

Der graue Markt für Altenpflege - institutionelle Voraussetzungen und Ambivalenzen transnationaler Pflege

Ursula Dallinger, Antje Eichler

1. Einführung

In den alternden europäischen Gesellschaften entwickelt sich seit einigen Jahren transnational praktizierte Altenpflege. Der wachsende Pflegebedarf für Ältere wie auch die abnehmenden Pflegepotentiale der mittleren Generation einerseits und die Zunahme der temporären weiblichen Arbeitsmigration in Haushaltstätigkeiten andererseits münden in 'Graue Pflegemärkte'. Tätigkeiten der Versorgung, Pflege und Haushaltsarbeit – eben ‚care‘ – werden zunehmend von Frauen übernommen, die von ärmeren in reichere postindustrielle Länder wandern und auf einem informellen transnationalen Pflegearbeitsmarkt landen (Sassen 2001; Gather u.a. 2002). In Deutschland handelt es sich vor allem um Frauen aus Polen und anderen mittel- und osteuropäischen Ländern; weitere Länder mit einem nennenswerten Arbeitsmarkt für graue Pflege wie Italien oder Österreich weisen andere länderspezifische Migrationsmuster auf. Der Begriff eines ‚Grauen Marktes für Altenpflege‘ umfasst sowohl Tätigkeiten in Privathaushalten im Rahmen der Regelungen des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes (AEntG) der grenzüberschreitenden Erbringung von Dienstleistungen wie auch Schwarzarbeit.

Unser Beitrag diskutiert 'Graue Pflegemärkte' als das Ergebnis bestimmter Dienstleistungsregime und als das *nicht intendierte* Ergebnis einer mehr Markt anstrebenden Pflegepolitik. Diese will den Kunden, der mit 'Pflegegeld' bedarfsgerechte Pflegearrangements wählt und neue Pflegepotenziale jenseits familialer und formeller Pflege erschließt. Pflegebedürftige und ihre Familien machen Ernst damit, sich als Kunden zu verhalten. Ausgestattet mit Geldleistungen suchen sie sich die günstigste und bedarfsgerechteste Pflegedienstleistung. Die wird angeboten von Migrantinnen, die sich über die partiell offenen Grenzen Europas bewegen und häusliche Pflege zu einem viel niedrigeren Preis zugänglich machen als sie der

ationale Markt für formelle Altenpflege anbietet. Im Folgenden soll gezeigt werden, dass bestimmte Pflege- und Dienstleistungsregime die Entstehung von grauen Pflegemärkten gewissermaßen nahelegen. Informelle Pflegemärkte bilden sich, wenn Pflegedienstleistungen weder durch den Staat leicht zugänglich gemacht werden, noch ein Markt für billige personenbezogene Dienstleistungen möglich oder erwünscht ist und wenn hohe Preise für Dienstleistungen das "Selbermachen" in der Familie fördern. Der Beitrag argumentiert, dass graue Arbeitsmärkte für Altenpflege institutionell bedingt sind. Zu diesen Bedingungen gehört erstens die unterschiedliche Stellung von ‚Care‘ in verschiedenen Dienstleistungsökonomien. Das zeigen wir im Anschluss an Überlegungen von Esping-Andersen (1993) und Iversen/Cusack (2000) zur unterschiedlichen Stellung sozialer Dienstleistungen, die sich auch auf Altenpflegepolitiken beziehen lassen (2). Zu den Bedingungen gehört weiter eine Pflegepolitik, die Vermarktlichung fördert (3). Drittens werden die Möglichkeiten transnationaler Pflege von grenzregulierenden Praktiken der Länder geprägt, besonders von denen, die die Europäisierung der Arbeits- und Dienstleistungsmärkte begleiten (4). Ein Fazit bezieht das sog. Dienstleistungs-Trilemma auf die Debatte um Graue Altenpflege (5).

2. Die Organisation von Dienstleistungen

Beim Übergang zur postindustriellen Gesellschaft ändern sich Muster geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung. Die expandierende Dienstleistungsökonomie bietet 'weibliche' Arbeitsplätze an, durch die die Arbeitsmarktpartizipation von Frauen steigen kann. Dies schafft aber eine Pflegelücke, weil Frauen immer weniger nur für unbezahlte Haushalts- und Pflegearbeit verfügbar sind. Die Dienstleistungsökonomie sollte aber auch jene sozialen Dienstleistungen bereitstellen, durch die Frauen traditionelle familiäre Versorgungs- und Pflegeaufgaben abgeben können (Esping-Andersen 1990). Deren Verfügbarkeit und wie diese organisiert sind - als marktliche und/oder öffentliche Dienstleistung oder eben neuerdings auch als Beschäftigung von Migrantinnen - schwankt jedoch. Wie Versorgungs- und Haushaltstätigkeiten für Kinder und ältere Menschen organisiert werden, hängt vom Dienstleistungsregime einer Gesellschaft ab. Bisher betrachtete man Pflegepolitiken in der vergleichenden Forschung im Rahmen international variierender Sozialpolitik-Regime (Kondratowitz 2005; Ungerson/Yeandle 2007). Die dabei benannten ‚care-regime‘ (auch ‚care arrangements‘ oder ‚systems of care provision‘) entsprechen im Großen und Ganzen den ‚drei Welten‘ des Wohlfahrtskapitalismus - liberale, konservative und sozialdemokratische Wohlfahrtsstaaten - von Esping-Andersen

