

Gesundheit und Gesellschaft

Herausgegeben von
Ullrich Bauer
Uwe H. Bittlingmayer
Matthias Richter

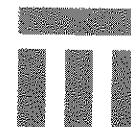
Der Forschungsgegenstand Gesundheit ist trotz reichhaltiger Anknüpfungspunkte zu einer Vielzahl sozialwissenschaftlicher Forschungsfelder – z. B. Sozialstrukturanalyse, Lebensverlaufsforchung, Alterssoziologie, Sozialisationsforschung, politische Soziologie, Kindheits- und Jugendforschung – in den Referenzprofessionen bisher kaum präsent. Komplementär dazu schöpfen die Gesundheitswissenschaften und Public Health, die eher anwendungsbezogen arbeiten, die verfügbare sozialwissenschaftliche Expertise kaum ernsthaft ab.

Die Reihe „Gesundheit und Gesellschaft“ setzt an diesem Vermittlungsdefizit an und systematisiert eine sozialwissenschaftliche Perspektive auf Gesundheit. Die Beiträge der Buchreihe umfassen theoretische und empirische Zugänge, die sich in der Schnittmenge sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Forschung befinden. Inhaltliche Schwerpunkte sind die detaillierte Analyse u. a. von Gesundheitskonzepten, gesundheitlicher Ungleichheit und Gesundheitspolitik.

Ullrich Bauer
Andreas Büscher (Hrsg.)

Soziale Ungleichheit und Pflege

Beiträge sozialwissenschaftlich
orientierter Pflegeforschung



VS VERLAG FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

Pflege und Ungleichheit: Ungleiche Citizenship rights im internationalen Vergleich

Ursula Dallinger und Hildegard Theobald

1 Einleitung

Wie Wohlfahrtsstaaten mit der Etablierung sozialer Rechte das Zusammenspiel von Pflegebedürftigkeit und sozialer Ungleichheit beeinflussen, ist systematisch noch ein weitgehend unterbelichtetes Thema. Der demografische Wandel führte seit den 90iger Jahren des letzten Jahrhunderts in vielen europäischen Gesellschaften zu einer Einführung sozialer Rechte für das Risiko der Pflegebedürftigkeit, die in der Regel Geldleistungen oder professionelle ambulante Dienste bzw. institutionalisierte Versorgung einschließen. Der Trend zu einer verstärkt öffentlich finanzierten Pflege ist – abgesehen davon, dass man die insbesondere durch die schrumpfende jüngere Generation knapper werdenden Pflegepotentiale stützen will – auch ein Ausdruck der Absicht, das Risiko der Pflegebedürftigkeit und dessen Folgen gleicher auf viele Schultern zu verteilen. Gleich ob man steuerfinanzierte oder durch Sozialversicherungen finanzierte Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen betrachtet, sie bilden einen kollektiven Pool, der partiell die privaten Pflegerisiken und Ressourcenausstattungen an Einkommen und Vermögen angleicht. Über die horizontale Gleichheit hinaus, die ein sozialstaatlich organisierter Absicherungspool bietet, stand bisher die geschlechtsspezifische Ungleichheit in der Pflege und ihre wohlfahrtsstaatliche Einbettung im Fokus der sozialwissenschaftlichen Debatte. Aber welche Möglichkeiten der sozialen Ungleichheit gibt es überhaupt in der Pflege und welche Rolle spielen dabei Wohlfahrtsstaaten mit den von ihnen definierten sozialen Rechten?

Ungleichheit in der Pflege kann aus der Fortsetzung der schon vorher bestehenden sozialen Ungleichheit resultieren. Von einer Reproduktion von Ungleichheit könnte man nur dann sprechen, wenn Pflege ausschließlich privat finanziert würde, was in den westlichen, industrialisierten Ländern nicht der Fall ist. Unterschiede in den Einkommen und Ressourcen werden daher nicht direkt, sondern vermittelt durch staatlich finanzierte Leistungen für die soziale Ungleichheit relevant. Private Ungleichheiten des Einkommens und Vermögens und des Sozialkapitals Familie machen sich v.a. dann bemerkbar, wenn staatliche Leistungen

eine Art Zuschuss zur insgesamt nötigen Pflegeleistung sind und der Rest mit den Ressourcen der Pflegebedürftigen und ihrer Familie bewältigt werden. Die Lücke zwischen eigentlichem Pflegebedarf und dem durch staatliches Recht wie die Pflegeversicherung aufgefangenen Bedarf ist der Raum, in dem private finanzielle und familiäre Ressourcen zum Tragen kommen. Eine Lücke kann auch für einzelne Bevölkerungsgruppen entstehen, wenn diese unterschiedliche Zugangschancen zu Geld- und Dienstleistungen haben. In den meisten Ländern bildet zunächst der Bedarf die Basis für die Gewährung von Leistungen. Durch das Hinzukommen weiterer Allokationskriterien wie der familiären Situation oder der Einkommenssituation können neue Ungleichheiten resultieren (Hill 2000).

Soziale Rechte, die der Wohlfahrtsstaat an Pflegebedürftige vergibt, beeinflussen Ungleichheit, indem sie zum ersten den Raum, in dem es auf die private Ressourcenausstattung ankommt, mehr oder weniger breit abstecken und Bevölkerungsgruppen unterschiedlich einbeziehen. Zum zweiten kann ihnen selbst Ungleichheit erzeugende Mechanismen der Finanzierung oder der Allokation von Pflege innewohnen, etwa wenn die Beiträge zu einer Pflegeversicherung (das gleiche gilt für steuerfinanzierte Leistungen) nicht einkommensproportional oder durch die Form der Finanzierung der Pflegeleistungen niedrigere Einkommen stärker belastet wären. Dann wären geringere Einkommen überproportional mit der Vorsorge und der Finanzierung der Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit belastet. Diese Form der Genese von Ungleichheit im Rahmen wohlfahrtsstaatlicher Regelungen wird uns in diesem Beitrag beschäftigen. Er fragt nach dem Ausbau der sozialen Rechte für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen und analysiert die Implikationen der unterschiedlichen Formen der Gewährung von sozialen Rechten auf die soziale Position älterer Pflegebedürftiger und der Pflegenden. Dies geschieht im internationalen Vergleich, denn Pflegepolitiken variieren hinsichtlich der sozialpolitischen Instrumente, die sie zur Unterstützung der Pflegebedürftigen einsetzen. An den Länderunterschieden wird besonders gut deutlich, dass Care-Arrangements, also die Gesamtheit familiärer und öffentlicher Ressourcen und Regeln, implizite ‚Entscheidungen‘ über den Zugang zu Leistungen in einer bestimmten Qualität und Quantität, darüber wer sie (nicht) bekommen soll, darüber, wer sie (nicht) finanzieren soll, darstellen, die wiederum Lebenschancen prägen. Institutionen und Organisationen für die Pflege Älterer treffen „equity choices“ (Österle 2001), sie enthalten Gerechtigkeitsideen, die Folgen haben für die Inklusion Pflegebedürftiger.

Das Verhältnis zwischen privaten und öffentlich finanzierten Anteilen in Pflegearrangements muss besonders interessieren, da aus dem Einsatz von privaten Ressourcen größere Ungleichheiten resultieren als aus dem Einsatz von Ressourcen, die durch den Filter Wohlfahrtsstaat gegangen sind. Denn Sozialpolitik tritt mit dem Ziel an, Lebenschancen anzugleichen gerade auch bei Risiken, die –

bei allein privater Finanzierung – starke, die Potentiale Einzelner oft übersteigende Belastungen bedeuten würden, wie bei Krankheit, Arbeitslosigkeit und auch Pflegebedarf. Sozialpolitik will eine Versorgung wenigstens partiell abkoppeln von den Markteinkommen. Wohlfahrtsstaaten bedienen sich i.d.R. Formen der Finanzierung und der Verteilung von Geld- und Dienstleistungen, die eine gewisse Gleichheit fördern.¹

Außerdem wird in neueren Analysen der Pflegepolitiken europäischer Länder die Tendenz zur Förderung von (Quasi-)Märkten und umfangreicherer privater Anteile an der Versorgung mit sozialen und pflegerischen Dienstleistungen intensiv diskutiert. Es werden Vermarktlichung und Privatisierung festgestellt und auf die ambivalenten Folgen für Pflegebedürftige und Anbieter hingewiesen. Die Erwartung, mit der Förderung von Wohlfahrtsmärkten positive Effekte wie eine verbesserte Pflegequalität und Bedürfnisorientierung sowie eine größere Effizienz des Angebots zu schaffen, mehr Wahlfreiheit der nun zu Kunden werdenden Pflegebedürftigen zu gewährleisten, wird kritisch hinterfragt (Bode 2005; Kremer 2006; Rostgaard 2006). Die Frage nach den Wirkungen der neuen Pflegepolitiken auf soziale Ungleichheit wurde selten gestellt, liegt aber nahe. Denn Kundensouveränität hat notwendigerweise dort eine Grenze, wo die finanziellen Ressourcen aufhören.

