bedeutet, dass sich der Anteil der pflegenden Männer in diesem Zeitraum von 8% auf 12% erhöht hat (vgl. Rothgang u.a. 2012, 82ff.; vgl. auch Auth/Dierkes 2015).

Die letzte Datenquelle, mittels derer dieser Trend aufgezeigt werden kann, ist das SOEP. Hier wird ein weiter Pflegebegriff verwendet. Wer mindestens eine Stunde pro Tag pflegt, gilt als Pflegender (Selbsteinschätzung). Legt man diesen Pflegebegriff zugrunde, ist die Zahl der häuslich Pflegenden zwischen dem Jahr 2001 und dem Jahr 2010 angestiegen, und zwar von 3,1 Mio. auf 4,3 Mio. Da die Zahl der Pflegebedürftigen in geringerem Umfang angestiegen ist, kann man von einer Zunahme der häuslich Pflegenden um 37% sprechen (vgl. Rothgang u.a. 2012, 87ff.). Diese Zunahme widerspricht scheinbar dem Trend der Formalisierung der Pflege in Deutschland. Werfen wir einen Blick auf die Männer: Die SOEP-Daten zeigen, dass die Zahl der pflegenden Männer im Zeitraum zwischen 2001 und 2010 von 1,1 Mio. auf 1,5 Mio. zugenommen hat. Damit verharrt der Anteil der pflegenden Männer an allen Pflegenden – wendet man diesen weiten Pflegebegriff an – konstant auf einem Niveau von 35% (vgl. Rothgang u.a. 2012, 82ff.; vgl. auch Auth/Dierkes 2015).

Zusammenfassend lässt sich für Deutschland eine Entwicklung beschreiben, die in deutlichem Kontrast zu den beiden anderen Untersuchungsländern steht. Es zeichnen sich seit den 1990er Jahren ein kontinuierlicher Formalisierungsprozess und der Rückgang informeller Pflegearbeit ab, zumindest wenn man einen engen

Pflegebegriff wählt. Der Rückgang betrifft v.a. die Zahl der intensiv häuslich Pflegenden im erwerbsfähigen Alter. Dies geschieht allerdings vor dem Hintergrund eines sehr niedrigen Grads an ambulanten Diensten bzw. einem sehr hohen Anteil informeller Pflegearbeit. Ursache für die Zunahme ambulanter und stationärer Pflege ist insbesondere die Gewährung ambulanter Sachleistungen und Leistungen für stationäre Pflege seit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung.

Der Formalisierungsprozess wird in Deutschland durch ehrenamtliche Helfer/innen in den großen Wohlfahrtsorganisationen unterstützt. Wie in Großbritannien, so engagieren sich auch in Deutschland viele Ehrenamtliche im pflegerischen Bereich, v.a. bei den IADLs. Die Wohlfahrtsverbände sind darauf ausgerichtet und das Engagement wird staatlich gefördert.

Die Leistungsgewährung durch die soziale Pflegeversicherung hatte auch positive Auswirkungen auf den Anteil der informell pflegenden Männer, der kontinuierlich angestiegen ist. Dieser Prozess des *De-Gendering* bezieht sich v.a. auf pflegende Söhne und auch auf Hauptpflegepersonen. Damit einhergehend hat auch die Zahl der häuslich Pflegenden, die gleichzeitig einer Erwerbstätigkeit nachgehen, zugenommen – auch bzw. gerade im Bereich der Vollzeiterwerbstätigkeit. Der Sachleistungsbezug und der daraus resultierende Ausbau der ambulanten Pflege hat die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege deutlich verbessert – für Männer wie für Frauen. Zugleich verzeichnet Deutschland eine Zunahme häuslich Pflegender im niedrigen Stundenbereich. Hier findet eine Annäherung an das schwedische Pflegearrangement statt.

Die häusliche Pflege wird in Deutschland durch transnationale Pfleger/innen unterstützt. Aufgrund des niedrigen Niveaus sozialer Dienste und einer eher restriktiven Migrationspolitik ist der Anteil beruflich pflegender Migrant/innen demgegenüber eher niedrig, auch wenn sich dies im Begriff ist zu ändern.

14. Prekarisierung versus Absicherung von Pflegearbeit

14.1 Prekarisierung von Pflegearbeit

Die Art der Pflegearbeit (formell oder informell) sagt noch nichts über die Qualität der Entwicklung von Pflegearbeit aus. Um die Brücke zwischen In-/Formalisierungsprozessen und der qualitativen Entwicklung von Sorgearbeiten zu schlagen, wird die Prekarisierung bzw. umgekehrt: die Absicherung von formeller und informeller Pflegearbeit, in den Blick genommen. Diese Fokussierung liegt in Anbetracht der Zunahme atypischer, vom Normal- oder Standardarbeitsverhältnis abweichender Beschäftigungsformen, sowie des allgemeinen wohlfahrtsstaatlichen Ökonomisierungstrends nahe.

Unter Prekarisierung versteht man dabei einen vielschichtigen Prozess, der sowohl aus der Ausgestaltung von Beschäftigungsverhältnissen als auch aus veränderten Bedingungen innerhalb der Erwerbsarbeit resultieren kann und der auch Auswirkungen auf den Lebenszusammenhang hat. Zum einen nehmen Beschäftigungsverhältnisse zu, die von den Standards des Normalarbeitsverhältnisses abweichen. Dazu zählen Teilzeitarbeit, Arbeit auf Abruf, stundenweise Beschäftigung, Leiharbeit, befristete Beschäftigungsverhältnisse und Soloselbständigkeit. Diese atypischen Beschäftigungsverhältnisse können in mehrfacher Hinsicht prekär sein, wobei die betrachteten Dimensionen je nach Definition voneinander abweichen. Nach *Nicole Mayer-Ahuja* (2003, 51ff.) geht es in Bezug auf die Prekarität um die Unterschreitung von Standards, die sich am Normalarbeitsverhältnis orientieren, also die relative Benachteiligung von Beschäftigten in den drei folgenden Dimensionen: erstens den materiellen Standards, zweitens den rechtlichen Standards (Arbeits- und Sozialrecht; Tarifvertrag/Betriebsvereinbarung) und drittens den betrieblich-sozialen Integrationsstandards (Eingebundensein in kollegiale Strukturen; Repräsentanz durch betriebliche und gewerkschaftliche Interessensvertretung). Nach *Berndt Keller* und *Hartmut Seifert* (2007, 20f.) sind wichtige Kriterien für Prekarität erstens ein subsistenzsicherndes Einkommen, zweitens die Integration in die Systeme sozialer Sicherung, drittens Beschäftigungsstabilität und viertens die Beschäftigungsfähigkeit (im Sinne lebenslangen Lernens). Nach der Definition von *Alexandra*

Wagner und *Franziska Wiethold* (2009) ist dann von atypischer Beschäftigung zu sprechen, wenn Beschäftigungsverhältnisse in folgenden Dimensionen von der Norm abweichen: erstens Einkommen, zweitens soziale Absicherung, drittens Lebensplanung und viertens gesellschaftliche Integration. *Klaus Dörre* (2007, 290ff.) wiederum hat eine Typologie des „Prekariats" aufgestellt. Er spricht von der „Zone der Prekarität", die zwischen der „Zone der Integration" und der „Zone der Entkopplung" entstanden ist bzw. sich ausgebreitet hat. Die untersuchten Teilzeitbeschäftigten, Leiharbeiter/innen, befristet Beschäftigten und Niedriglohnbezieher/innen zeichnen sich durch die Ausübung „eine[r] Tätigkeit aus [...], die nicht dauerhaft oberhalb eines gesellschaftlich definierten kulturellen Minimums absichert und die daher die eigene Existenz permanent verwundbar macht." (Dörre 2007, 291)

Neben der Prekarisierung von Beschäftigungsverhältnissen zeigt sich die Prekarisierung auch innerhalb von Beschäftigungs- bzw. Normalarbeitsverhältnissen durch Veränderungen der Arbeitsorganisation, der Arbeitsinhalte und der Arbeitsbedingungen. Stichworte sind hier Arbeitsplatzunsicherheit, nichtexistenzsicherndes Vollzeiteinkommen, Arbeitsverdichtung sowie Entgrenzung von Erwerbsarbeit. Die Prekarisierung von Beschäftigungsverhältnissen und Erwerbsarbeit wirkt sich zum Dritten auch auf 'das restliche Leben' aus, v.a. auf die Planbarkeit, die gesellschaftliche Teilhabe und die Möglichkeiten einer selbstbestimmten Lebensführung. Unter dem Stichwort der „Reproduktionskrise" hat *Kerstin Jürgens* (2010) die Prekarisierung der Selbst-Reproduktion von Personen, die über die Vereinbarkeit von Beruf und Familie deutlich hinausgeht, beschrieben. Dabei geht es bei der prekären Selbstsorge um die institutionelle Überforderung von Menschen, die vielfach in Demotivation, Identitätskrisen, Erschöpfungszuständen und Krankheit endet (vgl. auch Jürgens 2011).

Es ist jedoch anzumerken, dass eine prekäre Beschäftigung nicht gleichzusetzen ist mit einer prekären Lebenslage. In Bezug auf das Ausmaß der Prekarität spielen die Haushaltslage und die Dauer der prekären Beschäftigung eine wichtige Rolle (vgl. Keller/Seifert 2007, 11). Da es hier jedoch nicht um die Erfassung prekärer Lebenssituationen einzelner Pflegender geht, sondern um die Erfassung von Prekarisierungstendenzen informeller und formeller Pflegearbeit, also um die Prozesse und Entwicklungen, die durch politische und unternehmerische Regulierungen hervorrufen werden, bleiben diese beiden Aspekte – Haushaltskontext und Lebenslaufperspektive – hier unberücksichtigt (vgl. Auth 2013, 413).

In Anlehnung an die dargestellten Prekarisierungsbegriffe und das Konzept der *Inclusive Citizenship* von *Knijn* und *Kremer* (1997), bei dem ebenfalls qualitative Aspekte von *Care* im Mittelpunkt stehen, wird hier unter Prekarisierung

von Pflegearbeit ein Prozess verstanden, der sich auf formelle und informelle Pflegearbeit gleichermaßen bezieht und fünf Dimensionen aufweist:

(1) Materielle Absicherung
In Bezug auf die professionelle Pflegearbeit werden die Höhe und die Entwicklung der Löhne im Verhältnis zur gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung in den Blick genommen. Im Hinblick auf die informelle Pflegearbeit geht es um die Höhe des Pflegegeldes und die Entwicklung in Richtung eines existenzsichernden Pflegegeldes.

(2) Soziale Absicherung
Diese Prekaritätsdimension bezieht sich bei den formell Pflegenden auf die Entwicklung von Beschäftigungsverhältnissen. Die Zunahme atypischer Beschäftigungsverhältnisse ist ein Hinweis auf zunehmende Prekarität, weil diese Beschäftigungsverhältnisse mit einer schlechteren sozialen Absicherung – zumindest im Alter und bei Arbeitslosigkeit – verbunden sind. Hinsichtlich der informell Pflegenden wird die soziale bzw. sozialversicherungsrechtliche Absicherung informeller Pflegearbeit im Sinne der (Art der) Integration in das soziale Sicherungssystem in den Blick genommen.

(3) Beschäftigungsstabilität
Hier wird bei den professionell Pflegenden überprüft, inwieweit befristete Beschäftigungsverhältnisse zugenommen haben. Im Hinblick auf die informell Pflegenden wird nicht die Pflegetätigkeit, sondern die Erwerbstätigkeit der Pflegenden in den Mittelpunkt gestellt. Es wird eruiert, inwieweit Maßnahmen der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege eingeführt wurden (z.B. Pflegezeiten und Anrechte auf kürzere Arbeitszeiten).

(4) Beschäftigungsfähigkeit
Bei dieser Prekaritätsdimension wird in Bezug auf die professionell Pflegenden der Grad der (Semi-)Professionalisierung (in Sinne einer Verberuflichung und einer Akademisierung) überprüft. Bei den informell Pflegenden ist die Aufrechterhaltung beruflicher Qualifikationen durch kurze Freistellungsregelungen bzw. die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zentral.

(5) Prekarität in der Pflegearbeit
Dies bezieht sich bei den formell Pflegenden auf die Entwicklung der Arbeitsbedingungen (gesundheitliche Belastungen, Arbeitsverdichtung etc.). Bei den

informell Pflegenden werden die Unterstützungen durch soziale Dienste und teilstationäre Versorgungsmöglichkeiten (Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege etc.) sowie andere Formen der Unterstützung und Entlastung von der Pflege in den Mittelpunkt gerückt.

In Bezug auf die formelle Pflegearbeit wird in den ersten vier Prekarisierungsdimensionen der Wandel der Struktur von Beschäftigungsverhältnissen in den Blick genommen. Die Prekarisierung von Beschäftigungsverhältnissen zeigt sich an der Unterschreitung oder Absenkung der in der Pflegebranche bestehenden Normalitätsstandards. Dies bezieht sich auf die materielle Absicherung (nichtexistenzsicherndes Einkommen), auf die sozial(versicherungsrechtlich)e Absicherung (fehlende oder defizitäre Integration in das soziale Sicherungssystem), auf die Beschäftigungsstabilität (unterbrochene Beschäftigung) sowie auf die Beschäftigungsfähigkeit. Die letzte Prekaritätsdimension bezieht sich auf die Prekarisierung innerhalb von Beschäftigungsverhältnissen durch Qualitätsverschlechterungen in Bezug auf die Arbeitsorganisation, die Arbeitsinhalte und die Arbeitsbedingungen. Arbeitsplatzunsicherheit, Arbeitsverdichtung und die Entgrenzung von Erwerbsarbeit sind Kennzeichen „prekäre[r] Normalarbeit" (Jürgens 2011, 380).

Tabelle 28: Prekarisierung oder verbesserte Absicherung in-/formeller Pflegearbeit (Analysekriterien)

	Formelle Pflegearbeit Entwicklung in Richtung ...	*Informelle Pflegearbeit* Entwicklung in Richtung ...
Materielle Absicherung	... Löhne unterhalb/oberhalb der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung	... existenzsicherndes/nichtexistenzsicherndes Pflegegeld
Soziale Absicherung	... Zunahme/Abnahme atypischer oder Standard-Beschäftigungsverhältnisse	... Integration in das soziale Sicherungssystem
Beschäftigungsstabilität	... Zunahme/Abnahme befristeter Beschäftigungsverhältnisse	... Verbesserung/Verschlechterung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege
Beschäftigungsfähigkeit	... Grad der Semi-Professionalisierung und Professionalisierung	.... kurze/lange Freistellungsregelungen, Verbesserung/Verschlechterung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege
Prekarität in der Pflegearbeit	.... Verbesserungen/Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen	... Zunahme/Abnahme von Unterstützungsleistungen für informell Pflegende

Beide Prozesse – Informalisierung und Formalisierung – können in zwei Varianten auftreten: sie können mit Prekarisierungsprozessen oder mit einer verbesserten Absicherung von formell und/oder informell Pflegenden einhergehen. Dabei wird davon ausgegangen, dass nicht nur die In-/Formalisierungsprozesse, sondern auch die Prekarisierung/Absicherung im Bereich der Pflegearbeit in hohem Maße von den pflegepolitischen Regulierungen beeinflusst wird.

Auf der Basis dieser von mir entwickelten Kriterien zur Analyse der Prekarisierung beruflicher und familiärer Pflegearbeit wird im Folgenden überprüft, welche Auswirkungen die Ökonomisierung der Pflege auf die Qualität der Pflegearbeit in den drei Ländern hat.

14.2 Berufliche Pflegearbeit

(1) Materielle Absicherung

In allen drei Ländern waren und sind die Löhne im Pflegebereich am unteren Ende der Lohnskala angesiedelt. Infolge der Privatisierung ist das Lohnniveau gesunken, weil in den privaten Diensten aufgrund der fehlenden Tarifbindung und einzelvertraglicher Regelungen niedrigere Löhne gezahlt werden als im Öffentlichen Dienst (Großbritannien) bzw. den daran angelehnten freigemeinnützigen Trägern (Deutschland). Diese Entwicklung ist v.a. in Großbritannien und Deutschland relevant, da hier mittlerweile ein hoher Anteil der Beschäftigten bei privaten Trägern beschäftigt ist. In Schweden arbeitet nach wie vor der Großteil der beruflich Pflegenden im öffentlichen Sektor und im Geltungsbereich eines Tarifvertrags. In Großbritannien ist der Mindestlohn für viele Beschäftigte in der Pflegebranche relevant. In Deutschland profitiert ein Teil der Pflegenden vom 2010 eingeführten Mindestlohn in der Pflege (vgl. Auth 2013, 415ff.; Eborall u.a. 2010, 109ff.; Landsorganisationen in Sverige 2005, 24; Oschmiansky 2013, 166).

Betrachtet man die Entwicklung der Löhne im Verhältnis zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, lässt sich für Deutschland eine unterdurchschnittliche Lohnentwicklung zeigen (vgl. Auth 2013, 415f.). Auch in Schweden liegt die Lohnentwicklung bei den Arbeiter/innen in der kommunalen Pflege unterhalb des gesamtgesellschaftlichen Durchschnitts (vgl. Landsorganisationen in Sverige 2005, 24). Für Großbritannien fehlen genauere Angaben, um die Lohnentwicklung im Pflegebereich mit der allgemeinen Lohnentwicklung zu vergleichen.

In Deutschland und in Schweden lässt sich demnach seit den pflegepolitischen Reformen der 1990er Jahre ein Prozess der Prekarisierung der materiellen Absicherung von beruflicher Pflegearbeit nachweisen.

(2) Soziale Absicherung

Das Niveau der sozialen Absicherung der beruflich Pflegenden hängt eng mit der Art des Beschäftigungsverhältnisses zusammen. Vollzeitbeschäftigungsverhältnisse gehen in der Regel mit höheren Ansprüchen auf Arbeitslosengeld oder Renten einher. Die Entwicklung der Beschäftigungsverhältnisse in der Pflegebrache zeigt, dass der Anteil atypischer Beschäftigungsverhältnisse verhältnismäßig hoch ist. So arbeitet ein Großteil der Beschäftigten in allen drei Ländern Teilzeit. In Großbritannien arbeiten im Jahr 2009 72% der Pflegenden in kommunalen Pflegeheimen und 77% der Beschäftigen sozialer Dienste Teilzeit (vgl. Eborall u.a. 2010, 54). In Deutschland arbeiten im Jahr 2013 in den ambulanten Diensten gut 70% der Beschäftigten auf Teilzeitbasis, in den Pflegeheimen liegt der Anteil bei ca. 62% (vgl. Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen; vgl. auch Auth 2013, 418). In Schweden sind im Jahr 2008 demgegenüber nur 36% der Beschäftigten auf Teilzeitbasis angestellt, also nur halb so viele wie in Großbritannien und Deutschland (vgl. Sveriges Kommuner och Landsting 2009, 4). In Deutschland sind insbesondere die geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse mit einem geringen Sicherungsniveau verknüpft, in Schweden die stundenweise Beschäftigungen und in Großbritannien die Persönlichen Assistent/innen.

Betrachtet man die Entwicklung seit den Pflegereformen zeigt sich, dass in Deutschland die Zahl der Vollzeitbeschäftigungsverhältnisse abgenommen hat. Zwischen dem Jahr 1999 und dem Jahr 2013 hat der Anteil der Vollzeitbeschäftigten bei den ambulanten Diensten von 31% auf 27% abgenommen, bei den Pflegeheimen von 48% auf 30%. Demgegenüber hat der Anteil der Teilzeitbeschäftigungen in Deutschland, v.a. in der Form langer Teilzeitarbeit, im selben Zeitraum deutlich zugenommen (vgl. Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen; vgl. auch Auth 2013, 418; Oschmiansky 2013, 204). Ganz anderes verlief die Entwicklung in Schweden. Hier nimmt der Anteil der Vollzeitbeschäftigten demgegenüber seit den 1980er Jahren zu. Der Anteil ist von 55% im Jahr 1987 auf 62% im Jahr 1997 und auf 64% im Jahr 2007 angestiegen (vgl. Oschmiansky 2013, 206). In Großbritannien ist v.a. die Zahl der Persönlichen Assistent/innen infolge der Einführung der Direktzahlungen bzw. Persönlichen Budgets angestiegen. In den Jahren 2006/07 erhielten 113.000 Personen Direktzahlungen. Im Jahr 2009 sind es bereits 263.000 Personen. Die Zahl hat sich demnach in wenigen Jahren mehr als verdoppelt. Der Anteil der Persönlichen Assistent/innen an allen Beschäftigten im Bereich der sozialen Dienste für Erwachsene liegt bei 15% (vgl. Eborall u.a. 2010, 32f.).

Aufgrund dieser Entwicklungen in Richtung atypischer Beschäftigungsverhältnisse hat sich das Niveau der sozialen Absicherung der Beschäftigten in

Deutschland und in Großbritannien verschlechtert. Die in der Pflegebranche dominierenden Teilzeitbeschäftigungen gehen meist nicht mit existenzsichernden Löhnen und Renten oberhalb der Armutsgrenze einher. Das gilt in noch höherem Maße für Mini-Jobs. In Schweden hat sich das Sicherungsniveau dagegen aufgrund der Zunahme sozialversicherungspflichtiger Vollzeitarbeit bei den beruflich Pflegenden verbessert. Aktuell ist der Anteil der Vollzeitbeschäftigten dort doppelt so hoch wie in den beiden anderen Ländern. Der Grad der Prekarität der sozialen Absicherung ist dementsprechend in Deutschland und Großbritannien deutlich höher als in Schweden. Zudem hat in Deutschland und Großbritannien ein Prozess der Prekarisierung der sozialen Absicherung stattgefunden, in Schweden dagegen hat sich die soziale Absicherung von beruflich Pflegenden durch die zunehmende Vollzeiterwerbstätigkeit verbessert.

(3) Beschäftigungsstabilität

Die Prekarisierungskategorie Beschäftigungsstabilität zielt auf die Erfassung von Planungssicherheit oder -unsicherheit. Diese erkennt man v.a. am Niveau und der Entwicklung befristeter Beschäftigungsverhältnisse. In Großbritannien sind Befristungen aufgrund des lockeren Kündigungsschutzes generell eher unüblich. Der weitaus größte Teil der Beschäftigten ist daher zwar unbefristet beschäftigt, kann aber relativ leicht gekündigt werden, so dass die Beschäftigungsstabilität trotzdem niedrig ist. In Großbritannien findet man dagegen in höherem Maße Leiharbeit und die Vermittlung von (Solo-)Selbständigen im Altenpflegebereich. In Schweden liegt der Anteil der befristeten Beschäftigungsverhältnisse in der Pflegebrache bei einem Fünftel (vgl. Oschmiansky 2013, 207f.). Dieser relativ hohe Anteil erklärt sich durch die generösen Freistellungsregelungen, die wiederum (als Schattenseite) die Einstellung befristeter Ersatzkräfte notwendig machen. In Deutschland liegt der Anteil der befristet Beschäftigten in der Pflegebranche zwischen einem Viertel (Altenpfleger/innen) und einem Drittel (Altenpflegehelfer/innen) (vgl. Bispinck u.a. 2012, 15). Er ist damit höher als in den beiden anderen Vergleichsländern.

Der Anteil der befristeten Beschäftigungsverhältnisse ist in Schweden zwischen dem Jahr 1987 und dem Jahr 1997 bei den Frauen von 14% auf 17% angestiegen. Zwischen dem Jahr 1997 und dem Jahr 2007 hat bei den Frauen erneut ein Anstieg auf 19,5% stattgefunden. Auch in Deutschland hat der Anteil der befristet Beschäftigten bei den Frauen zugenommen. Während er zwischen 1991 und 1997 relativ konstant bei 7% lag, ist er bis zum Jahr 1997 auf 9% angestiegen. Dasselbe gilt auf niedrigerem Niveau auch für die männlichen Beschäftigten in beiden Ländern (vgl. Oschmiansky 2013, 204ff.). In Bezug

auf die Entwicklung befristeter Beschäftigungsverhältnisse liegen für Großbritannien keine Daten vor.

Es lässt sich schlussfolgern, dass die Beschäftigungssicherheit in Großbritannien mit einem liberalen Beschäftigungsregime generell niedriger ist als in den beiden anderen Ländern. Dort wiederum weist ein Fünftel (Schweden) bis ein Drittel (Deutschland) der Beschäftigten in der Altenpflege kein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis auf. Die Prekarität der Beschäftigungssicherheit hat in Schweden und Deutschland seit den 1990er Jahren zugenommen, d.h., ein größerer Teil der Beschäftigten muss mit Unsicherheiten in Bezug auf die Kontinuität der Beschäftigung leben.

(4) Beschäftigungsfähigkeit

Die Beschäftigungsfähigkeit steigt mit den Grad der Qualifikation. Je qualifizierter ein Beschäftigter, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu werden. Daher wird im Folgenden untersucht, wie sich der Grad der Qualifizierung von Pflegehilfskräften und der Grad der Semi-Professionalisierung (im Sinne einer Verberuflichung) und der Professionalisierung (im Sinne einer Akademisierung) entwickelt hat.

In Deutschland ist der Grad der Semi-Professionalisierung aufgrund des spezifisch deutschen Ausbildungsgangs zum/r Altenpfleger/in sehr hoch. Im Jahr 2013 arbeiten laut Pflegestatistik 50% der Beschäftigen in ambulanten Pflegediensten und 32% der Beschäftigten in Pflegeheimen als Pflegefachkräfte (v.a. als Altenpfleger/innen, Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/innen). Zählt man die sonstigen pflege(helfe)rischen, sozialpädagogischen und hauswirtschaftlichen Qualifikationen hinzu, liegt die Quote der qualifizierten Beschäftigten bei 72% bzw. 56% (vgl. Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen). In Großbritannien liegt die Quote derjenigen mit einem *NVQ* Level 3 (Pflegefachkräfte) nach dem *Labour Force Survey* bei 32%. Zählt man diejenigen mit einem *NVQ* Level 2 (qualifizierte Pflegekräfte) dazu, liegt der Anteil der qualifizierten Beschäftigten in England im Jahr 2008 bei 54%. Hier ist einschränkend anzumerken, dass es sich um alle Beschäftigten im Erwachsenen-Pflegebereich handelt, nicht nur in der Altenpflege (vgl. Eborall u.a. 2010, 125). In Schweden weisen im Jahr 2008 67% der Beschäftigten in der Altenpflege eine pflegebezogene Gymnasialausbildung auf. Dies umfasst Pflegehelfer/innen und (Kranken-)Pflegeassistent/innen (vgl. Socialstyrelsen 2003, 51). Damit ist der Anteil der pflegerisch Qualifizierten aktuell in allen drei Ländern sehr hoch.

Was die Entwicklungsrichtung angeht, hat sich die semi-professionelle und sonstige qualifizierte Pflegearbeit in Deutschland ausgedehnt. Der Anteil der

Pflegefachkräfte ist zwischen 1999 und 2013 bei den ambulanten Diensten von 48% auf 50% angestiegen, in den Pflegeheimen von 31% auf 32% (vgl. Statistisches Bundesamt 2001; Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen). In Großbritannien lässt sich ebenfalls eine Semi-Professionalisierung und sonstigen Qualifizierung zeigen, allerdings ist der betrachtete Zeitraum deutlich geringer. Zwischen 2006 und 2008 ist der Anteil der Pflegefachkräfte *(NVQ Level* 3) von 16% auf 22% angestiegen. Zählt man den Anteil der qualifizierten Pflegeberufe *(NVQ Level* 2*)* hinzu, ergibt sich ein Anstieg von 48% auf 54% (vgl. Eborall u.a. 2010, 125). Auch in Schweden ist eine Zunahme der semi-professionellen und sonstigen qualifizierten Pflegearbeit von 56% im Jahr 2003 auf 67% im Jahr 2008 zu verzeichnen (vgl. Socialstyrelsen 2003, 51). In allen drei Ländern ist gleichzeitig der Anteil der Unqualifizierten bzw. Angelernten zurückgegangen. In England hat der Anteil der beruflich-angelernten Pflegekräfte von 41% im Jahr 2006 auf 33% im Jahr 2008 abgenommen (vgl. Eborall u.a. 2010, 125). In Deutschland ist der Anteil zwischen 1999 und 2013 in den Pflegeheimen von 49% auf 44% gesunken und in den ambulanten Diensten konstant bei 29% geblieben (vgl. Statistisches Bundesamt 2001; Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen), in Schweden hat der Anteil von 32% im Jahr 1990 auf 18% im Jahr 2001 abgenommen (vgl. Theobald 2004b, 181).