(1990). Die kritische Rezeption des Regimemodells durch feministische Ansätze ergänzte die von Esping-Andersen verwendeten Klassifikationskriterien der De-kommodifizierung und Stratifizierung um die Dimension des Familialismus. Das meint die Art und Weise, in der Wohlfahrtsstaaten die Sorgearbeit der Frau in der Familie behandeln, mit sozialen Rechten ausstatten oder auf Dienstleistungsmärkte auslagern (Lewis 1998; Leitner 2003). Auch der hier eingeführte Begriff der *Dienstleistungsregime* schließt an diese Regimetypologie an, betrachtet aber unterschiedliche Formen der Organisation des Dienstleistungssektors über die engere sozialpolitische Beeinflussung hinaus. Wir schließen an diese Überlegungen an, die ursprünglich im Kontext der breiteren Debatte um die Folgen der De-Industrialisierung für Beschäftigung, Einkommensverteilung und staatliche Sozialausgaben entwickelt wurden (Esping-Andersen 1993; Iversen/Cusack 2000; Iversen/Wren 1998).¹ Diese Typologie betrachtet die Organisation und Rolle von formellen und informellen Dienstleistungen im Kontext von Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik wie auch im Rahmen der in einer Gesellschaft akzeptablen Ungleichheit. Das Konzept verbindet also unterschiedliche Pflegeregime, Arbeitsmärkte und Ungleichheit.

a) *Der angloamerikanische, liberale Pfad*: Liberale Sozialstaaten, wie Großbritannien, Kanada oder die USA, schöpfen wenig der Wirtschaftsleistung ab und finanzieren nur in geringem Umfang Transfers und personenbezogene soziale Dienstleistungen. Diese sollen sich im privaten Sektor entwickeln, was durch deregulierte Arbeitsmärkte, dezentralisierte Arbeitsbeziehungen und durch das Zulassen von Lohnunterschieden gefördert wird. Die im sekundären Sektor freigesetzte Arbeit wird in privaten Dienstleistungsbeschäftigungen aufgefangen, wo sich ein Niedriglohnsektor entwickelt. Die wenig produktiven, arbeitsintensiven und gering bezahlten Dienstleistungen werden jedoch von Arbeitssuchenden auch wegen des geringen 'social wage' übernommen. Die Entstehung eines Dienstleistungsproletariats wird hier offenbar hingenommen.

b) *Der skandinavische, sozialdemokratische Pfad*: Dieser Wohlfahrtsstaatstyp zeichnet sich durch seine Dienstleistungsintensität und durch hohe Sozialausgaben aus (Huber/Stephens 2001). Die hohe Beschäftigungsrate im öffentlichen Dienstleistungssektor soll teils De-Industrialisierung bewältigen, teils gehört sie zum sozialdemokratischen Dienstleistungsregime. Die Regulation des Arbeitsmarkts und der Arbeitsbeziehungen wird aufrecht erhalten. Dadurch fehlt die Lohnspreizung im

1 Ursprünglich zeigten Iversen/Cusack (2000) anhand des Modells, dass die Entwicklung der Sozialausgaben wenig mit der Globalisierung zu tun hat, sondern von internen Faktoren wie der De-Industrialisierung und dem Übergang in eine Dienstleistungsgesellschaft bestimmt wird. Die hier gemeinte Forschung kombiniert Dienstleistungs- und Produktionsregime (Scharpf 1997; Huber/Stephens 2001) und betrachtet Unterschiede der Arbeitsmarktinstitutionen und Arbeitsbeziehungen als Ursache länderspezifischer 'outcomes' wie Arbeitslosigkeit oder Ungleichheit der Einkommen. Eine Anwendung zum Problem des Wachstums der Dienstleistungsbeschäftigung findet man bei Kemmerling (2003).

Dienstleistungssektor, der eigentlich nur dann expandiert, wenn Löhne sich nach unten bewegen können und so auch einfache personenbezogene Dienstleistungen mit geringer Produktivität nachgefragt werden. Staatlich subventionierte Löhne auch einfacher Dienstleistungen gleichen dies aus. Sozialpolitik fördert keine tradierten Familienstrukturen (wie in den kontinentaleuropäischen und katholischen/rudimentären Wohlfahrtsstaaten), sondern Frauenerwerbstätigkeit und qualifizierte öffentliche Dienstleistungen.

c) *Der kontinentale, korporatistische Pfad:* Dieser Typ der Sozialpolitik hat wie der sozialdemokratische Dienstleistungsstaat ein hohes Ausgabenvolumen, das aber anders verwendet wird. Ausgaben fließen primär in monetäre Transfers und nicht in öffentliche Dienstleistungen. Arbeitsmarktregulierung und Lohnkompression verhindern, dass ein Sektor gering bezahlter privater Dienstleistungen entsteht, die im Zuge des Wandels zur Dienstleistungsgesellschaft redundante Arbeitskraft auffängt. Kemmerling (2003) bezeichnete diesen Typ als "weinenden Dritten", weil trotz hoher Sozialausgaben wenig Dienstleistungsbeschäftigung entsteht. Personalintensive, wenig rationalisierbare Pflegetätigkeiten werden wegen der ‚Baumolschen Kostenkrankheit‘ zu teuer für die Nachfrage durch Privathaushalte, zugleich sind staatlich subventionierte Dienstleistungen gering. Dies fördert das ‚Selbermachen‘ (*self-servicing*) einfacher Dienstleistungen durch den Haushalt. Diesen Typ vertreten Länder wie Deutschland, Österreich und Frankreich.