Dieser Beitrag führt zunächst das Konzept der Citizenship Rights von T.H. Marshall ein (Kap. 2), da es den Zusammenhang zwischen einer partiellen Gleichheit durch soziale Rechte und Ungleichheit thematisiert. Es ist ein Instrument, mit dem sich Ungleichheit in Form von *Inklusion* oder *Exklusion*, die vom Staat gewährte soziale Rechte schaffen, erfassen lassen. Wir zeigen kurz, dass sich das Konzept sozialer Rechte mit einer neueren institutionentheoretischen Perspektive verbinden lässt, wonach institutionelle Arrangements – hier solche zur Bewältigung von Pflegebedarf – sich als ‚Wahl‘ einer bestimmten Allokation von Belastungen und der Verfügbarkeit kollektiver Güter mit Folgen für die Lebenschancen der Bürger begreifen lässt. Daraus ergeben sich folgende Fragen für diesen Beitrag: Wie weitreichend inkludieren westliche Wohlfahrtsstaaten die wachsende Zahl der Pflegebedürftigen und der mitbetroffenen Angehörigen? Geben sie ein Recht auf finanzielle Ressourcen, auf formelle Dienstleistungen und in welchem Grad? Welche Auswirkungen haben Quantität und Qualität der Rechte auf die Inklusion der Pflegebedürftigen wie auch der Pflegeperson? Weiter skizzieren wir wichtige Resultate der international vergleichenden Forschung zu Wohlfahrtsstaaten, Pflegearrangements und -politiken. Dabei gehen wir besonders auf die neueren Entwicklungen der Vermarktlichung und der ‚new poli-

¹ Auch aus der Forschung zur materiellen Alterssicherung ist bekannt, dass unterschiedlich hohe private oder staatliche Rentenbestandteile sich auf Ungleichheit auswirken, weil die private Komponente größere Ungleichheit aufweist als die staatliche. (vgl. etwa Pedersen 2003; Förster 2005).

tics of welfare‘ mit ihren Folgen im Bereich der Pflege ein. Es zeigt sich, dass der Zuschnitt privater oder öffentlicher Verantwortung für die Inklusion der Pflegebedürftigen besonders relevant ist. Daher stützen wir uns auf die Unterscheidung in Länder mit einer familialistischen oder aber de-familialisierenden Pflegepolitik, die den Blick auf diese unterschiedlich gestaltete Beziehung zwischen familialer und öffentlicher Verantwortung richtet (Kap. 3). Wir zeigen im Anschluss daran, ob familialistische Länder ihre Bürger mit einem geringeren Zugang zu sozialen Anrechten ausstatten und welche ungleichheitsrelevanten Konstellationen die neuen Pflegepolitiken in den verschiedenen Ländertypen entstehen lässt (Kap. 4). Ein Fazit resümiert die Ergebnisse (Kap. 5).

2 Soziale Bürgerrechte und Ungleichheit: ein theoretischer Rahmen

2.1 Bürgerrechte, Ungleichheit und Inklusion

Dieses Kapitel soll zunächst das Konzept der Staatsbürgerschaft von T.H. Marshall (1992) und die mit ihm eröffnete Perspektive auf soziale Ungleichheit verdeutlichen. Außerdem werden wir zeigen, wie man das Konzept der Staatsbürgerrechte für die Analyse von Pflegepolitik und der *sozialen* Rechte für Pflegebedürftige fruchtbar machen kann. Der Begriff der *sozialen* Bürgerrechte hat Eingang gefunden in die vergleichende Sozialpolitikforschung und wird dort als ein Konzept diskutiert, das v.a. die Formen der Ungleichheit jenseits der Erwerbssphäre begreifen kann und damit verspricht, auch einen Zugang zur Frage der Ungleichheit durch Pflegepolitik zu bieten. Diese erscheint dann in Form der Inklusion von Personengruppen. Das Konzept der sozialen Bürgerrechte passt außerdem gut zur Diskussion um einen postmodernen Wohlfahrtsstaat (Esping-Andersen 1999), der nicht mehr nur auf die klassische ‚soziale Frage‘ reagieren muss, sondern der sich wegen des Wandels der Familienformen und dem demografischen Wandel quer dazu liegenden Problemlagen wie der Frauen- und Familienpolitik, der Kinderbetreuung oder eben der Pflege zuwenden muss.

Staatsbürgerschaft basiert auf dem Prinzip, dass für rechtlich als solche definierte Bürger in einer bestimmten, ebenfalls rechtlich definierten Hinsicht Gleichheit zu erlangen sei. Staatsbürgerrechte entstanden, wie die in den 50er Jahren geschriebene Arbeit des britischen Soziologen T.H. Marshall (1992) zeigt, in einem historischen Prozess, in dem das naturrechtliche Egalitätsprinzip immer wirkungsmächtiger wurde, was dazu führte, dass zuerst im 18. Jahrhundert die bürgerlichen Rechte des Schutzes der Unversehrtheit der Person und des Eigentums sowie der rechtlichen Gleichheit verankert wurden, dann im 19. Jahrhundert die politischen Teilhaberechte aller Bürger und schließlich im 20. Jahr-

hundert die sozialen Rechte der Bürger zur Verwirklichung gleicher materieller Teilhabe. Wichtiger als die historische Analyse ist aber, wie Marshall die Bedeutung der Staatsbürgerrechte für soziale Ungleichheit verstand: Die Citizenship Rights institutionalisierten für ihn eine Gleichheit als Bürger, die gleichzeitig mit sozialer und materieller Ungleichheit in den modernen Gesellschaften existiert. Die fortbestehenden Ungleichheiten werden gerade wegen der gewährten Staatsbürgerrechte akzeptabel (Marshall 1992: 38). Denn Bürger erhalten den Status als rechtlich Gleiche, in ihren politischen Beteiligungs- und Einflusschancen Gleiche und schließlich ermöglichten soziale Rechte die Angleichung der Lebensverhältnisse und inkludierten durch die Möglichkeit zu materieller Teilhabe. In dieser auf mehreren Ebenen geschaffenen *Inklusion* durch Rechte als Bürger lag für Marshall die *integrative* Leistung der Staatsbürgerrechte. Staatsbürgerrechte inkludieren durch die durch sie verliehene Mitgliedschaft von Menschen in einem (abstrakten) ‚Kollektiv‘ und die damit verbundenen Rechte und Pflichten. In der Regel ist es der Nationalstaat, der sie gewährt.²

Eine Analyse des Zusammenhangs zwischen Wohlfahrtsstaat, Ungleichheit und Pflege kann sich auf die *sozialen* Rechte beschränken. Bürgerliche und politische Rechte für die Bürger eines Nationalstaats sind wenig umstritten und heute selbstverständlich.³ Demgegenüber sind soziale Rechte strittig und weit davon entfernt, Gleichheit zu schaffen. Denn ihre Umsetzung geht Kompromisse ein mit wirtschaftlichen Knappheiten, politischen Mehrheitsverhältnissen und mit den Wertvorstellungen einer Gesellschaft, die mit dem Prinzip ‚Gleichheit‘ konkurrieren. Dabei kann es sich um das Leistungsprinzip oder das insbesondere im Bereich der Gesundheits- oder pflegerischen Versorgung wichtige Prinzip ‚Selbstverantwortung‘ sowie den ‚Familialismus‘ handeln (s.u.). Für Marshall mildern soziale Anrechte zum einen die soziale Ungleichheit zwischen den Klassen, zum anderen schaffen sie ein Recht auf Einkommen, das sich nicht nach dem ‚Marktwert‘ der Beanspruchenden bemisst.⁴

Der moderne Wohlfahrtsstaat widmet sich längst ‚postmodernen‘ Problemlagen quer zur ‚sozialen Frage‘, wie der Familienpolitik, der Kinderbetreuung

² Allerdings ist im Zuge der Transnationalisierung von politischen Prozessen und staatlichen Hoheitsbefugnissen durch die Globalisierung eine Diskussion um die Erosion nationalstaatlich verfasseter Bürgerschaft und um Formen von transnationaler Citizenship Rights entstanden.

³ In der Diskussion um die Integration von Migranten hingegen sind auch diese Formen ein Thema. In diesem Bereich erkennt man noch, dass Staatsbürgerrechte ein Mittel der Inklusion und Exklusion sind.

⁴ Die Funktion der sozialen Angleichung erfüllen Wohlfahrtsstaaten auch tatsächlich in mehr oder weniger großem und über die Zeit variablen Umfang (Birkel 2005). Zu ergänzen ist, dass Marshall zu idealistisch war hinsichtlich der Frage, ob soziale Rechte von der Stellung auf dem Markt abkoppeln. Das ist lediglich bei universalistischen Sozialstaaten der Fall. Hingegen koppeln soziale Rechte, die durch Sozialversicherungen organisiert sind, Leistungen durchaus an die Arbeitsmarktstellung der Einzelnen.

zur Förderung der Erwerbschancen von Frauen und eben der Versorgung Pflegebedürftiger. Auch in dem letztgenannten Feld wurde durch soziale Rechte ein Zugang auf Dienst- und Geldleistungen unabhängig von den Marktpotentialen der Bedürftigen geschaffen. Auch soziale Rechte für Pflegebedürftige wollen ungleiche private Ressourcen ausgleichen und *inkludieren*. Länderunterschiede zeigen sich darin, wer in solche Programme eingeschlossen wird und wo die Grenze zwischen kollektiver Verantwortung auf der Basis von sozialen Rechten, Selbstverantwortung oder familiärer Verantwortung gezogen wird. Zwar schaffen solche Programme keineswegs Gleichheit, da sie partielle Leistungen bereitstellen. Grundsätzlich wird aber eine zuvor weitgehend privat bewältigte soziale Lage (die vom familiären Hilfenetz und von eigenen finanziellen Ressourcen geprägt ist) nun verrechtlicht. Damit wird nun nach öffentlichen Maßstäben reguliert, wer was und wieviel bekommen soll. Das heißt nicht, dass diese öffentlichen Maßstäbe von allen als gerecht oder ausreichend akzeptiert werden. Aber die Wohlfahrt Pflegebedürftiger hängt nun weniger von privaten ‚Zufälligkeiten‘ ab. Wie weit Pflegebedürftige und die sie versorgenden Angehörigen tatsächlich durch sozialstaatliche Programme unabhängiger von ihrer eigenen privaten Einkommenslage werden, wird selbstverständlich von der jeweiligen nationalen Pflegepolitik beeinflusst. Wenn ‚care goes public‘, tritt ein egalisierender Risikoausgleich ein und private Ressourcen werden weniger ausschlaggebend, wenngleich sie dort, wo die öffentlichen Leistungen aufhören, weiterhin wichtig sind. Denn die Wohlfahrtsposition Pflegebedürftiger und ihrer Angehöriger wird in einem ‚Wohlfahrtsdreieck‘ bestimmt (Evers 1990; Esping-Andersen 1999), in dem Staat, Markt und Familie zur Versorgung beitragen. Anders als bei den umfassend durch kollektive Sicherungsformen abgedeckten Risiko des Einkommensverlustes bei Exklusion aus dem Arbeitsmarkt prägen bei Pflegebedarf das private Einkommen und das Sozialkapital familialer Pflegepersonen immer noch stark die Wohlfahrt des Einzelnen.

