GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Restrukturierung informeller, familiärer Versorgung und Ungleichheitsdynamiken Ergebnisse im internationalen Vergleich

Theobald, Hildegard

2009

https://doi.org/10.25595/3168

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Theobald, Hildegard: *Restrukturierung informeller, familiärer Versorgung und Ungleichheitsdynamiken Ergebnisse im internationalen Vergleich*, in: Femina politica : Zeitschrift für feministische Politik-Wissenschaft, Jg. 18 (2009) Nr: 1, 59–71. DOI: https://doi.org/10.25595/3168.

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

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Ohms, Constance/**Müller**, Karin, 2001: Gut aufgehoben? Zur psychosozialen Versorgung lesbischer Frauen mit Gewalt- und/oder Diskriminierungserfahrungen. Hrsg. vom Anti-Gewalt-Projekt der Lesben Informations- und Beratungsstelle Frankfurt am Main e.V. Frankfurt/M.

Paepke, Stefan/**Schwarz-Boeger**, Ulrike/**Minckwitz**, Gunther von/**Schultz-Zehden**, Beate/**Kaufmann**, Manfred/**Beck**, Heike/**Meden**, Harald/**Kiechle**, Marion/**Beckmann**, Matthias, 2001: „Brustkrebsfrüherkennung. Kenntnisstand und Akzeptanz in der weiblichen Bevölkerung". Deutsches Ärzteblatt. 98. Jg. H. 34-35, 2178-2186.

Penchansky, Roy/**Thomas**, William J., 1981: "The Concept of Access. Definition and Relationship to Consumer Satisfaction". Medical Care. 19 Jg. H. 2, 127-140.

Ricketts, Thomas C./**Goldsmith**, Laurie J., 2005: "Access in Health Services Research. The Battle of the Frameworks". Nursing Outlook. 53 Jg. H. 6, 274-280.

Risberg, Gunilla, 2004: "I am Solely a Professional - Neutral and Genderless". On Gender Bias and Gender Awareness in the Medical Profession. Internet: http://www.diva-portal.org/diva/ getDocument?urn_nbn_se_umu_diva-300-1__fulltext.pdf (27.03.07).

Senator für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales, 2001: Frauengesundheitsbericht Bremen 2001. Bremen.

Seyler, Helga, 1996: „Diskriminierung von Lesben in der Gynäkologie". Clio. 43. Jg., 23-24.

Valanis, Barbara G./**Bowen**, Debora J./**Bassford**, Tamsen/**Whitlock**, Evelyn/**Charney**, Pamela/**Carter**, Rachel A., 2000: "Sexual Orientation and Health. Comparisons in the Women's Health Initiative Sample". Archives of Family Medicine. 9 Jg. H. 9, 843-853.

Van Dam, Mary Ann/**Koh**, Audrey S./**Dibble**, Susanne L., 2001: "Lesbian Disclosure to Health Care Providers and Delay of Care". Journal of the Gay and Lesbian Medical Association. 5 Jg. H. 1, 11-19.

Wörz, Markus/**Foubister**, Thomas/**Busse**, Reinhard, 2006: "Access to Health Care in the EU Member States". Euro Observer. 8 Jg. H. 2, 1-4.

Wolf, Gisela, 2004: Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-out-Prozess. Pfaffenweiler.

World Health Organization (WHO), 1998: Health Promotion Glossary. Document WHO/HPR/HEP/98.1. Geneva.

Restrukturierung informeller, familiärer Versorgung und Ungleichheitsdynamiken

Ergebnisse im internationalen Vergleich

HILDEGARD THEOBALD

Demographischer und sozialer Wandel führten in westlichen Ländern zu vermehrten sozialpolitischen Aktivitäten zur Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen, die „Care"-Arbeit als traditionell familiäre Aufgabe überformten. Dabei lassen sich zwei

Gruppen unterscheiden: familienorientierte Länder betonen die familiäre Versorgung und bevorzugen entsprechend unterschiedliche Formen von Geldleistungen zur Unterstützung der Familien. Demgegenüber setzen dienstleistungsorientierte Länder vermehrt auf die Entlastung von Familien durch ein breites Angebot an Dienstleistungen, das aber seit Mitte der 1990er Jahre durch neue Formen von Geldleistungen begleitet wird. Diese Geldleistungen unterscheiden sich deutlich von der Konstruktion der Geldleistungen in den familienorientierten Ländern; sie unterstützen nicht primär die Familien, sondern sollen das Spektrum von Dienstleistungen erweitern.
Diese länderspezifische Konstruktion der Geldleistungen und ihre ungleichheitsrelevanten Wirkungen stehen im Zentrum des Artikels. Dazu werden einleitend in einem konzeptionellen Kapitel die zentralen Analysedimensionen von Fürsorgearrangements oder „Social Care" diskutiert. Im anschließenden Vergleich wird die Konstruktion von Geldleistungen im Kontext unterschiedlicher pflegepolitischer Ansätze in den familien- und dienstleistungsorientierten Ländern und ihre Auswirkungen auf Ungleichheitsdynamiken analysiert. Die Analyse greift wesentlich auf Ergebnisse zu familien- und dienstleistungsorientierten Ländern aus dem internationalen Vergleichsprojekt „Governing Home Care. A Cross-National Comparison" von Burau u.a. (2007) zurück[1], die für diesen Beitrag mit Blick auf die Ungleichheitsdynamiken diskutiert und weiterentwickelt werden.