Betrachtet man den Anteil der Beschäftigten mit akademischen Abschlüssen im Pflegebereich, zeigt sich Folgendes: Der Grad der Professionalisierung ist aktuell in Schweden mit 15% im Jahr 2007 am höchsten (vgl. Socialstyrelsen 2009, 42), gefolgt von Großbritannien mit 13% im Jahr 2008 *(NVQ* Level 4 und höher) (vgl. Eborall u.a. 2010, 125, Zahlen für England). Der Professionalisierungsgrad liegt in Deutschland demgegenüber mit 0,3-0,4% im Jahr 2013 deutlich niedriger als in den beiden anderen Ländern (vgl. Statistisches Bundesamt 2015, eigene Berechnungen), v.a. weil die Ausbildung von Krankenpfleger/innen in Großbritannien und von Kranken- und Altenpfleger/innen in Schweden universitär erfolgt. Was die Entwicklungsrichtung angeht, steht Deutschland an der Spitze, was den Nachholbedarf deutlich macht. Seit 1999 hat der Anteil der professionell Pflegenden um 63% zugenommen (vgl. Statistisches Bundesamt 2001, 2013; vgl. auch Auth 2013, 417ff.). In Schweden hat demgegenüber der Anteil der professionell Pflegenden seit 2002 um vier Prozentpunkte zugenommen (vgl. Socialstyrelsen 2009, 42). In Großbritannien lässt sich bislang kein eindeutiger Trend ablesen, weil die Datengrundlage, das *National Minimum Data Set für Social Care (NMDS-SC)* erst 2005 entwickelt wurde. Es lässt sich lediglich etwas über die zahlenmäßige Entwicklung einiger Professionen bzw. der Anteile in einigen Bereichen sagen. So hat die Zahl der Sozialarbeiter/innen,

die im Bereich der Erwachsenenpflege der Kommunen arbeiten, zwischen 1999 und 2009 um 12% zugenommen. Die Zahl der Ergotherapeut/innen, die im selben Bereich arbeiten, hat ebenfalls zwischen 1999 und 2009 um 5% zugenommen. Der Anteil der Sozialarbeiter/innen und Ergotherapeut/innen an allen Beschäftigten der Erwachsenenpflege der Kommunen hat zwischen 1999 und 2009 von 9,1% auf 12,9% zugenommen (vgl. Eborall u.a. 2010, 58ff.). Aufgrund dieser Entwicklungen kann man tendenziell auch in Großbritannien von einem Professionalisierungstrend ausgehen.

Insgesamt ist die Quote der pflegerisch Qualifizierten in allen drei untersuchten Ländern hoch und ansteigend. Die Unterschiede bestehen darin, dass in Deutschland v.a. Pflegefachkräfte in der Grundpflege tätig sind, während diese Tätigkeiten in den beiden anderen Ländern in höherem Maße von Pflegehilfskräften ausgeführt werden. Demgegenüber ist der Anteil der Akademiker/innen in Schweden und Großbritannien deutlich höher als in Deutschland. Diese Pflegefachkräfte arbeiten allerdings eher in Leitungspositionen, nicht in der Grundpflege. In Bezug auf die Prekaritätsdimension Beschäftigungsfähigkeit ist demnach in allen drei Ländern eine deutliche Verbesserung im Sinne der Qualifizierung, (Semi-)Professionalisierung und Akademisierung zu beobachten.

(5) Prekarität in der beruflichen Pflegearbeit

Trotz des Professionalisierungstrends in allen drei Ländern sind die Arbeitsbedingungen in der Pflege generell sehr belastend. Zu den Belastungsfaktoren zählen der hohe Anteil an Schichtarbeit, die ungünstigen Arbeitszeiten, die körperlich anstrengende Arbeit und die psychischen Belastungen, die durch die Konfrontation mit Schmerz, Leiden und Sterben entstehen. Studien in allen drei Ländern zeigen, dass die Pflegereformen der 1990er Jahre zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen beigetragen haben (vgl. Land/Lewis 1998; Bäckmann 2001; Gustafsson/Szebehely 2005; Zimber 1998; Zimber u.a. 1999; Zellhuber 2003; Theobald u.a. 2013). Die Ökonomisierungsmaßnahmen haben ihre Spuren hinterlassen. In allen drei Ländern berichten die beruflich Pflegenden über Stress und Zeitmangel, Erschöpfungserscheinungen und Schmerzen sowie über Vereinbarkeitsschwierigkeiten – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß.

Ein weiteres deutliches Zeichen für schlechte Arbeitsbedingungen ist die hohe Fluktuation in den Pflegeberufen. Sie liegt in Großbritannien im Pflegebereich bei den privaten und freigemeinnützigen Trägern im Jahr 2009 bei 18%, bei den praktisch Pflegenden sogar bei 23%, d.h., innerhalb eines Jahres verlässt eine von vier Pflege(hilfs)kräften ihre Beschäftigung (vgl. Eborall u.a. 2010, 101). In Schweden ist die Fluktuationsrate dagegen eher niedrig. Hier beenden 7% der

beruflich Pflegenden innerhalb eines Jahres ihr Beschäftigungsverhältnis. In den 1990er Jahren lag der Anteil bei ca. 5%. Die Fluktuation ist demnach leicht angestiegen (vgl. Oschmiansky 2013, 215; vgl. Sveriges Kommuner och Landsting 2008, 92). In Deutschland gibt es keine amtlichen Daten zur Fluktuation in der Altenpflege. Hier denkt aber immerhin ein Fünftel der Beschäftigten in der Pflege über einen Berufsaustritt nach. Die durchschnittliche Berufserfahrung liegt nach einer Befragung von Beschäftigten in zehn Pflegeheimen bei 9,5 Jahren, die durchschnittliche Betriebszugehörigkeit in der befragten Einrichtung bei 4,8 Jahren (vgl. Zellhuber 2003, 212f.). Einer Untersuchung von *Joost* u.a. (2009) zufolge, die Kohorten beobachtet haben, ist die durchschnittliche Berufsdauer deutlich länger als bisher angenommen wurde (vgl. Joost u.a. 2009, 25ff.).

Es lässt sich schlussfolgern, dass die Prekarisierung der Arbeitsbedingungen in Deutschland und Großbritannien deutlich ausgeprägter vorhanden ist als in Schweden. Allerdings klagen auch dort die Beschäftigten über schlechte(re) Arbeitsbedingungen. Es sind v.a. die Personalengpässe infolge der Ökonomisierung, die die Arbeitsbelastungen in der Pflege vergrößert haben.

14.3 Familiäre Pflegearbeit

(1) Materielle Absicherung

In allen drei Ländern existieren Pflegegeldleistungen, die an Pflegebedürftige ausgezahlt werden. Es sind eher symbolische Leistungen, mit deren Hilfe die informell Pflegenden unterstützt werden sollen. Die Höhe der monatlichen Leistung beträgt in Großbritannien zwischen 280 Euro und 420 Euro, in Schweden zwischen 100 Euro und 520 Euro und in Deutschland zwischen 316 Euro und 901 Euro. Die Pflegegelder sind demnach nicht existenzsichernd (Ausnahme: bei einem hohen Pflegegrad in Deutschland) und setzen eine zusätzliche Erwerbstätigkeit oder weitere Haushaltseinkommen voraus. Einschränkend kommt hinzu, dass das Pflegegeld in Großbritannien auch zur Finanzierung von Sachleistungen verwendet werden kann. In Großbritannien wird allerdings noch die Beihilfe für Pflegende gezahlt, die als symbolische Lohnersatzleistung gedacht ist, wenn pflegebedingt die Erwerbstätigkeit eingeschränkt oder aufgegeben werden muss und Bedürftigkeit vorliegt. Die Leistung beträgt ca. 300 Euro im Monat.

Die britischen Geldleistungen an Pflegende sind älter als die Pflegereformen der 1990er Jahre. In diesem Bereich hat es seitdem keine strukturellen Veränderungen gegeben. In Schweden, wo die Leistungen ebenfalls bereits vor den Reformen der 1990er Jahre eingeführt wurden, handelt es sich bei dem Pflegegeld um eine kommunale Maßnahme, die mittlerweile von über der Hälfte

der Kommunen nicht mehr angeboten wird. Dasselbe gilt für das Pflegegehalt, das als einzige Leistung an Pflegende existenzsichernd ist. Diese Entwicklung kann man auf die engeren finanziellen Spielräume der Kommunen infolge der Pflegereformen und der wirtschaftlichen Entwicklung zurückführen. Zudem soll vor dem Hintergrund einer gut ausgebauten Pflegeinfrastruktur kein Anreiz zur häuslich-informellen Pflege (mehr) geboten werden. In Deutschland sind die Pflegegeldleistungen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre überhaupt erst eingeführt worden.

Materielle Prekarität im Sinne eines nicht-existenzsichernden Pflegegeldes ist demnach in allen drei Ländern gegeben, auch bei der Pflege Schwerstpflegebedürftiger. Die Pflegegeldleistungen sollen die informelle Pflegearbeit symbolisch anerkennen und würdigen. In Schweden wird die häusliche Pflege dagegen immer weniger materiell anerkannt, denn im Sinne des Zweiverdiener-Modells soll kein Anreiz zur Erwerbsunterbrechung (mehr) gegeben werden. Informelle Pflege soll in niedrigerem Stundenumfang vor und nach der Erwerbstätigkeit und am Wochenende geleistet werden. Anders verhält es sich in Großbritannien und Deutschland: Hier wird im Sinne des modernisierten Versorgermodells davon ausgegangen, dass das Pflegegeld als symbolischer Zuverdienst gewertet werden kann und die Pflegeperson durch eigene Teilzeitarbeit und/oder ein zweites (Vollzeit-)Haushaltseinkommen finanziell abgesichert ist. Zusammenfassend hat seit den Pflegereformen in Schweden ein Prozess der materiellen Prekarisierung informeller Pflegearbeit stattgefunden, während in Deutschland ein Prozess der besseren materiellen Absicherung vollzogen wurde. In Großbritannien blieben die Leistungen unverändert.

(2) Soziale Absicherung

Auch die soziale Absicherung informeller Pflegearbeit im Sinne der Integration in das soziale Sicherungssystem variiert zwischen den drei Ländern. In Großbritannien ist die Pflegeperson nicht sozial abgesichert, es sei denn, sie ist bedürftig und erhält die Beihilfe für Pflegende. In diesem Fall erfolgt die soziale Absicherung auf niedrigem Niveau. In Schweden ist die Pflegeperson ebenfalls nicht über die Pflegegeldzahlung sozial abgesichert, da davon ausgegangen wird, dass die soziale Absicherung über eine eigene Erwerbstätigkeit erfolgt. Längere pflegebedingte Erwerbsunterbrechungen oder gar die Erwerbsaufgabe sind nicht intendiert. Nur die (wenigen) Bezieher/innen eines Pflegegehaltes in Schweden sind entsprechend des Pflegeumfangs in das Sicherungssystem integriert. In Deutschland sind die häuslichen Pflegepersonen in die gesetzliche Unfall- und Rentenversicherung integriert, wenn auch auf niedrigem Niveau.

Die soziale Absicherung von informell Pflegenden ist demnach in allen drei Ländern als prekär einzustufen. Mit Ausnahme der Pflegegehalt-Bezieher/innen in Schweden sind informelle Pflegetätigkeiten demnach schlechter abgesichert als Erwerbstätigkeit. Die Entwicklungsrichtung ist in diesem Bereich dieselbe wie bei der materiellen Absicherung informeller Pflegearbeit.

(3)+(4) Beschäftigungsstabilität und Beschäftigungsfähigkeit

In Bezug auf die Beschäftigungsstabilität bzw. -kontinuität der häuslich Pflegenden werden die Maßnahmen der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, wie Pflegezeiten oder Rechtsansprüche auf Teilzeitarbeit, betrachtet, die eine kontinuierliche Erwerbstätigkeit gewährleisten sollen. Bei dem Kriterium der Beschäftigungsfähigkeit geht es um die Aufrechterhaltung beruflicher Qualifikationen durch kurze Freistellungsregelungen bzw. die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Da beide Kriterien eng verknüpft sind, werden sie hier zusammen verhandelt.

In Großbritannien besteht auf nationaler Ebene seit dem Jahr 1999 das Recht auf eine Erwerbsunterbrechung bei Eintritt einer unerwarteten und plötzlichen Situation, allerdings ohne Rechtsanspruch auf Teilzeitarbeit und ohne garantierte Lohnfortzahlung oder Lohnersatzleistung. In Schweden gibt es seit dem Jahr 1988 den Rechtsanspruch auf eine gut dreimonatige Freistellung oder Arbeitszeitreduzierung zur Sterbebegleitung. Während dieser Zeit wird eine Lohnersatzleistung gewährt. In Deutschland besteht erst seit dem Jahr 2008 ein Rechtsanspruch auf eine Erwerbsunterbrechung oder Arbeitszeitverkürzung zur Angehörigenpflege von bis zu einem halben Jahr. Seit dem Jahr 2015 wird zehn Tage lang eine Lohnersatzleistung gewährt (sog. kurzfristige Freistellung). Des Weiteren existiert seit dem Jahr 2012 die Familienpflegezeit. Dabei handelt es sich um die Möglichkeit einer unbezahlten Arbeitszeitreduzierung, über die auf Unternehmensseite entschieden wird. Seit 2015 besteht hier ein Rechtsanspruch auf diese Art von Arbeitszeitverkürzung.

Der Vergleich zeigt, dass es in Großbritannien nur eine relativ offen formulierte, den Unternehmen viel Spielraum gewährende Regelung zur Erwerbsunterbrechung zur häuslichen Pflege gibt. Während der Freistellung besteht zudem kein Lohnanspruch. In Deutschland werden zwar durch die Pflegezeit und die Familienpflegezeit umfangreiche Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege geboten inklusive eines Rechtsanspruchs und der Möglichkeit, Teilzeit zu arbeiten. Es wird allerdings nur zehn Tage lang eine Lohnersatzleistung gezahlt. In Schweden ist die Freistellung oder Arbeitszeitverkürzung zur Sterbebegleitung mit drei Monaten eher kurz und während dieser Zeit wird zudem eine Lohnersatzleistung gezahlt.

Die Ökonomisierung der Pflege geht mit verbesserten Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege einher, zumindest in Deutschland und Schweden. Allerdings ist in Deutschland und Großbritannien die materielle Absicherung während der Pflegefreistellungen prekär. In Schweden bleibt während der Pflegefreistellung die Beschäftigungsfähigkeit und -stabilität erhalten und die pflegebezogene Auszeit ist finanziell abgesichert.

(5) Prekarität in der häuslichen Pflegearbeit

In allen drei Ländern bestehen Unterstützungsleistungen durch soziale Dienste und teilstationäre Pflege. In Großbritannien besteht sogar seit dem Jahr 2000 ein Rechtsanspruch auf ein *Assessment* für häuslich Pflegende. Die Kommunen sind verpflichtet, soziale Dienste und Hilfen anzubieten, wenn die häusliche Pflege gefährdet ist. Die Maßnahmen reichen von Kurzzeitpflege über emotionale Unterstützungen bis hin zu Gutscheinen, mit denen sich die häuslich Pflegenden Hilfeleistungen selbst zusammenstellen können. Auch die Freiwilligenorganisationen sind in diesem Feld aktiv und bieten Dienste für die Pflegenden an. Studien zeigen allerdings, dass die Rechte der Pflegenden auf kommunaler Ebene nur schlecht umgesetzt werden. In Schweden sind die Unterstützungsleistungen komplett in der Hand der Kommunen, die allerdings verpflichtet sind, Maßnahmen anzubieten – was im Gegensatz zu Großbritannien auch passiert. Die Leistungen sind umfangreich, innovativ und werden als wichtiger angesehen als finanzielle Pflegegeldleistungen. Häuslich Pflegende können Kurzzeit- und Tagespflegeangebote in Anspruch nehmen, erhalten psychologische Beratung und Unterstützung sowie Erholungsangebote. Auch in Deutschland wurden im Rahmen der Pflegeversicherung Unterstützungsleistungen für häuslich Pflegende eingeführt und in der Folgezeit stetig erweitert. Es handelt sich um die Verhinderungspflege, die Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege sowie um Beratungsangebote.

In allen drei Ländern besteht demnach ein breites Angebot an Unterstützungsleistungen, das zudem kontinuierlich ausgebaut wurde. Lediglich die geringe Nutzung in Großbritannien fällt negativ auf. Die Ursachen für die Etablierung dieses Leistungsangebots sowie dessen Ausweitung sind zweigeteilt: Zum einen hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die häusliche Pflege anstrengend und belastend ist und dass pflegende Angehörige daher Unterstützung verdienen. Zum anderen wird mit den Maßnahmen das Ziel verfolgt, die häusliche Pflegebereitschaft aufrechtzuerhalten und zu stärken und Heimeinweisungen zu verhindern oder zumindest zeitlich hinauszuschieben – nicht nur, aber auch aus Kostengründen. Es zeigt sich daher, dass die Bedingungen der häuslichen Pflege verbessert wurden, trotz und wegen der Ökonomisierung der Pflege zugleich.

Tabelle 29: Prekarisierung oder verbesserte Absicherung in-/formeller Pflegearbeit in Großbritannien, Schweden und Deutschland

		Materielle Absicherung	*Soziale Absicherung*	*Beschäftigungsstabilität*	*Beschäftigungsfähigkeit*	*Prekarität in der Pflegearbeit*
Formelle Pflegearbeit	Großbritannien	Niedrige Löhne	Niedrige Vollzeitquote/ Abnahme der Vollzeit-Beschäftigungsverhältnisse	Niedrige Beschäftigungsstabilität; kaum Kündigungsschutz/ keine Veränderungen	Hohe Pflege(hilfs)kräftequote; mittlerer Grad an Professionalisierung/Verbesserungen der Beschäftigungsfähigkeit	Belastende Arbeitsbedingungen/ deutliche Verschlechterungen
	Schweden	Niedrige Löhne/ Unterdurchschnittliche Lohnentwicklung	Hohe Vollzeitquote/ Zunahme der Vollzeit-Beschäftigungsverhältnisse	Hoher Anteil an Befristungen/Zunahme befristeter Beschäftigungsverhältnisse	Hohe Pflege(hilfs)kräftequote; hoher Grad an Professionalisierung/Verbesserungen der Beschäftigungsfähigkeit	Belastende Arbeitsbedingungen/moderate Verschlechterungen
	Deutschland	Niedrige Löhne/ Unterdurchschnittliche Lohnentwicklung	Niedrige Vollzeitquote/ Abnahme der Vollzeit-Beschäftigungsverhältnisse	Hoher Anteil an Befristungen/Zunahme befristeter Beschäftigungsverhältnisse	Hohe Pflegefachkraftquote; niedriger Grad an Professionalisierung/Verbesserungen der Beschäftigungsfähigkeit	Belastende Arbeitsbedingungen/deutliche Verschlechterungen
Informelle Pflegearbeit	Großbritannien	Kein existenzsicherndes Pflegegeld/Leistungen unverändert	Keine soziale Absicherung (nur bei Pflegebeihilfezahlungen)/Leistungen unverändert	kurze Erwerbsunterbrechung ohne Lohnersatzleistung; keine Arbeitszeitverkürzung/moderat verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Pflege		Unterstützungsleistungen für häuslich Pflegende/Verbesserungen (allerdings Nutzungsdefizite)
	Schweden	Kein existenzsicherndes Pflegegeld/ schlechtere materielle Absicherung (weniger Personen)	Keine soziale Absicherung der Pflegeperson (nur bei Pflegegehalt)/schlechtere soziale Absicherung (weniger Personen)	Kurze Erwerbsunterbrechung o. Arbeitszeitverkürzung mit Lohnersatzleistung/deutlich verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Familie		Unterstützungsleistungen für häuslich Pflegende/ Verbesserungen
	Deutschland	Kaum existenzsicherndes Pflegegeld/ verbesserte materielle Absicherung	Niedrige soziale Absicherung der Pflegeperson/ verbesserte materielle Absicherung	kurze Erwerbsunterbrechung o. Arbeitszeitverkürzung; lange Arbeitszeitverkürzung; 10 Tage Lohnersatzleistung/verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Pflege		Unterstützungsleistungen für häuslich Pflegende/ Verbesserungen

Fazit

15. Wandel von *Care*-Regimen in Zeiten der Ökonomisierung

15.1 Ökonomisierung von Pflegearbeit im Kontext der Regimearrangements

Der Wandel von *Care*-Regimen – hier bezogen auf das Modell der Organisation von Pflege und Pflegearbeit – erfolgte trotz des Einflusses exogener Triebkräfte, wie der Globalisierung, des demographischen Wandels und veränderter Geschlechterrollen, im Kontext der jeweiligen nationalen Regimearrangements. Zusammenfassend lassen sich für die drei Länder folgende Entwicklungen nachzeichnen:

Infolge des *NHS and Community Care Act* hat sich die Organisation der Pflege(arbeit) in Großbritannien in vielerlei Hinsicht verändert, wobei der Wandel regimekonform erfolgte. Im Kontext des zentralisierten Einheitsstaates konnte die *Community-Care*-Reform unter der *Thatcher*-Regierung problemlos durchgeführt werden. Weder die Opposition noch andere politische oder gesellschaftliche Vetospieler konnten die Reform verhindern oder Kompromisse aushandeln. Vertreter/innen der wichtigsten Oppositionspartei, der *Labour Party*, kritisierten v.a. die mangelnden Ressourcen für die Kommunen sowie die fehlende Zweckbindung der Mittel, die massive Förderung privater Träger (gegenüber den bis dahin dominierenden öffentlichen sozialen Diensten und Einrichtungen), die mangelnden Rechte für Pflegebedürftige (als Konsument/innen) und für informell Pflegende sowie die soziale Unausgewogenheit der Reform.

Die Kernpunkte der *Community-Care*-Reform stellten die Konzentration der Pflegeverantwortung bei den Kommunen (De-Zentralisierung) und die Einführung von Quasi-Märkten durch die Förderung privater und freigemeinnütziger Träger dar. Diese Reformelemente, die mit der Einführung des Steuerungsmodus 'Wettbewerb' einhergingen, haben einen Wandel der Pflegelandschaft bewirkt. Es hat eine Ambulantisierung, eine Privatisierung sowie eine Informalisierung der Pflege stattgefunden – alles wohlfahrtsstaatliche Trends, die in der Tradition liberaler Wohlfahrtsstaatlichkeit stehen. Infolge des *Targeting of Services,* das die Kommunen aufgrund finanzieller Restriktionen praktizieren mussten, wurde das Bedürftigkeitsprüfungs-Modell, das die britische Pflegepolitik prägt,

weiter gestärkt. Öffentliche Leistungen in Form sozialer Dienste und stationärer Pflege erhalten seitdem nur diejenigen mit hohem pflegerischem Bedarf, die zudem finanziell bedürftig sind und über keine familiäre Pflegeunterstützung verfügen. Hier mischen sich Elemente eines traditionellen Geschlechtermodells, in dem die Frau für Sorgearbeiten zuständig ist (Steuerungsmodus 'Solidarität/Verpflichtung'), mit liberaler Wohlfahrtsstaatlichkeit. Im Bereich der Pflege stellte dies einen gleichstellungspolitischen Rückschritt dar, denn anders als in der Kinderbetreuung galt die Pflege durch soziale Dienste in Großbritannien als der Normalfall. Die Pflege durch die eigenen Kinder, insbesondere durch die Töchter, entsprach dagegen nicht den pflegekulturellen Vorstellungen, was man auch am britischen Unterhaltsrecht erkennen kann, das im Pflegefall keine Unterhaltsverpflichtungen von Kindern gegenüber ihren Eltern vorsieht.

Dennoch wurde die informelle Pflege schon früh unterstützt, was Großbritannien zu einem Land mit einem explizit-familialistischen *Care*-Regime macht. Hier wurden schon seit den 1970er Jahren Leistungen an Pflegebedürftige und auch an Pflegende gezahlt, d.h., die Übergänge zwischen formeller und informeller Pflege waren bereits vor der *Community-Care*-Reform fließend. Während die *Attendance Allowance*, das Pflegegeld, das an die Pflegebedürftigen gezahlt wird, erstaunlicherweise nicht bedürftigkeitsgeprüft ist, wird die *Invalid Care Allowance*, die heute *Carer's Allowance* heißt, nur bei Bedürftigkeit an die Pflegenden ausgezahlt. Auch diese symbolische Lohnersatzleistung passt sich gut in das residuale Wohlfahrtsstaatskonzept Großbritanniens ein. Mit beiden Leistungen wird die häusliche Pflege gestärkt und gefördert, wobei mit der *Attendance Allowance* sowohl soziale Dienste als auch informell Pflegende finanziert werden können. Mit der *Carer's Allowance* wird allein die informell pflegende Person unterstützt. Die Grundkonstruktionen beider Leistungen wurden bis heute beibehalten, und die Leistungen werden regelmäßig finanziell angepasst. Die Inanspruchnahme der informellen Pflegeleistungen steigt kontinuierlich an, was sowohl auf die Zunahme Pflegebedürftiger *(Attendance Allowance)* als auch auf den Anstieg informeller Pflege bzw. finanziell bedürftiger Pflegender *(Carer's Allowance)* hinweist. Auch die dienstleistungsbezogenen Unterstützungsleistungen für informell Pflegende, wie Kurzzeit- oder Tagespflege, sind im Laufe der Zeit weiter ausgebaut worden. Das Modell des expliziten Familialismus wurde dadurch jeoch eher gestärkt als überwunden bzw. in Richtung optionaler Familialismus weiterentwickelt.

Nicht nur die informelle, auch die formelle Pflegearbeit hat seit den 1990er Jahren zahlenmäßig zugenommen. Die Privatisierung der Pflegedienste und -heime, die mit einem niedrigeren gewerkschaftlichen Organisationsgrad einherging, hat sich dabei negativ auf die sowieso schon niedrigen Löhne, die schlechten

Arbeitsbedingungen und die hohe Fluktuation ausgewirkt. Diese Entwicklungen passen gut zum marktorientierten Beschäftigungssystem Großbritanniens. Lediglich der traditionell niedrige Qualifikationsgrad der beruflich Pflegenden konnte durch die Einführung nationaler Beschäftigungsstandards seit der Jahrtausendwende erhöht werden.

Infolge der *Community-Care*-Reform wurden nicht nur die privaten, sondern auch die freigemeinnützigen Träger sozialer Dienste und Pflegeheime gefördert. Da es in Großbritannien eine lange Tradition ehrenamtlicher Arbeit in Freiwilligenorganisationen gibt, hat die Zahl der ehrenamtlich Tätigen mit der Ausdehnung des Aktivitätsfeldes zugenommen. Das ehrenamtliche Engagement im sozialen und pflegerischen Bereich wurde und wird auch politisch unterstützt, zum einen aus partizipativen Gründen, zum anderen aufgrund von Kosteneinsparungen. Ehrenamtlich tätige Helfer/innen verringer(te)n die Kosten in den sozialen Diensten und in der stationären Pflege.

Eine Folge der niedrigen Löhne und der schlechten Arbeitsbedingungen in der beruflichen Pflege sowie der zunehmenden Frauenerwerbstätigkeit, die einen Wandel des Geschlechterregimes in Richtung Zweiverdiener-Modell in Gang gesetzt hat, ist auch die Zunahme transnationaler Pflegearbeit – allerdings nicht im häuslichen Bereich, sondern in der formellen Pflege. Migrant/innen arbeiten in Großbritannien v.a. in Pflegeheimen und sozialen Diensten. Kamen die migrantischen Pfleger/innen bis zur Einführung des Punktesystems v.a. über spezielle Arbeitserlaubnisse nach Großbritannien – hier zeigt sich das restriktive britische Migrationsregime –, so sind seit dem Inkrafttreten der Arbeitnehmerfreizügigkeit für die EU-Beitrittsländer im Jahr 2004 v.a. Migrant/innen aus Ost- und Mitteleuropa in der beruflichen Pflege tätig. Die irreguläre Pflege durch Migrant/innen in Privathaushalten ist dagegen kein typisch britisches Phänomen. Die geringe Bedeutung der (irregulär-)transnationalen Pflege in Privathaushalten hat u.a. mit der Einführung von Direktzahlungen und Persönlichen Budgets seit der Jahrtausendwende zu tun. Pflegebedürftige können die Geldleistungen dazu nutzen, soziale und Pflegedienstleistungen nach individuellem Bedarf zu erwerben. Damit entsteht eine neue Form der Pflegearbeit, die von der Beschäftigung von Verwandten, Freunden, vorher ehrenamtlich Pflegenden oder beruflich Pflegenden als Persönliche Assistent/innen bis hin zum stundenweisen Einkauf von Pflegedienstleistungen über *Care*-Agenturen reicht. Hiermit wurde die Formalisierung informeller Pflege vorangetrieben, die für immer mehr Pflegehaushalte attraktiv ist. Die Zunahme häuslich-formeller (statt irregulär-transnationaler) Pflege hat zudem auch kulturelle und finanzielle Gründe. Die häuslich-formelle Pflege ist zum einen aufgrund der Soziale-Dienste-Tradition Großbritanniens in der Pflege

(Community Care) gesellschaftlich akzeptiert und zum anderen aufgrund nicht vorhandener Qualifikationsanforderungen und niedriger Löhne finanzierbar. Die Ausdehnung prekärer Beschäftigungsverhältnisse an den Rändern der beruflichen Pflegearbeit ist die britische Antwort auf das pflegerische *Care*-Defizit. Die Nicht-Ausdehnung häuslich-irregulärer Pflege durch Migrant/innen ist weiterhin eine Folge der wenig restriktiven Berufsanerkennungspraxis in Großbritannien (verglichen z.B. mit Deutschland), was dazu führt, dass die berufliche Pflege für die Migrant/innen attraktiver ist als die häusliche Pflegearbeit.[72]

Zusammenfassend lässt sich für das britische Pflegemodell eine regimekonforme Weiterentwicklung aufzeigen. Die ökonomisch geprägte *Community-Care*-Reform mit den Hauptpfeilern De-Zentralisierung, Privatisierung und *Targeting of Services* hat eine Entwicklung in Richtung Informalisierung der Pflegearbeit ausgelöst, wobei gleichzeitig die Bedürftigkeitsorientierung in der Altenpflegepolitik beibehalten und gestärkt wurde.