Wenn individuelle Risiken wie Pflegebedürftigkeit zu Situationen werden, von denen viele betroffen sind, ist die Entwicklung eines kollektiven Risikomanagements wahrscheinlich. Ein solches ‚kollektives Management‘ verändert aber die Art der Ungleichheit, die damit verbunden ist: Während bei privatem Management eben privates Familieneinkommen und Vorhandensein des Sozialkapitals Familie (Ehepartner, Kinder) die soziale Situation der Pflegebedürftigen prägen, werden dann, wenn Pflege zur öffentlichen Aufgabe wird, die staatlichen Kriterien der Allokation von Pflegeleistungen für die soziale Situation entscheidender. Sozialstaatliche Kriterien der Finanzierung und Allokation von Pflege sind gleicher als die Marktverteilung der Einkommen und Konsumchancen von Pflegeleistungen. Diese egalisierende Wirkung sozialstaatlicher Intervention in private Pflege schwankt aber zwischen Ländern und darf nicht überschätzt werden, da

ihr Volumen im Vergleich zu anderen Programmen klein ist. Dennoch erhält man mit dem Konzept der Citizenship Rights einen Zugang zu einer Form der sozialen Ungleichheit, der auf die Inklusion oder Exklusion bestimmter Problemlagen und Personengruppen durch staatliche Regulationen abstellt (Theobald 2005). Damit haben wir die generellen Folgen von sozialen Rechten für soziale Inklusion skizziert. Jedoch werden social Citizenship Rights in bestimmte Institutionen und Organisationen umgesetzt. Auch diese sind nicht ungleichheitsneutral in Hinblick auf die Finanzierung und Allokation von Pflege. Dies möchten wir kurz mit dem Begriff der ‚equity choices‘ umreißen, bevor danach die Forschung zu sozialen Rechten für Pflegebedürftigkeit skizziert wird.

2.2 Die „Wahl“ von Institutionen und des Zugangs zu Rechten

Die vergleichende Forschung über Wohlfahrtsstaaten basiert auf der Annahme, dass sich die institutionellen Arrangements verschiedener nationaler politischer Ökonomien einerseits auf das Wohlbefinden der Bürger, die Ungleichheitsstrukturen und die Verfügbarkeit kollektiver Güter auswirken und andererseits die ökonomische Leistungsfähigkeit beeinflussen (der letzte Aspekt wird in diesem Beitrag nicht berücksichtigt). Die diese Unterschiede erzeugenden Institutionen – in unserem Fall sozialpolitische Institutionen – werden von institutionentheoretischen Ansätzen und in der politischen Ökonomie als ‚choices‘ für eine bestimmte gesellschaftliche Ordnung begriffen (Hall/Soskice 2001). Der Begriff der ‚Wahl‘ meint im Diskurs um Bildung und Wandel von Institutionen weder eine explizite, noch individuelle und einmalige Entscheidung. Vielmehr resultieren die jeweiligen Arrangements sozialpolitischer Organisationen aus einer allmählichen Evolution. Die Verwendung von ‚choice‘ betont jedoch, dass auch evolutionär entstehenden Institutionen kollektive, u.U. langwierige Entscheidungen über die Verfügbarkeit bestimmter kollektiver Güter und zumutbare Ungleichheiten immanent sind. Demnach kann man auch die formellen Institutionen und die daraus abgeleiteten Rechte, Geld- und Sachleistungen für Pflege in Hinblick auf die ihnen immanenten Gestaltungsprinzipien befragen, die die Inklusion oder Exklusion der Pflegebedürftigkeit fördern. Denn die sozialpolitische Bewältigung des Pflegebedarfes basiert auf ‚equity choices‘. „Choices made in public policies with regard to the object (what?), the subject (who?) and the principles of allocation (how?) are shaping equity approaches in the welfare state.“ (Österle 2001: 160). Diese Wahl von bestimmten Optionen geschieht vor dem Hintergrund von Kriterien dafür, was als gerecht oder fair betrachtet wird. Bei der Pflege ist das (wie bei anderen Programmen) die Reduzierung von Armut und das Schaffen eines gewissen Ausgleichs des Risiko der Pflegebedürftigkeit und der damit ver-

bundenen finanziellen Belastungen und Bedarfe. Institutionen verteilen Leistungen und Belastungen in spezifischer Weise (Österle 2001: 3). Daher fragen wir: Wie ist die Belastung der Finanzierung verteilt und wie wirkt sich das auf die soziale Inklusion aus? Wie ist der Zugang zu (Geld- und Sach-) Leistungen gestaltet und welche Folgen hat dies für Ungleichheit? Welche ‚equity choice‘ steht hinter der überwiegend unbezahlten privaten Pflege?⁵

2.3 Soziale Rechte für Pflegebedürftige

Die Inklusion durch soziale Citizenship Rights, also die Ausweitung der Inhalte und die Ausstattung weiterer Gruppen mit sozialen Rechten, ist dynamisch. Rechte für Pflegebedarf expandierten sogar in einer Phase, in der der Wohlfahrtsstaat eigentlich auf Schrumpfungskurs war und andere klassische Bereiche der Sozialpolitik von Kürzungen betroffen waren. In europäischen Wohlfahrtsstaaten unterstützen zunehmend Geld- und Sachleistungen die informelle Pflege (Knijn/Krämer 1997; Daly 1997). Der Zugang zu formellen (ambulanten oder stationären) Dienstleistungen bei Pflegebedarf wie auch die Geldleistungen für informelle Pflege im Rahmen der Familie wurden ausgeweitet, und machten Pflege zu einem Teil von ‚citizenship‘.

Das besondere der sozialen Anrechte bei Pflegebedarf ist, dass erst einmal die Zuschreibung der Versorgungsaufgabe an die Familie gelockert werden muss. Erst wenn Pflege nicht mehr selbstverständlich der Familie zugewiesen wird, wird sie überhaupt Gegenstand der öffentlich-sozialpolitischen Regulation. Die Definition als wohlfahrtsstaatlich zu organisierende Aufgabe und das dann etablierte Ausmaß und die Art der sozialen Anrechte entscheiden über die Grenze zwischen den Exkludierten und Inkludierten. Eine an die häusliche Sphäre verwiesene Pflege ist die Basis ihrer Exklusion aus den Staatsbürgerrechten (Knijn/Kremer 1997). Die scharfe Grenze zwischen privater, staatlich nicht subventionierter Pflege und öffentlichen Dienstleistungen hat sich aber verwischt mit der Entwicklung hin zur Bezahlung für informelle Pflege.

Das Modell sozialer Staatsbürgerrechte wurde von der vergleichenden Sozialpolitikforschung aufgegriffen und der Analyse von ‚weiblichen‘ Tätigkeiten wie der Pflege, Erziehung und Versorgung zugrunde gelegt (Lewis 1992; Antonen 1997; Lister 1997; Siim 2005). Denn die Wohlfahrtsproduktion im Haushalt paßte nicht in Konzepte, die den Sozialversicherungsstaat, der Einkommensaus-

⁵ Wir behaupten mit dem Begriff der ‚equity choices‘ nicht, dass Arrangements in der Pflege nur von Gerechtigkeitserwägungen geformt werden. Ebenfalls prägt der fiskalische Druck auf den Wohlfahrtsstaat im Zuge der Alterung der Gesellschaft und der Druck auf soziale Standards im globalen Wettbewerb, welche institutionelle Wahl getroffen wird.

fälle des männlichen Ernährers bei Krankheit, Arbeitslosigkeit und Alter kompensiert, analysieren. So wurde auch der Schlüsselbegriff der Dekommodifizierung, den Esping-Andersen dem Verständnis des Wohlfahrtsstaates zugrunde legte (1990), als ungeeignet abgelehnt. Denn Dekommodifizierung bezeichnet die Tatsache, dass Wohlfahrtsstaaten die soziale Lage von Erwerbstätigen von ihrem Arbeitsmarktstatus unabhängiger machen bzw. den Warenstatus lockern, ist also nur auf einen Teil der Aktivitäten des Wohlfahrtsstaates zugeschnitten.

Social citizenship entwickelte sich in der feministischen Forschung zum Wohlfahrtsstaat auch zu einem *normativen* Konzept, das gleiche soziale Rechte für die von Frauen in der Privatsphäre geleistete Arbeit fordert. Zu einer ‚inclusive citizenship‘ (Knijn/Kremer 1997: 355) müsse das Recht gehören, sowohl Pflege selbst zu geben als auch bei Bedarf empfangen zu können. Die Anerkennung und Einbezug der meist von Frauen ausgeführten informellen Pflege – ihre ‚care-work‘ für Alte und Kinder – in das Spektrum der sozialen Anrechte erfordere sozialpolitische Maßnahmen, die berücksichtigen, dass jeder Bürger irgendwann in seinem Leben ein Pfleger wie auch eine pflegebedürftige Person sein kann. Das *Recht zu pflegen* wäre gegeben durch Beurlaubung oder andere Formen der zeitlichen Freistellung für Pflege, durch Teilzeitarbeit und eine begleitende rechtliche Absicherung gegen die sie begleitenden Nachteile, sowie durch Transferleistungen für informelle Pflege. Das *Recht Pflege zu erhalten* wäre zu gewährleisten durch den Zugang zu öffentlich finanzierten professionellen ambulanten, teilstationären und stationären Pflegediensten. Mit dem Konzept der Social Citizenship wurde also auch die Exklusion von Frauen und von informeller Pflege aus dem Wohlfahrtsstaat kritisiert. Der Sozialstaat sei ‚gendered‘, da er auf einem Geschlechterkontrakt zwischen Mann und Frau basiere, der die informelle unbezahlte Pflege vorsehe. Die Inklusion durch Citizenship wurde als Mittel betrachtet, mit dem auch Frauen, die informelle Pflege leisten, einen sozialen Schutz erhalten können. Hingegen sicherten Sozialversicherungen primär die Risiken abhängig Beschäftigter ab. Als ‚gendered‘ wurde auch die Art und Weise, in der Sozialstaaten auf Pflegebedürftigkeit reagieren, bezeichnet: Der soziale Dienstleistungsstaat befähige Frauen zur eigenen Partizipation am Erwerbsleben, der Staat, der Geldleistungen für Frauen gewähre, bestätige, zementiere aber auch ihre häusliche Rolle (Anttonen 1997).