Tabelle 1 umreißt anhand von Indikatoren die verschiedenen Dienstleistungsregime. Die Erwerbsbeteiligung von Frauen als Indikator der Kapazitäten der Haushalte zum Selbstpflegen schwankt in erwarteter Weise zwischen den Regimen mit einer hohen Frauenerwerbsquote in den skandinavischen Ländern. Zugleich lässt sich an den höheren Zuwächsen der Frauenerwerbsbeteiligung in konservativen und mediterranen Ländern der Nachholbedarf an familienersetzenden Dienstleistungen ablesen. Der Anteil der in staatlichen Dienstleistungen Beschäftigten indiziert, wie stark Regime die Entlohnung auch niedrigqualifizierter Versorgungstätigkeiten öffentlich stützen. Die hohe Quote der staatlich finanzierten Dienstleistungsbeschäftigung skandinavischer Länder weist sie als Regime mit einer egalitäreren öffentlichen Entlohnung aus. In eine ähnliche Richtung weist der Indikator Niedriglohn. Der Anteil staatlicher Ausgaben für Altenpflege am Bruttosozialprodukt zeigt die Verfügbarkeit von Alternativen zur Pflege Älterer durch die Familie. Diese sind in Regimen mit niedrigem Ausgabenanteil geringer.

Länder	Erwerbsbeteiligung Frau 2006 und Anstieg seit 2001 ¹	% Beschäftigte in öffentl. Dienstleistungen ²	Niedriglohn in personenbezogenen Dienstleistungen ³	Öffentliche Ausgaben für Altenpflege 2000 ⁴
Schweden	70,7/ - 1,6	21,6 (1995)	6,9 (Fin)	2,74
Dänemark	73,4/ +1,4	20,8 (1995)	-	2,60
Deutschland	62,2/ + 3,5	8,5 (1991)	16,6	0,95
Österreich	63,5/ +2,8	13,4 (1994)	16,5	1,32
Italien	46,3/ +5,2	8,4 (1994)	-	0,60
GB	65,8/ +0,8	9,1 (1995)	20,2	0,89
USA	66,1/ -1,0	10,3 (1995)	24,9	0,74

Tabelle 1: Dienstleistungsregime - Konstellationen aus Dienstleistungssektor, öffentlichen Ausgaben und Ungleichheit

Anmerkungen:

1) Eurostat (2008): Europa in Zahlen - Eurostat Jahrbuch, S. 253.

2) In % der Bevölkerung im Erwerbsalter; Civilian Government Employment, Producers of Government Services; Quelle: Cusack, T.R. (1998): Data on public employment and wages for 21 OECD countries. WZB.

3) Angaben in % Beschäftigte des Sektors. Niedriglohn = Einkommen Vollzeit-Beschäftigter unter zwei Dritteln des Durchschnittseinkommens. Zahl = Beschäftigte mit Niedriglohn in Prozent der Beschäftigten des Sektors personale Dienstleistungen. Personale Dienstleistungen sind eine Kategorie der Gliederung wirtschaftlicher Aktivitäten nach Sektoren (manufacturing, construction, services: wholesale/ retail trade, transport/ communication, finance/ business, public administration und personal services). Quelle: OECD (1996): Employment Outlook. Earnings inequality, low-paid employment and earnings mobility, Paris, S. 72.

4) Staatliche Ausgaben für Pflege in % des GDP, 2000. Quelle: OECD (2005): The OECD Health Project. Long-Term Care for Older People, S. 26. Und OECD (2005): Projecting OECD Health and Long-term care expenditure. Economics Departments Working papers No. 477, S. 31.

3. Pflegepolitik und Marktelemente

Die beschriebenen Konstellationen setzen sich in regimespezifischen *Pflegepolitiken* fort. Liberale Staaten präferieren Märkte für Pflegedienstleistungen und bieten diese nur wenig selbst an. Ein geringer ‚social wage‘ (Lohnersatzleistungen) macht niedrige Löhne auch für Pflegedienstleistungen möglich. Die Beschäftigung von Migrantinnen in Privathaushalten für Pflege und Versorgung ist der Logik des

liberalen Sozialstaats gewissermaßen immanent. In sozialdemokratischen Regimes tritt der Staat selbst als Anbieter von Pflegedienstleistungen auf. Die dort relativ gute Bezahlung und Arbeitsbedingungen sind finanzierbar, weil die Bürger wiederum ein hohes Sozialbudget über Steuern und Sozialbeiträge finanzieren, was jedoch als zumutbar und akzeptabel gilt.² Die ausgebauten öffentlichen Pflegedienste machen das Ausweichen auf halb- und illegale Pflegearbeit unnötig. Die Pflegepolitik konservativer Länder verfolgt dagegen eine Mischung aus mehr Markt, mehr formellen Dienstleistungen und neuen Anreizen und Leistungen für Familien. Das öffentliche Dienstleistungsangebot (wozu auch das der Wohlfahrtsverbände zählt) ist eher teuer und knapp, weshalb das ‚self-servicing‘ durch die Familie dominiert. Aber auch der ‚Familialismus‘ dieser Länder, d.h. die starke normative Verankerung der Verantwortung der Familie für die Pflege Älterer, ist für dieses spezifische Dienstleistungsregime konstitutiv. Die wegen des demografischen Wandels unumgänglichen pflegepolitischen Reformen zielen auf die Ausweitung des Angebots an Pflegedienstleistungen durch mehr Markt; in Deutschland etwa sollte die Zulassung privater Anbieter von Altenpflege für mehr und bedarfsgerechtere Angebote sorgen. Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen gleichzeitig hohe Standards wahren. Pflegepolitische Reformen wollen die Ressourcen der Pflege ausweiten durch mehr Sach- wie auch Geldleistungen. Zugleich ist eine weitreichende Kommodifizierung von ‚care‘ und ihre Überführung in formelle bezahlte Arbeit aus Kostengründen und wegen normativer Leitbilder unerwünscht. Sowohl Geld- als auch Sachleistungen decken deshalb nur partiell den Gesamtpflegebedarf ab. Pflegebedürftige und ihre Familie sollen eigene Ressourcen – sei es Zeit für informelle Pflege oder Geld zur Bezahlung selbstbeschaffter Pflegepersonen - aktivieren, um den vollen Pflegebedarf zu decken. Da der Grad, zu dem Pflegebedarf gedeckt werden kann, direkt vom Preis von Pflegedienstleistungen abhängt, agieren Pflegebedürftige und ihre Angehörigen nun preisbewusst (Rothgang 2000).