Auch in Schweden hat sich die Organisation der Pflege infolge der *Ädel*-Reform deutlich verändert, wobei sich dieser Wandel nur teilweise im Kontext des nationalen Regimearrangements schlüssig erklären lässt. Die Reform wurde unter der Minderheitenregierung der Sozialdemokraten mit Unterstützung der Liberalen durchgeführt. Im Sinne einer Konsensdemokratie wurde ein *Remiss*-Verfahren durchgeführt, in dem alle relevanten politischen und gesellschaftlichen Akteure Stellung beziehen konnten. Die wichtigsten Kontroversen betrafen die Kompetenzverteilung zwischen Kommunen und Provinzen sowie das 'richtige' Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (Kosteneffizienz versus Konsument/innen-Souveränität). Da Schweden ein dezentraler Einheitsstaat mit einem Einkammersystem ist, konnte der Gesetzesentwurf nach der Kooperation mit den Liberalen problemlos im Parlament durchgesetzt werden. Es existieren außer dem Parlament keine Vetospieler in Schweden, die die Reform hätten behindern können. Die Oppositionsparteien formulierten zwar Einwände gegen das Gesetz, konnten die Verabschiedung aber nicht verhindern. Selbst die kurz darauf an die Macht gekommene Mitte-Rechts-Regierung akzeptierte die Reform und ergänzte sie durch die Zulassung privater Anbieter sozialer Dienste und Einrichtungen.

Das wichtigste Element der *Ädel*-Reform stellt die De-Zentralisierung dar, also die Kompetenzverlagerung im Bereich der Altenpflege auf die Kommunen. Auch wenn diese Reform oft als pflegepolitischer Pfadwechsel deklariert wurde,

72 Für diesen Hinweis danke ich Helma Lutz.

so passt die Richtung der Reform in gewisser Hinsicht gut zum schwedischen Wohlfahrtsstaat, der sich durch einen hohen Grad an Dezentralität und lokaler Autonomie auszeichnet, so dass auch von "welfare municipalities" (Trydegård/Thorslund 2010) gesprochen wird.

Die De-Zentralisierung hat bei den Kommunen zum einen – ähnlich wie in Großbritannien – einen Prozess der De-Institutionalisierung bzw. Ambulantisierung in Gang gesetzt, zum anderen die Mittelkonzentration auf die Bedürftigsten *(Targeting of Services)* bewirkt. Dadurch nahm der gut ausgebaute öffentliche Sektor mit sozialen Diensten in den 1990er Jahren Schaden: Weniger Ältere wurden versorgt und Personal wurde abgebaut. Infolgedessen wurde das Kernprinzip des sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaates, der Universalismus – hier: der universelle Zugang zu öffentlichen sozialen Diensten im Alter – deutlich geschwächt. Auch die Umverteilungswirkungen wurden eingeschränkt, denn es zeigte sich, dass in der Folge einkommensstärkere Haushalte in höherem Maße soziale Dienste zukauften, während in einkommensschwächeren Haushalten häufiger informelle Pflegearrangements gewählt wurden. Seit der Jahrtausendwende findet allerdings ein Umdenken statt und die sozialen Dienste werden – nicht zuletzt infolge der wirtschaftlichen Stabilisierung – wieder ausgebaut.

Folge des kommunalen *Targetings* und der De-Institutionalisierung war eine Informalisierung, denn die zunehmend häuslich versorgten Älteren benötigen Hilfen und Pflege, die ihnen nun vermehrt durch Angehörige gewährt wurden bzw. werden mussten. Der Steuerungsmodus 'Solidarität/Verpflichtung' wurde (re-)aktiviert. Diese Entwicklung steht im Widerspruch zum Geschlechterregime des Zweiverdiener-Modells, weil die (Vollzeit-)Erwerbstätigkeit der häufig weiblichen Pflegenden infolge der oftmals erzwungenen Übernahme der Pflegeverantwortung erschwert wurde. Auch der optionale Familialismus, zu dem das schwedische *Care*-Regime gezählt wird, zeigt sich brüchig, weil die informelle Pflege nur noch in geringem Maße durch eine Pflegegeldzahlung ermöglicht bzw. unterstützt wird. Dasselbe gilt auch für die Gewährung eines Pflegegehalts. Viele Kommunen haben diese beiden Leistungen eingeschränkt oder abgeschafft. Faktisch bedeutet dies, dass die Angehörigenpflege zunimmt, aber nicht mehr durch Geldleistungen unterstützt und anerkannt wird.

An diesen Auswirkungen der *Ädel*-Reform wird das Spannungsverhältnis zwischen nationalstaatlichem Universalismus und regionaler Autonomie deutlich, wobei letztere zwangsläufig zu Unterschieden im Versorgungsniveau führt. Weder das *Targeting of Services* noch die Informalisierung waren politisch intendiert, sondern stellen kommunale Reaktionen auf eine Situation knapper finanzieller Ressourcen dar. Erst nationalstaatliches Nachsteuern im Sinne von Mindest-

und Qualitätsstandards hat das kommunale Agieren begrenzt und ein weiteres Auseinanderdriften der Versorgungslagen verhindert.

Wie die Versorgung mit sozialen Diensten, so hat sich auch die Situation der Beschäftigten in der Pflege durch die *Ädel*-Reform zunächst verschlechtert. Die Lohnsteigerungen der sowieso schon niedrigen Löhne waren verhältnismäßig niedrig und auch die Arbeitsbedingungen haben sich verschlechtert. Die Pflegebranche befindet sich daher eher am Rande des inklusiven schwedischen Beschäftigungsregimes. Positiv ist allerdings hervorzuheben, dass sich die Qualifikationen der beruflich Pflegenden, die in Schweden lange Zeit sehr niedrig waren, verbessert haben. Der starke Dualismus zwischen den universitär ausgebildeten (Gruppen-)Leiter/innen und den zu großen Teilen un- oder geringqualifiziert in der direkten Pflege Beschäftigten konnte auf diese Weise zum Teil aufgebrochen werden. Zudem steigt die relativ hohe Vollzeitquote der Beschäftigten weiter stetig an. Seit der Jahrtausendwende zeichnet sich auch bezüglich der Arbeitsbedingungen eine Verbesserung ab, weil wieder mehr Personal eingestellt wird. Der Anteil privater Träger, also die Initiierung des Steuerungsmodus 'Wettbewerb', hat in Schweden bislang vergleichsweise moderate Auswirkungen. Erst im Zusammenhang mit den Steuerermäßigungen für zugekaufte Pflegedienstleistungen bei privaten Anbietern nimmt der Anteil privater Träger mittlerweile zu.

Die ehrenamtliche Pflege hatte und hat in Schweden nur eine geringe Bedeutung. Auch wenn sehr viele Schweden und Schwedinnen ehrenamtlich tätig sind, so gehört die Pflege doch nicht zu den Haupttätigkeitsfeldern des schwedischen Ehrenamts. Gleichwohl haben die Aktivitäten der Freiwilligenorganisationen im Bereich der Pflege zum einen eine lange Tradition, zum anderen haben sie infolge der politischen Förderung dieser kostengünstigen Variante der Pflege in den letzten Jahren zugenommen.

Dies gilt auch für die transnationale Pflege. Als inklusives Migrationsregime zeigte sich Schweden immer als offenes Land, das Migrant/innen aufnimmt und bereitwillig Integrationsmaßnahmen bereitstellt. Nach einer Phase des restriktiveren Umgangs mit Migrant/innen, die eine Folge der wirtschaftlichen Rezession in der ersten Hälfte der 1990er Jahre darstellt und v.a. Asylbewerber/innen traf, wird seit der Jahrtausendwende wieder eine aktive Arbeitsmigration betrieben, die auch Folgen für die schwedische Altenpflege hat. Dort arbeiten in zunehmendem Maße Migrant/innen, auch solche aus Nicht-EU-Ländern. Der schwedische Pfad stellt eine plausible Verknüpfung des Soziale-Dienste-Modells und des inklusiven Inkorporationsregimes dar. Migrant/innen treffen auf einen gut ausgebauten Dienstleistungssektor und auch die integrative Migrationspolitik schafft positive Anreize in Richtung beruflicher Pflegearbeit. Die transnationale Pflegearbeit in

Privathaushalten findet man dagegen in Schweden aufgrund des nach wie vor breiten Angebots an sozialen Diensten kaum.

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich die schwedische Pflegearbeit in zwei Phasen entwickelt hat. In den 1990er Jahren wurde die berufliche Pflege reduziert und die familiäre Pflege ausgedehnt. Die Ursache dieses Informalisierungsprozesses war das durch die *Ädel*-Reform, also durch die effizienzorientierte De-Zentralisierung ausgelöste kommunale *Targeting of Services*. Die Reform bedeutet eine Schwächung des universalistischen Wohlfahrtsstaates, des bis dato auf Wahlfreiheit basierenden *Care*-Regimes sowie des Zweiverdiener-Modells. Um die Jahrtausendwende wurde dieser nicht regimekonforme Trend wieder gestoppt. Seitdem nimmt die berufliche Pflege, inklusive der beruflich-transnationalen Pflege, wieder zu, wobei die familiäre Pflege bislang konstant hoch geblieben ist.

Wie in den beiden anderen Ländern, so veränderte auch in Deutschland die Einführung der sozialen Pflegeversicherung die Pflegeorganisation, die Pflegelandschaft und die Pflegearbeit in erheblichem Maße – und zwar weitgehend in Übereinstimmung mit dem nationalen Regimearrangement. Trotz eines Zweikammersystems, vieler Vetospieler und enormer inhaltlicher Kontroversen zwischen den Koalitionspartnern, der CDU/CSU und der FDP, einerseits sowie zwischen Koalition und Opposition, v.a. der SPD, andererseits, war es nach langen Debatten und Aushandlungsprozessen gelungen, einen Kompromiss auszuhandeln und eine neue Sozialversicherung zu etablieren. Die wichtigsten inhaltlichen Streitthemen, die in den zwei Vermittlungsverfahren zwischen Bundestag und Bundesrat verhandelt wurden, waren die Kompensation des Arbeitgeberbeitrags, die Finanzierung mittels eines Kapitaldeckungs- oder eines Umlageverfahrens, der Versichertenkreis (gesetzliche und/oder private Absicherung, Beitragsbemessungsgrenze) und die Leistungsausgestaltung (Grundsicherung oder Bedarfsdeckung).

Die zentralen Merkmale der sozialen Pflegeversicherung sind die Unterteilung in eine gesetzliche und eine private Versicherung, die Gewährung einer Grundabsicherung bei Pflegebedürftigkeit, die Etablierung einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik sowie die Gleichstellung privater mit freigemeinnützigen Trägern, wodurch ein Anbieterwettbewerb und der Steuerungsmodus 'Wettbewerb' initiiert wurden. Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde zwar im Bereich der Pflege ein völlig neuer Pfad eingeschlagen, aber dieser Pfad passt gut in das sozialversicherungsdominierte Institutionengefüge des konservativ-korporatistischen deutschen Wohlfahrtsstaates. Lediglich die Trägergleichstellung widerspricht der subsidiären Ausrichtung sozialer Dienste und Einrichtungen,

die den deutschen Wohlfahrtsstaat lange Zeit prägte. Infolge des Wettbewerbs um die Pflegebedürftigen haben sich die Trägerstrukturen im Rahmen der Zunahme pflegerischer Dienste und Einrichtungen seitdem deutlich verändert. Es hat eine Privatisierung der Pflegeinfrastruktur stattgefunden, die eher ein Kennzeichen liberaler Wohlfahrtsstaaten ist. Die freigemeinnützigen Träger haben enorme Marktanteile verloren und sich den privaten Trägern in vielerlei Hinsicht angepasst und angenähert: durch effizienzorientiertere, kostensensiblere Organisationsstrukturen, die für die Beschäftigten mit niedrigeren Löhnen, höheren Anteilen an Teilzeitarbeit und geringfügiger Beschäftigung sowie schlechteren Arbeitsbedingungen einhergingen. Im Kontext des dualistischen Beschäftigungsregimes stellt die gesamte Pflegebranche einen ausgehöhlten Kern dar, dessen breite Ränder sich durch ungeschützte, atypische und teilweise prekäre Beschäftigungsverhältnisse auszeichnen. Gleichzeitig – und im Widerspruch zu der Entwicklung von Löhnen und Beschäftigungsstrukturen – hat die soziale Pflegeversicherung eine Semi-Professionalisierung und eine Akademisierung bewirkt. Die Pflegefachkräfte wurden deutlich aufgewertet und tragen institutionell verankert ein hohes Maß an pflegerischer Verantwortung.

Nicht nur der Ausbau der beruflichen Pflegearbeit wurde forciert, auch die informelle Pflegearbeit wurde im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung unter dem Motto ‘ambulant vor stationär’ gefördert und gestärkt. Es bildete sich ein expliziter Familialismus heraus. Pflegebedürftige erhalten nicht nur Sachleistungen, sie können auch – stattdessen oder in Kombination damit – ein Pflegegeld beziehen. Dieses soll an die häusliche Pflegeperson weitergegeben werden, die zudem über die Pflegeversicherung unfall- und rentenrechtlich abgesichert ist. Die Einführung des Pflegegeldes wurde geschlechterpolitisch kontrovers diskutiert. Einerseits zementiert es das (modernisierte) männliche Versorgermodell, denn die Höhe des Pflegegeldes ist nicht existenzsichernd und setzt einen Hauptverdiener voraus. Gleichzeitig wird mit dieser Geldleistung im Sinne einer familialistischen *Care*-Politik informelle Pflegearbeit finanziell aufgewertet und stärker anerkannt. Erst in Kombination mit dem Ausbau ambulanter und (teil-)stationärer Strukturen kann aus dieser Förderung informeller Pflege der Weg hin zu mehr Wahlfreiheit beschritten werden. Das Pflegegeld wird zwar sehr häufig gewählt, aber im Zuge der zunehmenden Zahl an Pflegebedürftigen haben sich die Anteile verschoben, und die familiäre Pflegearbeit nimmt zugunsten formeller oder gemischter Pflegearrangements ab. Hier ist eine Annäherung an das schwedische Pflegemodell erkennbar.

Im Rahmen gemischter Pflegearrangements ist auch die ehrenamtliche Pflege relevant. Im internationalen Vergleich ist das ehrenamtliche Engagement

in Deutschland auf mittlerem Niveau anzusiedeln. Dennoch ist ehrenamtliches oder bürgerschaftliches Engagement für den deutschen Wohlfahrtsstaat prägend, insbesondere im Kontext der Wohlfahrtsverbände. Ein Schwerpunkt ehrenamtlichen Engagements, v.a. bei den Frauen, stellt der soziale Bereich dar. Pflegebedürftige werden häufig von Nachbarn oder Freunden unterstützt und auch in den Wohlfahrtsverbänden, v.a. in den kirchlichen, spielen ehrenamtliche Helfer/innen eine große Rolle. Dieses bürgerschaftliche Engagement wird zudem staatlich gefördert. Hier stehen derzeit insbesondere die 'jungen Alten' im Visier des (aktivierenden) Wohlfahrtsstaates.

Anders als in Großbritannien und Schweden, wo die Migrant/innen v.a. in der beruflichen Pflege verortet sind, ist in Deutschland das Modell der häuslich-migrantischen Pflege populär. Wenn es Familien nicht gelingt, ein zufriedenstellendes Pflegearrangement aufzubauen, z.B. wenn eine demenzielle Erkrankung vorliegt und eine 24-Stunden-Betreuung benötigt wird, die mit erheblichen privaten Zuzahlungen einhergeht, wird unter Umständen auf eine transnationale Betreuungs- und/oder Pflegekraft zurückgegriffen. Dass sich dieser Weg in Deutschland herausgebildet hat, hängt auch mit den Strukturen der Pflegeversicherung zusammen: der Gewährung lediglich einer Grundabsicherung und eines relativ unkontrollierten Pflegegeldes. Die semi-reguläre Variante transnationaler Pflegearbeit wird auf diese Weise toleriert, aber nicht aktiv öffentlich gefördert. Deutsche Frauen erhalten durch die migrantischen Pfleger/innen die Möglichkeit, zumindest ihre Rolle als Zuverdienerinnen einzunehmen, ohne das häusliche Pflegearrangement zu gefährden. Migrantische Pfleger/innen in deutschen Privathaushalten sind das Ergebnis des Zusammenwirkens des subsidiären Pflegemodells, des modernisierten Versorgermodells und des familialistischen *Care*-Regimes. Auch das restriktive Inkorporationsregime, das die Integration von Migrant/innen in den beruflichen Pflegesektor erschwert, trägt mit dazu bei, dass sich die Variante der Entsendung migrantischer Pfleger/innen als gängige Praxis etabliert hat. Es bestehen hier allerdings deutliche arbeitsrechtliche Grauzonen und Ausbeutungsstrukturen, die von staatlicher Seite geduldet werden. Aufgrund des Arbeitskräftemangels im Pflegebereich findet nun jedoch ein Umdenken statt, und ausländische Pflegekräfte werden aktiv angeworben. Auch die restriktive Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse im Pflegebereich, die mit dazu beigetragen hat, dass der Anteil beruflich pflegender Migrant/innen in Deutschland relativ niedrig ist, soll nun verändert werden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland zwar pflegepolitisches Neuland betreten wurde, diese Pflegezäsur aber gut zum nationalen Regimearrangement passt.

Tabelle 30: Vergleichende Gegenüberstellung der Pflegemodelle in Großbritannien, Schweden und Deutschland

	Großbritannien	*Schweden*	*Deutschland*
Organisationsebene	Dezentral organisiert (Rahmengesetzgebung: Nationalstaat; teilautonome Durchführung: Kommunen)	Dezentral organisiert (Rahmengesetzgebung: Nationalstaat; autonome Durchführung: Kommunen)	Zentral organisiert (Gesetzgebung SPV/PPV: Bund; Ausführungsebene und Pflegeinfrastruktur: Länder – im Zusammenwirken mit den Pflegekassen und den Kommunen)
Finanzierung	Steuern (nationale Ebene)	Steuern (v.a. kommunale Ebene)	Beiträge (Sozialversicherung)
Trägerstruktur	Öffentliche und (mittlerweile mehrheitlich) private und freigemeinnützige soziale Dienste; Heime meist private Träger oder Wohlfahrtsverbände	V.a. öffentliche soziale Dienste und Heime, moderater Anteil privater Träger	V.a. private und freigemeinnützige ambulante Dienste und Heime, kaum öffentliche Träger
Bedarfsprüfung	Pflegebedarfsprüfung durch die Kommunen (Zugang, Art und Höhe der Leistung)	Pflegebedarfsprüfung durch die Kommunen (Zugang, Art und Höhe der Leistung)	Pflegebedarfsprüfung durch den MDK (Einstufung in eine Pflegestufe bzw. einen Pflegegrad)
Bedürftigkeitsprüfung	Finanzielle Bedürftigkeitsprüfung bei Inanspruchnahme sozialer Dienste und Heime	Keine finanzielle Bedürftigkeitsprüfung/universelle Leistung	Keine finanzielle Bedürftigkeitsprüfung/Leistungen für alle Mitglieder der SPV/PPS
Zuzahlungen	Hohe Zuzahlungen	Geringe Zuzahlungen	Hohe Zuzahlungen (SPV/PPV sichert nur pflegerische Grundversorgung)
Pflegegeldleistungen	Pflegegeld (an Pflegebedürftige) Beihilfe für Pflegende (an Pflegende) Direktzahlungen (an Pflegebedürftige)	Pflegegeld (an Pflegebedürftige): kommunale Leistung Pflegegehalt (an Pflegende) Assistenz-Zuschuss (an Pflegebedürftige)	Pflegegeld (an Pflegebedürftige)
Gesundheitsversorgung	NHS	Provinzen	GKV/PKV

Lediglich die Entmachtung der Wohlfahrtsverbände durch die Gleichstellung mit den privaten Trägern ist nicht regimekonform erklärbar. Sie ist der Wettbewerbs- und Kostenorientierung der Reform geschuldet. Auch wenn die Reform mit diversen Ökonomisierungselementen einherging, so hat sie doch in erster Linie zu einer Besserstellung der Pflegebedürftigen geführt. Die Bedeutung der informellen Pflegearbeit nimmt seitdem ab, bleibt aber tragender Pfeiler deutscher Pflegearrangements.

15.2 Ökonomisierung der Pflege – Hybridisierung, In-/Formalisierung und *De-/Gendering* von Pflegearbeit

Der Vergleich der nationalen Pflegereformen hat gezeigt, dass die Ökonomisierung der Pflege in allen drei Ländern mit der Einführung effizienzorientierter Maßnahmen in der Organisation der Pflegeversorgung, der Vermarktlichung der Leistungserbringung und der Individualisierung pflegerischer Risiken einherging. In allen drei Ländern werden die Kosteneindämmung und die Effizienzorientierung als übergeordnete Ziele verfolgt. In Bezug auf die konkreten Ziele und die eingesetzten Mittel lassen sich sowohl divergente als auch konvergente Entwicklungen feststellen: Während in Großbritannien und Schweden sowohl die Ziele als auch die Mittel erstaunlich ähnlich sind („konvergente Konvergenzen"), bestehen zwischen diesen beiden Ländern und Deutschland eher „divergente Konvergenzen", weil sich die eingesetzten Mittel deutlich unterscheiden. Einzige Ausnahme bildet die Einführung der Trägerkonkurrenz mit dem Steuerungsmodus 'Wettbewerb', der alle drei Pflegereformen prägt.

Die Pflegereformen, die in allen drei Ländern mit Ökonomisierungselementen verknüpft waren, haben die Pflegearbeit massiv verändert. Die Pflegearbeitsformen haben sich ausdifferenziert. V.a. an den Rändern des Normal- oder Standardarbeitsverhältnisses sind neue Beschäftigungsformen entstanden oder haben zugenommen: in Großbritannien v.a. die Persönlichen Assistent/innen (entweder als Angestellte oder als Selbständige) und die Teilzeitbeschäftigung, in Schweden insbesondere die stundenweise Beschäftigung (Arbeit auf Abruf) und in Deutschland die Teilzeitbeschäftigung und die Mini-Jobs sowie die (semi-)reguläre transnationale Pflegearbeit. Durch die Ausdifferenzierung von Pflegearbeitsformen verwischt die Grenze zwischen formeller und informeller sowie zwischen bezahlter und unbezahlter Pflegearbeit mehr und mehr. Hybride Arbeitsformen zwischen dem formellen und dem informellen Bereich mit unterschiedlich hohen, aber oft nicht existenzsichernden Geldleistungen oder Entlohnungen bilden sich verstärkt heraus. Was für die informell Pflegenden meist mit einer Aufwertung

und besseren Absicherung der Pflegearbeit einhergeht, bedeutet für die beruflich Pflegenden oft eine zunehmende Prekarisierung der Arbeit (bezogen auf Löhne, Beschäftigungsstrukturen und Arbeitsbedingungen).

Die Ökonomisierung der Pflege hatte auch weitreichende Auswirkungen auf Prozesse der In-/Formalisierung der Pflege und auf die geschlechtliche Verteilung der häuslichen Pflegearbeit. Für die hier untersuchten Länder kann man bilanzieren, dass in Großbritannien seit den 1990er Jahren ein Informalisierungsprozess stattgefunden hat, der wiederum kaum Auswirkungen auf die geschlechtliche Verteilung der informellen Pflegearbeit hatte. Unterstützt wird die informelle Pflegearbeit hier durch Ehrenamtliche. Und die transnationale Pflegearbeit ist mittlerweile ein wichtiger Pfeiler der formellen Pflegearbeit geworden. In Schweden hat in diesem Zeitraum ebenfalls ein Informalisierungsprozess stattgefunden, der wiederum mit einer Umverteilung der häuslichen Pflege zuungunsten der Frauen und Töchter einherging *(Gendering)*. In beiden Ländern haben die konvergenten Entwicklungen, also die Ökonomisierungsprozesse in Richtung *Targeting of Services,* zu den Informalisierungsprozessen beigetragen. Seit der Jahrtausendwende hat in Schweden allerdings wieder ein Wandel in Richtung Formalisierung stattgefunden, d.h., die sozialen Dienste werden wieder in höherem Maße ausgebaut. Im Rahmen der formellen Pflegearbeit hat der Anteil migrantischer Pfleger/innen deutlich zugenommen. Noch gibt es keine Daten, die zeigen, ob sich infolge der Formalisierung (wieder) ein *Degendering* in Schweden abzeichnet. In Deutschland hat demgegenüber bereits in den 1990er Jahren ein Formalisierungsprozess begonnen, der bis heute anhält, allerdings war hier der häusliche Pflegeanteil vorher besonders hoch. Mit der Formalisierung ging auch eine stärkere Beteiligung der Männer, insbesondere der Söhne, einher. Demgegenüber ist der Anteil der beruflich pflegenden Migrant/innen – bislang noch – relativ niedrig. Ursache der Formalisierung und des daraus resultierenden *Degendering* sind v.a. die Gewährung ambulanter und stationärer Sachleistungen durch die soziale Pflegeversicherung. Die häusliche Pflege basiert in vergleichsweise hohem Maße auf häuslich-irregulärer oder zumindest semiregulärer transnationaler Pflegearbeit. Auch der Anteil ehrenamtlich Pflegender ist in Deutschland im Vergleich zu Schweden hoch.

Die Entwicklungen zeigen, dass die Ökonomisierung der Pflege sowohl mit Formalisierungs- als auch mit Informalisierungsprozessen einhergehen kann. Dabei führte die Formalisierung der Pflege zu einer geschlechtergerechteren Verteilung der Pflegearbeit, während umgekehrt Prozesse der Informalisierung mit einem gleichbleibendem oder steigendem Frauenanteil einhergingen.

Aus der deutschen und auch aus der schwedischen Entwicklung lässt sich weiter schlussfolgern, dass die Existenz und der Ausbau sozialer Dienste die informelle Pflegebereitschaft erhöhen, insbesondere bei erwerbstätigen Angehörigen und bei Männern bzw. Söhnen, die generell in geringerem Maße bereit sind, ihre Erwerbstätigkeit pflegebedingt zu unterbrechen oder gar aufzugeben. Dies zeigen auch die Daten der EUROFAMCARE-Studie, wonach insbesondere die Söhne und Töchter auf die Hilfe professioneller Pflegeangebote zurückgreifen. In Schweden nehmen 68% der Söhne und 55% der Töchter professionelle Hilfen in Anspruch, in Großbritannien sind es 55% der Söhne und 39% der Töchter, in Deutschland gut 40% der Söhne und der Töchter (vgl. Lüdecke u.a. 2006, 94f.). Auch *Wolfgang Keck* (2008), der anhand der *SHARE*-Daten den Zusammenhang zwischen sozialen Diensten für Pflegebedürftige und der familiären Pflegebereitschaft untersucht hat, stellt fest, dass es keinen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen der Ausstattung eines Landes mit sozialen Diensten und der häuslich-informellen Pflege durch die Kinder gibt. Das Vorhandensein sozialer Dienste führt nicht dazu, dass sich weniger Kinder an der Pflege ihrer Eltern beteiligen. Stattdessen zeigt sich, dass ein Zusammenhang zwischen sozialen Diensten und der Pflegeintensität besteht. In Ländern, die gut mit sozialen Diensten ausgestattet sind, beteiligen sich Kinder in einem geringeren zeitlichen Umfang an häuslich-informeller Pflege als in Ländern mit einer schlechten Ausstattung mit sozialen Diensten (vgl. auch Naiditch u.a. 2013, 58). Die *SHARE*-Daten zeigen auch, dass in Ländern mit einer guten Ausstattung an sozialen Diensten die Verteilung der häuslich-informellen Pflegearbeit zwischen den Geschlechtern ausgeglichener ist. Dänemark und Schweden weisen die niedrigsten Geschlechterungleichheiten auf, Italien, Spanien und Deutschland die höchsten.

15.3 Ökonomisierung der Pflege – Prekarisierung von Pflegearbeit

Die Analyse der Entwicklung der Beschäftigung im Pflegebereich entlang der verschiedenen Prekaritäts- und Prekarisierungsdimensionen zeigt deutlich, dass die pflegepolitischen Reformen der 1990er Jahre einerseits einen Prozess der Qualifizierung, Professionalisierung und Akademisierung in Gang gesetzt haben, gleichzeitig aber auch mit der Prekarisierung von Löhnen, sozialer Sicherheit, Beschäftigungsstrukturen und Arbeitsbedingungen einhergegangen sind. Die zunehmende Trägerkonkurrenz sowie die Einführung effizienzorientierter Maßnahmen haben zu schlechteren Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden geführt. In allen drei Ländern sind die Löhne im Pflegebereich niedrig und in Schweden und Deutschland auch unterdurchschnittlich

angestiegen. Die soziale Absicherung vieler beruflich Pflegender ist prekärer geworden, weil an den Rändern des Beschäftigungssystems atypische Beschäftigungsverhältnisse entstanden sind und/oder zugenommen haben: Teilzeitarbeit, geringfügige Beschäftigung, Arbeit auf Abruf, Leiharbeit und (Solo-)Selbständigkeit. Dies gilt in höherem Maße für Großbritannien und Deutschland, in geringerem Maße für Schweden, wo der Anteil der Vollzeitbeschäftigungsverhältnisse deutlich höher ist. Auch die Arbeitsbedingungen sind in Schweden im Vergleich zu den beiden anderen Ländern besser und die Fluktuationsrate dementsprechend niedriger, v.a. verglichen mit Großbritannien. Da der Anteil der privaten Pflegeunternehmen in Schweden deutlich niedriger ist als in den beiden anderen Ländern, kann vermutet werden, dass hier die Ursache der Prekarisierung beruflicher Pflegearbeit liegt. Der unaufhaltsame Aufstieg privater Träger in Großbritannien und Deutschland hatte negative Auswirkungen auf die Entwicklung von Löhnen, Beschäftigungsstrukturen und Arbeitsbedingungen in der professionellen Pflege. Der Anbieterwettbewerb wurde in dieser personalintensiven Branche in hohem Maße über die Senkung der Lohnkosten geführt. Dadurch haben sich die Arbeitsbedingungen, insbesondere die zeitlichen und körperlichen Belastungen der professionell Pflegenden, massiv verschlechtert.