Die vergleichende Sozialpolitikforschung zu Care, also der Versorgung von älteren Pflegebedürftigen und Kindern, war stets auf die Verschränkung zwischen der informellen Pflege und den wohlfahrtsstaatlichen Regulationen ausgerichtet. Sie analysierte Unterschiede in den ‚Wohlfahrtsmixes‘ zur Versorgung Pflegebedürftiger, das heißt in dem Grad, in dem Familie, Staat, Markt und der Non Profit-Sektor zur Versorgung Pflegebedürftiger beitragen (Evers 1990;

Evers/Olk 1996; Esping-Andersen 1999: 36).⁶ Die ‚mixed economy of welfare‘ kombiniert unterschiedliche Logiken der Versorgung und der Allokation von Pflege. Die unterschiedlichen Wohlfahrtsmixes verteilen auch Belastungen auf je spezifische Akteure. Ein breiter Strang der Forschung zeigte, dass die Art und Weise, in der Pflege organisiert ist, in Geschlechterverhältnissen, d.h. Formen der Arbeitsteilung in Erwerbsleben und Familie wie auch spezifischen Deutungsmustern und Leitbildern über die Geschlechterrollen, eingebettet ist. Diese ‚care regimes‘ beeinflussten wiederum die Lebenschancen in geschlechtsspezifischer Weise (Ungerson 1997; Daly/Lewis 1998). Man bestimmte entsprechend der Bedeutung, die öffentlicher Sektor, Familie und private Pflegedienste im Gesamt der pflegerischen Versorgung haben, nationale ‚care profiles‘ (Anttonen/Sipilä 2001) oder ‚care regime‘ (Rostgaard 2001). Es wurde gezeigt, dass sozialpolitische Arrangements den Grad an Wahlfreiheit zwischen bezahlter Erwerbsarbeit und privater Pflege, den pflegende Angehörige der Kindergeneration haben, beeinflussen und dass Länder hierbei in familiäre oder aber individualistische Strategien unterschieden werden können (Daatland 1992, 2001, 2003).

2.4 Soziale Rechte und Vermarktlichung

Viele europäische Länder haben steuerfinanzierte oder durch Sozialbeiträge finanzierte Programme eingeführt, die informelle Pflege nun unter anderem auch durch Geldleistungen und nicht mehr primär durch formelle Pflegedienstleistungen, die staatliche Träger oder der Dritten Sektor anbieten, unterstützen. Geldleistungen zielen darauf ab, dass Pflegebedürftige Versorgung auf einem ‚Markt‘ kaufen können, als Konsumenten mehr Wahlfreiheit haben und durch ihre Nachfrage das Angebot so steuern, dass es ihrem Bedarf entspricht (Bode 2005; OECD 2005: 49ff.; Clark 2006; Kremer 2006; Rostgaard 2006). Indem der Kunde wählt, soll zugleich dessen Autonomie und Selbstverantwortung als auch die Qualität der Dienstleistungen steigen. Ebenso ist es das Ziel der neuen Pflegepolitik, informelle Pflegepotentiale zu stärken. Für welche Art der Pflege die Geldleistung verwendet wird, bleibt in den meisten Ländern autonomen Bürgern zur Entscheidung überlassen. Überwiegend nutzen die neuen ‚Konsumenten‘ die Geldleistungen für informelle Pflege. Daher hat das Verfügen über Cash (noch) nicht in dem erwarteten Maße einen Markt für bezahlte formelle Pflege durch private Anbieter oder Anbieter des Dritten Sektors entstehen lassen. Vielmehr fließt die Geldleistung in informelle Pflegeverhältnisse, an denen (Ehe-)Partner,

⁶ Das Konzept der Wohlfahrtsmixes bzw. Wohlfahrtspluralismus betont ähnlich wie das der Care Arrangements, dass die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit formelle staatliche und informelle private Leistungen kombiniert (Esping-Andersen 1999: 35).

Kinder, Nachbarn und Bekannte beteiligt sind. Man spricht von der Commodifizierung informeller Pflege und einer neuartigen Verschränkung von informeller familialer Pflegelogik und staatlicher Finanzierung bzw. zwischen ‚care and cash‘ mit Folgen für Pflegeverhältnisse und für die Qualität der Pflege, die Belastung der Pflegeperson oder den Arbeitsmarkt für Pflegekräfte (Ungerson 2003; Theobald 2007). Außerdem ist ein Trend zur Entstehung eines ‚grauen Pflegemarktes‘ zu beobachten, auf dem wiederum neue Arbeitsformen unter Rekrutierung von Migrantinnen eingesetzt werden (Kondratowitz 2005). Bisher ist jedoch kaum bekannt, wie soziale Gruppen mit Geldleistungen umgehen und wie eine Vermarktlichung der Pflege in Strukturen der Ungleichheit eingreift. Das vierte Kapitel wird dies genauer reflektieren.

Auch die im Zuge der ‚new politics of the welfare state‘ (Pierson 1998) stattfindende Verlagerung der Wohlfahrtsproduktion für die Bürger – also auch der pflegerischen Versorgung – in den *privaten* Sektor ist in Bezug auf soziale Ungleichheit nicht neutral. Denn Privatisierung bedeutet, größere Spielräume zuzulassen, in denen die herkömmlichen sozialen Ungleichheiten zur Geltung kommen. In der Pflegepolitik war die ‚new politics of the welfare state‘ nun keineswegs eine schlichte Kürzung oder Reduzierung von Leistungen, vielmehr expandierten in den letzten Jahren die sozialen Rechte in den meisten Ländern (Knijn/Kremer 1997; Schölkopf 1999; Lundsgaard 2006). Es handelt sich aber um eine Expansion mit spezifischen neuen Merkmalen. Die Expansion enthält Elemente einer Privatisierung und koppelt öffentliche Leistungen mit privater informeller Pflege. Staatliche Geld- und Sachleistungen verflochten sich mit informeller Pflege v.a. durch Angehörige, aber auch durch Nachbarn und Freunde und verwischen die Grenze zwischen formeller und informeller Pflege (Daly/Lewis 2000). Diese neue Strategie, Geldleistungen zu gewähren, deren Verwendung dem Haushalt überlassen ist, bedeutet zwar eine Ausweitung staatlicher Leistungen, die es zuvor für die Pflege durch Angehörige nicht gab. Diese Expansion zieht sich aber zugleich zurück aus der Pflege. Ziel ist es, dadurch die Rolle des Konsumenten und die Nutzerposition zu stärken (Bauer et al. 2005; Rostgaard 2006). Wie sich diese neue sozialpolitische Zielsetzung zugunsten von mehr Entscheidungsbefugnissen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auf Ungleichheit auswirkt, hängt von der Ausgestaltung der neuen Leistungen ab. Grundsätzlich bedeutet mehr Wahlmöglichkeit (Choice) in Kombination mit der Begrenzung der öffentlichen Verantwortung und der Förderung der zusätzlichen privaten Anteile jedoch, dass es auf die weiteren privaten Ressourcen ankommt.

Die Möglichkeit zu ‚Choice‘ durch Geldleistungen, die Stärkung des Konsumenten und von Märkten mit privatwirtschaftlichen Pflegeanbietern, die begrenzte staatliche Steuerung sind also hinsichtlich ihrer Folgen für Ungleichheit

höchst ambivalent. Der stärkeren Orientierung an den individuellen Bedürfnissen der Konsumenten steht gegenüber, dass die individuelle Autonomie immer nur soweit reicht wie die Kaufkraft der Einzelnen oder deren Familie, die jedoch nun staatlich subventioniert ist. Aber weder aus der Perspektive einer ‚new politics of the welfare state‘ noch aus der Sicht des ‚Consumerism‘ wurde systematisch thematisiert, wie sich diese Trends vor dem Hintergrund sozio-ökonomischer Ungleichheiten auswirken. Rostgaard (2006) spricht von neuen Risiken, die Wahlfreiheit mit sich bringt, da man auch eine ‚schlechte‘ Wahl treffen kann. Sie weist auf die oft nur auf den Anbieter begrenzte Wahlmöglichkeit, während Pflegebedürftige eher die Person, die zeitliche Gestaltung und den Inhalt der Pflege wählen wollen. Nach Ungerson (2003) haben für familiäre Pflege gewährte Geldleistungen eine egalisierende Wirkung, da sie entweder wie bei der Ehepartnerpflege in das allgemeine Haushaltsbudget einfließen und geringe Renten aufstocken; oder sie vermitteln der die Versorgung leistenden (Schwieger-)Töchter ein geringes Einkommen und Anerkennung für ihre informelle Pflege.

Die neuen sozialpolitischen Programme zur Unterstützung von Pflegebedürftigen bei gleichzeitiger Einführung neuer Steuerungsformen im Feld der Pflegepolitik sind nicht überall gleich. Die einzelnen europäischen Länder verfolgen das Ziel der Schaffung von mehr Pflegeangeboten, mehr Markt, Bedarfsorientierung durch Wahlfreiheit und Kundensouveränität mit unterschiedlicher Stringenz. Die Ausgestaltung der Pflegegeldsysteme variiert hinsichtlich der Höhe der Geldzahlungen und der Kontrolle von deren Verwendung. Die Folgen in Bezug auf soziale Ungleichheit hängen aber stark von dieser Ausgestaltung ab. Die Unterschiede der ‚care profiles‘, d.h. der Kombination informeller und formeller Pflege, wie auch der neuen Pflegepolitiken haben mit dem Grad des Familialismus in den einzelnen Ländern zu tun.