In mediterranen Ländern stellt die Pflegepolitik noch stärker als im konservativen care-regime auf informelle Familienpflege ab. Da es wenig öffentliche Pflegedienstleistungen gibt, die Frauenerwerbstätigkeit aber steigt, setzen frei einsetzbare staatliche Geldleistungen den Anreiz für die Beschäftigung von Migrantinnen als nicht deklarierte Pflegerbeiterin. Eine traditionell tolerierte Schattenwirtschaft und entsprechende Migrationspraktiken verstärken diese Tendenz.

Pflegepolitische Reformen in den konservativen und mediterranen Ländern setzen den Focus auf Geldleistungen. Es ist einerseits als soziale Anerkennung des ‚self-servicing‘ durch Familie und informelle Netze gedacht. Andererseits sollen

2 Universelle Anrechte auf soziale und pflegerische Dienstleistungen in sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten werden oft als Zeichen einer besonderen Solidarität hervorgehoben. Man sollte aber zur Kenntnis nehmen, dass diese Staaten im Zuge der Retrenchment-Politik Beschäftigung gerade im Bereich soziale Dienstleistungen abbauten (Iversen/Wren 1998).

Pflegebedürftige und ihre Familien neue unterstützende Pflegeressourcen erschließen und selbstbeschaffte Kräfte finanzieren können.³ Weiter sollen Pflegehaushalte die Form der Versorgung damit selbst wählen und die von Konsumentenbedürfnissen gesteuerte Nachfrage soll zugleich das Angebot bedarfsgerechter machen. Das neue Leitbild des wählenden ‚Kunden‘, der mit Pflegegeld ausgestattet über mehr Marktmacht verfügt, ist Teil einer Vermarktlichung der Pflege, die als Mittel der Kostenbegrenzung und der Reform zugleich betrachtet wird.⁴

Nicht vorgesehen war, dass Pflegebedürftige und ihre Familien unter den neuen Rahmenbedingungen transnational als Kunden agieren.⁵ Sie umgehen die für Privathaushalte oft schwer finanzierbaren Preise formeller Pflege und die erwartete ‚Eigenleistung‘, die bei fehlendem Haushaltseinkommen in Form von Pflegezeit der Frau geleistet wird. Sie nutzen die Differenz der Kaufkraft bzw. das Lohngefälle zwischen den ökonomisch entwickelteren west- und südeuropäischen Ländern einerseits und den mittel- und osteuropäischen oder außereuropäischen Migrationsländern andererseits. Haushalte mit Pflegebedürftigen setzen die begrenzten monetären Leistungen dort ein, wo sie ein Maximum an Gegenleistung bringen. Sie erhalten ein Volumen personenbezogener Dienstleistungen, das ihnen bei einer Bezahlung auf nationalem Niveau nicht zugänglich wäre und das der Präferenz zuhause gepflegt zu werden, entspricht. Versorgung auch nachts und am Wochenende war bisher allenfalls mit sehr hohen Einkommen bezahlbar. Pflegegeld erhöht die Kaufkraft, so dass auch weniger Privilegierte nun die unbezahlte, familiäre Pflege der Frau durch privat bezahlte Pflegekräfte substituieren können, was zuvor nur bei hohen Einkommen möglich war. Transfers für Pflege machen die Beschäftigung von Migrantinnen zur erschwinglichen Alternative (Österle/Hammer 2007; Bettio et al. 2004).

3 Schon weil das Pflegegeld so gering ist, würde konsequenterweise nur ein Niedriglohnsektor bezahlbar sein, auf dem nur Menschen mit alternativen Einkommensquellen existieren können. Anders als in liberalen Regimen wird das aber in konservativen nicht diskutiert, weil vollwertige Arbeitsplätze gar nicht geplant werden.

4 Siehe Bauer u.a. 2005; Bode 2005; Lundsgaard 2006; OECD 2005: 49ff.; Rostgaard 2006; Ungerson/Yeandle 2007.

5 Studien über die Verwendung von Pflegegeld lassen erkennen, dass Geldleistungen a) einen Niedriglohnsektor fördern, b) zu niedrig sind, um ein wirklicher Lohn für Angehörigenpflege zu sein, c) wenig zur erhofften Expansion qualifizierter Arbeitsplätze in der Pflege beitragen (Österle 2007) und d) Graue Pflegemärkte fördern. Zudem verschieben Cash-for-Care-Programme die Grenzen zwischen bezahlter und unbezahlter Pflegearbeit (Ungerson/Yeandle 2007).