Die Ökonomisierung der Pflege hat sich demgegenüber weitgehend positiv auf die informelle Pflege ausgewirkt. Zwar ist die materielle Absicherung durch die Pflegegeldleistungen nach wie vor nicht existenzsichernd und auch die soziale Absicherung der informell Pflegenden ist relativ niedrig; dafür wurden die dienstleistungsorientierten Unterstützungsleistungen für häuslich Pflegende ausgebaut, sei es in Form von Informations-, Beratungs-, Betreuungs- und Erholungsangeboten, die sich an die Pflegenden richten, sei es durch soziale Dienste für die Pflegebedürftigen (Kurzzeit-, Tages- Nacht- oder Verhinderungspflege). Letztere sollen den häuslich Pflegenden zeitliche Ressourcen zur Regeneration verschaffen. Zudem hat sich auch die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege durch die Einführung von Freistellungsmöglichkeiten verbessert. Trotz dieser gemeinsamen Tendenzen verfolgen die drei Länder unterschiedliche Strategien: Während Deutschland v.a. auf das Pflegegeld und die soziale Absicherung der häuslichen Pflegepersonen setzt, also eine materielle Informalisierungspolitik betreibt, dominieren in Schweden die Unterstützungsleistungen durch soziale Dienste, Beratungs- und Entlastungsangebote. Infolge der dominierenden Formalisierungspolitik, die durch Sachleistungen für informell Pflegende unterstützt wird, erhalten Angehörige keinen Anreiz zu pflegebedingten Erwerbsunterbrechungen, weder durch ein (großzügiges) Pflegegeld noch durch lange Freistellungsrege-

lungen. In Großbritannien wird – ähnlich wie in Deutschland – stärker die häusliche Pflege finanziell gefördert, wobei das Pflegegeld auch für ambulante Dienste ausgegeben werden kann und die Pflegebeihilfe nur bei Bedürftigkeit gewährt wird. Es handelt sich hier um eine bedürftigkeitsorientierte materielle Informalisierungspolitik.

15.4 Ökonomisierung der Pflege – Wandel von *Care*-Regimen in der Pflege

Die Ökonomisierung der Pflege hat die *Care*-Regime in der Pflege verändert. In Großbritannien wurde der Ausbau sozialer Dienste auf bedürftige Schwer(st)-pflegebedürftige fokussiert und die stationäre Pflege eingeschränkt. Infolge des Trägerwettbewerbs haben private Träger zugenommen. Die Löhne, Beschäftigungsstrukturen und Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden haben sich daraufhin verschlechtert. Der Anteil transnationaler formeller Pflegearbeit ist vergleichsweise hoch. Die Ökonomisierung, v.a. die Privatisierung der Pflege und das *Targeting of Services*, haben qualitativ zu einer Prekarisierung der beruflichen Pflegearbeit und quantitativ zu einer Informalisierung der Pflegearbeit geführt. Dabei wurden die Leistungen für die häuslich Pflegenden nicht abgebaut (materielle und soziale Absicherung), sondern stellenweise verbessert (Unterstützungsdienstleistungen). Es zeichnet sich also zusammenfassend ein Wandel des *Care*-Regimes in der Pflege in Richtung zunehmender, aber besser unterstützter informeller Pflegearbeit ab, die durch ehrenamtlich Pflegende unterstützt wird.

Das schwedische *Care*-Regime hat einen doppelten Wandel vollzogen. Zunächst ging die Ökonomisierung der Pflege – wie in Großbritannien – mit einer Informalisierung der Pflegearbeit einher. Seit der Jahrtausendwende werden die sozialen Dienste allerdings wieder ausgebaut. Beide Prozesse waren begleitet von der Qualifizierung, einer besseren Absicherung und – jüngst auch wieder – besseren Arbeitsbedingungen beruflich Pflegender. Lediglich die Löhne bleiben prekär. Auch deswegen spielen Migrant/innen eine wichtige Rolle im Niedriglohnsektor Pflege. Ehrenamtliche Pflegearbeit und häuslich-irreguläre transnationale Pflegearbeit sind dagegen keine Pfeiler schwedische Altenpflege-Arrangements. Im Bereich der informellen Pflege wurden einerseits die Pflegegeldleistungen von immer weniger Kommunen angeboten, während andererseits die sozialen Dienste zur Unterstützung der familiären Pflegearbeit weiter ausgebaut wurden. Aufgrund dieser Entwicklungen nähert sich das schwedische Altenpflegemodell

einer formalisierten Pflegeversorgung wieder an, wobei die Option der häuslichen Pflege nicht mehr in hohem Maße finanziell unterstützt wird. Häusliche Pflege soll im Rentenalter sowie außerhalb der Erwerbsarbeit stattfinden – d.h. vor und nach der Arbeit, am Wochenende und im Urlaub.

Auch das deutsche Pflegemodell hat sich infolge der Ökonomisierung der Pflege verändert. Der Formalisierungsprozess ging mit einer Qualifizierung, aber auch einer Prekarisierung der beruflichen Pflegearbeit einher, wobei Migrant/innen hier – im Vergleich zu den anderen beiden Ländern – eine untergeordnete Rolle spielen. Trotz Formalisierung ist die informelle Pflege in Deutschland dominierend, was auch politisch gefördert wird. Die familiäre Pflege wurde materiell und sozial aufgewertet und auch die Unterstützungsdienstleistungen und die Freistellungsregelungen haben zugenommen. Aufgrund des hohen Stellenwerts der Pflege 'in den eigenen vier Wänden' dient die semi- oder irreguläre Pflegearbeit durch Migrant/innen als Möglichkeit der Aufrechterhaltung häuslicher Pflegearrangements.

Die Studie hat gezeigt, dass sich *Care*-Regime anders darstellen, wenn man statt der üblichen Sorgearbeit gegenüber Kindern stärker auf den Bereich der Altenpflege blickt: In Großbritannien waren beide Bereich völlig unterschiedlich reguliert. Während die Kindererziehung bis zur Jahrtausendwende als Privatangelegenheit galt und weitgehend privat finanziert wurde, waren in der Altenpflege gut ausgebaute öffentliche Versorgungsstrukturen vorhanden. Nun nähern sich beide Bereiche an. Im Sinne einer investiven Sozialpolitik wird der Bereich der Kinderbetreuung ausgebaut (z.B. durch das *sure start programme)*, v.a. als bildungspolitische Maßnahme gegenüber sozial benachteiligten Kindern, wohingegen die Versorgungsstrukturen in der Altenpflege stärker privatisiert und informalisiert wurden. In Schweden waren beide Sorgearbeits-Bereiche, die Kinderbetreuung und die Altenpflege, vor den 1990er Jahren gut ausgebaut. In Folge der wirtschaftlichen Rezession der 1990er Jahre und der wohlfahrtsstaatlichen Restrukturierung kam es in beiden Bereichen zu Kürzungen, von denen die Kinderbetreuung allerdings stärker betroffen war als die Altenpflege. Aktuell können beide Bereiche als gut ausgebaut und qualitativ hochwertig betrachtet werden. In Deutschland hinken beide Bereiche der Sorgearbeit der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung hinterher, denn sie galten lange Zeit als familiäre Angelegenheit. Nun werden sie schrittweise ausgebaut, wobei der Bereich der Kinderbetreuung tonangebend ist. Im Rahmen der sog. 'nachhaltigen Familienpolitik' werden seit der Jahrtausendwende in hohem Maße Betreuungsplätze für Kleinkinder

geschaffen. Auch hier ist der Bezug zur investiven Sozialpolitik deutlich erkennbar. Im Verhältnis dazu ist der Ausbau der ambulanten Versorgungsstruktur in der Altenpflege noch wenig weit gediehen.

15.5 Das Recht auf *Care* und *Caring*

Blicken wir noch einmal auf das Eingangszitat von *Janet Finch* und *Dulcie Groves*: Ist es einem Land seit den 1990er Jahren gelungen, eine nicht-sexistische Form der Altenpflege zu etablieren? Oder sind zumindest in den drei Ländern Anzeichen erkennbar, wie das *Care*-Defizit, das infolge des gesellschaftlichen Alterungsprozesses in allen drei Ländern zunimmt, bewältigt werden kann, ohne die Sorgearbeit gegenüber den älteren Pflegebedürftigen allein zu einer weiblichen Angelegenheit werden zu lassen?

Negativ formuliert hat die Analyse der Pflegepolitik seit den 1990er Jahren ergeben, dass Ökonomisierungsprozesse und Kostenaspekte in allen drei Ländern dominierten. Gleichwohl können einige gleichstellungspolitisch positive Aspekte und Reformansätze aufgezeigt werden:

- Die relativ großzügige Gewährung sozialer Dienste fördert die informelle Pflegebereitschaft, wie die Entwicklung in Schweden zeigt. Wenn nicht erwartet wird, dass die Erwerbstätigkeit reduziert oder gar unterbrochen wird, lassen sich viele Jüngere – Männer wie Frauen – motivieren, Pflegeverantwortung für ihre Angehörigen zu übernehmen.
- Die Entwicklungen in Deutschland und zum Teil auch in Schweden zeigen, dass insbesondere die Beteiligung der Männer an der Altenpflege steigt, wenn sie Unterstützung durch soziale Dienste (IADLs) und durch ambulante Pflegedienste erhalten (ADLs).
- Kurze Freistellungsregelungen, wie in Deutschland (Pflegezeit) und in Schweden *(närståendepenning)* helfen, den Beginn oder das Ende der Pflegephase zu bewältigen, ohne die Beschäftigungsfähigkeit der informell Pflegenden zu gefährden. Lohnersatzleistungen (in Schweden für die gesamten drei Monate, in Deutschland für zehn Tage) sind notwendig, um die informell Pflegenden für diesen Zeitraum eigenständig materiell und sozial abzusichern.
- In allen drei Ländern werden die sachleistungsbezogenen Unterstützungsleistungen für informell Pflegende ausgebaut (Kurzzeit-, Verhinderungs-, Tages- und Nachtpflege sowie Beratungs-, Informations- und sonstige Entlastungsangebote). Diese Maßnahmen unterstützen die informell pflegenden Angehörigen bei der Bewältigung der häuslichen Pflege sowie bei der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege.

- Mit Hilfe eines fest institutionalisierten *Carer's Assessment*, wie es in Großbritannien und jüngst auch in Deutschland existiert, oder der kommunalen Verpflichtung zur Angehörigenunterstützung, wie in Schweden, können die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen im Pflegeprozess aufgezeigt und sichtbar gemacht werden. Wichtig ist allerdings im zweiten Schritt eine konsequente Erfüllung der vorgefundenen Bedarfe.
- Angehörigenverbände, wie *Carer's UK* oder *Anhörigrådet i Sverige*, sind wichtig, um die Interessen und Belange der informell Pflegenden in den öffentlichen Diskursen und im Rahmen von politischen Entscheidungsprozessen zu vertreten.
- Die Entwicklung in Großbritannien macht deutlich, dass es mit Hilfe kontrollierter persönlicher Pflegebudgets bzw. Direktzahlungen gelingen kann, sowohl die Konsument/innen-Souveränität zu stärken als auch die irreguläre oder semi-reguläre transnationale Pflegearbeit zu verhindern, wobei auf die Qualität der entstehenden Beschäftigungsverhältnisse in Privathaushalten geachtet werden muss.

An diese positiven Befunde gilt es anzuknüpfen, um *Care* als staatsbürgerschaftliches Recht zu verankern – auch aufgrund der Unabdingbarkeit dieser reproduktiven Tätigkeiten für das gesellschaftliche Überleben. Mit der staatsbürgerschaftlichen Relevanz von *Care* haben sich bereits einige Forscher/innen beschäftigt, an deren normative Modelle hier angeknüpft werden kann. Zu nennen ist hier erstens das Modell des optionalen Familialismus – und zwar in der entgeschlechtlichten *(de-gendered)* Variante – das von *Sigrid Leitner* (2003; 2013; vgl. auch Kap. 4.3) entwickelt wurde. Auch das Modell der *Inclusive Citizenship* von *Trudie Knijn* und *Monique Kremer* (1997) ist hier zu erwähnen, das sich – neben der Erwerbstätigkeit – zum einen auf das Recht zu pflegen und zu betreuen *("right to time to care"/"the right to give care")*, zum anderen auf das Recht, gepflegt und betreut zu werden *("the right to receive care")* bezieht. Wichtig ist hierbei zudem, dass *Care* keine moralische Verpflichtung sein dürfe *("choice not to provide care")* (vgl. Knijn/Kremer 1997, 332f.). Auch *Nancy Fraser* (1996), die sich als politische Theoretikerin mit dem Wohlfahrtsstaat aus einer Geschlechterperspektive auseinandersetzt, geht auf die Verknüpfung sozialer Rechte mit *Care* näher ein. Dem Modell der universellen Betreuungsarbeit zufolge wird *Care* zum einen *zwischen* Staat, Markt, Familie und Zivilgesellschaft (neu) verteilt, zum anderen aber auch *innerhalb* dieser Institutionen, v.a. nach Geschlecht, sozialer Klasse, Ethnizität und Alter. *Fraser* plädiert für eine Gesellschaft, in der es zur Lebensrealität der Staatsbürger/innen gehört,

Erwerbsarbeit, Betreuungsarbeit, zivilgesellschaftliches Engagement, politische Partizipation und auch Freizeit zu vereinbaren.

In Anlehnung an diese drei normativen Modelle umfasst die staatsbürgerschaftliche Verankerung von *Care* zwei umfassende Rechtsansprüche: das Recht auf *Caring* und das Recht auf *Care*.

(1) Das Recht auf Caring

Im Zentrum des Rechts auf *Caring* steht die Gewährleistung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege durch kürzere und flexiblere Arbeitszeiten sowie durch sachleistungsorientierte Unterstützungsleistungen für informell Pflegende. Auch Rechtsansprüche auf Freistellungen von der Erwerbsarbeit gehören zur Vereinbarkeitspolitik; sie sollten allerdings eher kurz sowie materiell und sozial abgesichert sein. Lange Freistellungen sowie Pflegegeldleistungen helfen zwar den informell Pflegenden, sie zementieren aber die geschlechtsspezifische Zuweisung von Pflegearbeit an Frauen. Um eine geschlechtergerechte Verteilung der informellen Pflegearbeit zu fördern, ist daher insbesondere die Möglichkeit der Aufrechterhaltung der Erwerbstätigkeit wichtig. Frauen werden dadurch vor materieller Abhängigkeit und Armut (im Alter) geschützt. Und Männer beteiligen sich v.a. dann an der Pflegearbeit, wenn sie – im Sinne gemischter Pflegearrangements – durch soziale (Pflege-)Dienste, ehrenamtliche Helfer/innen sowie weitere informelle Pflegende (Angehörige, Freunde oder Nachbarn) unterstützt werden. Die Ambivalenz existenzsichernder Pflegegeldleistungen ist nur im Kontext einer pflegeübergreifenden Gleichstellungspolitik sinnvoll überwindbar. Diese muss so ausgestaltet sein, dass alle Erwerbstätigen auch Sorgearbeit leisten können. Diese Art der Anerkennung und Aufwertung von Sorgearbeit macht allerdings die Umstrukturierung des Erwerbsarbeitssektors insgesamt notwendig.

(2) Das Recht auf Care

Das Recht auf *Care* bezieht sich auf eine qualitativ hochwertige, weitgehend öffentlich finanzierte und den Wünschen der Pflegebedürftigen entsprechende Versorgung im Sinne von Konsument/innen-Souveränität, Autonomie und Selbstbestimmung. Das bedeutet, dass der Zugang zu den pflegerischen Versorgungsangeboten universell sein muss und nur mit geringen Zuzahlungen einhergehen darf. Auf diese Weise kann die soziale Ungleichheit pflegerischer Versorgungslagen im Alter abgebaut bzw. verhindert werden. Auch das Recht von Angehörigen, *nicht* zu pflegen, wird mit einer gut ausgebauten Infrastruktur berücksichtigt. Diese umfasst soziale und pflegerische Dienste sowie stationäre Einrichtungen und neue Wohnformen für Ältere, mit Hilfe derer die starre

Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung aufgebrochen werden kann. Eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung erfordert dabei notwendigerweise auch die bessere Anerkennung und Aufwertung beruflicher Pflegearbeit durch eine höhere Bezahlung, durch Beschäftigungsstrukturen, die sich am Normal- oder Standardarbeitsverhältnis orientieren, sowie durch bessere Arbeitsbedingungen, die eine würdevolle Pflege überhaupt erst ermöglichen.

Mit der staatsbürgerschaftlichen Verankerung des Rechts auf *Care* und *Caring* käme man der *Care*-Utopie von *Finch* und *Groves* ein gutes Stück näher – die Ökonomisierungsprozesse in der Pflege haben allerdings gezeigt, dass diese *Care*-Utopie nicht konfliktfrei zu erreichen sein wird.

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Das Konzept der *Social Care*	58
Tabelle 2:	Theoretische Ansätze der Arbeit und ihre Anwendung	76
Tabelle 3:	Altersstruktur der Bevölkerung in Großbritannien, Schweden und Deutschland 1990 und 2010 (in %)	87
Tabelle 4:	Entwicklung der Frauenerwerbsquote in Großbritannien, Schweden und Deutschland (Jahresdurchschnitte, 15-64 Jahre, in %)	88
Tabelle 5:	Erwerbsmuster von Eltern in Paarhaushalten mit Kindern in Großbritannien, Schweden und Deutschland, 2011, in %	89
Tabelle 6:	Länderspezifische Regimezuordnungen	92
Tabelle 7:	Der Gesetzgebungsprozess des *NHS and Community Care Act* in Großbritannien	140
Tabelle 8:	Materielle Leistungen an Pflegende und Pflegebedürftige in Großbritannien	182
Tabelle 9:	Geschätzte Zahl an Beschäftigen in unterschiedlichen Arten von Beschäftigungen in der stationären und ambulanten Altenpflege in England, 2009, nach Trägertypen	191
Tabelle 10:	Der Gesetzgebungsprozess der *Ädel*-Reform in Schweden	216
Tabelle 11:	Materielle Leistungen an Pflegende und Pflegebedürftige in Schweden	246
Tabelle 12:	Der Gesetzgebungsprozess der Einführung der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland	286
Tabelle 13:	Entwicklung der Trägerstrukturen in der ambulanten und stationären Pflege in Deutschland (1999 und 2013)	315
Tabelle 14:	Materielle Leistungen an Pflegebedürftige in Deutschland	322
Tabelle 15:	Ökonomisierungsprozesse in Großbritannien, Schweden und Deutschland im Vergleich	364
Tabelle 16:	Ökonomisierungsprozesse und neue Steuerungsformen in der Pflege in Großbritannien, Schweden und Deutschland	365
Tabelle 17:	Entwicklung der öffentlichen Pflegeausgaben in Großbritannien, Schweden und Deutschland in % des BIP	366
Tabelle 18:	Konvergenz- und Divergenzprozesse in Folge der pflegepolitischen Reformen der 1990er Jahre in Großbritannien, Schweden und Deutschland	372
Tabelle 19:	Anteil der über 65-Jährigen, die öffentlich geförderte soziale (Pflege-)Dienste und Pflegeheime in Großbritannien, Schweden und Deutschland in Anspruch nehmen (in %)	401

Tabelle 20: Anteil der über 65-Jährigen, die in Großbritannien, Schweden und Deutschland Pflegegeldleistungen beziehen (in %) 402
Tabelle 21: Anteil der häuslich Pflegenden in Großbritannien an der Gesamtbevölkerung nach Geschlecht sowie Subgruppen *(GHS/GLS)*, in % 405
Tabelle 22: Pflege über 75-Jähriger in Schweden, die zuhause wohnen und die hilfe- oder pflegebedürftig sind; nach Haushaltstypen (1994 und 2000) 410
Tabelle 23: Geschlecht der Angehörigen und der Kinder, die ältere alleinlebende und pflegebedürftige Angehörige in Schweden pflegen (1994 und 2000) 411
Tabelle 24: Pflege und Hilfe über 65-Jähriger in Schweden, die zuhause leben; nach Grad der Pflegebedürftigkeit (1988/98 und 2004/05) 412
Tabelle 25: Informell-helfende Arbeiter/innen in Schweden 1992, 1998, 2005 und 2009 nach Geschlecht; Anteil an der Bevölkerung (16–74 Jahre), in % 413
Tabelle 26: Pflegebedürftige in Deutschland nach Art der Versorgung (1999 und 2013) 416
Tabelle 27: Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person in Deutschland 1998 und 2010 (in %) (Basis: Hauptpflegepersonen Pflegebedürftiger in Privathaushalten) 417
Tabelle 28: Prekarisierung oder verbesserte Absicherung in-/formeller Pflegearbeit (Analysekriterien) 423
Tabelle 29: Prekarisierung oder verbesserte Absicherung in-/formeller Pflegearbeit in Großbritannien, Schweden und Deutschland 434
Tabelle 30: Vergleichende Gegenüberstellung der Pflegemodelle in Großbritannien, Schweden und Deutschland 445

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Pflegearbeit im Kontext des institutionellen Regimearrangements 48

Abbildung 2: Aktivitäten und Beziehungen von Pflegearbeit 67

Abbildung 3: Das Analysekonzept zur Untersuchung des Wandels der Regulierung von Pflegearbeit 81

Abbildung 4: Ausdifferenzierung von Pflegearbeit nach Grad der Formalisierung und Höhe der Bezahlung 389

Abbildung 5: Hybride der Pflegearbeit zwischen formeller und informeller sowie zwischen bezahlter und unbezahlter Pflegearbeit 390

Verzeichnis der Abkürzungen

ADL	*Activities of daily living;* Aktivitäten des täglichen Lebens
ADSS	*Association of Dirctors of Social Services*, Vertretung der *Social Services Departments* innerhalb der Kommunen
AVaP	Arbeitgeberverband ambulanter Pflegedienste
AVR	Arbeitsvertragsrichtlinien
AWO	Arbeiterwohlfahrt
AZG	Arbeitszeitgesetz
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
BDA	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
BDI	Bundesverband der Deutschen Industrie
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMA	*British Medical Association*, britischer Berufsverband und Gewerkschaft der Ärzte und Ärztinnen
BPA	Bundesverband der privaten Alten- und Pflegeheime
BR	Bundesrat
BT	Bundestag
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DH	*Department of Health;* britisches Gesundheitsministerium
DIHT	Deutscher Industrie- und Handelstag
DLT	Deutscher Landkreistag
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DST	Deutscher Städtetag
DStGB	Deutscher Städte- und Gemeindebund
COHSE	*Confederation of Health Service Employees*, britische Gewerkschaft der Beschäftigen des *NHS*
DAG	Deutsche Angestellten-Gewerkschaft (heute: ver.di)
DV	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
GHS	*General Household Survey*; repräsentative Befragung in Großbritannien (bis 2008)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GLS	*Generel Lifestyle Survey*; repräsentative Befragung in Großbritannien (seit 2008)
GMB	*General, Municipal, Boilermakers und Allied Trade Union,* britische Gewerkschaft

GSCC	*General Social Care Council*; britische Behörde für die Regulierung und Qualitätssicherung der Professionen im Bereich Gesundheit, Psychologie und soziale Arbeit (heute: *Health and Care Professions Council)*
HPAD	*Hemma på* äldre *da'r;* schwedische Befragung von Älteren
EU	Europäische Union
IADL	*Instrumental Activities of daily living*; instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
ICA	*Invalid Care Allowance*, britische Beihilfe für Pflegende (seit 2003: *Carer's Allowance)*
ILO	*International Labour Organization*
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KFO	*Kommunala företagarnas samorganisation*; schwedischer Arbeitgeberverband kommunaler Unternehmen
LO	*Landsorganisationen i Sverige*; Dachverband der Arbeiter-Gewerkschaften in Schweden
LASS	*Lagen om Assistansersättning;* Assistenzzuschuss für Schwerbehinderte (Nationalstaat) in Schweden
LSS	*Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade*; Assistenzzuschuss für Schwerbehinderte (Kommunen) in Schweden
MB	Marburger Bund
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
NALGO	*National Association of Local Government Officers*, britische Gewerkschaft der kommunalen Angestellten des Öffentlichen Dienstes
NCVO	*National Council for Voluntary Organisations*, britischer Dachverband vieler Wohlfahrtsverbände
NGG	Gewerkschaft Nahrung – Genuss – Gaststätten
NHS	*National Health Service,* Nationaler Gesundheitsdienst
NOPWC	*National Old People's Welfare Committee*, britischer Wohlfahrtsverband, heute: *Age Concern*
NUPE	*National Union for Public Employees*, britische Gewerkschaft für Angestellte im Öffentlichen Dienst
NVQ	*National Vocational Qualifications*, nationale Befähigungsnachweise (Großbritannien)
OECD	*Organisation for Economic Co-operation and Development,* Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖTV	Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Tranport und Verkehr (heute: ver.di)
PflegeVG	Pflegeversicherungsgesetz
PKV	Private Krankenversicherung

PPV	Private Pflegeversicherung
QCF	*Qualifications and Credit Framework;* modularisiertes System der nationalen Befähigungsnachweise (Großbritannien)
SAP	*Sveriges socialdemokratiska arbetareparti/Socialdemokraterna;* sozialdemokratische Partei Schwedens
SCIE	*Social Care Institute for Excellence*; britisches Institut, das für die Verbreitung von *Good Practice*-Modellen zuständig ist
SEK	Schwedische Kronen
SGB	Sozialgesetzbuch
SHARE	*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe;* länderübergreifende Befragung von über 50-Jährigen
SKL	*Sveriges Kommuner och Landsting*; Verband der Kommunen und Provinzen in Schweden
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SSD	*Social Services Departments;* Abteilung für soziale Dienste (Großbritannien)
SSI	*Social Services Inspectorate*, Aufsichtsbehörde für soziale Dienste in Großbritannien
TCO	*Tjänstemännens Centralorganisationen i Sverige,* Zentralorganisation der Angestellten, Dachverband der Angestellten-Gewerkschaften in Schweden
TFR	*Total Fertility Rate,* zusammengefasste Geburtenziffer
TVöD	Tarifvertrag des Öffentlichen Dienstes
UNISON	Britische Gewerkschaft für den Öffentlichen Dienst
WHO	*World Health Organization*, Weltgesundheitsorganisation
WRVS	*Women's Royal Voluntary Service*, britischer Wohlfahrtsverband
ZDH	Zentralverband des Deutschen Handwerks

Währungen: Umrechnungskurse

Alle Geldwerte werden in Euro angegeben. Dabei wird folgender Kurs (Stand: 14.12.2014) zugrunde gelegt:

1 Euro	=	£ 0,79
	=	9,40 SEK
	=	1,96 DM
£ 1	=	1,26 Euro
1 SEK	=	0,11 Euro

Literatur

Abromeit, Heidrun/Stoiber, Michael, 2006: *Demokratien im Vergleich*. Einführung in die vergleichende Analyse politischer Systeme. Wiesbaden.

Afentakis, Anja/Maier, Tobias, 2014: *Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010*. Wirtschaft und Statistik, 173–180.

Aiken, Mike, 2010: *Taking the Long View: Conceptualizing the Challenges Facing UK Third Sector Organizations in the Social and Welfare Field*. In: Evers, Adalbert/Zimmer, Annette (Hg.): Third sector organizations facing turbulent environments. Sports, culture and social services in five European countries. Baden-Baden, 295–315.

Alber, Jens, 1982: *Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat*. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa. Frankfurt/M., New York.

–, 1995: *A framework for the comparative study of social services*. Journal of European Social Policy. 5. Jg. Heft 2, 131–149.

Alber, Jens/Kohler, Ulrich, 2004: *Health and care in an enlarged Europe*. Luxembourg.

Anderssen, Grazyna/Karlberg, Ingvar, 2000: *Integrated care for the elderly*. The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. International Journal of Integrated Care. 1. Jg. Heft 1, 1–10.

Andersson, Katarina, 2013: *Freedom of choice in Swedish public care of the elderly: a care-worker perspective on the challenges of care and care work*. In: Gunnarsson, Åsa (Hg.): Tracing the women-friendly welfare state. Gendered politics of everyday life in Sweden. Gothenburg, 170–189.

Angenendt, Steffen, 2008: *Irreguläre Migration: Begriffe, Konzepte und Entwicklungstrends*. http://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/bevoelkerungsdynamik/faktoren/irregulaere-migration.html (Download: 25.11.2014).

Anttonen, Anneli/Baldock, John/Sipilä, Jorma (Hg.), 2003: *The Young, the Old and the State: Social Care Systems in Five Industrial Nations*. Cheltenham, UK, Northampton, Mass.

Anttonen, Anneli/Sipilä, Jorma, 1996: *European Social Care Services: Is it possible to identify Models?* Journal of European Social Policy. 6. Jg. Heft 2, 87–100.

–, 2005: *Comparative approaches to social care: diversity in care production modes*. In: Pfau-Effinger, Birgit/Geissler, Birgit (Hg.): Care and social integration in European societies. Bristol, UK, 115–134.