3 Familialismus

Der ‚**Familialismus**‘ wird als eine wichtige Determinante des Grads, in dem Pflegebedürftige und ihre Familien mit sozialen Rechten ausgestattet werden, betrachtet. Familialismus ist ein Begriff, den die vergleichende Sozialpolitikforschung einführte, nachdem die Unterscheidung von Typen des Wohlfahrtsstaats anhand des Grades, in dem sie die in Lohnarbeit Beschäftigten durch staatliche Transfers und Recht von dem engen Nexus zwischen Arbeitsmarkt und sozialer Lage befreie, als zu eng kritisiert wurde. Eine solche Klassifizierung in drei Welten des Wohlfahrtskapitalismus allein nach dem, wie Wohlfahrtsstaaten die soziale Sicherung der formell in den Arbeitsmarkt integrierten Erwerbstätigen gestalten, vernachlässige den wichtigen Beitrag der Haushalte und Familien zur Wohl-

fahrtsproduktion. Aber auch informelle und formelle ‚care‘ sei nach typischen Mustern strukturiert, die mit dem Begriff des Familialismus erschlossen wurden. Der Familialismus eines Wohlfahrtsregimes wird an dem Grad bemessen, in dem die Sozialpolitik Familien für die Wohlfahrt ihrer Mitglieder allein verantwortlich macht. Umgekehrt ist ein de-familiarisierendes Regime eines, das die Abhängigkeit der Individuen von ihrer Familie durch ökonomische Ressourcen und Dienstleistungen verkleinert (Esping-Andersen 1999: 45; Leitner 2003). De-familiarisierende Regime seien solche, die die in der Familien erbrachte Versorgung und Pflege nicht als deren private Aufgabe definieren, sondern eine staatliche Verantwortung übernehmen, indem sie öffentliche Dienstleistungen zur Verfügung stellen oder direkte und indirekte Geldtransfers gewähren, mit denen der Haushalt selbst entscheiden kann, ob und welche Hilfeleistung er einkauft.

Durch die sozialpolitischen Aktivitäten insbesondere seit den 1990er Jahren wurden in den meisten europäischen Ländern, Anstrengungen unternommen, die Familien in ihrer Pflegetätigkeit durch Geld- oder Sachleistungen zu unterstützen. Die Länder unterscheiden sich daher mittlerweile eher in der Definition des Anteils von familiärer und staatlicher Verantwortung an der Versorgung und an der Bedeutung der unterschiedlichen Unterstützungsformen – Geld- oder Sachleistungen – im Mix der staatlichen Unterstützung. Auf der Basis lassen sich europäische Länder in drei Gruppen zusammenfassen.

- a. Länder in Südeuropa, in denen die *familiäre* Verantwortung für die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger betont wird. Eine Unterstützung durch Dienste ist nur begrenzt vorhanden. Gegebenenfalls können Geldleistungen für die Pflegebedürftigen bzw. deren Betreuer mit dem Ziel der Aufrechterhaltung der Versorgung im Rahmen der Familie gewährt werden.
- b. Die skandinavischen *de-familiarisierenden* Länder, die die gesellschaftliche Verantwortung für die Pflege betonen. Dazu wird ein ausgebautes System ambulanter Dienste und institutioneller Versorgung zur Verfügung gestellt. Geldleistungen können zwar auf einem hohen Niveau gewährt werden, der quantitative Fokus liegt hingegen auf öffentlich finanzierten Dienstleistungen (vgl. für Schweden und Norwegen OECD 2005). Die Nutzung von professionellen Dienstleistungen wird durch die staatliche Subventionierung erschwinglich und damit wird ihre Inanspruchnahme gefördert.
- c. Länder mit *ambivalenten* Strategien, in denen Geld- oder Dienstleistungen teilweise auch als Wahlmöglichkeit für die Empfänger verfügbar sind. Dies betrifft beispielsweise Deutschland oder auch Österreich. Bei einer Dominanz von Geldleistungen kann dies zu einer Familialisierung führen, weil (v.a. gering qualifizierte und arbeitslose) Frauen einen Anreiz erhalten, selbst informelle Pflege zu übernehmen. Es kann aber auch zu einer De-

familialisierung führen, wenn die öffentlichen Leistungen – Geld oder Dienste – und eventuell weitere eigene private Mittel ausreichen eine formelle, ambulante Versorgung zu finanzieren bzw. auf dem grauen Markt ein entsprechendes Pflegeangebot besteht und finanziert werden kann.

4 Pflegepolitik in europäischen Ländern – Effekte für Inklusion und Ungleichheit

Die Verteilung sozialer Rechte bei Pflegebedarf und die institutionellen Differenzen der Care-Arrangements, wie sie in der Einteilung der drei Ländergruppen sichtbar werden, sind in ihren Konsequenzen für die Gestaltung von Pflegearrangements nicht neutral. Der folgende Abschnitt betrachtet anhand von zwei Merkmalen von Pflegesystemen, die eine Schlüsselstellung in Bezug auf Ungleichheitseffekte einnehmen, welche Implikationen sie für die Inklusion Pflegebedürftiger und die sie pflegenden Angehörigen haben: Das ist zum einen die Form der *Finanzierung* der zusätzlich zu den familialen Ressourcen hinzukommenden öffentlichen Pflegeleistungen, sei es Geldleistungen oder formelle, ambulante oder institutionelle Versorgung. Weiter zum anderen die Definition der Zugangskriterien und der Umfang der öffentlich finanzierten Leistungen für ältere Pflegebedürftige und deren Familien. Bei der Konzentration auf die beiden Aspekte gehen wir davon aus, dass zum einen die Verfügbarkeit eines über die Familie hinaus reichenden öffentlich finanzierten Angebotes egalisierend ist. Denn Pflege, die sich nur auf die Ressourcen der Familie und deren private Mittel stützt, reproduziert auf jeden Fall deren Position in der sozialen Hierarchie. Erst die ‚Umverteilung‘ aus einem mit allgemeinen Beiträgen gebildeten Fonds bricht diese Strukturen auf und orientiert sich am Bedarf, wobei weitere Allokationskriterien, bspw. Einkommen, Familiensituation hinzukommen (können). Dabei entscheiden Zugangskriterien, der Umfang der gewährten Dienstleistungen sowie Formen der Finanzierung die egalisierende Wirkung. Das höhere Risiko von Pflegebedürftigkeit von Angehörigen niedrigerer Statusgruppen verstärkt dabei die unverteilende Wirkung. Dabei ist getrennt zu diskutieren, dass a) die Finanzierung und Aufbringung der Mittel nicht neutral in Bezug auf soziale Ungleichheiten ist, und b) die Definition des Zugangs, der Umfang der Finanzierung sowie die konkrete Definition von Leistungen unterschiedliche Auswirkungen auf Strukturen der Ungleichheit hat.

a) Finanzierung

Ungleichheiten können durch die Art und Weise der Finanzierung der öffentlichen Pflegeleistungen entstehen. Die Finanzierung über Steuern oder über Bei-

träge zu Sozialversicherung ist im Vergleich zur Finanzierung über Nutzerentgelte die dominante Quelle in allen europäischen Ländern. Steuern und Beiträge als Form der öffentlichen Finanzierung folgen bestimmten Gerechtigkeitsideen, die in andern Zweigen der sozialen Sicherung weitgehend bewährt und anerkannt sind und sich in der Regel am Prinzip der Leistungsfähigkeit ausrichten. Grob gesagt erhöht sich mit steigendem Einkommen die Belastung. Jedoch hängt es sehr von der Gestaltung der Beitrags- und Steuersysteme ab, wie die Belastung der Einkommensgruppen im Einzelnen aussieht. Entscheidend für die Umverteilungswirkung von Sozialversicherungen ist die Definition des Kreises ihrer Mitglieder, wobei eine möglichst umfassende und auch Bevölkerungsgruppen mit einem höheren Einkommen einschließende Sozialversicherung die Umverteilungswirkung erhöht (Korpi/Palme 1998). Beispielsweise führt in Deutschland die getrennte Einrichtung eines Zweigs der sozialen Pflegeversicherung für die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung und der privaten Pflegeversicherung für Selbstständige, Beamte oder Beschäftigte mit einem höheren Einkommen zu einer geringeren Umverteilung der Ressourcen und ist eine Ursache für die defizitäre Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Theobald 2004). In den meisten Ländern wird Pflege nicht wie in Deutschland durch eine Sozialversicherung finanziert, sondern über Steuern (Österle 2001). Die Gestaltung des Steuersystems bestimmt, wer durch die sozialen Rechte für Pflegebedürftige belastet wird. Als Trend lässt sich festhalten, dass Länder mit hoher Steuer- und Beitragsbelastung auch einen größeren Umfang an Leistungen für Pflegebedürftige gewähren (wie z.B. Schweden). Statistiken zum Anteil privater und öffentlicher Ausgaben an den Kosten für die Pflege ergeben, dass de-familialisierende Länder, wie bspw. Schweden oder Norwegen insgesamt höhere Ausgaben für Pflege und einen sehr hohen Anteil an öffentlicher Finanzierung aufweisen. Im Gegensatz dazu sind die Ausgaben insgesamt in familialisierenden Ländern, wie bspw. Spanien gering und verbunden mit einem niedrigen Anteil öffentlich finanzierter Leistungen. Ambivalente Länder wie bspw. Deutschland liegen dazwischen (OECD 2005: 26)

Die Entscheidung für eine starke, und alle gesellschaftlichen Gruppen einschließende Belastung der Bevölkerung eröffnet Verteilungsspielräume für die Gruppe der Pflegebedürftigen (und andere soziale Gruppen). Eine umfassende kollektive Finanzierung der Pflege aus Beiträgen und Steuern bedeutet auch, dass ein relativ großes Finanzvolumen den öffentlichen Regeln der Finanzierung und Allokation unterliegt. Bei einem großen privaten Anteil der Finanzierung von Pflege prägen hingegen private Ressourcen und Präferenzen stärker die soziale Teilhabe der Pflegebedürftigen. Die geringere öffentliche Finanzierung wird durch einen höheren Anteil informeller Pflege der Familie mit einem niedrigen Einkommen ausgeglichen (Österle 2001: 163).

Nicht vergessen werden darf die *horizontale Angleichung* zwischen der Personengruppe mit und ohne Pflegebedürftigkeit. Während zuvor das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden, privat aufgefangen wurde mit allen finanziellen, sozialen und physischen Konsequenzen, ist durch die kollektive Form der Finanzierung von Pflegeleistungen ein gewisser begrenzter Ausgleich geschaffen zwischen den Risikogruppen. Das Versicherten- oder Steuerkollektiv erleichtert die besonders hohen Belastungen derer, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind.