4. Umfang und Regulierung grauer Pflegemärkte

Pflege- und Betreuung älterer Menschen sind in Deutschland, Österreich und Italien traditionell Aufgabe der Familie. Der sozio-demografische Wandel führt in den genannten Ländern zu vermehrten sozialpolitischen Aktivitäten um die Versorgung älterer Pflegebedürftiger Menschen sicher zustellen. Während in skandinavischen Wohlfahrtsstaaten Care-Tätigkeiten im öffentlichen Raum verortet werden und dort staatliche Dienstleistungen Familienangehörige von Versorgungsaktivitäten entlasten, wird in den betrachteten Ländern mit Hilfe von Transferzahlungen die informelle und familiäre Care-Arbeit gestärkt. Dass sich die Nachfrage Pflegebedürftiger in den betrachteten Ländern zunehmend auf graue Märkte konzentriert, ist durch den Wunsch vieler Pflegebedürftiger bestimmt im eigenen Wohnumfeld betreut zu werden, der aber zugleich teils zu teuren, teils fehlenden regulären Pflegeangeboten des Staats oder der Wohlfahrtsverbände. Ausgehend von wohlfahrts- und migrationstheoretischen Überlegungen werden im folgenden Abschnitt die verschiedenen Ansätze zur Regulierung grauer Pflegearbeitsmärkte im Vergleich gezeigt. Für den Vergleich werden mit Deutschland, Österreich und Italien drei Länder ausgewählt, die sich in ihren pflegepolitischen Ansätzen ähneln. Alle drei Länder vertreten eine familienorientierte Pflegepolitik und betonen die Versorgung Pflegebedürftiger im familiären Rahmen.

Die Ergebnisse des Ländervergleichs zeigen, dass die Ursachen für die Entstehung von grauen Pflegemärkten in allen drei Ländern gleich sind. Gleichzeitig gibt es in Österreich und Italien Entwicklungen, die diese migrantisch geprägten Betreuungsarrangements auf eine legale Rechtsgrundlage stellen. Die Art und Weise, wie sich Migrantinnen in den Vergleichsländern auf den nationalen Arbeitsmärkten positionieren können - legal oder illegal - ist letztlich auch das Ergebnis der nationalen Migrationspolitik und der Umsetzung gemeinsamen europäischen Rechts. Beides soll als Grenzziehungspolitik verstanden werden (Tabelle 2).

4.1 Deutschland

Die Nachfrage nach Pflegedienstleistungen, die über den grauen oder schwarzen Markt angeboten werden, hat in den letzten Jahren insbesondere im Bereich der 24-Stunden-Pflege in privaten Haushalten stark zugenommen. Während der Eigenanteil, der zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung für eine 24-Stunden-Pflege bei regulären Pflegediensten aufgewendet werden müsste, bis zu 2.500 Euro und mehr beträgt, bieten Migrantinnen diese Leistungen zwischen 650 und 1.500 Euro an. Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 50.000 und

70.000 dieser Pflegehilfen, insbesondere aus Polen und der Tschechischen Republik auf der Basis dieses Arrangements tätig sind (Kondratowitz 2005: 420).

In Deutschland gibt es bislang keine legale Möglichkeit Migrantinnen in der Pflege in Privathaushalten zu beschäftigen. Pflege soll, dem Willen des deutschen Gesetzgebers zufolge familiären und informellen Nachbarschaftsnetzwerken oder regulär in Deutschland ansässigen Pflegedienstleistern vorbehalten sein. Die Anstellung einer Haushaltshilfe ist nur über die Zentralstelle für Arbeitsvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit zulässig (BA 2007). Diese Möglichkeit wird jedoch wegen stark regulierter Arbeitszeitregelungen und hohem bürokratischen Aufwand kaum nachgefragt, was auch die Vermittlungszahlen für das Jahr 2006 belegen, nach denen ca. 2.800 Haushaltshilfen aus Osteuropa nach Deutschland vermittelt wurden (BT-Drucks. 16/2278).

Eigentlich sollte mit der Öffnung der europäischen Grenzen auch der Wettbewerb unter den Pflegeanbietern und die Wahlfreiheit der Konsumenten im Dienstleistungssektor gefördert werden. Aber aus Angst vor der "Billigkonkurrenz" aus dem Osten hemmt der deutsche Gesetzgeber den Zugang osteuropäischer Arbeitnehmer zum deutschen Arbeitsmarkt. Mittels Übergangsregelungen wird die Dienstleistungsfreiheit osteuropäischer Pflegeanbieter noch bis 2011 (Polen, Tschechien, Slowakei, etc.) bzw. 2014 (Rumänien und Bulgarien) enorm eingeschränkt. Da auch die Angebote osteuropäischer Vermittlungsagenturen unter diese Richtlinie fallen, stuft der deutsche Gesetzgeber diese als illegal ein.

4.2 Österreich

Eine ganz andere Entwicklung ist dagegen in Österreich zu beobachten. Auch hier ist der Markt mit geschätzten 60.000 ausländischen Pflegekräften im Vergleich relativ groß (Österle et al. 2006). Und auch dort wurden Migrantinnen anfänglich durch ähnliche Übergangsregelungen wie in Deutschland vom offiziellen Arbeitsmarkt ausgeschlossen und somit gezwungen illegal ihre Pflegedienstleistungen anzubieten. Seit dem Jahr 2006 vollzieht sich ein grundlegender Wandel in der Pflegepolitik, in dem sie die Unterversorgung an finanzierbaren Pflegedienstleistungen und sinkende familiäre Pflegepotenziale anerkennt und Migrantinnen als Erbringer von Pflegedienstleistungen in das Pflegesystem integriert.