Anttonen, Anneli/Sipilä, Jorma/Baldock, John, 2003: *Patterns of Social Care in Five Industrial Societies: Explaining Diversity*. In: Anttonen, Anneli/Baldock, John/Sipilä, Jorma (Hg.): The Young, the Old and the State: Social Care Systems in Five Industrial Nations. Cheltenham, UK, Northampton, Mass., 167–197.

Anxo, Dominique/Niklasson, Harald, 2009: *The Swedish Model: Revival after the Turbulent 1990s?* In: Bosch, Gerhard/Lehndorff, Steffen/Rubery, Jill (Hg.): European Employment Models in Flux. A comparison of institutional change in nine European Countries. Basingstoke, UK, New York, 81–104.

Apitzsch, Ursula/Schmidbaur, Marianne, 2011: *Care, Migration und Geschlechtergerechtigkeit*. Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament". 61. Jg. Heft 37/38, 43–49.

Arbeitgeberverband AWO, o. J.: *Willkommen beim Arbeitgeberverband AWO Deutschland e.V.* http://www.agv-awo.de/(Download: 09.12.2014).

Arber, Sara/Ginn, Jay, 1991: *Gender and Later Life: A Sociological Analysis of Resources and Constraints*. London, Los Angeles.

Arksey, Hilary, 2002: *Rationed Care: Assessing the Support Needs of Informal Carers in English Social Services Authorities*. Journal of Social Policy. 31. Jg. Heft 1, 81–101.

Ärzteblatt, 2012: *Häusliche Pflege in Deutschland auf Kosten von osteuropäischen Familien*. http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/50579 (Download: 30.11.2014).

Audit Commission, 2004: *Support for carers of older people: Independence and Well-being 5*.

Aulenbacher, Brigitte/Dammayr, Maria (Hg.), 2014: *Für sich und andere sorgen*. Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft. Weinheim, Basel.

Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard (Hg.), 2014: *Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime*. Baden-Baden.

Auth, Diana, 2002a: *Sicher – sicherer – versichert? Die Rentenpolitik der rot-grünen Regierung.* In: Eicker-Wolf, Kai (Hg.): „Deutschland auf den Weg gebracht". Rotgrüne Wirtschafts- und Sozialpolitik zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Marburg, 279–311.

–, 2002b: *Wandel im Schneckentempo*. Arbeitszeitpolitik und Geschlechtergleichheit im deutschen Wohlfahrtsstaat. Opladen.

–, 2006: *Wohlfahrtsstaat, Geschlechterverhältnis und Pflegearbeit*. In: Degener, Ursula/Rosenzweig, Beate (Hg.): Die Neuverhandlung sozialer Gerechtigkeit. Feministische Analysen und Perspektiven. Wiesbaden, 341–358.

–, 2009: *Die „neuen Alten" im Visier des aktivierenden Wohlfahrtsstaates. Geschlechtsspezifische Implikationen des produktiven Alter(n)s*. In: van Dyk, Silke/Lessenich, Stephan (Hg.): Die jungen Alten. Analysen einer neuen Sozialfigur. Frankfurt/M., New York, 296–315.

–, 2012: *Betreuungsgeld und Familienpflegezeit: Mehr Wahlfreiheit und bessere Vereinbarkeit?* femina politica. 21. Jg. Heft 1, 135–140.

–, 2013: *Ökonomisierung von Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit*. WSI-Mitteilungen. 66. Jg. Heft 6, 412–422.

Auth, Diana/Dierkes, Mirjam, 2015: *Söhne in der Angehörigenpflege – Charakteristika, Ressourcen und Unterstützungsbedarfe im betrieblichen Kontext*. In: Meier-Gräwe, Uta (Hg.): Caring, cooking, cleaning. Gleichstellungs- und beschäftigungspolitische Perspektiven haushaltsnaher Dienstleistungen. Wiesbaden.

Auth, Diana/Holland-Cunz, Barbara, 2007: *Grenzen der Bevölkerungspolitik*. Strategien und Diskurse demographischer Steuerung. Opladen.

Auth, Diana/Langfeldt, Bettina, 2007: *Re-Familialisierung durch Arbeitslosengeld II?* In: Niekant, Renate/Rudolph, Clarissa (Hg.): Hartz IV – Zwischenbilanz und Pers-

pektiven. Erfahrungsberichte, Analysen und Bewertung der bisherigen Umsetzung. Münster, 135–155.

Auth, Diana/Leiber, Simone/Leitner, Sigrid, 2011: *Sozialpolitik als Instrument der Geschlechtergerechtigkeit*. Zeitschrift für Gruppendynamik und Organisationsberatung (Themenschwerpunkt). 42. Jg. Heft 2, 151–162.

Auth, Diana/Leitner, Sigrid/Klenner, Christina, 2015: *Neue Sorgekonflikte: Die Zumutungen des Adult worker model*. In: Völker, Susanne/Amacker, Michèle (Hg.): Prekarisierungen. Arbeit, Sorge und Inklusion. Weinheim, Basel.

Backes, Gertrud M./Höltge, Jacqueline, 2008: *Überlegungen zur Bedeutung ehrenamtlichen Engagements im Alter.* In: Erlinghagen, Marcel/Hank, Karsten (Hg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. Wiesbaden, 277–299.

Bäckmann, Olof, 2001: *Med välfärdsstaten som arbetsgivare – arbetsmiljön och dess konsekvenser inom välfärdstjänsteområdet på 1990-talet*. In: Statens offentliga utredningar (Hg.): Väldfördstjänster i omvandling. Stockholm, 189–238.

Bahle, Thomas, 1995: *Familienpolitik in Westeuropa*. Ursprünge und Wandel im internationalen Vergleich. Frankfurt/M., New York.

Baldock, John, 2003a: *On being a Welfare Consumer in a Consumer Society*. Social Policy and Society. 2. Jg. Heft 1, 65–71.

–, 2003b: *Social Care in the United Kingdom: A Pattern of Discretionary Social Administration*. In: Anttonen, Anneli/Baldock, John/Sipilä, Jorma (Hg.): The Young, the Old and the State: Social Care Systems in Five Industrial Nations. Cheltenham, UK, Northampton, Mass., 109–141.

Baldwin, Sally, 1994: *The Need for Care in Later Life: Social protection for older people and family caregivers*. In: Baldwin, Sally/Falkingham, Jane (Hg.): Social security and social change: new challenges to the Beveridge model. New York, London, 180–195.

Balluseck, Hilde von, 1980: *Die Pflege alter Menschen*. Institutionen, Arbeitsfelder und Berufe. Berlin.

Bandelow, Nils C., 2004: *Governance im Gesundheitswesen: Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung*. In: Lange, Stefan/Schimank, Uwe (Hg.): Governance und gesellschaftliche Integration. Wiesbaden, 89–107.

Becker-Schmidt, Regina, 2011: *„Verwahrloste Fürsorge" – ein Krisenherd gesellschaftlicher Reproduktion*. Zivilisationskritische Anmerkungen zur ökonomischen, sozialstaatlichen und sozialkulturellen Vernachlässigung von Praxen im Feld „care work". Gender. 3. Jg. Heft 3, 9–23.

Bednárik, Rastislav/Di Santo, Patrizia/Leichsenring, Kai, 2013: *The 'Care Gap' and Migrant Carers*. In: Leichsenring, Kai/Billings, Jenny/Nies, Henk (Hg.): Long-term care in Europe. Improving policy and practice. Basingstoke, UK, New York, 213–231.

Behning, Ute, 1999: *Zum Wandel der Geschlechterrepräsentationen in der Sozialpolitik*. Ein policy-analytischer Vergleich der Politikprozesse zum österreichischen Bundespflegegeldgesetz und zum bundesdeutschen Pflege-Versicherungsgesetz. Opladen.

Benz, Arthur, 1998: *Mehrebenenverflechtung in der Europäischen Union*. In: Jachtenfuchs, Markus/Kohler-Koch, Beate (Hg.): Europäische Integration. Opladen, 318–351.

– (Hg.), 2010: *Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen*. Eine Einführung. Wiesbaden.

Benz, Arthur/Dose, Nicolai, 2010: *Governance – Modebegriff oder nützliches sozialwissenschaftliches Konzept?* In: Benz, Arthur (Hg.): Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung. Wiesbaden, 13–36.

Bernitz, Hedvig L./Bernitz, Henrik, 2006: *Sweden*. In: Bauböck, Rainer/Ersboll, Eva/Groenendijk, Kees/Waldrauch, Harald (Hg.): Acquisition and Loss of Nationality. Policies and Trends in 15 European States. Volume 2: Country Analyses. Amsterdam, 517–549.

Bettio, Francesca/Plantenga, Janneke, 2004: *Comparing care regimes in Europe*. Feminist Economics. 10. Jg. Heft 1, 85–113.

Betzelt, Sigrid, 2007: *„Gender-Regimes": Ein ertragreiches Konzept für die komparative Forschung.* Literaturstudie. SOEB-Arbeitspapier 2007-1. http://www.soeb.de/img/content/arbeitspapier1_gender.pdf (Download: 11.10.2010).

Beyer, Jürgen, 2005: *Pfadabhängigkeit ist nicht gleich Pfadabhängigkeit!* Wider den impliziten Konservatismus eines gängigen Konzepts. Zeitschrift für Soziologie. 34. Jg. Heft 1, 5–21.

BHSB, 2013: *Verschärfung im Entsenderecht drängt Arbeitskräfte in die Schwarzarbeit*. http://www.bhsb.de/presse/veroeffentlichungen/559-verschaerfung-im-entsenderecht-.html (Download: 30.11.2014).

Biggs, Simon, 1990: *Consumers, case management and inspection: obscuring social deprivation and need?* Critical Social Policy. 10. Jg. Heft 30, 23–38.

Birsl, Ursula/Bitzan, Renate/Solé, Carlota/Parella, Sònia/Alarcón, Amado/Schmidt, Juliane/French, Stephan, 2003: *Migration und Interkulturalität in Großbritannien, Deutschland und Spanien*. Fallstudien aus der Arbeitswelt. Opladen.

Bischoff, Claudia, 1992: *Frauen in der Krankenpflege*. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt/M., New York.

Bispinck, Reinhard, 2014: *Tarifpolitischer Jahresbericht 2013*. Reale Tarifsteigerung und Anhebung von Niedriglöhnen. Düsseldorf. http://www.boeckler.de/wsi-tarifarchiv_5371.htm?produkt=HBS-005731&chunk=1&jahr= (Download: 09.12.2014).

Bispinck, Reinhard/Dribbusch, Holger/Öz, Fikret/Stoll, Evelyn, 2012: *Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank*.

Björnberg, Ulla, 2004: *Sind Zwei-Verdiener-Familien „partnerschaftliche" Familien? Sozialpolitik und Geschlechtergleichheit in schwedischen Familien*. In: Leitner, Sigrid/Ostner, Ilona/Schratzenstaller, Margit (Hg.): Wohlfahrtsstaat und Geschlechterverhältnis im Umbruch. Was kommt nach dem Ernährermodell? Wiesbaden, 356–380.

Blinkert, Baldo/Klie, Thomas, 2000: *Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität*. Sozialer Fortschritt. 49. Jg. Heft 10, 237–245.

Blome, Agnes/Keck, Wolfgang/Alber, Jens, 2008: *Generationenbeziehungen im Wohlfahrtsstaat*. Lebensbedingungen und Einstellungen von Altersgruppen im internationalen Vergleich. Wiesbaden.

Blumenthal, Julia von, 2009: *Das Kopftuch in der Landesgesetzgebung*. Governance im Bundesstaat zwischen Unitarisierung und Föderalisierung. Baden-Baden.

BMAS, 2014: *Mindestlohn in der Pflege steigt*. https://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/pflegemindestlohn-steigt.html (Download: 09.12.2014).

BMFSFJ, 2004: *Erwartungen an einen familienfreundlichen Betrieb*. Erste Auswertung einer repräsentativen Befragung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit Kindern oder Pflegeausgaben. http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=18034.html (Download: 30.11.2014).

–, 2005: *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin. http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=78114.html (Download: 06.12.2014).

–, 2008: *Dossier Familienunterstützende Dienstleistungen – Förderung haushaltsnaher Dienstleistungsstruktur*. Berlin. http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/haushaltsnahe-dienstleistung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf. (Download: 15.11.2014).

–, 2010a: *Eine neue Kultur des Alterns – Altersbilder in der Gesellschaft. Erkenntnisse und Empfehlungen des Sechsten Altenberichts*. Berlin. http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=166356.html (Download: 06.12.2014).

–, 2010b: *Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009 – Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004-2009*. Berlin. http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=165004.htmlals (Download: 06.12.2014).

–, 2011: *Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht*. BT-Drs. 17/6240. Berlin.

–, 2013: *Die wesentlichen Inhalte des Altenpflegegesetzes*. http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=31080.html (Download: 08.12.2014).

–, 2014: *Kabinett beschließt Gesetzentwurf zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf*. http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=210178.html (Download: 07.11.2014).

BMG, 2008: *Das bringt die Pflegereform 2008*.

–, 2011: *Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. http://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege/pflegeversicherung/pflegeberichte.html (Download: 30.11.2014).

–, 2014a: *Das erste Pflegestärkungsgesetz*. http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html (Download: 04.12.2014).

–, 2014b: *Ehrenamtliches Engagement*. http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/e/ehrenamtliches-engagement.html (Download: 06.12.2014).

–, 2016a: *Das Zweite Pflegestärkungsgesetz*. http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-ii.html (Download: 31.05.2016).

–, 2016b: *Gesetzentwurf zur Reform der Pflegeberufe in 1. Lesung im Bundestag*. http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/pflegeberufsgesetz-1-lesung-bt.html (Download: 31.05.2016).

BMI/BMAF, 2010: *Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung*. Migrationsbericht 2008. http://www.bamf.de/DE/DasBAMF/Forschung/Ergebnisse/Migrationsberichte/migrationsberichte-node.html?gtp=1663594_unnamed%253D2 (Download: 30.11.2014).

–, 2014: *Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung*. Migrationsbericht 2012. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2012.html?nn=1663558 (Download: 30.11.2014).

Bode, Ingo, 2005: *Einbettung und Kontingenz. Wohlfahrtsmärkte und ihre Effekte im Spiegel der neueren Wirtschaftssoziologie*. Zeitschrift für Soziologie. 34. Jg. Heft 4, 250–269.

–, 2007: *Wohlfahrt*. In: Benz, Arthur (Hg.): Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder. Wiesbaden, 401–412.

–, 2008: *The Culture of Welfare Markets. The international recasting of pension and care systems*. London, New York.

Bollinger, Heinrich/Gerlach, Anke/Grewe, Annette, 2006: *Die Professionalisierung der Pflege zwischen Traum und Wirklichkeit*. In: Pundt, Johanne (Hg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern, 76–92.

Böning, Marta/Steffen, Margret/ver.di, 2014: *Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten*. Problemstellungen und politische Herausforderungen. http://gesundheit-soziales.verdi.de/branchen/altenpflege/++co++be05ff16-cfa3-11e3-9f74-52540059119e (Download: 30.11.2014).

Bonoli, Giuliano, 1997: *Classifying Welfare States: a Two-dimension Approach*. Journal for Social Policy. 3. Jg. Heft 3, 351–372.

Borchert, Jens, 1995: *Die konservative Transformation des Wohlfahrtsstaates*. Grossbritannien, Kanada, die USA und Deutschland im Vergleich. Frankfurt a.M., New York.

–, 1998: *Ausgetretene Pfade? Zur Statik und Dynamik wohlfahrtsstaatlicher Regime*. In: Lessenich, Stephan/Ostner, Ilona (Hg.): Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Der Sozialstaat in vergleichender Perspektive. Frankfurt/M., New York, 137–176.

Bothfeld, Silke, 2005: *Vom Erziehungsurlaub zur Elternzeit*. Politisches Lernen im Reformprozess. Frankfurt/M., New York.

Bradshaw, Jonathan/Ditch, John/Holmes, Hilary/Vilhiteford, Peter, 1993: *A Comparative Study of Child Support in Fifteen Countries*. Journal of European Social Policy. 3. Jg. Heft 4, 255–271.

British Medical Association: *The history of the BMA*. http://bma.org.uk/about-the-bma/who-we-are/our-history (Download: 25.01.2014).

Brodin, Helene, 2005: *Does anybody care?* Public and private responsibilities in Swedish eldercare 1940-2000. Umeå.

BT-Drs. 12/5952, 1993: *Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung*.

BT-Drs. 14/8900, 2002: *Bericht der Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements"*. Bürgerschaftliches Engagement: auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft.

BT-Drs. 16/7439, 2007: *Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)*.

BT-Drs. 17/10580, 2012: *Erster Engagementbericht – Für eine Kultur der Mitverantwortung. Bericht der Sachverständigenkommission und Stellungnahme der Bundesregierung*.

BT-Drs. 17/12330, 2013: *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Sven-Christian Kindler, Katja Dörner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN*. Stand der Umsetzung des Familienpflegezeitgesetzes.

BT-Pl.Pr. 12/168, 1993: *Erste Lesung des Pflegeversicherungsgesetzes (01.07.)*. http://www.bundestag.de/dokumente/(Download: 03.12.2014).

BT-Pl.Pr. 12/183, 1993: *Zweite und dritte Lesung des Pflegeversicherungsgesetzes (22.10)*. http://www.bundestag.de/dokumente/(Download: 28.11.2014).

Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe, 2012: *Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines Pflegeberufegesetzes*. http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=194274.html (Download: 03.12.2014).

Burau, Viola/Theobald, Hildegard/Blank, Robert H., 2007: *Governing Home Care*. Cheltenham, UK, Northampton, Mass.

Butterwegge, Christoph, 2005: *Krise und Zukunft des Sozialstaates*. Wiesbaden.

Cameron, Clare/Moss, Peter, 2001: *Mapping of Care Services and the Care Workforce: National Report, United Kingdom*. Working Package 3 of 'Care work in Europe. Current understandings and future directions'. London.

–, 2002: *Care Work and the Care Workforce. Report on Stage One and State of the Art Review*. Work Package 6 of 'Care work in Europe. Current understandings and future directions'. London.

Cangiano, Alessio/Shutes, Isabel, 2010: *Ageing, Demand for Care and the Role of Migrant Care Workers in the UK*. Population Ageing. 39. Jg. Heft 3, 39–57.

Cangiano, Alessio/Shutes, Isabel/Spencer, Sarah/Leeson, George, 2009: *Migrant Care Workers in Ageing Societies: Research Findings in the United Kingdom*. Report. Oxford.

Cappell, Eckhard, 1996: *Von der Hilfspflege zur Profession. Entstehung und Entwicklung des Altenpflegeberufs*. Köln.

Carers UK, o. J.: *Getting a carer's assessment*. http://www.carersuk.org/help-and-advice/practical-help/care-and-support/carers-assessment (Download: 28.01.2014).

–, 2016: *Factsheet: Carer's Allowance*. https://www.carersuk.org/help-and-advice/financial-support/help-with-benefits/carers-allowance (Download: 27.05.2016).

Caritas, o. J.: *AVR – Tarifrecht der Caritas*. http://www.caritas.de/glossare/avrtarifrechtdercaritas (Download: 09.12.2014).

Caritas24, 2014: *Caritas24 – zuhause gut betreut*. http://www.caritas24.net/startseite/ (Download: 30.11.2014).

Carlsson, Karin, 2010: *Public care work in private contexts*. A historical perspective on the Swedish welfare state. In: Widding Isaksen, Lise (Hg.): Global care work. Gender and migration in Nordic societies. Lund, 195–216.

Castles, Francis G./Mitchell, Deborah, 1993: *Worlds of Welfare and Families of Nations*. In: Castles, Francis G. (Hg.): Families of nations. Patterns of public policy in Western democracies. Aldershot, UK, Brookfield, Vt., USA, 93–128.

Castles, Stephen/Miller, Mark J., 1993: *The age of migration*. International population movements in the modern world. London.

–, 2009: *Age of migration*. International population movements in the modern world. Basingstoke, UK, New York.

Clasen, Jochen, 1999: *Introduction*. In: Clasen, Jochen (Hg.): Comparative social policy. Concepts, Theories and Methods. Oxford, 1–12.

Cnaan, Ram A./Handy, Femina/Wadsworth, Margaret, 1996: *Defining Who is a Volunteer: Conceptual and Empirical Considerations*. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly. 25. Jg. Heft 3, 364–383.

Colombo, Francesca, 2011: *Help wanted?* Providing and paying for long-term care. Paris.

Comas-Herrera, Adelina/Wittenberg, Raphael/Pickard, Linda, 2010: *The Long Road to Universalism? Recent Developments in the Financing of Long-term Care in England*. Social Policy & Administration. 44. Jg. Heft 4, 375–391.

Commission on Funding of Care and Support, 2011: *Fairer Care Funding*. The Report of the Commission.

Daatland, Svein O., 2001: *Ageing, families and welfare systems: Comparative perspectives*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 34. Jg. Heft 1, 16–20.

Dahlberg, Lena, 2005: *Interaction between voluntary and statutory social service provision in Sweden: A matter of welfare pluralism, substitution or complementarity?* Social Policy and Administration. 39. Jg. Heft 7, 740–763.

Daly, Mary, 2002: *Care as a Good for Social Policy*. Journal of Social Policy. 31. Jg. Heft 2, 251–270.

–, 2003: *Governance and social policy*. Journal of Social Policy. 32. Jg. Heft 1, 113–128.

Daly, Mary/Lewis, Jane, 1998: *Introduction: Conceptualising Social Care in the Context of Welfare State Restructuring*. In: Lewis, Jane (Hg.): Gender, social care and welfare state restructuring in Europe. Aldershot, UK, 1–24.

–, 2000: *The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states*. British Journal of Sociology. 51. Jg. Heft 2, 281–298.

Daly, Mary/Rake, Katherine, 2003: *Gender and the Welfare State. Care, Work and Welfare in Europe and the USA*. Cambridge, UK.

Denknetz (Hg.), 2013: *Care statt Crash*. Sorgeökonomie und die Überwindung des Kapitalismus. Zürich.

Department of Health, 1989: *Caring for People*. Community Care in the Next Decade and Beyond. London.

–, 1990: *The Government's Plans for the Future of Community Care*. The Government's reply to the Third, Fifth, Sixth, Seventh and Eight Reports from the Social Services Committee Sessions 1989-90.

–, 2000: *Community Care Statistics 2000: Home help/home care services, England*. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Statistics/StatisticalWorkAreas/Statisticalsocialcare/DH_4016110 (Download: 04.12.2014).

–, 2010: *Fair access to care services – guidance on eligibility criteria for adult social care*. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009653 (Download: 04.04.2014).

Department of Work and Pensions, o. J.: *Tabulation Tool: Attendance Allowance – cases in payment*. http://83.244.183.180/100pc/aa/tabtool_aa.html (Download: 01.02.2015).

–, 2014: *Tabulation Tool: Attendance Allowance – all entitled cases Caseload (Thousands): Time Series by Age of claimant*. http://tabulation-tool.dwp.gov.uk/100pc/aa_ent/ccdate/cnage/a_carate_r_ccdate_c_cnage.html (Download: 18.04.2014).

DGB, 2012: *Hausangestellte – das Ende der Ausbeutung? Das neue Übereinkommen 189 der Internationalen Arbeitsorganisation*. https://www.dgb-bestellservice.de/besys_dgb/auswahl.php?artikelnr=DGB13004 (Download: 04.12.2014).

–, 2014: *DGB-Beratungsstellen für mobile Beschäftigte*. http://www.faire-mobilitaet.de/beratungsstellen (Download: 02.12.2014).

Di Santo, Patrizia/Ceruzzi, Francesca, 2010: *Migrant Care Workers in Italy*. A case study. Rome, Vienna.

Diakonie Deutschland, 2014: *Arbeitsvertragsrichtlinien Diakonie Deutschland*. http://www.diakonie.de/arbeitsvertragsrichtlinien-dw-ekd-995.htm (Download: 09.12.2014).

Dingeldey, Irene, 2008: *Governance und Sozialpolitik: Der aktivierende Wohlfahrtsstaat als Gewährleistungsstaat*. In: Schuppert, Gunnar Folke/Zürn, Michael (Hg.): Governance in einer sich wandelnden Welt. Wiesbaden, 313–329.

–, 2011: *Der aktivierende Wohlfahrtsstaat*. Arbeitsmarktpolitik in Dänemark, Großbritannien und Deutschland. Frankfurt/M., New York.

Dingeldey, Irene/Rothgang, Heinz, 2009a: *Conclusion: The Governance of Welfare State Reform*. In: Dingeldey, Irene/Rothgang, Heinz (Hg.): Governance of Welfare State Reform. A cross national and cross sectoral comparison of policy and politics. Cheltenham, UK, Northampton, Mass., 238–250.

– (Hg.), 2009b: *Governance of Welfare State Reform*. A cross national and cross sectoral comparison of policy and politics. Cheltenham, UK, Northampton, Mass.

–, 2009c: *Introduction: Governance and Comparative Welfare State Research*. In: Dingeldey, Irene/Rothgang, Heinz (Hg.): Governance of Welfare State Reform. A cross national and cross sectoral comparison of policy and politics. Cheltenham, UK, Northampton, Mass., 1–17.

Dörre, Klaus, 2007: *Prekarisierung und Geschlecht*. Ein Versuch über unsichere Beschäftigung und männliche Herrschaft in nachfordistischen Arbeitsgesellschaften. In: Aulenbacher, Brigitte (Hg.): Arbeit und Geschlecht im Umbruch der modernen Gesellschaft. Forschung im Dialog. Wiesbaden, 285–301.

Ds, 1989: *Ansvaret för äldreomsorgen*. Rapport från äldredelegationen.

Dummett, Ann, 2006: *United Kingdom*. In: Bauböck, Rainer/Ersboll, Eva/Groenendijk, Kees/Waldrauch, Harald (Hg.): Acquisition and Loss of Nationality. Policies and Trends in 15 European States. Volume 2: Country Analyses. Amsterdam, 551–585.

Ebbinghaus, Bernhard, 2005: *Can Path Dependence Explain Institutional Change?* Two Approaches Applied to Welfare State Reform. Köln.

Ebbinghaus, Bernhard/Kittel, Bernhard, 2006: *Europäische Sozialmodelle à la carte: Gibt es institutionelle Wahlverwandtschaften zwischen Wohlfahrtsstaat und Arbeitsbeziehungen?* In: Beckert, Jens/Ebbinghaus, Bernhard/Hassel, Anke/Manow, Philip (Hg.): Transformationen des Kapitalismus. Festschrift für Wolfgang Streeck zum sechzigsten Geburtstag. Frankfurt/M., New York, 223–246.

Eborall, Christine/Fenton, Will/Woodrow, Sarah, 2010: *The state of the adult social care workforce in England, 2010*. The fourth report of Skills for Care's research and analysis units.

Edebalk, Per Gunnar, 2008: *New modes of delivering elderly care in Sweden*. Paris.

–, 2010: *Ways of Funding and Organising Elderly Care in Sweden*. In: Bengtsson, Tommy (Hg.): Population Ageing – A Threat to the Welfare State? The Case of Sweden. Berlin, New York u.a., 65–80.

Edebalk, Per Gunnar/Lindgren, Björn, 1994: *Social Care and the Elderly*. In: Bengtsson, Tommy (Hg.): Population, Economy, and Welfare in Sweden. Berlin, New York u.a., 135–154.

Engels, Dietrich/Pfeuffer, Frank, 2005: *Analyse der pflegerischen Versorgungsstrukturen in ausgewählten Regionen*. In: Schneekloth, Ullrich/Wahl, Hans Werner (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht. München, 171–202.

Enquête-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, 2005: *Zwischenbericht: Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit*.

Esping-Andersen, Gøsta, 1990: *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge, UK.

–, 1999: *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford, New York.
–, 2002: *Why we need a new welfare state*. Oxford, New York.
–, 2005: *New Risks, New Welfare: The Transformation of the European Welfare State*. Perspectives on Politics. 3. Jg. Heft 4, 929–930.
Estevez-Abe, Margarita/Iversen, Torben/Soskice, David, 2001: *Social Protection and the Formation of Skills: A Reinterpretation of the Welfare State*. In: Hall, Peter A./Soskice, David W. (Hg.): Varieties of capitalism. The institutional foundations of comparative advantage. Oxford, New York, 145–183.
EUROFAMCARE Consortium, 2006: *Services for Supporting Family Cares of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*. The Trans-European Survey Report.
European Commission, 2006: *The Impact of ageing on public expenditure*. Projections for the EU-25 member states on pensions, healthcare, long-term care, education and unemployment transfers (2004-50). Brüssel.
–, 2011: *Demography Report 2010*. Older, more numerous and diverse Europeans. Luxembourg. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KE-ET-10-001 (Download: 16.04.2014).
European Court Reports, 1986: *Case 150/85*. Judgment of the Court (Fourth Chamber) of 24 June 1986. – Jacqueline Drake v Chief Adjudication Officer. – Reference for a preliminary ruling: Social Security Commissioner – United Kingdom. – Invalid care allowance – Article 3(1)(a) and Article 4(1) of Directive 79/7/EEC. – Case 150/85., 24.06.86. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:61985CJ0150:EN:HTML (Download 21.03.2014).
Eurostat, 2009: *Reconciliation between work, private and family life in the European Union*. Luxembourg.
–, 2014: *Datenbank Beschäftigung und Arbeitslosigkeit*. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_unemployment_lfs/data/database (Download: 07.12.2014).
Evers, Adalbert, 1997: *Geld oder Dienste? Zur Wahl und Verwendung von Geldleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung*. WSI-Mitteilungen. 50. Jg. Heft 7, 510–518.
–, 2008: *Investiv und aktivierend oder ökonomistisch und bevormundend? Zur Auseinandersetzung mit einer neuen Politik von Sozialleistungen*. In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G. (Hg.): Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung. Wiesbaden, 229–249.
Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G., 2008: *Sozialpolitik: Gefahren der Ökonomisierung und Chancen der Entgrenzung*. In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G. (Hg.): Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung. Wiesbaden, 9–27.
Evers, Adalbert/Olk, Thomas (Hg.), 1996a: *Wohlfahrtspluralismus*. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen.
–, 1996b: *Wohlfahrtspluralismus – Analytische und normativ-politische Dimensionen eines Leitbegriffs*. In: Evers, Adalbert/Olk, Thomas (Hg.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen, 9–61.