Pflegepolitiken, Fürsorgearrangements und Ungleichheitsdynamiken

Inspiriert durch Esping-Andersens (1990) Ansatz zu Wohlfahrtsstaatsregimen und die sich daran aus einer Geschlechterperspektive entzündende Kritik entwickelte sich im Verlauf der 1990er Jahre eine intensive wissenschaftliche Debatte zur Verortung von „Social Care", d.h. von Fürsorgearrangements für Kinder und ältere Menschen in Wohlfahrtsstaaten. Hierbei wurde das komplexe Zusammenspiel gesellschaftlicher Sektoren, deren Einbettung in Ansätze zu Pflegepolitiken und die damit verbundenen Ungleichheitsdynamiken im Alltag als wesentliche Aspekte erkennbar. Unter dem Schlagwort „Care goes public" wurde der Prozess der zunehmenden Verortung der traditionell familiären Fürsorgearbeit in öffentlichen Sektoren der Gesellschaft diskutiert (Anttonen u.a. 2003). In dem Ländervergleich verweisen die AutorInnen auf unterschiedlich dominante gesellschaftliche Kräfte, die die Verortung im öffentlichen Raum bestimmen. Dazu gehört die zentrale Rolle des Staats in den nordischen Wohlfahrtsstaaten, die Bedeutung zivilgesellschaftlicher Akteure in Mitteleuropa und die Rolle des Markts in den USA. Demgegenüber steht im Fokus des „Welfare-Mix"-Ansatzes (Evers/Svetlik 1993; Evers/Wintersberger 1990) nicht die Frage nach dem dominanten gesellschaftlichen Sektor, sondern nach dem Zusammenspiel von Familie, Staat, Zivilgesellschaft und Markt bei der Finanzierung und Ausführung der Fürsorgetätigkeiten für ältere Menschen, denn es bestehen Unterschiede in Bedeutung, Umfang und Zusammenspiel der einzelnen Sektoren.

So kann der Staat beispielsweise die Finanzierung der Pflege übernehmen, aber die Ausführung der Tätigkeiten dem Markt, der Familie oder zivilgesellschaftlichen Akteuren überlassen (vgl. Lyon/Glucksman 2008). Demzufolge sind weitere Analysedimensionen von Social Care oder Fürsorgearrangements notwendig, die das Zusammenspiel unterschiedlicher Teilbereiche erfassen können.

Daly und Lewis (1998) definierten in ihrem theoretischen Ansatz drei Dimensionen zur Analyse von Social Care, die über die Grenzen der gesellschaftlichen Sektoren – Familie, Staat, Markt, Zivilgesellschaft – hinausgehen und die Mikroebene des Pflegealltags ebenso wie die Makroebene der Pflegepolitiken einschließen. Auf der ersten Dimension verorten sie „Social Care als Arbeit" und betrachten Bedingungen von Care-Arbeit in unterschiedlichen Sektoren und deren Zusammenhang zu den Care Politiken auf der Makroebene. Auf der zweiten Analysedimension betrachten sie „Social Care als eingebettet in einen normativen Rahmen" individueller, familiärer und gesellschaftlicher Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen, die von den Pflegenden selbst getragen werden, aber auch in der Definition sozialer Rechte und wohlfahrtsstaatlicher Regulierungen zu erkennen sind. Auf einer dritten Dimension werden die „ökonomischen, emotionalen oder sozialen Kosten von Social Care" und deren Verteilung zwischen den verschiedenen gesellschaftlichen Sektoren analysiert. Die Autorinnen gehen davon aus, dass die Makroebene der länderspezifischen Politiken und ihre Definitionen sozialer Rechte eng verwoben ist mit der Verteilung der Pflegearbeit und den Verantwortlichkeiten und Kosten auf der Mikroebene des Pflegealltags. Eine Veränderung von Wohlfahrtsstaatspolitiken beeinflusst daher auch die Mikroebene des Pflegealltags.

Die von Daly und Lewis entwickelten Dimensionen ermöglichen es, das Zusammenspiel unterschiedlicher Sektoren in den Pflegearrangements im Kontext länderspezifischer Pflegepolitiken zu analysieren. Für einen besseren Überblick konstruierten Bettio und Plantenga (2004) Cluster von Ländern, die vergleichbare wohlfahrtstaatliche Ansätze verfolgen. Sie unterscheiden dabei ein skandinavisches Cluster, das durch die normative Betonung der universellen Verantwortlichkeit des Staates charakterisiert ist, die in der Bedeutung des Staats für die Finanzierung und die Ausführung von Pflegetätigkeiten erkennbar wird. In dem pflegepolitischen Ansatz dominieren Dienstleistungen als zentrale Unterstützungsstrategie für die Familien. Demgegenüber stellen sie ein südeuropäisches Cluster – Italien, Spanien und Griechenland – mit der Norm der Verantwortlichkeit der Familie. Hier übernimmt die Familie die Versorgung, inklusive der Kosten, und erfährt dabei nur wenig staatliche Unterstützung. In einem dritten Cluster fassen Bettio und Plantenga mitteleuropäische Länder zusammen, die zwar ebenfalls die Bedeutung familiärer Versorgung betonen, aber gleichzeitig eine universelle Verantwortung des Staats definieren, insbesondere durch Geldleistungen familiäre Arrangements zu unterstützen.

Aufgrund der weiblichen Konnotation von informeller, familiärer und formeller Fürsorgearbeit ist die Verortung in den verschiedenen Sektoren entscheidend für die Entwicklung der Ungleichheit zwischen den Geschlechtern. Während auf die be-

sondere Relevanz der Fürsorgearbeit für das Geschlechterverhältnis schon in den 1980er Jahren hingewiesen wurde, kam das Zusammenspiel mit weiteren Formen von Ungleichheit – Ethnizität, sozioökonomische Klasse und Alter – erst im Verlauf der 1990er Jahre in den Fokus (vgl. Finch/Groves 1983; Waerness 1984). Den Ausgangspunkt dafür bildete die Analyse der im familiären Rahmen ausgeführten, privat bezahlten Fürsorgearbeiten, die zumeist von Frauen niedrigerer sozioökonomischer Klassen oder von Migrantinnen übernommen werden (für die USA vgl. Graham 1991). In den Fokus der internationalen Debatte geriet anschließend die Frage der Ethnisierung von Fürsorgetätigkeiten im familiären Rahmen (für Deutschland vgl. Gather u.a. 2002; Lutz 2007; Rerrich 2006).