Die erwartete Pflegelücke durch ein schrumpfendes Potential familiärer Pflegepersonen hat in vielen europäischen Ländern dazu geführt, dass die Pflege Ältere zunehmend kollektiv-staatlich erfolgt. Eine größere Egalität dürfte dadurch erreicht worden sein (Daly 2002; Theobald 2005: 20f.). Jedoch kommt es maßgeblich darauf an, wie diese stärker kollektiv eingesammelten Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, welche Rechte und Leistungen durch sie finanziert werden. Wird wie in Deutschland der Umfang an öffentlicher Finanzierung bewusst begrenzt, ist der angleichende Effekt der sozialen Inklusion ebenfalls gedeckelt. Die beim Zugang zu Leistungen erwartbaren Ungleichheitseffekte werden im folgenden Abschnitt genauer diskutiert.

b) Zugang zu Pflege und Formen der Leistungen

Kollektive Finanzierung liefert die Basis für sozialpolitische Programme der Pflege, die auf verschiedene Art und Weise auf Ungleichheitsstrukturen wirken und deren Auswirkungen im Einzelnen betrachtet werden müssen. Ungleichheit beim Zugang zu Pflege kann bereits durch starke lokale Schwankungen im Angebot an Pflegedienstleistungen vorhanden sein. Im Grunde aber wird ein ungleicher Zugang durch die sozialen Rechte bestimmt, die die Bedingungen und Voraussetzungen für den Zugang zu Dienstleistungen oder Geldleistungen definieren. Je umfassender der Wohlfahrtsstaat soziale Rechte gewährt, desto egalitärer wird auch der Zugang. Soziale Rechte organisieren eine Art der kollektiven Finanzierung, die den Einzelnen von der Pflicht zur privaten Finanzierung entlastet. Ein gleicher Zugang hängt wesentlich davon ab, ob die Kosten kollektiv verteilt sind und durch Steuern und Beiträge aufgebracht werden.

Im Bereich der Pflege wird die Definition familiärer Verantwortung zu einer entscheidenden Dimension, die das Zusammenspiel öffentlicher und privater Finanzierung beeinflusst (siehe private und öffentliche Ausgaben oben). Die eingangs getroffene Unterscheidung in familialisierende, de-familialisierende oder ambivalente Länder wird daher zum Ausgangspunkt der Analyse der Bedeutung der Ausformung sozialer Rechte und ihrer outcomes für Ungleichheitsstrukturen genommen. Dazu wird für die Analyse des Einflusses von Politikansätzen auf Ungleichheitsstrukturen im Folgenden zwischen Politikansätzen und ihren out-

comes unterschieden. Die Analyse wird exemplarisch anhand jeweils eines Repräsentanten für die drei Ländergruppen durchgeführt werden, da für die Bestimmung von Ungleichheit in der Pflege international vergleichend wenig Daten vorliegen und Forschungsergebnisse in einzelnen Ländern herangezogen werden. Soziale Rechte werden nicht nur relevant für die Pflegebedürftigen selbst, sondern bestimmen auch weitgehend Ungleichheiten auf Seiten der Pflegenden, z.B. deren Arbeitssituation, Bezahlung.

4.1 *Familialistische Länder: Beispiel Italien*

Normativ gilt in Italien die Familie als verantwortlich für die Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen (Vgl. Bettio/Plantenga 2004; Alber/Köhler 2004). Auf der Ebene der Politikumsetzung führt dies im Bereich professioneller Versorgung zu wenig umfassenden sozialen Rechten charakterisiert durch eine Orientierung an Pflegebedürftigen mit einem niedrigen Einkommen und geringer familiärer Unterstützung und mit zudem deutlichen regionalen Unterschieden. Erkennbar wird dies an dem auch international sehr niedrigen Anteil Älterer mit ambulanter oder institutioneller Versorgung.⁷ Im Gegensatz dazu stehen soziale Rechte, in Form von an pflegebedürftige ältere Menschen gezahlte Leistungen mit dem Ziel der Unterstützung der Versorgung innerhalb der Familie (Polverini et al. 2004; DaRoit 2005 zitiert in Burau et al. 2007). Dazu gehören die auf nationaler Ebene festgelegte einkommensgeprüfte Behindertenpension, das universelle, ohne Berücksichtigung des Einkommens gewährte Pflegegeld und gegebenenfalls zusätzliche Geldleistungen auf regionaler Ebene. Diese unterschiedlichen Geldleistungen können sich im Einzelfall bis zu 1000-1250 Euro addieren (Lamura im Erscheinen).

Die Norm familiärer Verantwortung und das darauf aufbauende Mix an Pflegeleistungen trifft auf eine veränderte gesellschaftliche Situation. Die ansteigende Erwerbsintegration von Frauen und die zunehmende Alterung der Gesellschaft erschweren die Übernahme der Versorgung älterer Menschen in der Familie und führen zur Suche nach „privaten Lösungen im familiären Rahmen“. Auf der Basis der öffentlichen Geldleistungen und gegebenenfalls privatem Einkommen werden -zumeist illegal tätige- Migrantinnen zum eigentlichen Pfeiler pflegerischer Versorgung (für das Folgende siehe Polverini/Lamura 2004; Polverini et al. 2004 zit. in Burau et al. 2007). Migrantinnen, die zurzeit ca. 80% der informell bezahlten Pflegekräfte in den Familien stellen, ersetzen auch institutionelle Versorgung. Denn, mit ihrer zunehmenden Beschäftigung im Verlauf der

⁷ Statistiken zeigen, dass 3.0% aller über 64-jährigen durch ambulante Dienste versorgt werden und weitere 3.9% in Institutionen leben (Jacobzone et al. 1999).

1990er Jahre ging der auch schon vorher niedrige Anteil älterer Menschen in Institutionen noch einmal deutlich zurück. Im Gegensatz dazu übersteigt die legale Beschäftigung privat finanzierter Pflegekräfte die ökonomischen Möglichkeiten der Mehrheit der Familien, während gleichzeitig die männlichen Angehörigen nur wenig in die Pflege involviert sind. Die Migrantinnen in der Pflege bilden die eigentliche Basis für die Erwerbsbeteiligung von Frauen (und Männern) mit pflegebedürftigen Angehörigen. Dies wird zunehmend diskutiert als eine neue Form sozialer Schichtung der italienischen Gesellschaft, in der sich Geschlecht und Ethnizität miteinander verbindet (Lamura im Erscheinen).

4.2 *De-familialisierende skandinavische Länder: Beispiel Schweden*

Im Gegensatz zu Italien betont die Politik in Schweden schon seit den 1950/60er Jahren die gesellschaftliche Verantwortung für die Versorgung älterer Menschen. Die Versorgung im Falle von Pflege- und Hilfebedürftigkeit wurde als Bürgerrecht etabliert, das jedem Bewohner unabhängig von seinem Einkommen und familiären Situation gewährt werden soll. Dazu wurden unterschiedliche Angebote ambulanter und institutioneller Versorgung entwickelt und zudem verschiedene Formen von Geldleistungen für die Unterstützung informeller Pflege eingeführt. Das Angebot ambulanter Dienste oder institutioneller Versorgung gilt dabei als die dominante Strategie staatlicher Unterstützung. Dies zeigt sich in der sehr geringen Inanspruchnahme von Geldleistungen, lediglich 0.2% der Älteren über 64 Jahre beziehen Geldleistungen im Gegensatz zu 7% der über 64-jährigen, die von ambulanten Diensten versorgt werden. (Lundsgaard 2006; SOS 2005). Beide Formen sind nicht als Wahlentscheidung der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen konzipiert. Die Unterstützung durch Geldleistungen wird eher in spezifischen Pflegesituationen gewährt (Johannson 2004). Der weitere Ausbau ökonomischer Unterstützung wird von den Gemeinden nicht forciert, sondern das Risikos der Verlagerung von ökonomischen Ressourcen von Dienstleistungen zu Geldleistungen wird betont und damit eine Gefahr für die Unterstützung von Frauenerwerbstätigkeit (Szebehely 2005). Es gibt zwei Formen von Geldleistungen. Neben der Gewährung eines eher symbolischen Pflegegelds können Angehörige bei der Gemeinde als Pflegekraft formal angestellt werden, was die Verwendung dieser höheren ökonomischen Mittel auf einem grauen Markt verhindert (vgl. Burau et al. 2007).

Die Ansätze in der Pflegepolitik führten zu einer Professionalisierung der Pflege auf dem regulären Arbeitsmarkt unter öffentlicher Regie. Während gleichzeitig die öffentliche Finanzierung der Dienstleistungen diese für unterschiedliche Gruppen in der Bevölkerung zugänglich macht. Trotz des prinzipiell egalitä-

ren Systems in Schweden, lassen sich zwei Bereiche der Entwicklung von Ungleichheiten erkennen. Geldleistungen für informelle familiäre Pflege werden unabhängig von ihrer Höhe eher von pflegenden Angehörigen mit einem Migrationshintergrund oder aus der Arbeiterschicht angenommen (Szebehely 2005). Die Gewährung von Geldleistungen wirkt demnach sozial stratifizierend. Die Reduktion der ambulanten Versorgung insbesondere seit den 1990er Jahren – in der Regel Unterstützung in der Hausarbeit – hat zwar ältere Menschen unabhängig von ihrem sozialen Hintergrund im gleichem Ausmaß betroffen. Ältere Menschen mit einem höheren Einkommen können diese Dienste eher privat finanzieren, während es für die anderen sozialen Gruppen zu einer höheren Belastung durch Pflegeaktivitäten der Ehepartner bzw. Töchter kommt. Es entsteht darüber hinaus das Risiko, dass bestimmte Tätigkeiten in der Hausarbeit zunehmend auf einem grauen Markt eingekauft werden (Szebehely 1998, 1999).

4.3 *Ambivalente Länder: Beispiel Deutschland*

In Deutschland gilt die Familie zunächst als verantwortlich für die Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen, aber vom Staat wird Unterstützung durch Dienste oder Geldleistungen auf der Basis von universellen sozialen Rechten erwartet. Bei der Gewährung von öffentlichen Leistungen wird die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Familien zwischen Geld- und Sachleistungen verbunden mit einer nur geringen Kontrolle der Verwendung der Geldleistung betont. Die Pflegeversicherung übernimmt entsprechend des Prinzips der Teilverantwortung des Staats jedoch nur einen Teil der Kosten, während die weiteren Kosten durch unbezahlte Familienarbeit, private Mittel oder gegebenenfalls über weitere Sozialleistungen finanziert werden müssen.