Evers, Adalbert/Pijl, Marja/Ungerson, Clare (Hg.), 1994: *Payments for care: A comparative overview*. Aldershot, UK.

Evers, Adalbert/Wintersberger, Helmut (Hg.), 1988: *Shifts in the welfare mix*. Their impact on work, social services, and welfare policies. Vienna.

Ewert, Benjamin, 2013: *Vom Patienten zum Konsumenten?* Nutzerbeteiligung und Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen. Wiesbaden.

Ferrera, Maurizio/Rhodes, Martin, 2000: *Recasting European welfare states: An introduction*. West European Politics. 23. Jg. Heft 2, 1–10.

Financial Times, 1989: *Care in the community*, 17.11.89.

–, 1990a: *NHS and Community Care Bill: Government looks for way to reverse legislative setback*, 27.06.90.

–, 1990b: *NHS and Community Care Bill: Government defends stance on funds for community services*, 28.06.90.

Finch, Janet/Groves, Dulcie, 1983: *Introduction*. In: Finch, Janet/Groves, Dulcie (Hg.): A labour of love. Women, work and caring. London, Boston, 1–10.

–, 1985: *Community care and the family: a case for equal opportunities?* In: Ungerson, Clare (Hg.): Women and social policy. A reader. Oxford.

Flora, Peter/Alber, Jens/Kohl, Jürgen, 1977: *Zur Entwicklung der westeuropäischen Wohlfahrtsstaaten*. Politische Vierteljahresschrift. 18. Jg. Heft 4, 702–772.

Forder, Julien/Knapp, Martin/Hardy, Brian/Kendall, Jeremy/Matosevic, Tihana/Ware, Patricia, 2004: *Prices, contracts and motivations: institutional arrangements in domiciliary care*. Policy and Politics. 32. Jg. Heft 2, 207–222.

Försäkringskassan, 2012: *Närståendepenning*. https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/sjukvard/fler_ersattningar_fran_socialforsakringen/narstaendepenning/!ut/p/b0/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOKNDQ0MLJ0MHQ38HU1NDTz9DNxMjH3cDIPdzfULsh0VAXa3oVw!/(Download: 21.03.2014).

–, 2013: *Assistansersättning*. http://www.forsakringskassan.se (Download: 15.03.2014).

–, 2014: *Assistentenzuschuss [Assistansersättning]*. https://www.forsakringskassan.se (Download: 15.03.2014).

–, 2016: *Assistansersättning för vuxna*. https://www.forsakringskassan.se (Download: 30.05.2016).

Fraser, Nancy, 1996: *Die Gleichheit der Geschlechter und das Wohlfahrtssystem: Ein postindustrielles Gedankenexperiment*. In: Nagl-Docekal, Herta/Pauer-Studer, Herlinde (Hg.): Politische Theorie. Differenz und Lebensqualität. Frankfurt/M., 469–498.

Frings, Dorothee, 2010: *Die Entwicklung haushaltsnaher Dienstleistungen im Kontext der begrenzten Arbeitnehmerfreizügigkeit für Neu-Unionsbürgerinnen*. In: Scheiwe, Kirsten/Krawietz, Johanna (Hg.): Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden, 57–80.

Fry, Gary/Price, Christopher/Yeandle, Sue, 2009: *Local Authorities' Use of Carers Grant*. http://www.sociology.leeds.ac.uk/research/projects/review-of-local-authorities-use-of-carers-grant (Download 04.12.2014).

Fux, Beat, 2002: *Which Models of the Family are Encouraged or Discouraged by Different Family Models?* In: Kaufmann, Franz-Xaver (Hg.): Family life and family policies in Europe. Oxford, New York, 363–418.

Gallie, Duncan, 2007: *Production Regimes, Employment Regimes, and the Quality of Work*. In: Gallie, Duncan (Hg.): Employment regimes and the quality of work. Oxford, New York, 1–33.

Gaskin, Katharine/Smith, Justin Davis/Paulwitz, Irmtraut, 1996: *Ein neues bürgerschaftliches Europa*. Eine Untersuchung zur Verbreitung und Rolle von Volunteering in zehn Ländern. Freiburg.

Gauthier, Anne H., 1998: *The State and the Family*. A Comparative Analysis of Family Policies in Industrialized Countries. Oxford, New York.

–, 2002: *Family Policies in Industrialized Countries: Is There Convergence?* Population (english edition). 57. Jg. Heft 3, 447.

Gawron, Thomas, 2010: *Steuerungstheorie, Policy-Forschung und Governance-Ansatz – zum verfehlten Governance-Konzept der Regionalforschung*. Leipzig, Berlin.

General Register Office for Scotland, 2002: *Scotland's Census 2001*. Population Report Scotland. Edinburgh. http://www.gro-scotland.gov.uk/census/censushm/scotcen2/reports-and-data/index.html (Download: 18.04.2014).

Gerlach, Irene, 2010: *Familienpolitik*. Wiesbaden.

Gerlinger, Thomas, 2008: *Pflege ist mehr wert. Pflegearbeit und Pflegeberufe im Blickpunkt der Gesundheitspolitik*. Magdeburg.

–, 2009: *Competitive Transformation and the State Regulation of Health Insurance Systems: Germany, Switzerland and the Netherlands Compared*. In: Dingeldey, Irene/Rothgang, Heinz (Hg.): Governance of Welfare State Reform. A cross national and cross sectoral comparison of policy and politics. Cheltenham, UK, Northampton, Mass., 145–175.

–, 2012: *Auswirkungen des demografischen Wandels auf die gesetzliche Krankenversicherung*. http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72444/demografie-gkv-finanzen?p=all (Download: 16.04.2014).

Gerlinger, Thomas/Röber, Michaela, 2009: *Die Pflegeversicherung*. Bern.

Giaimo, Susan, 2001: *Who pays for Health Care Reform?* In: Pierson, Paul (Hg.): The new Politics of the Welfare State. Oxford, New York, 334–367.

Giddens, Anthony, 1999: *Der dritte Weg*. Die Erneuerung der sozialen Demokratie. Frankfurt/M.

Glendinning, Caroline, 1998: *Health and social care services for frail older people in the UK: changing responsibilities and new developments*. In: Glendinning, Caroline (Hg.): Rights and realities. Comparing new developments in long-term care for older people. Bristol, 11–27.

–, 2012: *Home care in England: markets in the context of under-funding*. Health & Social Care in the Community. 20. Jg. Heft 3, 292–299.

Glenngård, Anna H./Hjalte, Frida/Svensson, Marianne/Anell, Anders/Bankauskaite, Vaida, 2005: *Health Systems in Transition: Sweden*. Copenhagen.

Goodin, Robert E./Rein, Martin, 2001: *Regimes on Pillars: Alternative Welfare State Logics and Dynamics*. Public Administration. 79. Jg. Heft 4, 769–801.

Gordolan, Lourdes/Lalani, Mumtaz, 2009: *Care and Immigration. Migrant care workers in private households*. London.

Göteborgs Stad, 2014: *Hemvårdsbidrag 2014*. http://goteborg.se (Download: 15.03.2014).

Gottschall, Karin, 2008: *Soziale Dienstleistungen zwischen Informalisierung und Professionalisierung – oder: der schwierige Abschied vom deutschen Erbe sozialpolitischer Regulierung*. Arbeit. 17. Jg. Heft 4, 254–267.

Government UK, 2013: *What different qualification levels mean*. https://www.gov.uk/what-different-qualification-levels-mean (Download: 29.01.2014).

–, 2014a: *Care Act factsheets*. https://www.gov.uk/government/publications/care-act-2014-part-1-factsheets/care-act-factsheets--2 (Download: 23.11.2014).

–, 2014b: *Carer's Allowance*. https://www.gov.uk/carers-allowance (Download: 28.01.2014).

–, 2014c: *Constant Attendance Allowance*. https://www.gov.uk/constant-attendance-allowance/what-youll-get (Download: 28.01.2014).

–, 2014d: *Work visas*. https://www.gov.uk/browse/visas-immigration/work-visas (Download: 31.07.2014).

–, 2016a: *Attendance Allowance*. https://www.gov.uk/attendance-allowance/overview (Download: 27.05.2016).

–, 2016b: *Carer's Allowance*. https://www.gov.uk/carers-allowance/overview (Download: 27.05.2016).

Griffiths, Roy, 1988: *Community Care: Agenda for Action*. A Report to the Secretary of State for Social Services. London.

Gustafsson, Rolf Å./Szebehely, Marta, 2005: *Arbetsvillkor och styrning i äldreomsorgens hierarki*. En enkätstudie bland personal och politiker. Stockholm.

–, 2007: *Privat och öffentlich äldreomsorg – svenska omsorgsarbetares syn på arbetsmiljö och politisk styrning*. Socialvetenskaplig tidskrift. 14. Jg. Heft 1, 47–65.

Haase, Marianne/Jugl, Jan C., 2007: *Irreguläre Migration*. http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56565/irregulaere-migration (Download: 25.11.2014).

Hailbronner, Kai, 2006: *Germany*. In: Bauböck, Rainer/Ersboll, Eva/Groenendijk, Kees/Waldrauch, Harald (Hg.): Acquisition and Loss of Nationality. Policies and Trends in 15 European States. Volume 2: Country Analyses. Amsterdam, 214–251.

Hammar, Tomas, 2003: *Einwanderung in einem skandinavischen Wohlfahrtsstaat: die schwedische Erfahrung*. In: Thränhardt, Dietrich/van Amersfoort, Hans (Hg.): Migration im Spannungsfeld von Globalisierung und Nationalstaat. Opladen, 227–252.

Handelsblatt, 2011: *Gesundheitsreform nimmt die erste Hürde*, 07.09.11.

Hanf, Georg, 2008: *Nationaler Qualifikationsrahmen in England, Schottland und Irland – Impulse für die deutsche Diskussion*. Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis. 37. Jg. Heft 2, 20–24.

Hardill, Irene/Dwyer, Peter, 2011: *Delivering Public Services in the Mixed Economy of Welfare: Perspectives from the Voluntary and Community Sector in Rural England*. Journal of Social Policy. 40. Jg. Heft 1, 157–172.

Hartmann, Jürgen, 2011: *Westliche Regierungssysteme*. Parlamentarismus, präsidentielles und semi-präsidentielles Regierungssystem. Wiesbaden.

HC Deb 12 March 1975 vol 888 cc621-49: *Rates of Bacis Scheme Benefits*. Commons Sitting.

HC Deb 12.07.1989 vol 156 cc971-94: *Community Care*. Commons Sitting.

HC Deb 18 July 1990 vol 176 cc1018-58: *Community Care*. Commons Sitting.

HC Deb 22 November 1989 vol 162 c116: *National Health Service and Community Care Bill*. Commons Sitting, 1. Lesung.

HC Deb 07 December 1989 vol 163 cc488-569: *National Health Service and Community Care Bill*. Commons Sitting, 2. Lesung, 1. Tag.

HC Deb 11 December 1989 vol 163 cc681-770: *National Health Service and Community Care Bill*. Commons Sitting, 2. Lesung, 2. Tag.

HC Deb 15 March 1990 vol 169 cc684-731: *National Health Service and Community Care Bill*. Communs Sittiong, 3. Lesung.

HC Deb 27 June 1990 vol 175 cc318-38: *National Health Service and Community Care Bill*. Commons Sitting, Diskussion über die Änderungsanträge und Abstimmung.

Healthwatch, o. J.: *Who we are*. http://www.healthwatch.co.uk/our-people (Download: 14.04.2014).

Héritier, Adrienne, 1993: *Einleitung. Policy-Analyse. Elemente der Kritik und Perspektiven der Neuorientierung*. In: Héritier, Adrienne (Hg.): Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung. PVS-Sonderheft 24. Opladen, 9–36.

Hernes, Helga, 1989: *Wohlfahrtsstaat und Frauenmacht*. Essays über die Feminisierung des Staates. Baden-Baden.

Hieda, Takeshi, 2012: *Political institutions and elderly care policy*. Comparative politics of long-term care in advanced democracies. Basingstoke, UK, New York.

Hirsch, Joachim, 1996: *Der nationale Wettbewerbsstaat*. Staat, Demokratie und Politik im globalen Kapitalismus. Berlin u.a.

HL Deb 03 April 1990 vol 517 cc1255-387: *National Health Service and Community Care Bill*. 2. Lesung.

HL Deb 15 July 1986 vol 478 cc797-861: *Social Security Bill*. Lords Sitting.

HL Deb 19 March 1990 vol 517 c9: *National Health Service and Community Care Bill*. 1. Lesung.

HL Deb 28 June 1990 vol 520 cc1729-30: *National Health Service and Community Care Act*. Abstimmung über Änderungsanträge.

HM Government, 2008: *Carers the heart of 21st century families and communities: a caring system on your side, a life of your own*.

–, 2009: *Shaping the future of care together*. London.

–, 2010: *Building the National Care Service*.

Hobson, Barbara/Lister, Ruth, 2002: *Citizenship*. In: Hobson, Barbara/Lewis, Jane/Siim, Birte (Hg.): Contested Concepts in Gender and Social Politics. Cheltenham, UK, Northampton, Mass., 23–54.

Hochschild, Arlie R., 1995: *The culture of politics: traditional, post-modern, cold-modern and warm-modern ideals of care*. Social Politics. 2. Jg. Heft 3, 333–346.

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

Hofer, Heike, 2010: *Irreguläre Arbeitsmigration in der Pflege: Rechtliche und politische Argumente für das notwendige Ende einer politischen Grauzone*. In: Scheiwe, Kirsten/Krawietz, Johanna (Hg.): Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden, 95–120.

Holdenrieder, Jürgen, 2003: *Comparative Evaluation of Long-term Care Policies for the Elderly in the EU*. Frankfurt/M.

Horton, Christine/Berthoud, Richard, 1990: *The Attendance Allowance and the Cost of Caring: The Interaction of Culture and Economics in England*. London.

Huber, Evelyne/Stephens, John D., 2001: *Welfare State and Production Regimes in the Era of Retrenchment*. In: Pierson, Paul (Hg.): The new Politics of the Welfare State. Oxford, New York, 107–145.

Huber, Manfred/Rodrigues, Ricardo/Hoffmann, Frédérique/Gasior, Katrin/Marin, Bernd, 2009: *Facts and Figures on Long-Term Care*. Europe and North America. Vienna.

Hudson, Brian/Henwood, Melanie, 2002: *The NHS and social care: the final countdown*. Policy and Politics. 30. Jg. Heft 2, 153–166.

Humphries, Richard, 2013: *Paying for social care*. Beyond Dilnot.

Humphries, Richard/Galea, Amy/Sonola, Lara/Mundle, Claire, 2012: *Health and wellbeing boards*. System leaders or talking shops? London.

Husmann, Manfred, 2010: *Rechtliche Rahmenbedingungen bei grenzüberschreitender Haushalts- und Pflegearbeit*. In: Scheiwe, Kirsten/Krawietz, Johanna (Hg.): Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden, 29–56.

Hussein, Shereen/Stevens, Martin/Manthorpe, Jill, 2011: *What Drives the Recruitment of Migrant Workers to Work in Social Care in England?* Social Policy and Society. 10. Jg. Heft 3, 285–298.

Institut für angewandte Wirtschaftsforschung e.V., 2011: *Evaluation bestehender Mindestlohnregelungen. Branche: Pflege*. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Tübingen.

Institute for Fiscal Studies, o. J.: *Carer's Allowance Rates*. www.ifs.org.uk/ff/carer.xls (Download: 14.04.2016).

Invest Northern Ireland, o. J.: *National minimum wage – volunteers and voluntary workers and the national minimum wage*. http://www.nibusinessinfo.co.uk/content/definition-voluntary-worker-national-minimum-wage-purposes (Download: 29.01.2014).

Irmak, Kenan H., 1998: *Anstaltsfürsorge für „Alterssieche" von Weimar bis Bonn (1924-1961)*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 31. Jg. Heft 6, 438–447.

Ismayr, Wolfgang, 2008: *Gesetzgebung im politischen System Deutschlands*. In: Ismayr, Wolfgang (Hg.): Gesetzgebung in Westeuropa: EU-Staaten und Europäische Union. Wiesbaden, 383–429.

–, 2009: *Das politische System Deutschlands*. In: Ismayr, Wolfgang (Hg.): Die politischen Systeme Westeuropas. Wiesbaden, 515–565.

Jaehrling, Karen, 2004: *Die politische Regulierung des Arbeitsmarktes Privathaushalt*. Marktregulative Politik im deutsch-französischen Vergleich. Zeitschrift für Sozialreform. 50. Jg. Heft 6, 617–645.

Jahn, Detlef, 2009: *Das politische System Schwedens*. In: Ismayr, Wolfgang (Hg.): Die politischen Systeme Westeuropas. Wiesbaden, 107–149.

–, 2011: *Vergleichende Politikwissenschaft*. Wiesbaden.

Jann, Werner/Tiessen, Jan, 2008: *Gesetzgebung im politischen System Schwedens*. In: Ismayr, Wolfgang (Hg.): Gesetzgebung in Westeuropa: EU-Staaten und Europäische Union. Wiesbaden, 99–131.

Jann, Werner/Wegrich, Kai, 2003: *Phasenmodelle und Politikprozesse: Der Policy Cycle*. In: Schubert, Klaus (Hg.): Lehrbuch der Politikfeldanalyse. München, 71–104.

Janning, Frank, 2008: *Regime in der regulativen Politik. Chancen und Probleme eines Theorietransfers*. In: Janning, Frank/Toens, Katrin (Hg.): Die Zukunft der Policy-Forschung. Theorien, Methoden, Anwendungen. Wiesbaden, 112–137.

Janning, Frank/Toens, Katrin, 2008: *Einleitung*. In: Janning, Frank/Toens, Katrin (Hg.): Die Zukunft der Policy-Forschung. Theorien, Methoden, Anwendungen. Wiesbaden, 7–20.

Jegermalm, Magnus, 2003: *Support for Carers of Older People: The Roles of the Public and Voluntary Sectors in Sweden*. Social Policy and Administration. 37. Jg. Heft 7, 756–771.

Jeppsson Grassman, Eva/Svedberg, Lars, 2007: *Civic participation in the welfare state: patterns in contemporary Sweden*. In: Trägårdh, Lars (Hg.): State and civil society in Northern Europe. The Swedish model reconsidered. New York, 126–164.

Jobcentre Plus, 2010: *Volunteering while getting benefits*. https://www.gov.uk/government/publications/volunteering-while-getting-benefits-leaflet (Download: 14.04.2014).

Johansson, Lennarth, 2004: *EUROFAMCARE*. National Background Report for Sweden. Stockholm.

Johansson, Lennarth/Sundström, Gerdt, 1994: *Payments for care: the case of Sweden*. In: Evers, Adalbert/Pijl, Marja/Ungerson, Clare (Hg.): Payments for care: A comparative overview. Aldershot, UK, 87–100.

Johansson, Lennarth/Sundström, Gerdt/Hassing, Linda B., 2003: *State provision down, offspring's up: the reversed substitution of old-age care in Sweden*. Ageing and Society. 23. Jg. Heft 3, 269–280.

Johansson, Lennarth/Thorslund, Mats, 1992: *Care Needs and Sources of Support in a Nationwide Sample of Elderly in Sweden*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 25. Jg. Heft 1, 57–62.

Jönson, Håkan/Giertz, Anders, 2013: *Migrant Care Workers in Swedish Elderly and Disability Care: Are They Disadvantaged?* Journal of Ethnic and Migration Studies. 39. Jg. Heft 5, 809–825.

Joost, Angela/Kipper, Jenny/Tewolde, Tadios, 2009: *Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern – Abschlussbericht des Forschungsprojekts*. Frankfurt/M.

Jordan, Bill/Düvell, Frank, 2002: *Irregular Migration: The Dilemmas of Transnational Mobility*. Cheltenham, UK, Northampton, Mass.

Jürgens, Kerstin, 2010: *Deutschland in der Reproduktionskrise*. Leviathan. 38. Jg. Heft 4, 559–587.

–, 2011: *Prekäres Leben*. WSI-Mitteilungen. 64. Jg. Heft 8, 379–385.

Kaufmann, Franz-Xaver, 2002: *Sozialpolitik und Sozialstaat*. Soziologische Analysen. Opladen.

–, 2003: *Varianten des Wohlfahrtsstaats*. Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich. Frankfurt/M.

Kautto, Mikko, 2002: *Investing in services in West European welfare states*. Journal of European Social Policy. 12. Jg. Heft 1, 53–65.

Keck, Wolfgang, 2008: *The relationship between children and their frail elderly parents in different care regimes*. In: Saraceno, Chiara (Hg.): Families, Ageing and Social Policy: Intergenerational Solidarity in European Welfare States. Cheltenham, UK, Northampton, Mass., 147–169.

Keller, Berndt/Seifert, Hartmut, 2007: *Atypische Beschäftigungsverhältnisse*. Flexibilität, soziale Sicherheit und Prekarität. In: Keller, Berndt/Seifert, Hartmut (Hg.): Atypische Beschäftigung – Flexibilisierung und soziale Risiken. Berlin, 11–25.

Kitschelt, Herbert, 2001: *Partisan Competition and Welfare State Retrenchment*. When Do Politicians Choose Unpopular Policies? In: Pierson, Paul (Hg.): The new Politics of the Welfare State. Oxford, New York, 265–302.

Klenk, Tanja/Nullmeier, Frank, 2004: *Public Governance als Reformstrategie*. Düsseldorf.

Knapp, Martin/Hardy, Brian/Forder, Julien, 2001: *Commissioning for Quality: Ten Years of Social Care Markets in England*. Journal of Social Policy. 30. Jg. Heft 2, 283–306.

Knijn, Trudie/Kremer, Monique, 1997: *Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Toward Inclusive Citizenship*. Social Politics. 4. Jg. Heft 3, 328–361.

Kommunal, 2011: *Medlemmar efter yrkesgrupper*. http://www.kommunal.se (Download: 13.08.2014).

–, 2014: *Branschen idag*. http://www.kommunal.se (Download: 13.08.2014).

Kondratowitz, Hans-Joachim von, 1988: *Allen zur Last, niemandem zur Freude. Die institutionelle Prägung des Alterslebens als historischer Prozess*. In: Gökenjan, Gerd/Kondratowitz, Hans-Joachim von (Hg.): Alter und Alltag. Frankfurt/M., 100–136.

–, 2010: *Auf dem Weg zur Anerkennung? Hakenschläge im Verhalten der öffentlichen Instanzen gegenüber der Beschäftigung osteuropäischer Pflegekräfte in Privathaushalten*. In: Scheiwe, Kirsten/Krawietz, Johanna (Hg.): Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden, 229-247.

Kooiman, Jan, 2006: *Governing as Governance*. In: Schuppert, Gunnar F. (Hg.): Governance-Forschung. Vergewisserung über Stand und Entwicklungslinien. Baden-Baden, 149–172.

Korpi, Walter, 1983: *The democratic class struggle*. London, Boston.

–, 1995: *The Position of the Elderly in the Welfare State: Comparative Perspectives on Old-Age Care in Sweden*. Social Service Review. 69. Jg. Heft 2, 242–273.

Krasner, Stephen D., 1983: *International regimes*. Ithaca.

Krawietz, Johanna/Khoilar, Sanaz/Lux, Anna-Lena, 2014: *Prekäre Vergütung – Die Beschäftigung von Migrantinnen in Pflegehaushalten durch Wohlfahrtsorganisationen*. In: Krawietz, Johanna/Visel, Stefanie (Hg.): Prekarisierung transnationaler Carearbeit: Ambivalente Anerkennung. Münster, 141–158.

Krawietz, Johanna/Visel, Stefanie, 2014: *„Die examinierten Praktikanten" – Differenzkonstruktionen in der Anerkennung von ausländischen Pflegequalifikationen*. In: Krawietz, Johanna/Visel, Stefanie (Hg.): Prekarisierung transnationaler Carearbeit: Ambivalente Anerkennung. Münster, 82–95.

Kremer, Monique, 2007: *How Welfare States Care. Culture, Gender and Parenting in Europe*. Amsterdam.

Kreutzer, Susanne, 2005: *Vom „Liebesdienst" zum modernen Frauenberuf*. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt/M., New York.

Krevers, Barbro/Magnusson, Henrik/Johansson, Lennarth/Öberg, Birgitta, 2006: *EUROFAMCARE. Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage und Usage. The National Survey Report for Sweden*.

Kröger, Teppo, 2009: *Dedomestication and childcare policy: A comparison of care service provisions of fifteen welfare states*. Montreal.

Krüger, Helga, 2003: *Berufliche Bildung. Der deutsche Sonderweg und die Geschlechterfrage*. Berliner Journal für Soziologie. 13. Jg. Heft 4, 497–510.

Kümmerling, Angelika, 2009: *Der lange Weg zur Professionalisierung der Altenpflege und seine (nicht?)-intendierten Folgen*. In: Lehndorff, Steffen (Hg.): Abriss, Umbau, Renovierung? Studien zum Wandel des deutschen Kapitalismusmodells. Hamburg, 136–165.

Kurz-Scherf, Ingrid/Scheele, Alexandra (Hg.), 2012: *Macht oder ökonomisches Gesetz?* Zum Zusammenhang von Krise und Geschlecht. Münster.

KY-Utbildning, 2014: *Ky-Utbildningar – Undersköterska*. http://www.kyutbildningar.se/search/underskoterska/c1996 (Download: 08.08.2014).

Lamura, Giovanni/Mnich, Eva/Wojszel, Beata/Nolan, Mike/Krevers, Barbro/Mestheneos, Liz/Döhner, Hanneli, 2006: *Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen*. Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 39. Jg. Heft 6, 429–442.

Land, Hilary/Lewis, Jane, 1998: *Gender, Care and the Changing Role of the State in the UK*. In: Lewis, Jane (Hg.): Gender, social care and welfare state restructuring in Europe. Aldershot, UK, 51–84.

Landenberger, Margarete, 1994: *Pflegeversicherung als Vorbote eines anderen Sozialstaates*. Zeitschrift für Sozialreform. 40. Jg. Heft 5, 314–342.

–, 1998: *Innovatoren des Gesundheitssystems*. Dezentrale Handlungspotentiale von Pflegeorganisationen und Pflegeberufen durch die Gesundheitsreformgesetzgebung. Bern.

–, 2005: *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa*. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover.

Landsorganisationen in Sverige, 2005: *Lönerapport år 2005*. Löner och löneutveckling år 1994–2004. Borås. http://norrasverige.lo.se/start/lo_fakta/lonerapport_ar_2005_loner_och_loneutveckling_ar_1994_2004 (Download: 13.08.2014).

–, 2013: *Lönerapport år 2013*. Löner och löneutveckling år 2000–2012 efter klass och kön. Stockholm. http://norrasverige.lo.se/start/lo_fakta/lonerapport_ar_2005_loner_och_loneutveckling_ar_1994_2004 (Download: 13.08.2014).

Langan, Mary, 1990: *Community care in the 1990s: the community care White Paper: 'Caring for People'*. Critical Social Policy. 10. Jg. Heft 28, 58–70.

Langan, Mary/Ostner, Ilona, 1991: *Geschlechterpolitik im Wohlfahrtsstaat: Aspekte im internationalen Vergleich*. Kritische Justiz. 24. Jg. 302–317.

Le Grand, Julian, 1991: *Quasi-Markets and Social Policy*. The Economic Journal. 101. Jg. Heft 408, 1256–1267.

Leat, Diana/Ungerson, Clare, 1994: *Payments for Care: The Case of Britain*. In: Evers, Adalbert/Pijl, Marja/Ungerson, Clare (Hg.): Payments for care: A comparative overview. Aldershot, UK, 261–274.

Lehmbruch, Gerhard, 2002: *Der unitarische Bundesstaat in Deutschland: Pfadabhängigkeit und Wandel*. MPIfG Discussion Paper Nr. 02/2. Köln.

Lehndorff, Steffen/Bosch, Gerhard/Haipeter, Thomas/Latniak, Erich, 2009: *Vor der Krise und in der Krise*. Das deutsche Beschäftigungsmodell: ein Modell für die ganze Welt? In: Lehndorff, Steffen (Hg.): Abriss, Umbau, Renovierung? Studien zum Wandel des deutschen Kapitalismusmodells. Hamburg, 20–46.

Leibfried, Stephan/Zürn, Michael, 2006: *Von der nationalen zur post-nationalen Konstellation*. In: Leibfried, Stephan/Zürn, Michael (Hg.): Transformationen des Staates? Frankfurt/M., 19–65.

Leira, Arnlaug/Saraceno, Chiara, 2002: *Care: actors, relationships and contexts*. In: Hobson, Barbara/Lewis, Jane/Siim, Birte (Hg.): Contested Concepts in Gender and Social Politics. Cheltenham, UK, Northampton, Mass., 55–83.

Leisering, Lutz (Hg.), 2011a: *The new regulatory state*. Regulating pensions in Germany and the UK. Basingstoke, UK, New York.