Die Ungleichheitsdynamiken unterscheiden sich deutlich zwischen verschiedenen Ländern, wobei die sozialpolitischen Regelungen zur Absicherung des Pflegerisikos eine zentrale Rolle spielen. Ländervergleiche ergaben, dass ein Mangel an wohlfahrtsstaatlicher Unterstützung die Entwicklung eines privaten – häufig grauen – Arbeitsmarktes in der Pflege mit ungünstigen Arbeitsbedingungen fördert (vgl. Anttonen 2005). Weitere Analysen erbrachten, dass der Mangel an wohlfahrtsstaatlicher Unterstützung unterschiedliche Dimensionen umfasst, die alle zur Entwicklung der Ungleichheitsdynamik beitragen. Die Zugänglichkeit von Sozialleistungen für verschiedene gesellschaftliche Gruppen liefert nur einen ersten Anhaltspunkt. Hinzu kommen das Niveau der sozialen Absicherung, die Definition des zu berücksichtigenden Bedarfs in unterschiedlichen Bereichen (wie Pflege oder Hausarbeit) sowie die Absicherung verschiedener Formen ambulanter und stationärer Versorgung (vgl. Theobald 2008a). Im Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren nimmt die Konstruktion von Geldleistungen eine Schlüsselrolle ein und beeinflusst die Ungleichheitsdynamiken entscheidend (vgl. Ungerson 2004, 2005; Van Hooren 2008).

Dieser Zusammenhang soll im Folgenden empirisch nachvollzogen werden. Dazu werden grundlegende Ansätze von Pflegepolitiken im Ländervergleich dargelegt und vor diesem Hintergrund die Konstruktion von Geldleistungen betrachtet. Als zentrale Dimensionen der Pflegepolitiken gelten die Normen zur Verantwortlichkeit von Staat und Familie, darauf aufbauende kollektive Unterstützungssysteme und ihre Inanspruchnahme oder Realisierung. In den Vergleich einbezogen werden drei familienorientierte Länder – Deutschland, Italien und Estland – sowie drei dienstleistungsorientierte Länder Niederlande, Schweden und Großbritannien.

Pflegepolitiken und die Konstruktion von Geldleistungen im Ländervergleich

Familienorientierte Länder: Italien, Estland, Deutschland

Die drei Länder unterscheiden sich deutlich in der Definition familiärer und staatlicher Verantwortlichkeit. Entsprechend des Subsidiaritätsprinzips hat die Familie in

Deutschland einen zentralen Stellenwert in der Versorgung, wobei der Staat seit der Einführung der universellen Pflegeversicherung mehr Verantwortung übernimmt. In Estland und in Italien wird die familiäre Verantwortung per Gesetz definiert und die staatliche Verantwortung als weit weniger bedeutungsvoll gesehen (vgl. Burau u.a. 2007). Aufgrund der Betonung der Familie und von innenpolitischen Auseinandersetzungen hat Italien keine entwickelte nationale Pflegepolitik (vgl. Ranci 2007; Theobald 2008a). Die Basis für die staatliche Unterstützung häuslicher Pflege bildet die auf nationaler Ebene universell zugängliche Invaliditätsrente. Sie garantiert Personen unabhängig vom Alter eine Geldleistung, um die Kosten eines erhöhten Versorgungsbedarfs abzufedern. Eingeführt in den 1980er Jahren werden die Leistungen seit den 1990er Jahren mehr und mehr von Älteren in Anspruch genommen, so dass im Jahr 2004 7,9% der älteren Bevölkerung ab 65 Jahren unabhängig von ihrer Versorgungsform – häusliche oder institutionelle Versorgung – Geldleistungen erhielten. Hingegen bezogen im Jahr 2004 nur 1,6% der Älteren ab 65 Jahren soziale und grundpflegerische häusliche Dienstleistungen; weitere 2,0% wurden in Institutionen versorgt (vgl. Gori/DaRoit 2007; Ranci/Pavolini 2008).

In Estland dominierten bis zur Unabhängigkeit im Jahr 1990 Vorstellungen einer institutionellen Versorgung Älterer. Mit dem „Gesetz zur Sozialen Wohlfahrt" aus dem Jahr 1995 wurden durch die Einführung einer Geldleistung, dem Ausbau sozialer Dienstleistungen auf lokaler Ebene und der Definition der damit verknüpften Voraussetzungen die häusliche Versorgung Älterer neu geregelt (vgl. Jesse u.a. 2004). Basierend auf Wertvorstellungen und Gesetzen, die schon vor der Sowjetära gültig waren, wurde die Versorgung älterer Familienmitglieder in erster Linie als eine familiäre Aufgabe definiert, wobei sich die Familienmitglieder an den Kosten beteiligen müssen, wenn sie die Versorgung nicht selbst übernehmen können (vgl. Burau u.a. 2007; Saks u.a. 2003).

In der Praxis zeigt sich in Estland eine deutliche quantitative Dominanz der Geldleistungen. Im Jahr 2005 bezogen 30.985 Pflegebedürftige Geldleistungen und lediglich 4487 Dienstleistungen. Dies lässt sich neben der normativen Orientierung an der Familie auch auf die noch wenig ausgebauten sozialen Dienstleistungsangebote insbesondere in den ländlichen Gebieten zurückführen. So waren 2004 in 30% der ländlichen Gemeinden keine Dienstleistungsangebote vorhanden. Selbst in Städten mit dem höchsten Entwicklungsstandard lag der Anteil Älterer ab 65 Jahren, die Dienste bezogen, mit 2,6% in der Hauptstadt Tallin und 1,7% in Tartu noch niedrig (vgl. Burau u.a. 2007).