Während sich die Situation Pflegebedürftiger und ihrer Familien durch die Einführung der Pflegeversicherung und der teilweise öffentlichen Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit verbessert hat, führt die Konstruktion der deutschen Pflegeversicherung in zwei zentralen Bereichen zu sozialen Ungleichheiten. Dies betrifft die Inanspruchnahme der beiden Leistungsoptionen und die Entwicklung der Pflege als Tätigkeit. Die Wahlmöglichkeit zwischen Geld- und Sachleistungen geht mit einer hohen Inanspruchnahme der Geldleistungen im Vergleich zu den Sachleistungen gefolgt von einer ausgeprägten sozialen Strukturierung einher. Geldleistungen werden eher von Familien der unteren sozialen Schichten angenommen, was mit den geringeren Chancen auf dem Arbeitsmarkt und niedrigeren Opportunitätskosten einer Berufsaufgabe oder -einschränkung für die Töchter begründet wird. Hinzu kommen die Kosten für die professionelle

Pflege, die nur zum Teil von der Pflegeversicherung getragen werden (Blinkert/Klie 1999; Klie/Blinkert 2002).

Die Geldleistung, die prinzipiell ohne Kontrolle gewährt wird, schließt auch die Möglichkeiten des Einkaufens von Pflegeleistungen auf einem grauen Markt ein, die Pflegeleistungen zu einem weit niedrigeren Preis als die professionellen Pflegedienste auf der Basis des regulären Lohnniveaus anbieten können. Empirisch zeigen sich zwei Formen des Erwerbs von Pflegeleistungen auf einem grauen Markt. Das sind zum einen Frauen mit einem Migrationshintergrund oder einem niedrigen Einkommen, die hier in Deutschland leben und stundenweise, beispielsweise in der Hausarbeit, illegal beschäftigt werden (Meyer 2004). Zum anderen zeigt sich ein Trend zur Beschäftigung von Migrantinnen, die nach Deutschland einreisen um zumeist illegale Pflegeaufgaben zu übernehmen. Bei dieser Transnationalisierung von Pflege- und Hausarbeit nützen die privaten Haushalte das Lohngefälle zwischen den Ländern. Noch ist wenig bekannt über die Bedeutung des Pflegegelds, der Geldleistung, lediglich die Debatte um Transnationalisierung der Pflege hat begonnen (Kondratowitz 2005). Im fünften Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland werden neben ersten Schätzungen der Anzahl von Migrantinnen in der Pflege auch die im Hintergrund stehenden Bedarfe diskutiert (5. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland 2005). Erkennbar werden dabei Lücken in der sozialen Absicherung der Pflege durch Leistungen der Pflegeversicherung. Dies betrifft insbesondere die 24-Stunden Betreuung innerhalb des eigenen Haushalts. Während diese Form der Versorgung durch professionelle Pflegedienste für die Mehrheit der deutschen Familien unerschwinglich ist, wird die Finanzierung einer illegal tätigen Migrantin eher möglich.

5 Fazit

Soziale Bürgerrechte sind die Institutionen moderner Gesellschaften, die in die gegebenen Ungleichheitsstrukturen eingreifen, und eine Gleichheit der ‚Bürger‘ zum Ausdruck bringen sollen. Wir haben gezeigt, dass das an Marshall anschließende Konzept der Bürgerrechte, das in der vergleichenden Sozialpolitikanalyse Eingang gefunden hat, ein grundsätzliches Spannungsverhältnis denkt zwischen den Ungleichheiten des Marktes, die zu privaten Einkommensstrukturen führen, und den Interventionen eines Wohlfahrtsstaats, der qua sozialer Rechte diese Ungleichheiten mildert. Der ursprüngliche Grundgedanke sozialer Bürgerrechte war, den Bürgern ein Recht auf ein Einkommen jenseits des ‚Marktwertes‘, also der Arbeitsmarktposition der Menschen, zu geben und so das klassische Arbeitnehmersrisiko des Einkommensverlustes abzufedern. Dieses Prinzip, durch mate-

rielle und immaterielle Leistungen die soziale Lage der Bürger anzugleichen und ihnen Teilhabechancen zu ermöglichen, wird in postmodernen Wohlfahrtsstaaten in einer Vielzahl von Bereichen angewandt. Auch Pflegebedürftigkeit wurde etwa seit den 90iger Jahren in mehreren europäischen Ländern verstärkt zu einem Politikfeld, in dem soziale Rechte vergeben werden. Soziale Rechte auf Dienst- und Geldleistungen koppeln ebenfalls die Formen der Bewältigung des Risikos der Pflegebedürftigkeit im Alter von dem ab, was die Einzelnen bzw. ihre Familien aufgrund privater Einkommen oder anderer Ressourcen in der Lage zu tun sind. Gleich ob öffentliche Leistungen mit Steuern oder Versicherungen finanziert werden, bedeuten sie eine Entkoppelung der sozialen Lage Pflegebedürftiger und ihrer versorgenden Angehörigen von deren privaten Ressourcen an Einkommen, Vermögen und von deren Sozialkapital Familie. Die Wohlfahrt Pflegebedürftiger hängt nun weitaus weniger von privater Allokation ab, sondern von den sozialpolitischen Regeln, nach denen Pflegepolitik gestaltet wird. Wir haben argumentiert, dass diese ausgleichenden Effekte einer Inklusion des Risikos Pflegebedürftigkeit durch soziale Rechte um so geringer sind, je weniger umfassend diese gestaltet sind. Denn jenseits der nach kollektiven Regeln finanzierten und zugänglich gemachten sozialstaatlichen Geld- und Dienstleistungen für Pflegebedürftige reproduzieren sich die herkömmlichen sozialen Ungleichheiten. Soziale Rechte egalisieren zwar, jedoch hat man im Einzelnen in den jeweils national variierenden Kombinationen der Anteile von Familien, Staat und Markt (den Care Arrangements oder Wohlfahrtsmixes) wie auch mit den öffentlichen Regeln der Finanzierung wie auch des Zugangs zu Geld- und Dienstleistungen für Pflege – welche Einkommen werden belastet oder freigestellt etwa zu privaten Versicherungen, wer kann Leistungen beanspruchen, in welcher Höhe, bei welchem Pflegebedarf etc. – implizite Entscheidungen über die gerechte Versorgung Pflegebedürftiger vor sich. Wir haben im Anschluss an institutionentheoretische Argumente von ‚equity choices‘, die Folgen haben für die soziale Inklusion, gesprochen.

‚Wohlfahrtsmixes‘ und ‚care arrangements‘, Begriffe, mit denen bislang die vergleichende Sozialpolitikanalyse die geschlechtsspezifischen Ungleichheiten betonte, markieren also auch soziale Ungleichheiten, wenn man die öffentlich finanzierte Pflege als egalitäre Politikinstrumente gleichsetzt. Wenn ‚care goes public‘, verschiebt sich grundsätzlich zunächst einmal die Verantwortung für Pflege weg von der Familie, wovon man egalisierende Tendenzen erwarten könnte. Wir haben argumentiert, dass aktuelle pflegepolitische Tendenzen diese Annahme aber zurückweisen. Denn neue Ziele wie die Förderung von Pflegemärkten und privater Kundensouveränität, die staatlich gewährtes Pflegegeld ermöglichen sollen, eröffnen Spielräume für soziale Ungleichheiten. Nicht nur verschmelzen familiäre und öffentliche Versorgungslogik und wird informelle

Pflege commodifiziert (d.h. wie eine Ware bezahlt). Auch setzen Pflegegeldleistungen spezifische Anreizwirkungen ein, die keineswegs ungleichheitsneutral sind: Im Falle der intergenerationellen Pflege kann Pflegegeld nur für die weniger qualifizierten Frauen ein Anreiz sein, vom Arbeitsmarkt fernzubleiben und private Pflege auszuüben. Für höher Qualifizierte sind die Opportunitätskosten des Ausscheidens aus dem Beruf zu hoch, als dass Pflegegeld dies ausgleichen könnte. Dort wird die Option eher sein, Pflege möglichst günstig einzukaufen. Da der rationale Konsument von Pflegeleistungen gefordert wird, dürfte er sich auch auf grauen Pflegemärkten bedienen, wo Migrantinnen so günstig Pflege anbieten, dass auch ein begrenztes, auf private Zuschüsse setzendes Pflegegeld ausreicht. Bei Ehepartnerpflege ist ein Pflegegeld eine Aufstockung besonders bei geringen Renten, bei höheren Renten aber wenig zielgenau und erst ab einer bestimmten Belastung mit Pflegekosten ein relevanter Ausgleich.

Der Ländervergleich zeigt, dass Konstruktion und Umfang sozialer Rechte für das Risiko Pflegebedürftigkeit die Entwicklung unterschiedlicher Formen von Ungleichheiten wesentlich beeinflusst. Dabei zeigt sich, dass eine weitergehende öffentliche Übernahme der Finanzierung von Pflegeleistungen die Entstehung von Ungleichheiten verringert. Familialismus oder De-familialisierung bedeutet eben nicht nur eine Übernahme der Verantwortung durch den Staat oder durch die Familie, sondern ist mit erheblichen Konsequenzen für die Entwicklung sozialer Ungleichheitsstrukturen verknüpft. Dies betrifft auch die Pflegenden selbst. Die Betonung familiärer Verantwortung in Italien und die veränderte Wirklichkeit führt zur Suche nach privaten Lösungen und damit auf der Basis des Lohngefälles zur Transnationalisierung der Pflege und einer Stratifizierung des Bereichs nach Geschlecht und Ethnizität. Die Teilabsicherung der deutschen Pflegeversicherung ging zum einen mit einem Ausbau öffentlich finanzierter Dienstleistung einher, die Begrenzung der Leistungen forciert jedoch den Einkauf von Pflegeleistungen auf dem grauen Markt, bis hin zu einer allmählichen Entwicklung der Transnationalisierung der Pflege für besonders schwierige Pflegesituationen. Die umfassende öffentliche Finanzierung in Schweden erbrachte einen ausgeprägten Ausbau öffentlicher Dienstleistungen. Kürzungen von Leistungen können ebenso zum Zukauf auf dem grauen Markt führen, wenn dies auch weniger ausgeprägt als in Deutschland sein wird. Nicht nur der Umfang sozialer Rechte, sondern ihre Ausgestaltung wird von sozialen und ethnischen Stratifizierungen begleitet, was die Inanspruchnahme der Geldleistung in Deutschland und Schweden unabhängig von der Höhe der Leistung zeigt. Allerdings muss beachtet werden, dass dies in Schweden im Gegensatz zu Deutschland quantitativ sehr kleine gesellschaftliche Gruppen betrifft.