–, 2011b: *Transformations of the State: Comparing the New Regulatory State to the Post-War Provider State*. In: Leisering, Lutz (Hg.): The new regulatory state. Regulating pensions in Germany and the UK. Basingstoke, UK, New York, 254–274.

Leitner, Sigrid, 2003: *Varieties of familialism: The caring function of the family in comparative perspective*. European Societies. 5. Jg. Heft 4, 353–375.

–, 2010: *Familialismus in konservativen Wohlfahrtsstaaten: Zum Wandel des Geschlechterleitbilds in der Kinderbetreuungs- und Altenpflegepolitik*. In: Auth, Diana/Buchholz, Eva/Janczyk, Stefanie (Hg.): Selektive Emanzipation. Analysen zur Gleichstellungs- und Familienpolitik. Opladen, 219–238.

–, 2013: *Varianten von Familialismus*. Eine historisch vergleichende Analyse der Kinderbetreuungs- und Altenpflegepolitiken in kontinentaleuropäischen Wohlfahrtsstaaten. Berlin.

Lengerer, Andrea, 2004: *Familienpolitische Regimetypen in Europa und ihre Bedeutung für den Wandel der Familie*. Ein Überblick über den Stand der Forschung. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft. 29. Jg. Heft 1, 99–121.

Lenhardt, Gero/Offe, Claus, 1977: *Staatstheorie und Sozialpolitik. Politisch-soziologische Erklärungsansätze für Funktionen und Innovationsprozesse der Sozialpolitik*. In: Ferber, Christian von/Kaufmann, Franz-Xaver (Hg.): Soziologie und Sozialpolitik. Sonderheft 19 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Opladen, 98–127.

Lessenich, Stephan, 2000: *Soziologische Erklärungsansätze zu Entstehung und Funktion des Sozialstaats*. In: Allmendinger, Jutta/Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (Hg.): Soziologie des Sozialstaates. Gesellschaftliche Grundlagen, historische Zusammenhänge und aktuelle Entwicklungstendenzen. Weinheim, München, 39–78.

–, 2003: *Dynamischer Immobilismus*. Kontinuität und Wandel im deutschen Sozialmodell. Frankfurt/M., New York.

–, 2007: *Welfare Regimes*. In: Ritzer, George (Hg.): The Blackwell encyclopedia of sociology. Malden, MA, 5241–5242.

Lewis, Jane, 1992: *Gender and the development of welfare regimes*. Journal of European Social Policy. 2. Jg. Heft 3, 159–173.

–, 2001a: *Older People and the Health-Social Care Boundary in the UK: Half a Century of Hidden Policy Conflict*. Social Policy and Administration. 35. Jg. Heft 4, 343–359.

–, 2001b: *The Decline of the Male Breadwinner Model: Implications for Work and Care*. Social Politics. 8. Jg. Heft 2, 152–169.

–, 2003: *Erwerbstätigkeit versus Betreuungsarbeit*. In: Gerhard, Ute/Knijn, Trudie/Weckwert, Anja (Hg.): Erwerbstätige Mütter. Ein Europäischer Vergleich. München, 29–52.

–, 2004: *Auf dem Weg zur „Zwei-Erwerbstätigen"-Familie*. In: Leitner, Sigrid/Ostner, Ilona/Schratzenstaller, Margit (Hg.): Wohlfahrtsstaat und Geschlechterverhältnis im Umbruch. Was kommt nach dem Ernährermodell? Wiesbaden, 62–84.

Lewis, Jane/Giullari, Susanna, 2005: *The adult worker model family, gender equality and care: the search for new policy principles and the possibilities and problems of a capabilities approach*. Economy and Society. 34. Jg. Heft 1, 76–104.

Lewis, Jane/Glennerster, Howard, 1996: *Implementing the new community care*. Buckingham, UK, Philadelphia.

Lewis, Jane/Ostner, Ilona, 1994: *Gender and the Evolution of European Social Policies*. ZeS-Arbeitspapier Nr. 4. Bremen.

Lijphart, Arend, 1999: *Patterns of democracy*. Government forms and performance in thirty-six countries. New Haven.

Lister, Ruth, 1994: *'She has other duties': Women, citizenship and social security*. In: Baldwin, Sally/Falkingham, Jane (Hg.): Social security and social change: new challenges to the Beveridge model. New York, London, 31–44.

Lüdecke, Daniel/Mnich, Eva/Melchiorre, Maria Gabriella/Kofahl, Christopher, 2006: *Familiale Pflege älterer Menschen in Europa unter einer Geschlechterperspektive*. Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien. 24. Jg. Heft 2/3, 85–101.

Lundsgaard, Jens, 2005: *Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care*. How can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability? Paris.

Lundström, Tommy/Svedberg, Lars, 2003: *The voluntary sector in a social democratic welfare state – The case of Sweden*. Journal of Social Policy. 32. Jg. Heft 2, 217–238.

Lutz, Helma, 2007: *Vom Weltmarkt in den Privathaushalt: die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung*. Opladen.

–, 2008: *Introduction: Migrant Domestic Workers in Europe*. In: Lutz, Helma (Hg.): Migration and Domestic Work: A European Perspective on a Global Theme. Aldershot, UK, 1–10.

Lutz, Helma/Palenga-Möllenbeck, Ewa, 2010: *Care-Arbeit, Gender und Migration. Überlegungen zu einer Theorie der transnationalen Migration im Haushaltssektor in Europa*. In: Apitzsch, Ursula/Schmidbaur, Marianne (Hg.): Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen. Opladen, 143–161.

Lütz, Susanne, 2004: *Der Wohlfahrtsstaat im Umbruch – Neue Herausforderungen, wissenschaftliche Kontroversen und Umbauprozesse*. In: Lütz, Susanne/Czada, Roland (Hg.): Wohlfahrtsstaat – Transformation und Perspektiven. Wiesbaden, 11–35.

–, 2006: *Zwischen Pfadabhängigkeit und Wandel – „Governance" und die Analyse kapitalistischer Institutionenentwicklung*. Polis, Nr. 62.

MacDonald, Robert, 1996: *Labours of Love: Voluntary Working in a Depressed Local Economy*. Journal of Social Policy. 25. Jg. Heft 1, 19–38.

Maher, Joanne/Green, Hazel, 2002: *Carers 2000*. London.

Mahoney, James, 2000: *Path Dependence in Historical Sociology*. Theory and Society. 29. Jg. Heft 4, 507–548.

Malin, Nigel, 2000: *Professionalism and boundaries of the formal sector*. The example of social and community care. In: Malin, Nigel (Hg.): Professionalism, Boundaries and the Workplace. London, New York, 7–24.

Manzeschke, Arne, 2005: *Global Health – Wirtschaftsethische Anmerkungen zur Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens*. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik. Berlin, 129–149.

Mayer-Ahuja, Nicole, 2003: *Wieder dienen lernen?* Vom westdeutschen „Normalarbeitsverhältnis" zu prekärer Beschäftigung seit 1973. Berlin.

Mayntz, Renate, 1997: *Politische Steuerung und gesellschaftliche Steuerungsprobleme (1987)*. In: Mayntz, Renate (Hg.): Soziale Dynamik und politische Steuerung. Theoretische und methodologische Überlegungen. Frankfurt/M., New York, 186–208.

–, 2006: *Governance Theory als fortentwickelte Steuerungstheorie?* In: Schuppert, Gunnar F. (Hg.): Governance-Forschung. Vergewisserung über Stand und Entwicklungslinien. Baden-Baden, 11–20.

–, 2010: *Governance im modernen Staat*. In: Benz, Arthur (Hg.): Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung. Wiesbaden, 37–48.

Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W., 1995a: *Der Ansatz des akteurszentrierten Institutionalismus*. In: Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (Hg.): Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung. Frankfurt/M., New York, 39–72.

– (Hg.), 1995b: *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*. Frankfurt/M., New York.

–, 1995c: *Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren*. In: Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (Hg.): Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung. Frankfurt/M., New York, 9–38.

McLaughlin, Eithne, 1991: *Social Security and Community Care: The Case of the Invalid Care Allowance*. Research Report No. 4. London.

McLaughlin, Eithne/Glendinning, Caroline, 1994: *Paying for Care in Europe: is there a Feminist Approach?* In: Hantrais, Linda/Mangen, Steen (Hg.): Family Policy and the Welfare of Women. Loughborough, 52–69.

Means, Robin/Morbey, Hazel/Smith, Randall, 2002: *From community care to market care?* The development of welfare services for older people. Bristol, UK.

Means, Robin/Richards, Sally/Smith, Randall, 2008: *Community Care: Policy and Practice*. Basingstoke, UK, New York.

Means, Robin/Smith, Randall, 1998: *Community care*. Policy and practice. Basingstoke, UK, New York.

Mestheneos, Elizabeth/Triantafillou, Judy, 2005: *Supporting family carers of older people in Europe*. EUROFAMCARE. The Pan-European background report. https://www.uke.de/extern/eurofamcare-de/publikationen.php (Download: 14.04.2014).

Meyer, Dirk, 2012: *Der Mindestlohn-Pflege – Relevanz und mögliche Auswirkungen*. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen. 35. Jg. Heft 1, 44–60.

Meyer, Jörg A., 1996: *Der Weg zur Pflegeversicherung. Positionen, Akteure, Politikprozesse*. Frankfurt/M. https://www.uke.de/extern/eurofamcare-de/publikationen.php (Download: 14.04.2014).

Meyer, Martha, 2006: *Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen*. EU-Projekt EUROFAMCARE. Hamburg.

Migrationsverket, 2010: *Beviljade arbetstillstånd helåret 2010*. http://www.migrationsverket.se/English/About-the-Migration-Board/Statistics/2010.html (Download: 02.08.2014).

–, 2013: *Beviljade arbetstillstånd helåret 2013*. http://www.migrationsverket.se/English/About-the-Migration-Board/Statistics/2013.html (Download: 02.08.2014).

Mohr, Katrin, 2004: *Pfadabhängige Restrukturierung oder Konvergenz? Reformen in der Arbeitslosensicherung und der Sozialhilfe in Großbritannien und Deutschland*. Zeitschrift für Sozialreform. 50. Jg. Heft 3, 283–312.

Morel, Nathalie/Palier, Bruno/Palme, Joakim, 2012: *Beyond the welfare state as we knew it?* In: Morel, Nathalie/Palier, Bruno/Palme, Joakim (Hg.): Towards a Social Investment Welfare State? Ideas, Policies and Challenges. Bristol, UK, 1–30.

Moriarty, Jo, 2010: *Cometing with Myths: Migrant Labour in Social Care*. In: Ruhs, Martin/Anderson, Brigit (Hg.): Who needs migrant workers? Labour shortages, immigration, and Public Policy. Oxford, New York, 125–153.

Myles, John/Pierson, Paul, 2001: *The Comparative Political Economy of Pension Reform*. In: Pierson, Paul (Hg.): The new Politics of the Welfare State. Oxford, New York, 305–333.

Myrdal, Alva/Klein, Viola, 1971: *Die Doppelrolle der Frau in Familie und Beruf*. Köln, Berlin.

Naiditch, Michel/Triantafillou, Judy/Di Santo, Patrizia/Carretero, Stephanie/Hirsch Durrett, Elisabeth, 2013: *User Perspectives in Long-Term Care and the Role of Informal Carers*. In: Leichsenring, Kai/Billings, Jenny/Nies, Henk (Hg.): Long-term care in Europe. Improving policy and practice. Basingstoke, UK, New York, 45–80.

National Council for Voluntary Organisations: *NCVO from 1919 to 1993*. http://archive.is/CvPPz (Download: 25.01.2014).

Neuhaus, Andrea/Isfort, Michael/Weidner, Frank, 2009: *Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen*. Köln.

NHS, 2012: *Residential care costs*. http://www.nhs.uk/CarersDirect/guide/practicalsupport/Pages/Chargingforresidentialcare.aspx (Download: 25.01.2014).

NHS Health and Social Care Information Centre, 2005: *Community Care Statistics 2004-05*. Referrals, Assessments and Packages of Care for Adults, England: National Summary.

NHS Information Centre, 2007: *Community Care Statistics 2006*. Home Care Services for Adults, England.

–, 2013: *Community Care Statistics, Social Services Activity – England, 2011-12, Final release*.

NHS Information Centre, Social Care Team, 2010: *Survey of Carers in Households 2009/10*.

Nolan, Mike/Barber, Louise/Edis, Anne/Brown, Jayne/McKee, Kevin J., 2004: *EUROFAMCARE. Services for Supporting Familiy Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. National Background Report for the United Kingdom*. Hamburg. http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_uk_rc1_a4.pdf (Download: 14.04.2014).

North, Douglass C., 1990: *Institutions, institutional change, and economic performance*. Cambridge, New York.

Nullmeier, Frank, 2004: *Vermarktlichung des Sozialstaats*. WSI-Mitteilungen. 57. Jg. Heft 9, 495–500.

Obinger, Herbert/Leibfried, Stephan/Bogedan, Claudia/Gindulis, Edith/Moser, Julia/Starke, Peter, 2006: *Wandel des Wohlfahrtsstaats in kleinen offenen Volkswirtschaften*. In: Leibfried, Stephan/Zürn, Michael (Hg.): Transformationen des Staates? Frankfurt/M., 265–308.

OECD, 1998: *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. www.oecd.org (Download: 14.04.2014).

–, 2005: *Long term care for Older People*. www.oecd.org (Download: 14.04.2014).

–, 2006: *Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?* OECD Economics Department Working Papers No. 477. www.oecd.org (Download: 20.11.2014).

–, 2013: *Long-term care expenditure*. In: OECD (Hg.): Health at a Glance 2013, 186–187.

–, 2014a: *OECD Family Database*. Paris. http://www.oecd.org/social/family/database.htm (Download: 07.12.2014).

–, 2014b: *StatExtracts*. http://stats.oecd.org/index.aspx?r=324844# (Download: 14.04.2014).

Office for National Statistics, o. J.a: *General Lifestyle Survey*. http://data.gov.uk/dataset/general_lifestyle_survey (Download: 17.04.2014).

–, o. J.b: *nomis – Official Labour Market Statistics*. https://www.nomisweb.co.uk/Default.asp (Download: 17.04.2014).

– (Hg.), 1998: *Informal Carers. Results of an independent study carried out on behalf of the Department of Social Security as part of the 1995 General Household Survey*.

–, 2011: *2011 Census: Population and household estimates for the United Kingdom* (Download: 08.04.2014).

Olsson, Lars-Eric/Svedberg, Lars/Jeppsson Grassman, Eva, 2005: *Medborgarnas insatser och engagemang i civilsamhället. Några grundläggande uppgifter från en ny befolkningsstudie*. Stockholm.

Oschmiansky, Heidi, 2013: *Zwischen Professionalisierung und Prekarisierung: Altenpflege im wohlfahrtsstaatlichen Wandel in Deutschland und Schweden*. Berlin.

Österle, August, 2001: *Equity choices and long term care policies in Europe: Allocating ressources and burdens in Austria, Italy, the Netherlands and the United Kingdom*. Aldershot, UK.

Ostner, Ilona, 2011: *Care – eine Schlüsselkategorie sozialwissenschaftlicher Forschung?* In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (Hg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden, 461–481.

Özkan, Veysel, 2007: *Aktuelle Entwicklungen*. http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/laenderprofile/57557/aktuelle-entwicklung (Download: 04.08.2014).

Pappi, Franz-Urban, 1993: *Policy-Netze. Erscheinungsformen moderner Politiksteuerung oder methodischer Ansatz?* In: Héritier, Adrienne (Hg.): Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung. PVS-Sonderheft 24. Opladen, 84.

Parliament UK. http://www.parliament.uk/about/how/laws/passage-bill/commons/coms-lords-committee-stage/(Download: 28.02.2014).

–, 1989: *Standing Committee V02*. http://data.parliament.uk/assets/standingcommittees/SC1989-1990V003P0/SC1989-1990E19891219.xml (Download: 17.12.2014).
–, 2014: *White Paper*. http://www.parliament.uk/site-information/glossary/white-paper/ (Download: 16.12.2014).
Parliamentary Business, 2014: *Care Bill [HL] 2013-14*. http://services.parliament.uk/bills/2013-14/care.html (Download: 25.01.2014).
Parreñas, Rhacel Salazar, 2001: *Servants of Globalization*. Women, Migration, and Domestic Work. Stanford, Calif.
Parusel, Bernd, 2008: *Zuwanderungspolitik*. http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/laenderprofile/57853/zuwanderungspolitik (Download: 02.08.2014).
Pascall, Gillian/Lewis, Jane, 2004: *Emerging Gender Regimes and Policies for Gender Equality in a Wider Europe*. Journal of Social Policy. 33. Jg. Heft 3, 373–394.
Pfau-Effinger, Birgit, 2000: *Kultur und Frauenerwerbstätigkeit in Europa*. Theorie und Empirie des internationalen Vergleichs. Opladen.
–, 2005a: *Development paths of care arrangements in the framework of family values and welfare values*. In: Pfau-Effinger, Birgit/Geissler, Birgit (Hg.): Care and Social Integration in European Societies. Bristol, UK, 21–45.
–, 2005b: *Welfare State Policies and care arrangements*. European Societies. 7. Jg. Heft 2, 321–347.
Pfau-Effinger, Birgit/Geissler, Birgit (Hg.), 2005: *Care and social integration in European societies*. Bristol, UK.
Pfau-Effinger, Birgit/Och, Ralf/Eichler, Melanie, 2008: *Ökonomisierung, Pflegepolitik und Strukturen der Pflege älterer Menschen*. In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G. (Hg.): Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung. Wiesbaden, 83–98.
Pickard, Linda, 2001: *Carer break or carer blind? Policies for informal carers in the UK*. Social Policy and Administration. 35. Jg. Heft 4, 441–458.
Pierson, Paul, 2000a: *Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics*. The American Political Science Review. 94. Jg. Heft 2, 251–267.
–, 2000b: *Not Just What, but When: Timing and Sequence in Political Processes*. Studies in American Political Development. 14. Jg. Heft 1, 72–92.
–, 2001a: *Coping with Permanent Austerity*. Welfare State Restructuring in Affluent Democracies. In: Pierson, Paul (Hg.): The new Politics of the Welfare State. Oxford, New York, 410–456.
–, 2001b: *Introduction. Investigating the Welfare State at Century's End*. In: Pierson, Paul (Hg.): The new Politics of the Welfare State. Oxford, New York, 1–14.
– (Hg.), 2001c: *The new Politics of the Welfare State*. Oxford, New York.
Pihan, Andreas, 1996: *Politiksequenzen der Pflegeversicherung*. Zur Bedeutung von Politiknetzwerken. Münster.
Platzer, Ellinor, 2010: *Care work and migration politics in Sweden*. In: Widding Isaksen, Lise (Hg.): Global care work. Gender and migration in Nordic societies. Lund, 195–216.

PR Newswire Europe, 1989: *Community Care: Action needed now*, 28.04.89.

Press Association, 1989a: *Local councils given care in community role*, 12.07.89.

–, 1989b: *Government unveils care 'privatisation' plans*, 16.11.89.

–, 1990: *Clarke holds back on NHS reforms*, 18.07.90.

Prokla-Redaktion, 2014: *Editorial: Materialistischer Feminismus*. Prokla 174. 44. Jg. Heft 1, 2–10.

Prowse, Michael, 1988: *Plea for shake-up of community care cash*. Financial Times, 06.11.88, 10.

Przeworski, Adam/Teune, Henry, 1970: *The Logic of Comparative Social Inquiry*. New York.

Ragin, Charles C., 1987: *The comparative method*. Moving beyond qualitative and quantitative strategies. Berkeley.

–, 1994: *Constructing social research*. The unity and diversity of method. Thousand Oaks, Calif.

–, 2013: *Comparative method*. Moving beyond qualitative and quantitative strategies. University of California.

Regeringens proposition 1987/88:176: Äldreomsorgen inför 90-talet. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/prop-198788176-proposition-D_GB03176/(Download: 10.02.2014).

Regeringens proposition 1990/91:14: *Ansvaret för vård och service till äldre & handikappade*. http://data.riksdagen.se/dokument/GE0314 (Download: 10.02.2014).

Regeringens proposition 1997/98:113: *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/prop-199798113-Nationell-han_GL03113/(Download: 07.06.2014).

Reichert, Monika, 2003: *Erwerbstätigkeit und Pflege – ein neues Konfliktfeld des Demographischen Wandels? Überblick über den nationalen und internationalen Forschungsstand*. In: Goldmann, Monika/Mütherich, Birgit/Stackelbeck, Martina/Tech, Daniel (Hg.): Projektdokumentation Gender Mainstreaming und Demographischer Wandel, Dortmund, 213–232.

Riksdag, 1990: *Protokoll 1990/91:45*. Riksdagens snabbprotokoll 1990/91:45 Torsdagen den 13 december. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Kammaren/Protokoll/_GE0945/(Download: 15.02.2014).

Rochester, Colin/Paine, Angela E./Howlett, Steven, 2010: *Volunteering and society in the 21st century*. Basingstoke, UK, New York.

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas, 2006: *Gesundheitspolitik*. Eine systematische Einführung. Bern.

Rostgaard, Tine/Fridberg, Torben, 1998: *Caring for children and older people*. Copenhagen.

Roth, Günter, 2000: *Fünf Jahre Pflegeversicherung in Deutschland: Funktionsweise und Wirkungen*. Sozialer Fortschritt. 49. Jg. Heft 8/9, 184–192.

Rothgang, Heinz, 2006: *Die Regulierung von Gesundheitssystemen in vergleichender Perspektive. Auf dem Weg zur Konvergenz?* In: Wendt, Claus/Wolf, Christof (Hg.): Soziologie der Gesundheit. Wiesbaden, 298–319.

–, 2009: *Converging Governance in Healthcare Systems?* In: Dingeldey, Irene/Rothgang, Heinz (Hg.): Governance of Welfare State Reform. A cross national and cross sectoral comparison of policy and politics. Cheltenham, UK, Northampton, Mass., 21–42.

–, 2014: *Stellungnahme zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitungen für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI ÄndG) – BT-Drs. 18/1798*. http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse18/a14/anhoerungen/-/287050 (Download: 04.12.2014).

Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Unger, Rainer/Weiß, Christian/Wolter, Annika, 2012: *Barmer GEK Pflegereport*. https://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/Pflegereport/Einstieg-Pflegereport.html (Download: 08.11.2014).

Rothgang, Heinz/Preuss, Maike, 2008: Ökonomisierung der Sozialpolitik? Neue Begründungsmuster sozialstaatlicher Tätigkeit in der Gesundheits- und Familienpolitik. In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G. (Hg.): Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung. Wiesbaden, 31–48.

Rüb, Friedbert W., 2003: *Vom Wohlfahrtsstaat zum „manageriellen Staat"? Zum Wandel des Verhältnisses von Markt und Staat in der deutschen Sozialpolitik*. In: Czada, Roland M./Zintl, Reinhard (Hg.): Politik und Markt. Wiesbaden, 256–299.

Rubery, Jill/Grimshaw, Damian/Donnelly, Rory/Urwin, Peter, 2009: *Revisiting the UK Model: From Basket Case to Success and Back Again?* In: Bosch, Gerhard/Lehndorff, Steffen/Rubery, Jill (Hg.): European Employment Models in Flux. A comparison of institutional change in nine European Countries. Basingstoke, UK, New York, 57–80.

Ruhs, Martin/Anderson, Brigit, 2010: *Semi-Compliance and Illegality in Migrant Labour Markets: An Analysis of Migrants, Employers and the State in the UK*. Population, Space and Place. 16. Jg. Heft 3, 195–211.

Rüling, Anneli, 2007: *Entwicklung eines Adult Worker Model in Europa? Die Modernisierung famlienpolitischer Leistungen zwischen De- und Re-Familialisierung*. Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien. 25. Jg. Heft 3/4, 22–37.

–, 2010: *Ausbau der frühkindlichen Betreuung in Deutschland und England* – Ökonomisierung der Familienpolitik oder bildungspolitische Wende? In: Auth, Diana/Buchholz, Eva/Janczyk, Stefanie (Hg.): Selektive Emanzipation. Analysen zur Gleichstellungs- und Familienpolitik. Opladen, 197–218.

Sabatier, Paul A., 1993: *Advocacy-Koalitionen, Policy-Wandel und Policy-Lernen: Eine Alternative zur Phasenheuristik*. In: Héritier, Adrienne (Hg.): Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung. PVS-Sonderheft 24. Opladen, 116–148.

–, 2010: *The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarifications*. In: Ruhs, Martin/Anderson, Brigit (Hg.): Who needs migrant workers? Labour shortages, immigration, and Public Policy. Oxford, New York, 189–222.

Sachße, Christoph, 2011: *Zur Geschichte sozialer Dienste in Deutschland*. In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (Hg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden, 94–116.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007: *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten*.

Sainsbury, Diane, 1994: *Women's and Men's Social Rights: Gendering Dimensions of Welfare States*. In: Sainsbury, Diane (Hg.): Gendering Welfare States. London, Los Angeles, 150–169.

–, 1996: *Gender, equality, and welfare states*. Cambridge, UK, New York.

–, 1999a: *Gender and Social-Democratic Welfare States*. In: Sainsbury, Diane (Hg.): Gender and welfare state regimes. Oxford, New York, 75–114.

– (Hg.), 1999b: *Gender and welfare state regimes*. Oxford, New York.

–, 1999c: *Gender, Policy Regimes, and Politics*. In: Sainsbury, Diane (Hg.): Gender and welfare state regimes. Oxford, New York, 245–275.

–, 2006: *Immigrants' social rights in comparative perspective: welfare regimes, forms of immigration and immigration policy regimes*. Journal of European Social Policy. 16. Jg. Heft 3, 229–244.

–, 2012: *Welfare States and Immigrant Rights*. Oxford, New York.

Sand, Ann-Britt M., 2007: *The value of the work – on employment for family care in Sweden*. In: Paoletti, Isabella (Hg.): Family caregiving for older disabled people: relational and institutional issues. New York.

–, 2010: *Anhöriga som kombinerar förvärvsarbete och anhörigomsorg*. Kalmar.

Sartori, Giovanni, 1976: *Parties and party systems*. Cambridge, UK u.a.

–, 2005: *Parties and party systems*. A framework for analysis. Colchester.

Scharpf, Fritz W., 2006: *Interaktionsformen*. Akteurszentrierter Institutionalismus in der Politikforschung. Wiesbaden.

Scheiwe, Kirsten, 1997: *New Demands for social protection – changing family structures, women's roles and institutional responses*. The case of the German Long-Term Care Insurance. Mannheim.

–, 2010: *Die soziale Absicherung häuslicher Pflege über Grenzen hinweg – Rechtliche Grauzonen, (Ir-)Regularität und Legitimität*. In: Scheiwe, Kirsten/Krawietz, Johanna (Hg.): Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden, 123–149.

Scheiwe, Kirsten/Krawietz, Johanna, 2010: *Transnationale Sorgearbeit, ihre Regulierung und die Praxis der Akteure – eine Einleitung*. In: Scheiwe, Kirsten/Krawietz, Johanna (Hg.): Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden, 7–26.

Schmid, Günther, 2005: *Gewährleistungsverantwortung und Arbeitsmarkt*. In: Schuppert, Gunnar Folke (Hg.): Der Gewährleistungsstaat. Ein Leitbild auf dem Prüfstand. Baden-Baden, 145–166.

Schmid, Josef, 2010: *Wohlfahrtsstaaten im Vergleich*. Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme. Wiesbaden.

Schmidt, Manfred G., 2007: *Das politische System Deutschlands*. Institutionen, Willensbildung und Politikfelder. Bonn.

Schmidt, Manfred G./Ostheim, Tobias, 2007a: *Einführung*. In: Schmidt, Manfred G./Ostheim, Tobias/Siegel, Nico A./Zohlnhöfer, Reimut (Hg.): Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich. Wiesbaden, 21–28.

–, 2007b: *Politisch-institutionelle Theorien*. In: Schmidt, Manfred G./Ostheim, Tobias/Siegel, Nico A./Zohlnhöfer, Reimut (Hg.): Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich. Wiesbaden, 63–74.

Schneekloth, Ullrich, 2005: *Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung*. In: Schneekloth, Ullrich/Wahl, Hans Werner (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht. München, 55–98.

Schneekloth, Ullrich/Wahl, Hans Werner, 2007: *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice"*. München.

Schneekloth, Ulrich/Müller, Udo, 2000: *Wirkungen der Pflegeversicherung*. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden.

Schneider, Jan, 2005: *Integration*. http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56404/integration#art1 (Download: 02.08.2014).

–, 2007: *Rückblick: Zuwanderungsgesetz 2005*. http://www.bpb.de/themen/TLG91N.html (Download: 02.08.2014).

Schneider, Ulrike, 1999: *Die soziale Pflegeversicherung in Deutschland: Gestaltung, Implementierung und erste Bewertung*. Internationale Revue für Soziale Sicherheit. 52. Jg. Heft 2, 37–89.

Schneider, Volker/Janning, Frank (Hg.), 2009: *Politiknetzwerke*. Modelle, Anwendungen und Visualisierungen. Wiesbaden.

Schölkopf, Martin, 1998: *Die Altenpflege und die Daten: Zur quantitativen Entwicklung der Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen*. Sozialer Fortschritt. 47. Jg. Heft 1, 1–9.

–, 1999: *Altenpflegepolitik – an der Peripherie des Sozialstaates? Die Expansion der Pflegedienste zwischen Verbändewohlfahrt, Ministerialbürokratie und Parteien*. Politische Vierteljahresschrift. 40. Jg. Heft 2, 246–278.