In Estland und Italien beruht der hohe Anteil an GeldleistungsempfängerInnen auf der ausgeprägten normativen Betonung der Familie, einer für den Bereich der Pflege nur residualen Rolle des Staates und einer kaum vorhandenen Pflegeinfrastruktur. In Deutschland übernimmt der Staat trotz der Betonung der Rolle der Familie eine stärker unterstützende Rolle der häuslichen Versorgung. Die in den Jahren 1995/96 eingeführte universell orientierte Pflegeversicherung gestattet die Wahl zwischen Geld- und Dienstleistungen und will den Familien Wahlfreiheit zwischen beiden

Alternativen ermöglichen. Seit der Einführung der Pflegeversicherung hat sich der überwältigende Teil der LeistungsempfängerInnen in der häuslichen Versorgung für Geldleistungen entschieden (68% im Jahr 2005). Im Jahr 2005 erhielten im Rahmen der Pflegeversicherung 4,4% der Älteren ab 65 Jahren Geldleistungen, 2,7% häusliche Dienstleistungen sowie weitere 3,8% Leistungen für die institutionelle Versorgung (vgl. Statistisches Bundesamt 2007).
Eingebettet in Vorstellungen zur zentralen Bedeutung von Familie und der Definition staatlicher Verantwortung formt sich die Konstruktion der Geldleistungen jeweils spezifisch aus. Charakteristisch für die drei Länder ist die Idee einer lediglich symbolischen Finanzierung, d.h. die Geldleistungen sollen die familiären Leistungen unterstützen, aber keinesfalls zu einer Bezahlung von Versorgungsleistungen innerhalb der Familien führen. In Estland wird die Höhe der Geldleistungen von den Gemeinden bestimmt. Die Geldleistungen liegen zwischen 9,60 bis 47,80€ pro Monat und können unter besonders schwierigen Bedingungen auf 63,70€ ansteigen, was keineswegs die Kosten für regulär finanzierte Versorgung deckt (vgl. Burau u.a. 2007). In Italien beträgt die Höhe der Unterstützungsleistungen 450€ pro Monat für BezieherInnen einer Invaliditätsrente unabhängig von der Schwere der Pflegebedürftigkeit (vgl. Ranci/Pavolini 2008). In Deutschland liegen die Beträge seit 2008 zwischen 215€ und 675€ im Monat und sind abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit.
Die geringe Kontrolle, wie die Gelder verwendet werden, unterstreicht die Konstruktion der Leistung als symbolische Unterstützung familiärer Versorgung, wobei auch hier Unterschiede zwischen den Ländern bestehen (vgl. Burau u.a. 2007). In Italien wird die staatliche Leistung ohne jede Form der Kontrolle ihrer Verwendung oder der Pflegequalität gewährt. In Deutschland findet mindestens alle sechs Monate eine regelmäßige Kontrolle der Pflegequalität statt, während die genaue Verwendung der Gelder nicht kontrolliert wird. In Estland werden bei der Bewilligung der Gelder die Kompetenzen der Pflegenden überprüft und die Pflegeaufgaben vertraglich definiert. Allerdings finden anschließend keine weiteren Kontrollen mehr statt. Stichproben haben ergeben, dass die der Bewilligung zugrunde gelegten Arrangements nicht immer realisiert werden. Der stärker informelle oder familiäre Charakter der Leistungen in den drei Ländern zeigt sich nicht zuletzt daran, dass neben Familienmitgliedern auch FreundInnen oder NachbarInnen mit den Geldern finanziert werden können und sollen.

Dienstleistungsorientierte Länder: Niederlande, Schweden und Großbritannien

Die Konstruktion der seit den 1990er Jahren in den dienstleistungsorientierten Ländern eingeführten Geldleistungen unterscheidet sich deutlich von den Modellen der familienorientierten Länder. Die Geldleistungen wurden in eine Dienstleistungsperspektive eingebettet, d.h. sie dienen dazu, das Spektrum an Leistungsformen zu vergrößern, während die Integration der Familien nur einen Nebeneffekt darstellt. Die unterschiedliche Perspektive hat erhebliche Auswirkungen auf das Niveau der

Finanzierung und die Formen der Kontrolle (vgl. ebd.). Unterschiede bestehen auch in den normativen Vorstellungen zur staatlichen Verantwortung und damit dem Niveau der sozialen Absicherung des Pflegerisikos.

In den Niederlanden und in Schweden übernimmt der Staat schon seit den 1950er bzw. 1960er Jahren eine entscheidende Rolle in der Versorgung Älterer (vgl. ebd.). In Schweden sollte auf der Basis einer universellen staatlichen Verantwortung eine adäquate Versorgung aller Älteren unabhängig von der Einkommenssituation ermöglicht und zugleich durch den Ausbau von Dienstleistungen eine stärkere Geschlechtergleichheit erreicht werden. In den Niederlanden hingegen wird die ausgeprägte öffentliche Verantwortung mit dem in der Verfassung verankerten Grundrecht auf Gesundheit begründet. In beiden Ländern werden umfassende ambulante oder institutionelle Dienstleistungen zur Verfügung gestellt, während Geldleistungen quantitativ bedeutungslos sind. In Schweden erhielten im Jahr 2006 8,6% der Älteren ab 65 Jahre soziale Dienstleistungen zuhause und weitere 6,8% wurden in Institutionen versorgt (vgl. Swedish Association of Local Authorities and Regions 2007). Schon in den 1940er Jahren wurde ein Pflegegeld und in den 1960er Jahren die Möglichkeit der Anstellung als Pflegekraft in der eigenen Familie eingeführt. Beide Formen erreichen nur 0,5% der Älteren ab 65 Jahren und sind damit quantitativ zu vernachlässigen. In den Niederlanden wurden 7,9% der Älteren ab 65 Jahren mit häuslichen Diensten versorgt und weitere 8,8% in Institutionen. Das „Persönliche Budget" – die einzig verfügbare Geldleistung – für Ältere wurde 1995 eingeführt und wird von ca. 10% der EmpfängerInnen in der häuslichen Pflege in Anspruch genommen.