Die Substitution oder Ergänzung familiärer Pflegearbeit durch Migrantinnen wird hier aktiv unterstützt und legale Formen der Beschäftigung von Migrantinnen in Privathaushalten mit dem Ausländerbeschäftigungsgesetz geschaffen. Das so genannte Amnestiegesetz (2006) schützte zunächst Pflegekräfte und Auftraggeber vor der Strafverfolgung und das Hausbetreuungsgesetz (2007) legte schließlich die arbeits- und gewerberechtliche Grundlage für die legale Beschäftigung von Migrantinnen in Privathaushalten.

4.3 Italien

Auch in Italien erschweren soziale und demografische Wandlungsprozesse die Realisierung der familiären Versorgung. Im Unterschied zu Deutschland und Österreich wurden hier keine nennenswerten Versuche unternommen den regulären Markt für Care-Tätigkeiten als Ergänzung zum familiären Pflegepotenzial auszubauen. Die Pflegeinfrastruktur ist unzureichend und weist starke regionale Differenzen zwischen Norditalien mit einer vergleichsweise stark ausgebauten und Süditalien mit einer schwach ausgebauten Pflegeinfrastruktur auf. Stattdessen stehen überwiegend Transferleistungen zur Verfügung, die die Pflege im familiären Rahmen unterstützen sollen. Fehlende Infrastruktur führte in Italien zur zunehmenden Hinwendung der Betroffenen zu privaten Pflegerinnen. Neben den nur stundenweise, überwiegend durch Nachbarinnen erbrachten Dienstleistungen, handelt es sich beim Großteil der privaten Kräfte um Migrantinnen, die als sogenannte "live-in" in der Familie der pflegebedürftigen Person wohnen. Dass dieses Betreuungsarrangement boomt, zeigen Ergebnisse einer regionalen Studie in Modena, nach denen dort bereits 27,3 Prozent der Haushalte mit pflegebedürftigen Migrantinnen beschäftigen⁶ (Bettio et al. 2004).

Anders als Deutschland und Österreich hatte Italien kein weitergehendes Interesse, den Zugang ausländischer Arbeitnehmer zum Arbeitsmarkt mittels Übergangsregelungen zu begrenzen. Denn schon immer gehörte Italien zu den europäischen Ländern, in denen die Migration besonders hoch ist und das traditionell über eine starke Schattenwirtschaft verfügt. Staatlich reguliert wird der graue Pflegemarkt mit Hilfe des Legge-Bossi-Fini (2006) (van Hooren 2008). Es bezieht sich im Wesentlichen auf die nachträgliche Legalisierung illegaler Einwanderer und ist mit dem politischen Ziel verbunden den Arbeitsmarkt mit billigen Arbeitskräften zu sättigen. Gesetzliche Regelungen legalisieren hier zwar den Aufenthaltsstatus der Migrantinnen, Regulierungen bezüglich der Arbeitszeiten und der Entlohnung sowie des Zugangs zu sozialen Rechten sind aber nicht vorgesehen. Dies spricht dafür, dass der italienische Staat sich auch weiterhin weitgehend aus der Versorgung pflegebedürftiger Personen heraus hält und diese Aufgabe bei den Familien verbleibt. Regulative Eingriffe z.B. bezüglich der Arbeitszeiten würden letztlich die Nachfrage nach billigen Pflegedienstleistungen wieder auf den grauen Pflegemarkt lenken.

Insgesamt können trotz ähnlicher sozialpolitischer Problemstellungen drei verschiedene Wege im Umgang mit grauen Pflegemärkten beobachtet werden. Der deutsche Weg ist durch eine restriktive Politik im Umgang mit transnationalen Pflegearrangements gekennzeichnet, die in einer vorübergehenden Schließung des

⁶ Vergleichbare Zahlen gibt es für Deutschland und Österreich bislang noch nicht.

nationalen Arbeitsmarktes für ausländische Pflegeanbieter mündet. Er drängt am stärksten auf formelle Arbeitsverhältnisse. Dass Privathaushalte sich transnational mit grauer und notfalls auch schwarzer Pflege versorgen, wird als Billigpflege und unliebsame Konkurrenz stigmatisiert.

Der österreichische Weg ist dagegen durch eine Neuausrichtung der Verteilung von Pflegearbeit auf formelle und informelle Pflege durch die Familie gekennzeichnet. Durch die gesetzliche Verankerung von migrantischen Betreuungsarrangements vollzieht sich ein Wandel von einem zunächst stark familialistisch geprägten Pflegearrangement hin zu einem gemischten Arrangement, das die Ergänzung oder Substitution familiärer Sorgearbeit zulässt. Damit werden nicht nur Veränderungen in der Lebenswelt von Familien anerkannt, sondern deren Möglichkeiten der Wohlfahrtsproduktion neu verortet. Italiens Weg ist im Wesentlichen durch eine pragmatisch orientierte Grenzziehungspolitik gekennzeichnet: Migranten finden zunächst in der Schattenwirtschaft Arbeit, der Staat reagiert darauf mit der Legalisierung des Aufenthaltstatus der Migrantinnen.

	Nationale Regelungen /Praktiken gegenüber Öffnung der Märkte durch EU (Arbeitnehmer- und Dienstleistungsfreizügigkeit)	Allgemeine Kennzeichen
Italien	Regularisierung illegaler Migranten, Quotenregelung Arbeitslaubnis erforderlich	Laissez faire, Tolerierung, aposteriore Legalisierung
Österreich	Eingeschränkt bis 2009 für OME-Mitgliedsstaaten Arbeitslaubnis erforderlich Sektorale Öffnung für die Pflegebranche Ausländerbeschäftigungsgesetz	Legalisierung und Integration ins eigene Pflegesystem
Deutschland	Eingeschränkt bis 2011 für OME-Mitgliedsstaaten Arbeitslaubnis erforderlich	Abschottung, partielle Öffnung, Widerstand der Interessenverbände.