Schroeder, Wolfgang/Weinert, Rainer, 2004: *Arbeitsbeziehungen in Schweden und Deutschland: Differenzierung und Dezentralisierung als Herausforderung*. In: Lütz, Susanne/Czada, Roland (Hg.): Wohlfahrtsstaat – Transformation und Perspektiven. Wiesbaden, 267–295.

Schuppert, Gunnar Folke, 2005: *Der Gewährleistungsstaat – modisches Label oder Leitbild sich wandelnder Staatlichkeit?* In: Schuppert, Gunnar Folke (Hg.): Der Gewährleistungsstaat. Ein Leitbild auf dem Prüfstand. Baden-Baden, 11–52.

–, 2008: *Governance – auf der Suche nach Konturen eines „anerkannt uneindeutigen Begriffs“*. In: Schuppert, Gunnar Folke/Zürn, Michael (Hg.): Governance in einer sich wandelnden Welt. Wiesbaden, 13–40.

Sebald, Martin, 2000: *„Pflege“ als Streitobjekt: Die parteipolitische Kontroverse um die Pflegeversicherung und die Entstehung des Pflegeversicherungsgesetzes von 1994*. Zeitschrift für Sozialreform. 46. Jg. Heft 2, 173–187.

Seeleib-Kaiser, Martin, 2001: *Globalisierung und Sozialpolitik*. Ein Vergleich der Diskurse und Wohlfahrtssysteme in Deutschland, Japan und den USA. Frankfurt/M., New York.

Sell, Stefan, 2012: *Mit Herzensbildung und Studium*. Gesundheit und Gesellschaft. 15. Jg. Heft 3, 24–29.

Senghaas-Knobloch, Eva, 2005: *Fürsorgliche Praxis und die Debatte um einen erweiterten Arbeitsbegriff in der Arbeitsforschung*. In: Kurz-Scherf, Ingrid/Correll, Lena/Janczyk, Stefanie (Hg.): In Arbeit: Zukunft. Die Zukunft der Arbeit und der Arbeitsforschung liegt in ihrem Wandel. Münster, 54–68.

–, 2008: *Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis*. Berliner Journal für Soziologie. 32. Jg. Heft 2, 221–243.

–, 2010: *Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen fürsorglicher Praxis in der Pflege*. In: Kumbruck, Christel/Rumpf, Mechthild/Senghaas-Knobloch, Eva (Hg.): Unsichtbare Pflegearbeit – Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Studien zur Pflege 2. Münster, 85–105.

SGB XI.

Shutes, Isabel/Chiatti, Carlos, 2012: *Migrant labour and the marketisation of care for older people: The employment of migrant care workers by families and service providers*. Journal of European Social Policy. 22. Jg. Heft 4, 392–405.

Siegel, Nico A., 2007: *Methoden der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung*. In: Schmidt, Manfred G./Ostheim, Tobias/Siegel, Nico A./Zohlnhöfer, Reimut (Hg.): Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich. Wiesbaden, 96–114.

Simon, Michael/Hasselhorn, Hans-Martin, 2005: *Die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie im Pflegeberuf*. In: Hasselhorn, Hans-Martin/Müller, Bernd H./Tackenberg, Peter/Kümmerling, Angelika/Simon, Michael (Hg.): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Dortmund, Berlin, Dresden, 82–87.

Simon, Michael/Tackenberg, Peter/Hasselhorn, Hans-Martin/Kümmerling, Angelika/Büscher, Andreas/Müller, Bernd Hans, 2005: *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*.

Simonazzi, Annamaria, 2009: *Care regimes and national employment models*. Cambridge Journal of Economics. 33. Jg. Heft 2, 211–232.

Sipilä, Jorma/Anttonen, Anneli/Baldock, John, 2003: *The Importance of Social Care*. In: Anttonen, Anneli/Baldock, John/Sipilä, Jorma (Hg.): The Young, the Old and

the State: Social Care Systems in Five Industrial Nations. Cheltenham, UK, Northampton, Mass., 1–23.

Skills for Care, 2012: *Adult Social Care Qualifications*. Supporting Materials. http://www.skillsforcare.org.uk/Qualifications-and-Apprenticeships/Adult-social-care-qualifications/Supporting-materials.aspx (Download: 29.01.2014).

Skocpol, Theda, 1985: *Bringing the state back in*. In: Evans, Peter B./Rueschemeyer, Dietrich/Skocpol, Theda (Hg.): Bringing the state back in. Cambridge, UK, 3–43.

Skolverket, 2011: *Vård- och omsorgsprogrammet*. Gymnasieskola 2011. http://www.skolverket.se/skolformer/gymnasieutbildning/gymnasieskola/program-och-utbildningar/nationella-program/2.7243 (Download: 08.08.2014).

–, 2013: *Gymnasieskola. Program och utbildningar*. http://www.skolverket.se/skolformer/gymnasieutbildning/gymnasieskola/program-och-utbildningar (Download: 08.08.2014).

Social Services Committee, 1990: *Third Report: Community Care: Funding für local Autorities*. Together with the Prodeedings of the Committee. http://parlipapers.chadwyck.co.uk/home.do (Download: 10.02.2016).

Social Services Inspectorate, 2003: *The Social Services Inspectorate*. Who we are and what we do. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Lettersandcirculars/Chiefinspectorletters/DH_4004472 (Download: 14.04.2014).

Socialstyrelsen, 1993: *Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige 1993: tabellbilaga*. Stockholm. http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Historisk-statistik/Digitaliserat-aldre-tryck/Sok-publikationer-efter-amne/?Statistikserie=Socialtj%C3%A4nsten+och+omsorgerna+1993-1999 (Download: 06.06.2016).

–, 1996: *Social service, vård och omsorg i Sverige 1996*. Stockholm. http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/sok/?query=v%C3%A5rd+och+omsorg+1995 (Download: 08.04.2014).

–, 2000: *Bo hemma på äldre da'r*. Äldreuppdrages 2000:11. Stockholm.

–, 2001: *Äldre – vård och omsorg år 2000*. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2001/2001-44-3 (Download: 14.04.2014).

–, 2003: *Kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre och funktionshindrade*. Del II – Faktagrund och beräkningar. Stockholm. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-131-22 (Download: 11.08.2014).

–, 2006: *Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer. Grundläggande nivå*. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-110-20 (Download: 07.08.2014).

–, 2008a: *Developments in the care for the elderly in Sweden 2007*. www.socialstyrelsen.se (Download: 14.04.2014).

–, 2008b: *Kostnader för assistansersättningen (LASS)*. Analys av utvecklingen 1994-2005.

–, 2009: *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapporter 2008*. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Individ- och familjeomsorg. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8465/2009-126-44_200912644.pdf (Download: 12.12.2014).

–, 2013: Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-4-15 (Download: 14.04.2014).

–, 2014: Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2013. Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-3-2 (Download: 26.03.2014).

Socialtjänstlag, 2013. https://lagen.nu/2001:453#K1P1 (Download: 04.04.2014).

Socialutskottet betänkande 1990/91:SoU9: *Ändrad ansvarsfördelning inom äldreomsorgen m.m.* http://www.riksdagen.se (Download: 14.02.2014).

Sommer, Ilka, 2014: *Die Müh(l)en der staatlichen Anerkennung – Selektionsmechanismen der Umwandlung „ausländischer" in „deutsche" Pflegefachkräfte zwischen Berufsrecht und Anerkennungspraxis*. In: Krawietz, Johanna/Visel, Stefanie (Hg.): Prekarisierung transnationaler Carearbeit: Ambivalente Anerkennung. Münster, 56–81.

Sontheimer, Kurt/Bleek, Wilhelm/Gawrich, Andrea, 2007: *Grundzüge des politischen Systems Deutschlands*. München, Zürich.

Spicker, Paul, 2011: *How social security works*. An introduction to benefits in Britain. Bristol, UK, Portland, OR.

Starke, Peter, 2006: *The Politics of Welfare State Retrenchment: A Literature Review*. Social Policy & Administration. 40. Jg. Heft 1, 104–120.

Starke, Peter/Obinger, Herbert, 2009: *Are Welfare States Converging? Recent Social Policy Developments in Advanced OECD Countries*. In: Dingeldey, Irene/Rothgang, Heinz (Hg.): Governance of Welfare State Reform. A cross national and cross sectoral comparison of policy and politics. Cheltenham, UK, Northampton, Mass., 113–141.

Statens offentliga utredningar, 1987: *Äldreomsorg i utveckling. Slutbetänkande av äldreberedningen*. Stockholm.

Statistics Sweden, 2014: *Population Statistics*. Summary of Population Statistics 1960 – 2013. http://www.scb.se/en_/Finding-statistics/Statistics-by-subject-area/Population/Population-composition/Population-statistics/Aktuell-Pong/25795/Yearly-statistics--The-whole-country/26040/(Download: 08.04.2014).

Statistika Centralbyrån, 2009: *Yrkesstrukturen i Sverige 2009*. Yrkesregistret med yrkesstatistik. http://www.scb.se/en_/Finding-statistics/Publishing-calendar/Show-detailed-information/?publobjid=9868++ (Download: 28.07.2014).

–, 2012: *Yrkesstrukturen i Sverige 2012*. Yrkesregistret med yrkesstatistik. http://www.scb.se/en_/Finding-statistics/Publishing-calendar/Show-detailed-information/?publobjid=21663+ (Download: 29.07.2014).

–, 2016: *Statistical Database. Population by age and sex. Year 1860-2015*. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/BefolkningR1860/?rxid=a8b37f9d-5277-4298-9400-ae535b727cb5 (Download: 06.06.2016).

Statistisches Bundesamt, 2001: *Kurzbericht: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Bonn. https://www.destatis.de/DE/

Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html (Download: 14.04.2014).

–, 2011: *Pflegestatistik 2009*. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html (Download: 14.04.2014).

–, 2013: *Pflegestatistik 2011*. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

–, 2014a: *Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege*. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/HilfezurPflege.html (Download: 04.12.2014).

–, 2014b: *Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege steigt 2012 auf 439 000*. Pressemitteilung Nr. 43 vom 11.02. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/02/PD14_043_221.html (Download: 31.05.2016).

–, 2015: *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html (Download: 31.05.2016).

Stockholm Stad, 2014: *Hemvårdsbidrag. Belopp år 2014*. http://www.stockholm.se/FamiljOmsorg/funktionsnedsattning/Boende-och-stod-i-hemmet/Hemtjanst-och-hemvardsbidrag/(Download: 15.03.2014).

Stordeur, Sabine/D'hoore, William/Heijden, Sabine van der/Di Bisceglie, Miriam/Laine, Marjukka/Schoot, Esther van der/NEXT-Studiengruppe, 2005: *Führungsqualität, Arbeitszufriedenheit und berufliche Bindung von Pflegekräften*. In: Hasselhorn, Hans-Martin/Müller, Bernd H./Tackenberg, Peter/Kümmerling, Angelika/Simon, Michael (Hg.): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Dortmund, Berlin, Dresden, 30–48.

Streeck, Wolfgang/Schmitter, Philippe C., 1985: *Private interest government*. Beyond market and state. London, Los Angeles.

Streeck, Wolfgang/Thelen, Kathleen, 2005: *Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies*. In: Streeck, Wolfgang/Thelen, Kathleen (Hg.): Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies. Oxford, New York, 1–39.

Strohmeier, Klaus Peter, 1995: *Familienpolitik und familiale Lebensformen – Ein handlungstheoretischer Bezugsrahmen*. In: Nauck, Bernhard/Onnen-Isemann, Corinna (Hg.): Familie im Brennpunkt von Wissenschaft und Forschung. Neuwied, 17–36.

Sturm, Roland, 2009: *Das politische System Großbritanniens*. In: Ismayr, Wolfgang (Hg.): Die politischen Systeme Westeuropas. Wiesbaden, 265–306.

Süddeutsche Zeitung, 2013: *Wenig Interesse an Familienpflegezeit. Verbände sprechen von „Totalausfall"*, 16.12.13.

Sundström, Gerdt, 1986: *Family and State: Recent Trends in the Care of the Aged in Sweden*. Ageing and Society. 6. Jg. Heft 2, 169–196.

Sundström, Gerdt/Johansson, Lennarth/Hassing, Linda B., 2002: *The Shifting Balance of Long-Term Care in Sweden*. The Gerontologist. 42. Jg. Heft 3, 350–355.

Sutherland, Stewart, 1999: *With Respect to Old Age: Long Term Care – Rights and Responsibilities*. London.

Svedberg, Lars/Essen, Johan von/Jegermalm, Magnus, 2010: *Svenskarnas engagemang är större än någonsin*. Insatser i och utanför föreningslivet. Stockholm.

Svedberg, Lars/Olsson, Lars-Eric, 2010: *Voluntary Organizations and Welfare Provision in Sveden: Is There Such a Thing?* In: Evers, Adalbert/Zimmer, Annette (Hg.): Third sector organizations facing turbulent environments. Sports, culture and social services in five European countries. Baden-Baden, 225–251.

Sveriges Kommuner och Landsting, 2008: *Öppna jämförelser 2007. Äldreomsorg.* http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39039_1.pdf (Download: 12.12.2014).

–, 2009: *Aktuellt på äldreområdet 2008 – uppdaterad hösten 2009*. http://67.23.251.125/~vocgavle/wp-content/uploads/2011/02/Aktuellt.personal.pdf (Download: 07.08.2014).

–, 2010: *Kommunal Personal 2008*. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/statistik-personal/kommunal-personal-2012/kommunal_personal_2008 (Download: 13.08.2014).

–, 2014: *Kommunal Personal 2013*. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/statistik-personal/kommunal-personal-2013 (Download: 13.08.2014).

Swank, Duane, 2001: *Political Institutions and Welfare State Restructuring*. The Impact of Institutions on Social Policy Change in Developed Democracies. In: Pierson, Paul (Hg.): The new Politics of the Welfare State. Oxford, New York, 197–237.

Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2007: *Care of the Elderly in Sweden Today 2006*. Stockholm. http://webbutik.skl.se/cgi-bin/ibutik/AIR_ibutik.fcgi (Download: 27.07.2014).

–, 2009: *Developments in Elderly Policy in Sweden*. Stockholm. http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/developments-in-elderly-policy-in-sweden.html (Download: 11.08.2014).

Szebehely, Marta, 1998: *Changing Divisions of Care-work: Caring for Children and Frail Elderly People in Sweden*. In: Lewis, Jane (Hg.): Gender, social care and welfare state restructuring in Europe. Aldershot, UK, 257–283.

–, 2000: *Äldreomsorg i förändring – knappare resurser och nya organisationsformer.* In: Statens offentliga utredningar (Hg.): Välfärd, vård och omsorg, 171–223.

–, 2005: *Anhörigas betalda och obetalda äldromsorgsinsatser*. In: Statens offentliga utredningar (Hg.): Forskringsrapporter till Jämställhetspolitiska utredningen. Stockholm, 133–203.

Szebehely, Marta/Trydegård, Gun-Britt, 2012: *Home care for older people in Sweden: a universal model in transition*. Health & Social Care in the Community. 20. Jg. Heft 3, 300–309.

Taylor-Gooby, Peter, 2004a: *New Risks and Social Change*. In: Taylor-Gooby, Peter (Hg.): New risks, new welfare. The transformation of the European welfare state. Oxford, New York, 1–28.

– (Hg.), 2004b: *New risks, new welfare*. The transformation of the European welfare state. Oxford, New York.
–, 2004c: *New Social Risks and Welfare States: New Paradigm and New Politics?* In: Taylor-Gooby, Peter (Hg.): New risks, new welfare. The transformation of the European welfare state. Oxford, New York, 209–238.
Taylor-Gooby, Peter/Larsen, Trine/Kananen, Johannes, 2004: *Market Means and Welfare Ends: The UK Welfare State Experiment*. Journal of Social Policy. 33. Jg. Heft 4, 573–592.
Tester, Susan, 1999: *Comparative Approaches to Long-term Care for Adults*. In: Clasen, Jochen (Hg.): Comparative social policy. Concepts, Theories and Methods. Oxford, 136–158.
The Guardian, 1989a: *Leading Article: The costing of caring*, 17.11.89.
–, 1989b: *White Paper: Critics attack contract order to councils*, 17.11.89.
–, 1989c: *The Day in Politics: Clarke bill faces Tory challenge*, 07.12.89.
–, 1990: *The Day in Politics: Clarke move heads off rebels – Lords amendment to 'ring-fenced' community care cash is defeated despite support from Tory backbenchers/NHS Bill*, 28.06.90.
–, 2008: *This scheme is unfair to both sides*, 06.02.08.
–, 2011: *David Cameron: NHS can only be saved by reform*, 16.05.11.
–, 2012: *Can't find work? Volunteer and you could get some unexpected bonuses*, 10.06.12.
The Independent, 1990a: *Fears over community care funds*, 24.03.90.
–, 1990b: *Parliament and Politics: Tory MPs revolt over NHS Bill*, 30.06.90.
–, 1990c: *Tory councils split over action to cut poll tax*, 06.07.90.
–, 1990d: *Clarke postpones care in the community plans*, 19.07.90.
The Sunday Times, 1989: *'Nursemaid kids' carry a caring load*, 13.03.89.
Thelen, Kathleen, 1999: *Historical Institutionalism in Comparative Politics*. Annual Review of Political Science. 2. Jg. Heft 1, 369–404.
–, 2001: *Varieties of Labor Politics in the Developed Democracies*. In: Hall, Peter A./Soskice, David W. (Hg.): Varieties of capitalism. The institutional foundations of comparative advantage. Oxford, New York, 71–103.
–, 2009: *Institutional Change in Advanced Political Economies*. British Journal of Industrial Relations. 47. Jg. Heft 3, 471–498.
Theobald, Hildegard, 2003: *Care for the Elderly: welfare system, professionalisation and the question of inequality*. International Journal of Sociology and Social Policy. 23. Jg. Heft 4/5, 159–185.
–, 2004a: *Care services for the elderly in Germany. Infrastructure, access and utilisation from the perspective of different user groups*. Berlin.
–, 2004b: *Wandel wohlfahrtsstaatlicher Regulierung und die Frage der Gleichheit: das Beispiel der Altenbetreuung in Deutschland und Schweden*. In: Oppen, Maria/Simon, Dagmar (Hg.): Verharrender Wandel. Institutionen und Geschlechterverhältnisse. Berlin, 169–194.

–, 2007: *Vergesellschaftung von Fürsorgearbeit – Erfahrungen aus der Altenbetreuung in Schweden*. WSI-Mitteilungen. 60. Jg. Heft 10, 561-567.

–, 2008: *Care-Politiken, Care-Arbeitsmarkt und Ungleichheit: Schweden, Deutschland und Italien im Vergleich*. Berliner Journal für Soziologie. 18. Jg. Heft 2, 257–281.

Theobald, Hildegard/Szebehely, Marta/Preuß, Maren, 2013: *Arbeitsbedingungen in der Altenpflege*. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Berlin.

TNS Infratest Sozialforschung, 2011: *Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes". Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*.

Trampusch, Christine, 2000: *Arbeitsmarktpolitik, Gewerkschaften und Arbeitgeber*. Ein Vergleich der Entstehung und Transformation der öffentlichen Arbeitsverwaltungen in Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden zwischen 1909 und 1999.

Tronto, Joan, 1996: *Politics of care. Fürsorge und Wohlfahrt*. Transit – Europäische Revue. 7. Jg. Heft 12, 142–153.

Trydegård, Gun-Britt, 2000: *From poorhouse overseer to production manager: one hundred years of old-age care in Sweden reflected in the development of an occupation*. Ageing and Society. 20. Jg. Heft 5, 571–597.

–, 2004: *Welfare services for the Elderly in Sweden at the Beginning of the 21st Century – Still in Line with the Nordic Welfare State Model?* Paper der Konferenz: Social Policy as if People Matter: A Cross-National Dialogue.

Trydegård, Gun-Britt/Thorslund, Mats, 2010: *One uniform welfare state or a multitude of welfare municipalities? The evolution of local variation in Swedish elder care*. Social Policy and Administration. 44. Jg. Heft 4, 495–511.

Tsebelis, George, 1995: *Decision Making in Political Systems: Veto Players in Presidentialism, Parliamentarism, Multicameralism and Multipartyism*. British Journal of Political Science. 25. Jg. Heft 3, 289.

–, 2002: *Veto players. How political institutions work*. Princeton.

–, 2010: *Veto Player Theory and Policy Change: An Introduction*. In: König, Thomas/Tsebelis, George/Debus, Marc (Hg.): Reform processes and policy change. Veto players and decision-making in modern democracies. Berlin, New York u.a., 3–18.

Twigg, Julia, 1989: *Models of carers: how do social care agencies conceptualise their relationship with informal carers*. Journal of Social Policy. 18. Jg. Heft 1, 53–66.

Ungerson, Clare, 2000: *Thinking about the Production and Consumption of Long-term Care in Britain: Does Gender Still Matter?* Journal of Social Policy. 29. Jg. Heft 4, 623–643.

–, 2004: *Whose empowerment and independence? A cross-national perspective on 'cash for care' schemes*. Ageing and Society. 24. Jg. Heft 2, 189–212.

–, 2005: *Gender, labour markets and care work in five European funding regimes*. In: Pfau-Effinger, Birgit/Geissler, Birgit (Hg.): Care and Social Integration in European Societies. Bristol, UK, 49–71.

Ungerson, Clare/Yeandle, Sue (Hg.), 2007: *Cash for care in developed welfare states*. Basingstoke, UK, New York.

van Hooren, Franca, 2011: *Caring migrants in European welfare regimes: The policies and practice of migrant labour filling the gaps in social care*. Florence.

–, 2012: *Varieties of migrant care work: Comparing patterns of migrant labour in social care*. Journal of European Social Policy. 22. Jg. Heft 2, 133–147.

van Kersbergen, Kees, 1995: *Social capitalism*. A study of Christian democracy and the welfare state. London, New York.

Veil, Mechthild, 2003: *Wohlfahrtsstaatliche Konzepte, Kinderbetreuungskulturen und Geschlechterarrangements in Europa*. http://web.fu-berlin.de/gpo/pdf/Veil/veil.pdf (Download: 14.04.2014).

ver.di, o. J. www.verdi.de (Download: 09.12.2014).

Verksamt.se, 2014: *Anställningsformer*. https://www.verksamt.se/driva/personal/anstallningsformer (Download: 11.08.2014).

Völker, Susanne/Amacker, Michèle (Hg.), 2015: *Prekarisierungen. Arbeit, Sorge und Inklusion*. Weinheim, Basel.

Waerness, Kari, 2000: *Fürsorgerationalität. Zur Karriere eines Begriffs*. Feministische Studien. Extraheft Fürsorge – Anerkennung – Arbeit, 54–66.

Wagner, Alexandra/Wiethold, Franziska, 2009: *Prekäre Beschäftigung und Geschlecht*. In: Kurz-Scherf, Ingrid (Hg.): Feminismus: Kritik und Intervention. Münster, 197–213.

Wahl, Stefanie A., 2014: *Auf der Suche nach Anerkennung – Prekarität und Missachtungserfahrungen in der Pflegearbeit*. In: Krawietz, Johanna/Visel, Stefanie (Hg.): Prekarisierung transnationaler Carearbeit: Ambivalente Anerkennung. Münster, 20–36.

Walby, Sylvia, 2004: *The European Union and Gender Equality: Emergent Varieties of Gender Regimes*. Social Politics. 11. Jg. Heft 1, 4–29.

–, 2009: *Globalization and inequalities: complexities and contested modernities*. London, Los Angeles.

Wanless, Derek/Forder, Julien/Fernandez, Jose-Luis/Poole, Teresa/Beesley, Lucinda/Henwood, Melanie/Moscone, Francesco, 2006: *Securing Good Care for Older People. Taking a Long-term View*. London.

Warburton, Jeni/Jeppsson Grassman, Eva, 2011: *Variations in older people's social and productive ageing activities across different social welfare regimes*. International Journal of Social Welfare. 20. Jg. Heft 2, 180–191.

Weicht, Berndhard (Hg.), 2008: *A part of the family or just an employee? Discourses on the employment of migrant carers in Austria and the UK*. Draft of a paper presented at the Transforming Elderly Care Conference, Copenhagen, Juni.

Wilensky, Harold L., 1975: *The welfare state and equality*. Structural and ideological roots of public expenditures. Berkeley.

Williams, Charlotte/Mooney, Gerry, 2008: *Decentring Social Policy? Devolution and the Discipline of Social Policy: A Commentary*. Journal of Social Policy. 37. Jg. Heft 3, 489–507.

Williams, Fiona, 1995: *Race/Ethnicity, Gender, and Class in Welfare States: A Framework for Comparative Analysis*. Social Politics. 2. Jg. Heft 2, 127–159.

–, 2010: *Migration and Care: Themes, Concepts and Challenges*. Social Policy and Society. 9. Jg. Heft 3, 385–396.

Williams, Fiona/Gavanas, Anna, 2008: *The intersection of Child Care Regimes and Migration Regimes: A Three Country Study*. In: Lutz, Helma (Hg.): Migration and Domestic Work: A European Perspective on a Global Theme. Aldershot, UK, 13–28.

Wilsford, David, 1994: *Path Dependency, or Why History Makes It Difficult but Not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way*. Journal of Public Policy. 14. Jg. Heft 3, 251–283.

Wood, Stuart, 2001a: *Business, Government, and Patterns of Labor Market Policy in Britain and the Federal Republic of Germany*. In: Hall, Peter A./Soskice, David W. (Hg.): Varieties of capitalism. The institutional foundations of comparative advantage. Oxford, New York, 247–274.

–, 2001b: *Labour Market Regimes under Threat? Sources of Continuity in Germany, Britain, and Sweden*. In: Pierson, Paul (Hg.): The new Politics of the Welfare State. Oxford, New York, 368–409.

WZB, 2009: *Bericht zur Lage und zu den Perspektiven des bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland*. Berlin.

Yeandle, Sue/Stiell, Bernadette, 2007: *Issues in the Development of the Direct Payment Scheme for Older People in England*. In: Ungerson, Clare/Yeandle, Sue (Hg.): Cash for care in developed welfare states. Basingstoke, UK, New York, 104–136.

Zellhuber, Brigitte, 2003: *Altenpflege – ein Beruf in der Krise?* Eine empirische Untersuchung der Arbeitssituation sowie der Belastungen von Altenpflegekräften im Heimbereich. Köln.

Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung, 2012: *Freiwilligendienste aller Generationen. Umsetzung und Wirkung 2009–2011. Abschlussbericht*. Freiburg.

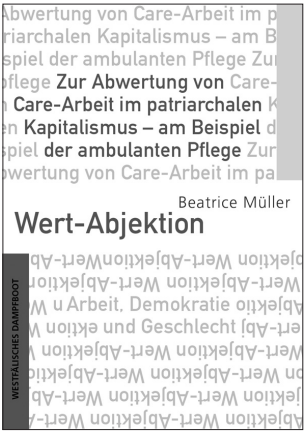
Zimber, Andreas, 1998: *Beanspruchung und Streß in der Altenpflege: Forschungsstand und Forschungsperspektiven*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 31. Jg. Heft 6, 417–425.

Zimber, Andreas/Albrecht, Anja/Weyerer, Siegfried, 1999: *Die Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege nach Einführung der Pflegeversicherung: Ergebnisse einer Verlaufsstudie*. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft. 53. Jg. Heft 3, 194–201.

Zürn, Michael, 1998: *Regieren jenseits des Nationalstaates*. Globalisierung und Denationalisierung als Chance. Frankfurt/M.

–, 2005: *Regime/Regimeanalyse*. In: Nohlen, Dieter/Schultze, Rainer-Olaf (Hg.): Lexikon der Politikwissenschaft. Theorien, Methoden, Begriffe. München, 845–846.

Arbeit – Demokratie – Geschlecht



Band 24
Beatrice Müller
Wert-Abjektion
Zur Abwertung von Care-Arbeit im patriarchalen Kapitalismus – am Beispiel der ambulanten Pflege
2016 – 232 Seiten – 27,90 €
ISBN 978-3-89691-856-7

Band 22
Tina Jung
Kritik als demokratische Praxis
Kritik und Politik in Kritischer Theorie und feministischer Theorie
2016 – 296 Seiten – 29,90 €
ISBN 978-389691-729-4

Band 21
Roman George
Die geschlechtsspezifische Strukturierung des Niedriglohnsektors
Eine vergleichender Perspektive auf Frankreich, Großbritannien, Schweden und Deutschland
2014 – 278 Seiten – 27,90 €
ISBN 978-3-89691-971-7

Band 20
Stefan Schoppengerd
Hoffnungslos vereinnahmt?
Kritik der Geschlechterverhältnisse in Marketing und Popkultur
2014 – 179 Seiten – 24,90 €
ISBN 978-3-89691-711-9

Band 19
Ortrun Brand / Mirjam Dierkes / Tina Jung (Hrsg.)
In Arbeit: Demokratie
Feministische Perspektiven auf Emanzipation und Demokratisierung
im Auftrag des Marburger Genderkollegs
2014 –275 Seiten – 29,90 €
ISBN 978-3-89691-968-7

Band 18
Magdalena Freudenschuss
Prekär ist wer?
Der Prekarisierungsdiskurs als Arena sozialer Kämpfe
2013 – 333 Seiten – € 29,90
ISBN 978-3-89691-930-4

Band 17
Lena Schürmann
Schmutz als Beruf
Prekarisierung, Klasse und Geschlecht in der Reinigungsbranche
2013 – 320 Seiten – 34,90 €
ISBN 978-3-89691-937-3