In Großbritannien ist das Risiko Pflegebedürftigkeit weniger großzügig abgesichert. Schon früh wurde zwar auf kommunaler Ebene ein System sozialer Dienstleistungen aufgebaut, aber insbesondere in England und Wales werden die Dienstleistungen nach einer Einkommensüberprüfung restriktiv vergeben. Statistiken weisen Großbritannien dementsprechend in der Frage des Dienstleistungsbezugs eher eine mittlere Position zu; mit einem Anteil von 4,0% unter den Älteren ab 65 Jahren, die häusliche Dienstleistungen beziehen und 5,1%, die in Institutionen versorgt werden (vgl. OECD 2005). In den 1970er Jahren wurde in Großbritannien ein universelles Pflegegeld zur Abdeckung eines höheren Pflegebedarfs eingeführt. Dieses beträgt zwischen 210 und 317€ und wird mittlerweile von 19,3% der Bevölkerung ab 65 Jahre in Anspruch genommen (vgl. Van Hooren 2008).

In allen drei verglichenen Ländern wurde seit den 1990er Jahren eine neue Form von Geldleistung eingeführt, die das zur Verfügung stehende Spektrum an Unterstützung erweitern sollte (vgl. Burau u.a. 2007). In den Niederlanden gestattet das 1995 eingeführte Persönliche Budget für Ältere, die bewilligten Leistungen bei Pflegebedarf entweder als Dienstleistungen zu beziehen oder zur Anstellung individueller Pflegekräfte zu verwenden. Allerdings konnten erst nach Protesten der Organisationen pflegender Angehöriger auch Angehörige im Rahmen des Budgets angestellt werden. 2007 beschäftigt etwa ein Drittel der LeistungsempfängerInnen Familienmitglieder und ein weiteres Drittel wählte eine Kombination der Unterstützung

durch Familienmitglieder und formelle Pflegekräfte (vgl. DaRoit/LeBihan 2008). Die Beschäftigung im Rahmen des Persönlichen Budgets sieht eine lohnorientierte Bezahlung entsprechend der bewilligten Stunden und eine intensive Kontrolle der Verwendung der Gelder vor; so erfordert der Bezug der Gelder einen genauen Verwendungsnachweis.
In Schweden wurde 1994 ein persönliches Budget oder das „Recht auf persönliche Assistenz" im Rahmen eines Gesetzes zur umfassenden Unterstützung behinderter Menschen eingeführt, das bei einem sehr hohen Grad an Unterstützungsbedarf umfassende Hilfe leistet. Eine Untersuchung im Jahr 2003 zeigte, dass LeistungsempfängerInnen im Durchschnitt 90 Stunden pro Woche unterstützt wurden (vgl. Szebehely 2005). Im Jahr 2006 erhielten lediglich 2,8% der Älteren mit häuslicher Unterstützung diese Leistungen, während der Anteil unter den über 65 Jährigen bei 0,25% liegt (vgl. Swedish Association of Local Authorities and Regions 2007). Persönliche AssistentInnen erhalten im Rahmen eines Arbeitsvertrags eine arbeitsmarktorientierte Bezahlung und entsprechende soziale Absicherung, wobei auch hier die Kosten gegenüber der zuständigen Behörde nachgewiesen werden müssen. Persönliche AssistentInnen können frei gewählt werden; dies schließt Verwandte und EhepartnerInnen ein. Etwa ein Drittel der in Partnerschaft lebenden LeistungsempfängerInnen wählen den Partner oder die Partnerin als persönlichen Assistenten (vgl. Edebalk/Svensson 2005; Szebehely 2005).
In Großbritannien ermöglichen die im Zuge der Weiterentwicklung des Dienstleistungsangebots eingeführten „direct payments" für LeistungsempfängerInnen die Auszahlung der bewilligten Leistungen als Geldleistung und die Einstellung selbst gewählter Pflegepersonen. Allerdings können nur Familienmitglieder, die nicht in der gleichen Wohnung leben, eingestellt werden und EhepartnerInnen sind generell ausgeschlossen. Dieses Angebot wird nur von 0.04% aller über 65-Jährigen genutzt (vgl. Lundsgaard 2004). Die Höhe der Zahlungen an die Pflegekräfte ist lohnorientiert und ihre Verwendung muss wie in den Niederlanden und in Schweden nachgewiesen werden.

Ungleichheitsdynamiken im familiären Kontext

Die zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen in westlichen Ländern bildet einen wesentlichen Ausgangspunkt für die Veränderungen in der informellen, familiären Pflege und damit einhergehender Ungleichheitsdynamiken. Zunächst belegen Forschungen in Deutschland wie in anderen westlichen Ländern – trotz einer nach wie vor bestehenden deutlichen Dominanz von Frauen – eine erhöhte Beteiligung von Männern in der informellen, familiären Pflege (vgl. Burau u.a. 2007). Die größere Beteiligung von Männern betrifft die Pflege der Partnerin, die zumeist nach der Verrentung übernommen wird, und im geringeren Umfang die Übernahme von Pflegetätigkeiten durch Söhne. Ergebnisse international vergleichender Untersuchungen lassen erkennen, dass Söhne insbesondere dann Pflegeaufgaben übernehmen, wenn

ihnen adäquate – formelle – Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen (vgl. Theobald 2008b).