Tabelle 2: Grenzziehungspolitik

5. Fazit

In grauen Pflegemärkten überschneiden sich drei voneinander unabhängige Prozesse: Zunehmend temporäre, weibliche und auf den Haushalt als Beschäftigungs-ort zielende Arbeitsmigration, die Europäisierung, in deren Zuge sich grenzüberschreitende Dienstleistungen und Migration entwickeln sowie das Knappwerden unbezahlter familialer Sorgearbeit in den Zielländern der Migration. Diese Prozesse werden von den verschiedenen Dienstleistungsregimen überformt, die mit dem sog. Dienstleistungstrilemma unterschiedlich umgehen. Das Fazit greift die Perspektive dieses Begriffs (Iversen/Wren 1998) nochmals zur Verdeutlichung des sozial- und arbeitsmarktpolitischen Kontextes grauer Altenpflege auf. Danach haben Dienstleistungsregime jeweils spezifische Zielkonflikte zwischen drei sozialpolitischen Zielen: Dem Beschäftigungszuwachs im Dienstleistungssektor, einer gewissen Gleichheit der Einkommen und der Begrenzung der Sozialausgaben (siehe Abb. 1). Zwei Ziele lassen sich jeweils kombinieren, aber auf Kosten des dritten. Das heißt für konservative und mediterrane Regime, in denen graue Altenpflege in nennenswertem Umfang existiert:

Das Ziel geringer Lohn disparitäten und ausreichend entlohnter Arbeitsplätze macht Pflege zu teuer für die meisten Privathaushalte. Private Nachfrage entsteht wenig. Auch wurde formelle Pflegearbeit relativ wenig ausgeweitet, wenngleich die sozialpolitisch initiierte Nachfragestützung ein Mehr an privaten Pflegedienstleistern nach sich zog. Dennoch zielen die pflegepolitischen Reformen stärker auf Kostenbegrenzung, die Stützung der Rolle der Familie und die qualifizierte Pflegearbeitsplätze bei den meist intermediären Dienstleistungsanbietern. Konservative Regime begrenzen so öffentliche Ausgaben und Einkommensungleichheit, aber sind weniger leistungsfähig bezüglich des Angebots an Arbeitsplätzen im Dienstleistungssektor und leicht zugänglicher Altenpflege. Diesen Mangel muten sie Familien bzw. Frauen zu.

Die Beschäftigung von Migrantinnen entschärft das Trilemma, indem sie kurzfristig einheimische Niedriglöhne in der Pflege vermeidet und ohne weitere Anhebung der Sozialausgaben für Altenpflege ein finanzierbares Angebot entsteht. Langfristig kann ‚graue Pflege‘ dennoch zu mehr Einkommensungleichheit im Altenpflegesektor führen, da die am geringeren Lohnniveau der Herkunftsländer ausgerichtete Bezahlung internationale Konkurrenz in die vor Auslagerung zunächst geschützten personenbezogenen Pflegedienstleistungen hinein trägt. Wenn man auch gering qualifizierte Haushalts- und Pflegearbeit sozial absichern will, hat das Konsequenzen an anderer Stelle, nämlich höhere Pflegeausgaben, deren Finanzierung auf die Akzeptanz der Beitragsentrichter oder Steuerzahler treffen muß. Jede Option erzeugt Nachteile an einer Spitze des Dreiecks. Welcher Nachteil sich durchsetzt, ist letztlich das Ergebnis von Interessenkonflikten zwischen Finanzie-

ren und Benefiziaren und ebenso von ‚equity-choices‘ (Österle 2001), also der Akzeptabilität verschiedener Optionen vor dem Hintergrund von Gerechtigkeits- und Angemessenheitsideen.

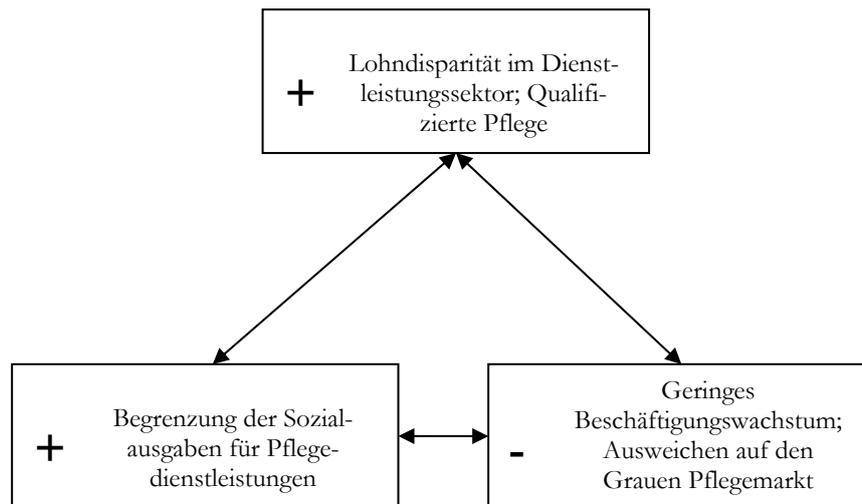


Abbildung 1: Das Dienstleistungstrilemma konservativer Regime

Graue Altenpflege erlaubt es beruflich qualifizierten Frauen, sich der für konservativ-korporatistische Regime typischen Erwartung des ‚self-servicing‘ durch die Frau zu entziehen. Dies schafft jedoch neue Gender-Ambivalenzen: Frauen, die in der postindustriellen Service-Ökonomie gute Beschäftigungschancen finden, delegieren die Pflegelücke, die ihre posttraditionale Lebensentwürfe hinterlassen, an gering entlohnte Migrantinnen. Die neue Genderordnung erfordert Care-Arbeit von Orten, wo sie keinen Schattenpreis hat. Zudem löst dies einen ‚care drain‘ aus, wodurch formelle und informelle Pflege- und Versorgungspotentiale in den Herkunftsländern fehlen.