Literatur

- Alber, Jens/Köhler, Ulrich (2004): Health and Care in an Enlarged Europe. Official Publication of the European Communities. Luxemburg: European Foundation for the Improvement of Working Conditions
- Anttonen, Anneli (1997): The welfare state and social citizenship. In: Kauppinen, Kaisa/Gordon, Tuula (Hrsg.): Unresolved dilemmas. Women, work and the family in the United States, Europe and the former Soviet Union. Aldershot: Ashgate: 9-32
- Bauer, Ullrich/Rosenbrock, Rolf/Schaeffer, Doris (2005): Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen - gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit. In: Iseringhausen, Olaf/Badura Bernhard (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Bern: Hans Huber Verlag: 187-201
- Bettio, Francesca/Plantenga, Janneke (2004): Comparing care regimes in Europe. In: *Feminist Economics* 10(1): 85-113
- Birkel, Christoph (2005): Einkommensungleichheit und Umverteilung in Westdeutschland, Großbritannien und Schweden. LIS Working Paper Nr. 425
- Blinkert, Baldo/Klic, Thomas (1999): Pflege im sozialen Wandel. Hannover: Vincentz
- Bode, Ingo (2005): Einbettung und Kontingenz. Wohlfahrtsmärkte und ihre Effekte im Spiegel der neueren Wirtschaftssoziologie. *ZfS* 34: 250-269
- Burau, Viola/Theobald, Hildegard/Blank, Robert H. (2007): *Governing Home Care*. Cheltenham: Edward Elgar
- Clarke, John (2006): Consumers, clients or citizens? Politics, policy and practice in the reform of social care. In: *European Societies* 8: 423-442
- Da Roit, Barbara (2005): Convergenze e divergenze nelle politiche sociosanitarie regionali per gli anziani in Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto. In: Fachini, Carla (Hrsg.): *Anziani e sistemi di Welfare*. Lombardia, Italia, Europa Rapporto 2005 Spil-Cgil-Cadef. Milan: Franco Agnelli: 181-230
- Daatland, Svein Olav (1992): Ideals lost?: Current trends in Scandinavian welfare policies on ageing. In: *Journal of European Social Policy* 2(1): 33-47
- Daatland, Svein Olav (2001): Ageing, intergenerational relations, care systems and quality of life: an introduction to the OASIS project. Oslo: Norsk institut for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Daatland, Svein Olav/Herlofson, Katharina (2003): 'Lost Solidarity' or 'Changed Solidarity': A Comparative European View of Normative Family Solidarity. In: *Ageing & Society* 23(5): 537-560
- Daly, Mary (1997): Welfare States under Pressure: cash benefits in european welfare states over the last ten years. In: *Journal of European Social Policy* 7: 129-146
- Daly, Mary (2002): Care as a Good for social policy. In: *Journal of social policy* 31(2): 251-270
- Daly, Mary E./Lewis, Jane (1998): Conceptualising social care in the context of welfare state restructuring. In: Lewis, Jane (Hrsg.): *Gender and the Restructuring of Social Care in Europe*. London: Ashgate: 1-24
- Esping-Andersen, Gösta (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press
- Esping-Andersen, Gösta (1999): *Social Foundations of Postindustrial Economics*. Oxford: University Press
- Esping-Andersen, Gösta (2005): Inequality in incomes and opportunities. S. 8-38 in Giddens, Anthony/Diamond, Patrick (Hrsg.): *The New Egalitarianism*. Cambridge: Polity Press
- Evers, Adalbert (1990): Shifts in the Welfare Mix - Introducing a new approach for the Study of Transformation. In: Evers, Adalbert/Wintersberger (Hrsg.): *Shifts in the Welfare Mix*
- Evers, Adalbert/Olk, Thomas (1996): *Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (2005): *Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft - Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenleben der Generationen*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. www.bmfsfj.de
- Förster, Michael/d'Ercole, Mira Marco (2005): *Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the Second Half of the 1990s*. OECD social, employment and migration working papers No. 22. www.oecd.org
- Hall, Peter A./Soskice, David (Hrsg.) (2001): *Varieties of Capitalism. The institutional Foundations of Comparative Advantage*. Oxford: University Press
- Jacobzone, Stephane (1999): *Ageing in Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives*. Labour Market and Social Policy Occasional Papers 38 Paris: OECD
- Johannson, Lennart (2004): *National Background Report for Sweden*. EU-Project EURO-FAMCARE. Hamburg. www.ukc.uni-hamburg.de/EUROFAMCARE
- Knesebeck, Olaf v./Schäfer, Ingmar (2006): *Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter*. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 241-253
- Klic, Thomas/Blinkert, Baldo (2002): *Pflegekulturelle Orientierungen*. In: Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.). *Gerontologie und Sozialpolitik*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 197-217
- Knijn, Trudie/Kremer, Monique (1997): *Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Toward Inclusive Citizenship*. In: *Social Politics* 4: 328-361
- Kondratowitz, Hans-Joachim (2005): *Beschäftigung von Migrantinnen in der Pflege*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38: 417-423
- Korpi, Walter/Palme, Joakim (1998): *The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in Western Countries*. In: *American Sociological Review* 63 (October): 661-687
- Lamura, Giovanni (i.E.): *Italy's Familistic Approach to Elderly Care and the New Role of Migrant Home Care Workers*. In: Burau, Viola/Theobald, Hildegard/Blank, Robert H. (Hrsg.): *Governing Home Care*. Cheltenham: Edward Elgar: 118-121
- Leitner, Sigrid (2003): *Varieties of Familialism. The caring function of the family in a comparative perspective*. In: *European Societies* 5: 353-375
- Lister, Ruth (1990): *Women, Economic Dependency and Citizenship*. In: *Journal of Social Policy* 19(4): 445-467

- Lundsgaard, Jens (2006): Choice and long-term care in OECD countries: Care outcomes, employment and fiscal sustainability. In: *European Societies* 8(3): 361-384
- Marshall, Thomas H. (1992) [1949]: Staatsbürgerrechte und soziale Klassen. In: Marshall, Thomas H. (Hrsg.), *Bürgerrecht und soziale Klassen. Zur Soziologie des Wohlfahrtsstaates*. Frankfurt a.M., New York: Campus Verlag. Ursprünglich in Marshall, T.H., 1950 *Citizenship and Social Class – and other Essays*. Cambridge, Cambridge University Press: 33-94
- Meyer, Martha (2004): National Background Report for Germany. EU-Projekt EURO-FAMCARE. Hamburg. www.uke.uni-hamburg.de/EUROFAMCARE
- OECD (2005): Long term care for Older People. Organisation for economic co-operation and development. www.oecd.org
- 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
- Pedersen, A.W. (2003): Der Mix aus privater und staatlichen Quellen der Einkommenssicherung im Alter im internationalen Vergleich. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 49: 109-131
- Pierson, Paul (1998): The New politics of the welfare state. In: *World Politics* 48, 143-79
- Polverini, Francesca/Principi, Andreas/Calducci, Christian/Melchiorre, Maria Gabriella/Quattrini, Sabrina/Graneli, Marie Victoria/Lamura, Giovanni (2004): National Background Report for Italy. EU-Projekt EUROFAMCARE. Ancona: Department of Gerontological Research. www.uke.uni-hamburg.de/EUROFAMCARE
- Polverini, Francesca/Lamura, Giovanni (2004): Labour Supply in Care Services. National Report on Italy. Robert Huggins Association (RHA), Cardiff (on behalf of the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin)
- Rostgaard, Tine (2001): Social Care Regimes – The Configuration of Care for Children and Older People in Europe.
- Rostgaard, Tine (2006): Constructing the care consumer. Free choice of home care for the elderly in Denmark. In: *European Societies* 8: 443-464
- Schölkopf, Martin (1999): Altenpflegepolitik – an der Peripherie des Sozialstaats? Die Expansion der Pflegedienste zwischen Verbändewohlfahrt, Ministerialbürokratie und Parteien. *Politische Vierteljahresschrift* XL: 246-278
- Siim, Birte (2000) *Gender and Citizenship. Politics and Agency in France, Britain and Denmark*. Cambridge: Cambridge University Press
- SOS (2005): Äldre – vard och omsorg år 2004 (Statistik Socialtjänst 2005:2) Stockholm: Socialstyrelsen
- Szebehely, Marta (1998): Changing divisions of carework: caring for children and frail elderly people in Sweden. In: Lewis, Jane (Hrsg.): *Gender, social care and welfare state restructuring in Europe*. Aldershot: Ashgate: 257-283
- Szebehely, Marta (1999): Omsorgsarbete olika former, *Sociologiska Forskning*, 1: 7-32.
- Szebehely, Marta (2005): Anhörigas betalda och obetalda äldreomsorgsinsatser. In: *SOU* (2005: 66), *Forskningsrapporter till Jämställdhetspolitiska utredningen*. Stockholm: Social Department: 133-203
- Theobald, Hildegard (2004): Care Services for the Elderly in Germany. Infrastructure, access and utilisation from the perspective of different user groups. Arbeitsgruppe

- Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (SPI 2004-302). www.wz-Berlin.de
- Theobald, Hildegard (2005): Social Exclusion and Care for the Elderly. Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (SPI 2005-301). www.wz-Berlin.de
- Ungerson, Clare (Hrsg.) (1997): *Women and social policy: a reader*. Basingstoke: Macmillan
- Ungerson, Clare (2003): Commodified care work in European labour markets. In: *European Societies* 5: 377-396