Veränderungen in den Ungleichheitskonstellationen betreffen nicht nur das Geschlechterverhältnis, sondern entscheidender für die Dynamiken werden neue Ausformungen der Ungleichheiten zwischen einzelnen Gruppen von Frauen, beispielsweise nach Alter und Migrationsstatus. Die Verschiebungen im Alter der pflegenden Angehörigen werden zu einem großen Anteil von der Höhe und Form der Erwerbsintegration der Töchter bestimmt (vgl. Burau u.a. 2007). Im internationalen Kontext wird dabei eine große Varianz erkennbar. Trotz eines Anstiegs der (Ehe-)Partnerpflege dominiert in den meisten der hier verglichenen Ländern – Deutschland, Italien, Großbritannien und Niederlande – die Versorgung durch die Töchter. Während dies in Großbritannien und den Niederlanden durch Teilzeitarbeit der Töchter erleichtert wird, sind in Deutschland und Italien Frauen in der Altersgruppe ab 45 bzw. 50 Jahre häufig nicht erwerbstätig. Eine weit stärkere Altersverschiebung – auch auf der Basis einer erhöhten Erwerbsintegration von Frauen – zeigt sich in Schweden und in Estland. In Schweden wird im familiären Kontext die Pflege zunächst von den PartnerInnen übernommen, während alleinlebende Ältere von den Töchtern und in geringerem Maße von den Söhnen versorgt werden**.** In Estland ist das Durchschnittsalter familiär Pflegender mit 67 Jahren im Vergleich sehr hoch. Die Mehrheit der familiär Pflegenden stellen dann auch die PensionärInnen, während lediglich 10% familiär Pflegender einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Die Entwicklung lässt sich mit der hohen Frauenerwerbstätigkeit in Estland, dem hohen Anteil an vollzeiterwerbstätigen Frauen und der niedrigen Erwerbsquote älterer Frauen erklären.

Die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen – und damit die Reduktion des weiblichen familiären Pflegepotentials – werden nicht nur durch Altersverschiebungen oder die Beteiligung von Männern ausgeglichen. Auch die privat oder öffentlich bezahlte Unterstützung leistet hierzu einen wesentlichen Beitrag. Dabei werden in den westlichen Ländern unterschiedliche Muster erkennbar. Dienstleistungsorientierte Länder fördern mit öffentlichen Mitteln im großen Maße den Ausbau formeller Dienstleistungen während in den eher familienorientierten Ländern zunehmend Arbeitsverhältnisse im familiären Rahmen geschaffen werden. Dabei spielen neben dem Ausbau von formellen Dienstleistungen auch das Niveau der sozialen Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit und die Konstruktion der Geldleistungen eine entscheidende Rolle.

Ungerson (2004, 2005) untersuchte in einem Ländervergleich unterschiedliche Konstruktionen von Geldleistungen auf deren ungleichheitsrelevante Wirkungen für den Pflegearbeitsmarkt. Als zentrale Dimensionen benennt sie das Ausmaß der Regulierung und die Kontrolle der Verwendung der Gelder, wobei insbesondere Geldleistungen, deren Verwendung nicht kontrolliert wird, die Entwicklung eines grauen Arbeitsmarkts für Pflegetätigkeiten – zumeist für Migrantinnen – fördern. Hier werden Formen einer Ethnisierung familiärer Fürsorgetätigkeiten erkennbar. Eine wichtige Form der Unterstützung im Rahmen der Familie bildet die 24-Stunden-Be-

treuung durch Migrantinnen, die als „live-ins“ in der Familie von Älteren wohnen. Van Hooren (2008) fand in ihrem Ländervergleich diese Form von (häufig illegaler) Beschäftigung im Rahmen der Familie entweder in Ländern mit einem niedrigen Niveau sozialer Absicherung des Pflegerisikos oder in Ländern mit einem mittleren Niveau sozialer Absicherung und der Möglichkeit unkontrollierter Geldleistungen wie in Mitteleuropa.

Für die in den Vergleich einbezogenen Länder werden solche Entwicklungen in den familienorientierten Ländern insbesondere in Italien und in einem zur Zeit noch geringeren, aber zunehmenden Ausmaß in Deutschland erkennbar, während sie für Estland bisher nur vermutet werden können. Die nur residual vorhandene Unterstützung mit Dienstleistungen und das nicht kontrollierte Pflegegeld führten in Italien zu der mittlerweile weit verbreiteten Anstellung von Migrantinnen als Pflegeassistentinnen in der Familie. In Deutschland entwickelt sich zusehends ein Fürsorgearrangements, indem legal oder illegal tätige Migrantinnen als „live-ins“ in der Familie eine 24-Stunden-Betreuung anbieten. Unabhängig von dem Legalitätsstatus handelt es sich in Deutschland und Italien um zumeist niedrig bezahlte Tätigkeiten mit einer hohen Stundenzahl und nur wenigen sozialen Rechten unterhalb der regulären Arbeitsmarktstandards der Länder (vgl. Theobald 2008a). Für Estland können diese Entwicklungen nur vermutet werden; eine Untersuchung aus dem Jahr 2005 ergab, dass allerdings nur ca. 0,8% der im informellen Rahmen Pflegenden von den Familien privat bezahlt werden und gleichzeitig nicht zur Familie oder zum sozialen Netzwerk gehören (vgl. Kivisaar/Soots 2006).