Literatur

- Bauer, Ullrich/ Rosenbrock, Rolf/ Schaeffer, Doris (2005): "Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen – gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit". In: Iseringhausen, O./ Badura B. (Hg.), Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Huber, Bern. S. 187-201.
- Bettio, Francesca/ Platenga, Janneke (2004): "Comparing Care Regimes in Europe". In: *Feminist Economics* 10. S. 85-113.
- Bode, Ingo (2005): "Einbettung und Kontingenz. Wohlfahrtsmärkte und ihre Effekte im Spiegel der neueren Wirtschaftssoziologie". In: *ZfS* 34. S. 250-269.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2007): Merkblatt zur Vermittlung von Haushaltshilfen in Haushalte mit Pflegebedürftigen nach Deutschland. Hinweise für Arbeitgeber. Nürnberg.
- Esping, Andersen, Gösta (1990): *The three worlds of welfare capitalism*. Polity Press, Cambridge.
- Esping-Andersen, Gösta (1993): *Changing Classes. Stratification and Mobility in Post-industrial Societies*. Sage, London, Newbury Park, New Dehli.
- Gather, Claudia/ Geißler, Birgit/ Rerrich, Maria S. (Hrsg.) (2002): *Weltmarkt Privathaushalt. Bezahlte Hausarbeit im globalen Wandel*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Huber, Evelyn/ Stephens, John D. (2001): *Development and Crisis of the Welfare State. Parties and Policies in Global Markets*. Chicago and London: University of Chicago Press.
- Iversen, Torben/ Wren, Anne (1998): "Equality Employment, and Budgetary Restraint. The trilemma of the service economy". In: *World Politics* 50. S. 507-546.
- Iversen, Torben/ Cusack, Thomas R. (2000): "The Causes of Welfare State Expansion. Deindustrialisation or Globalization?". In: *World Politics* 52. S. 313-349.
- Kemmerling, Achim (2003): *Die Rolle des Wohlfahrtsstaats bei der Entwicklung unterschiedlicher Dienstleistungssektoren. Wohlfahrtsregime und Dienstleistungsbeschäftigung*. WZB, Abteilung Arbeitsmarkt und Beschäftigung. ISSN Nr. 1011-9523.
- Kondratowitz, Hans-Joachim (2005): "Beschäftigung von Migrantinnen in der Pflege". In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38. S. 417-423.
- Leitner, Sigrid (2003): "Varieties of Familialism. The caring function of the family in a comparative perspective". In: *European Societies* 5. S. 353-375.
- Lewis, Jane (Hg.) (1998): *Gender, social care and welfare state restructuring in Europe*. Aldershot, Ashgate.
- Lundsgaard, Jens (2006): "Choice and long-term care in OECD countries: Care outcomes, employment and fiscal sustainability". In: *European Societies* 8 (3). S. 361-384.
- OECD (2005): *Long term care for Older People*. Organisation for economic co-operation and development.
- Österle, August (2001): *Equity choices and long term care policies in Europe: Allocating resources and burdens in Austria, Italy, the Netherlands and the United Kingdom*. Aldershot: Ashgate.
- Österle, August/Schneider, Ulrike/Schober, Christian/Schober, Doris (2006): *Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung*. [URL: http://www.wu-wien.ac.at/sozialpolitik/pub/fbn02_06; Stand: 24.09.2008]
- Österle, August/Hammer, Elisabeth (2007): "Care allowances and the formation of care arrangements: the Austrian experience". In: Ungerson, Claire/ Yeandle, Sue: *Cash for Care in Developed welfare States*. Palgrave, Houndsmill.
- Rostgaard, Tine (2006): "Constructing the care consumer. Free choice of home care for the elderly in Denmark". In: *European Societies* 8. S. 443-464.
- Rothgang, Heinz (2001): *Wettbewerb in der Pflegeversicherung*. *Zeitschrift für Sozialreform*. S. 423-448.
- Sassen, Saskia (2001): *Migranten, Siedler, Flüchtlinge. Von der Massenauswanderung zur Festung Europa*. Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt am Main.
- Scharpf, Fritz (1997): "Employment and the Welfare State: A Continental Dilemma" In: *German American Academic Council Foundation-Bonn (Hrsg.) 1997, Labor Markets in the USA and Germany*. Third Public GAAC Symposium, Bonn, 10.-11. Juni, 1997. Nomos Verlag, Baden-Baden. S.

387-416.

Van Hooren, Franca (2008): Bringing policies back in: How social and migration policies affect the employment of immigrants in domestic care for the elderly in the EU-15. Paper for the ESA conference "Transforming elderly care at local, national and transnational levels. Copenhagen June 2008.

Ungerson, Claire/Yeandle, Sue (2007): Cash for care in Developed Welfare States, Palgrave Macmillan, Houndmills.