Die Beschäftigung von Migrantinnen[1] in der 24-Stunden-Betreuung im familiären Kontext zeigt sich nicht in Ländern mit einer hohen sozialen Absicherung des Pflegerisikos und streng kontrollierten Geldleistungen, wie in den Niederlanden oder Schweden. Entscheidend wird hierbei die auf der Basis öffentlicher Finanzierung zur Verfügung stehende umfangreiche, qualitativ hochwertige ambulante und institutionelle Versorgung (vgl. Theobald 2008; Van Hooren 2008). Großbritannien nimmt eine Zwischenstellung ein: Die 2002 eingeführten „direct payments“ können aufgrund der strengen Kontrollen nicht für die Beschäftigung von illegalen Migrantinnen verwendet werden. Allerdings führt die geringe soziale Absicherung des Pflegerisikos zur Beschäftigung von Migrantinnen in der Pflege, wobei über den Umfang keine statistischen Angaben vorliegen (vgl. Andersson 2006).

Resümee: Soziale Absicherung, Geldleistungen und Ungleichheitsdynamiken

Demographische und soziale Veränderungen führten in vielen westlichen Ländern zu Veränderungen der Fürsorgearrangements für Ältere, die durch Länderpolitiken entscheidend beeinflusst wurden. Länderpolitiken können prinzipiell nach zwei Grundorientierungen eingeteilt werden; zum einen können sie vornehmlich – durch ökonomische Unterstützung der Familie – darauf abzielen, die familiäre Versorgung

zu unterstützen, oder zum anderen können sie durch Dienstleistungen die Familien in ihren Pflegeaufgaben entlasten. Geldleistungen, die insbesondere seit den 1990er Jahren in beiden Ländergruppen eingeführt wurden, weisen eingebettet in die jeweilige Grundorientierung unterschiedliche Zielsetzungen und Konstruktionsprinzipien auf. Diese wiederum beeinflussen abhängig von dem Niveau der sozialen Absicherung des Pflegerisikos entscheidend die Ungleichheitsdynamik der informellen Versorgung im familiären Kontext.

Die prinzipielle Orientierung an Dienstleistungen oder Geldleistungen trägt mit zur Veränderung des Geschlechterverhältnisses bei, denn die Übernahme von Pflegeleistungen durch Männer geht oft mit einem verstärkten Einbezug formeller Dienste einher. Familien- und dienstleistungsorientierte Länder unterscheiden sich weiterhin grundlegend in der Konstruktion von Geldleistungen. In den verglichenen familienorientierten Ländern sind die Geldleistungen primär auf Familie oder soziale Netzwerke hin orientiert. Die Finanzierung erfolgt eher symbolisch und die Verwendung der Gelder wird kaum kontrolliert. Im Gegensatz dazu betrachten die dienstleistungsorientierten Länder Geldleistungen eher als eine Möglichkeit, das Spektrum von Dienstleistungen zu erweitern. Hier stellt die Versorgung durch Familie oder soziale Netzwerke nur eine der Möglichkeiten dar. Die Pflegeleistungen werden lohnorientiert finanziert und die Verwendung der Gelder wird sehr stark kontrolliert. Diese Geldleistungen kommen quantitativ nur selten vor, was auch mit dem bürokratischen Aufwand für die Behörden und die NutzerInnen erklärt werden kann. Trotz der strengen Prüfung, wie die Gelder verwendet werden, bleibt die Kontrolle der Pflegequalität ein ungelöstes Problem (vgl. Burau u.a. 2007).

Die unterschiedliche Konstruktion von Geldleistungen sowie das Niveau der sozialen Absicherung des Pflegerisikos wird für die Neudefinition von Ungleichheitsdynamiken zwischen Frauen entscheidend: In Ländern mit unkontrollierten Geldleistungen und einem gleichzeitig niedrigen oder mittleren Niveau sozialer Absicherung entwickelt sich tendenziell eine Pflegeinfrastruktur, in der Migrantinnen zumeist unter schlechten Arbeitsbedingungen als „live-ins“ in den Familien eine 24-stündige Betreuung leisten. Die Konstruktion der Geldleistungen in den dienstleistungsorientierten Ländern lässt dies nicht zu, wobei hier eine nicht ausreichende soziale Absicherung ebenfalls zu einer Anstellung von Migrantinnen im familiären Kontext führen kann, wie das Beispiel Großbritanniens verdeutlicht.

Anmerkungen

1 Ich bedanke mich bei Viola Burau und Robert H. Blank für die anregenden Diskussionen und die Zusammenarbeit

2 In Großbritannien und in Schweden zeigt sich mittlerweile ein steigender Anteil von MigrantInnen im professionellen Pflegesektor mit 16% unter den PflegehelferInnen in Großbritannien und 13% in der Altenbetreuung in Schweden. Die Entwicklung unterscheidet sich jedoch grundlegend zwischen den Ländern. In Schweden werden im Lande lebende MigrantInnen zu gleichwertigen Bedingungen eingestellt, während aufgrund der schwie-

rigen Arbeitsbedingungen in der häuslichen Pflege in Großbritannien vermehrt MigrantInnen, die in das Land kommen, in dem Bereich Beschäftigung finden (vgl. Simonazzi 2008; Theobald 2008a).

Literatur

Anderson, Bridget, 2006: A Very Private Business. Migration and Domestic Work. Study of the Centre on Migration, Policy and Society. Compas Working Paper WP-06-28. University of Oxford.

Anttonen, Anneli, 2005: „Empowering Social Policy. The Role of Social Care Services in Modern Welfare States". In: Kangas, Oli/Palme, Joakim (eds.): Social Policy and Economic Development in the Nordic Countries. Houndmills, Basingstoke, 88-117.

Anttonen, Anneli/**Baldock**, John/**Sipilä**, Jorma (eds.), 2003: The Young, the Old and the State. Social Care Systems in Five Industrial Nations. Cheltenham.

Bettio, Francesca/**Plantenga**, Janneke, 2004: „Comparing Care Regimes in Europe". Feminist Economics. Vol. 10 No. 1, 85-113.

Burau, Viola/**Theobald**, Hildegard/**Blank**, Robert H., 2007: Governing Home Care. A Cross-National Comparison. Cheltenham.

Daly, Mary/**Lewis**, Jane, 1998: „Introduction. Conceptualising Social Care in the Context of Welfare State Restructuring". In: Lewis, Jane (ed.): Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe. Aldershot, 1-24.

DaRoit, Barbara/**Le Bihan**, Blanche, 2008: Cash-for-Care Schemes in Austria, Italy, France and the Netherlands. Effects on Family Support and Care Workers. Paper presented at the International Conference „Transforming Elderly Care at Local, National and Transnational Levels". Copenhagen, 26.-28. June 2008. Internet: http://www.sfi.dk/transformingcare (29.01.09).

Edebalk, Per Gunnar/**Svensson**, Marianne, 2005: Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. Konsumentperspektiv. TemaNord 2005:507. Kopenhagen.

Esping-Andersen, Gösta, 1990: The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge, Oxford.

Evers, Adalbert/**Svetlik**, Ivan (eds.), 1993: Balancing Pluralism. New Welfare Mixes in Care for the Elderly. Aldershot.

Evers, Adalbert/**Wintersberger**, Helmut (eds.), 1990: Shifts in the Welfare Mix. Frankfurt/M.

Finch, Janet/**Groves**, Dulcie (eds.), 1983: A Labour of Love. Women, Work and Caring. London.

Gather, Claudia/**Geissler**, Birgit/**Rerrich**, Maria S. (Hg.), 2007: Weltmarkt Privathaushalt. Bezahlte Hausarbeit im sozialen Wandel. Münster.

Gori, Cristiano/**DaRoit**, Barbara, 2007: „The Commodification of Care – The Italian Way". In: Ungerson, Clare/ Yeandle, Sue (eds.): Cash for Care in Developed Welfare States. Houndmills, Basingstoke, 60-80.

Graham, Hillary, 1991: „The Concept of Caring in Feminist Research. The Case of Domestic Service. Sociology. Vol. 25 No. 1, 61-78.

Jesse, Maris/**Habicht**, Jarno/**Aaviksoo**, Ain/**Koppel**, Agris/**Irs**, Alar/**Thomson**, Sarah, 2004: Health Care Systems in Transition. Estonia. Copenhagen.

Kivisaar, Sirli/**Soots**, Anneli, 2006: The Development of Formal and Informal Care in Estonia. Unpublished Report.

Lundsgaard, Jens, 2004: 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? Paper presented at the Symposium „Consumerism of Care for the Elderly". Danish National Institute of Social Research (SFI). Copenhagen, 30. August 2004.

Lutz, Helma, 2007: Vom Weltmarkt in den Privathaushalt. Die neuen Dienstmädchen im Zeitalter der Globalisierung. Opladen, Farmington Hills.

Lyon, Dawn/**Glucksman**, Miriam, 2008: „Comparative Configurations of Care Work across Europe". Sociology. Vol. 42 No.1, 101-118.

OECD, 2005: Long-term Care for Older People. The OECD Health Project. Paris.

Ranci, Costanzo, 2007: Crisis and Transformation of the Italian Care Model. Beyond Familialism and the Role of the Market and Public Policies. Paper presented at the ESPAnet Conference. Vienna, 20.-22. September 2007. Internet: http://www2.wu-wien.ac.at/espanet2007/14_Ranci_Costanzo.pdf (29.01.09).

Ranci, Costanzo/**Tavolini**, Emanuelle, 2008: Crisis and Transformation of the Italian Care Model. Beyond Familialism? Paper presented at the International Conference „Transforming Elderly Care at Local, National and Transnational Levels". Copenhagen, 26.-28. June 2008. Internet: http://www.sfi.dk/transformingcare (29.01.09).

Rerrich, Maria S., 2006: Die ganze Welt zu Hause. Cosmobile Putzfrauen in privaten Haushalten. Hamburg.

Saks, Kai/**Oja**, Kristina/**Soots**, Sirli, 2003: Documentation of Services for the Aged at Risk of Marginalization. EU-Project „Care for the Aged at Risk of Marginalization".

Simonazzi, Annamaria, 2008: Care Regimes and National Employment Models. Working Paper No. 113. Universita La Sapienza Roma.

Statistisches Bundesamt, 2007: Pflegestatistik 2005. Wiesbaden.

Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2007: Care of the Elderly in Sweden Today. Stockholm.

Szebehely, Marta, 2005: „Anhörigas betalda och obetalda äldreomsorgsinsatser". SOU (2005:66). Forskningsrapporter till Jämställdspolitiska utredningen. Stockholm, 133-203.

Theobald, Hildegard, 2008a: „Care-Politiken, Care-Arbeitsmarkt und Ungleichheit. Schweden, Deutschland und Italien im Vergleich. Berliner Journal für Soziologie. 18. Jg. H. 2, 257-281.

Theobald, Hildegard, 2008b: „Soziale Ausgrenzung, soziale Integration und Versorgung. Konzepte und Empirie im europäischen Vergleich". In: Künemund, Harald/Schröter, Klaus R. (Hg.): Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede im Lebenslauf und Alter. Wiesbaden, 161-193.

Ungerson, Clare, 2005: „Gender, Labour Markets and Care Work in Five European Funding Regimes". In: Pfau-Effinger, Birgit/Geissler, Birgit (eds.): Care and Social Integration in European Societies. Bristol, 49-71.

Ungerson, Clare, 2004: „Whose Empowerment and Independence? A Cross-national Perspective on Cash for Care Schemes". Ageing & Society. Vol. 24 No. 2, 189-212.