

# Der Care-Imperativ

Beat Ringger

## Care und Performance

Leben ist gleichermassen kraftvoll wie verletzlich. Gelingendes Leben braucht Pflege und Schutz ebenso wie Herausforderung, Wille, Darstellung. Für die erste Dimension bietet sich der Begriff Care an. Er fängt das Ensemble von Fürsorge, Pflege, Zuwendung und Sorgsamkeit ein, kann allerdings nur unzulänglich ins Deutsche übersetzt werden. Für die zweite Dimension passt der Begriff der Performance, der ebenfalls schwer zu übersetzen ist, jedenfalls nicht auf Leistung reduziert werden kann, sondern gleichermassen Ausdruck und Darstellung meint. Wie wichtig es ist, diese beiden Dimensionen immer wieder ins Gleichgewicht zu bringen, weiss jede SportlerIn. Performance und Care können nur gemeinsam optimiert werden. Was für SportlerInnen gilt, gilt für alle Menschen, ebenso aber auch für Gemeinschaften und für die natürlichen Lebensräume.

Leben ist unendlich vielfältig und in ständiger Veränderung begriffen. Leben unterliegt zudem unabänderlichen Verschleiss- und Alterungsprozessen. Deshalb ist die Suche nach einem Gleichgewicht von Care und Performance eine anspruchsvolle, nie abgeschlossene Aufgabe. In Gesellschaften, in denen Menschen über andere Menschen strukturelle Macht ausüben, wird diese Aufgabe darüber hinaus grundlegend gestört und überfrachtet. In Herrschaftsverhältnissen wird die Performance der Vielen den Interessen der Mächtigen untergeordnet – in brutaler und offensichtlicher Form etwa in Sklavengesellschaften, in subtilerer Weise im Kapitalismus. Die ökonomisch geprägten Klassenverhältnisse sind dabei meist verwoben mit unterdrückerischen, zumindest aber asymmetrischen Geschlechterverhältnissen und nationalen respektive ethnischen Diskriminierungen. Performance und Care werden dabei zu komplizierten und vielschichtigen Feldern sozialer Kämpfe und Auseinandersetzungen.

Im Kapitalismus findet Herrschaft, Ausbeutung und Unterordnung in mehreren Dimensionen statt: offensichtlich in der Erwerbsarbeit, die nach den Vorgaben der Kapitalbesitzenden geleistet werden muss, dann aber auch im Bereich des Konsums, durch den die Begehren der Menschen warrenförmig modelliert werden. Dieselbe Unterordnung aller Verhältnisse unter die Verwertung des Kapitals zeigt sich in negativer Form auch im Verhältnis zur Natur und den Lebensräumen, deren Schutz nach gängigen

Begriffen nur ›Kosten‹ verursacht. Die Verwertung des Kapitals geschieht unter Konkurrenzbedingungen und dies führt zu Wachstumszwang und zur strukturellen Unfähigkeit, Grenzen einer solchen Verwertung festzulegen und zu respektieren. Konsum und Leistung müssen beständig gesteigert werden, immer ist ›noch mehr‹, ›noch höher‹, ›noch schneller‹ gefragt. Nie ist es genug, auf keinen Lorbeeren darf man sich ausruhen, immer steht bereits die nächste Bedrohung durch die Konkurrenz vor der Tür.

Die Zügelung, die Mässigung ist dem Wesen des Kapitalismus fremd. Aus der eigenen Dynamik heraus unterläuft er beständig das Gleichgewicht von Care und Performance. Dabei schädigt er die zivilisatorischen Grundlagen und damit auch seine eigene Basis.

Diese Dynamik zeigt sich unter anderem im Umgang mit der alltäglich erforderlichen Sorge-Arbeit für Kinder, Kranke und Pflegebedürftige. Der grosse Teil dieser Sorge-Arbeit wird marginalisiert und als ›privat‹ markiert. Wo diese Sorge-Arbeit kommerzialisiert wird, kommt sie auch gleich unter erheblichen Druck. Weil sie nicht oder nur begrenzt rationalisiert werden kann, sind – von einem Luxussegment einmal abgesehen – Profite nur möglich, wenn die Lohnkosten möglichst tief gehalten werden.

Schranken können der Kapitalverwertungs-Maschinerie nur von aussen, aus Gesellschaft und Politik, auferlegt werden. Dies ist mit Blick auf den sozialen Ausgleich und die öffentliche Versorgung im Zeitraum von 1950 bis 1980 – wenn überwiegend auch nur im globalen Norden – einigermassen gelungen: In diesem Zeitraum konnten sich in vielen Ländern öffentliche Dienste, ein entwickelter Sozialstaat und geregelte Arbeitsverhältnisse etablieren. Seit den 1980er Jahren wirkt der Neoliberalismus jedoch wieder auf die Durchbrechung dieser Schranken hin, werden die Einrichtungen der Sozialen Sicherheit zersetzt, aber auch Gleichgewichte in der Erdatmosphäre oder in den Weltmeeren bedroht.

Diese Entwicklung muss gestoppt werden, und das kann wie gesagt nur von aussen, nur durch eine sich mobilisierende Gesellschaft erfolgen. Dabei müssen diejenigen Räume wieder gestärkt werden, die den Verwertungszwängen des Kapitals entzogen sind: Öffentliche Dienste, Frei-Zeiten, Non-Profit-Unternehmen.

### **Der Care-Imperativ**

Auf Care kann nicht verzichtet werden, ohne die Grundfesten einer Gesellschaft zu unterlaufen. Verzicht auf Care bedeutet Verschlechterung und Zerstörung der natürlichen Lebensgrundlagen, bedeutet Verelendung derjenigen Personen, die Schutz und Betreuung benötigen. Dieser Care-Imperativ gilt im paradigmatischen, umfassenden Sinn ebenso wie in einem engeren Care-Verständnis, also in Bezug auf die Sorgearbeit für Kinder und verletzte (kranke, hochbetagte) Erwachsene. Wir konzentrieren

uns im weiteren Verlauf des Artikels auf Care im engeren Sinn. Vergleichbare Überlegungen können jedoch auch im Hinblick auf den sorgsamsten Umgang mit natürlichen Ressourcen und Lebensräumen und auf den sorgsamsten Umgang mit Gemeinschaften und Institutionen getroffen werden.

Geld ist im Kapitalismus die ›Währung‹ der Verwertung. Nur wer über Geld verfügt, kann sich mit Waren versorgen. Aus Geld mehr Geld zu machen ist sein zentraler Motor. Zeit hingegen wird zum Widerstand, zum Hindernis. Zeit muss in Geld umgewandelt werden. Wird sie das nicht, wird sie zur verlorenen Zeit. Dank Automatisierung und digitaler Revolution kann man die Produktionszeiten von Waren erheblich senken. Doch ein Mensch wird nicht schneller erwachsen, wenn wir Geld in ihn investieren. Heilungsprozesse und Sorgearbeit brauchen ihre Zeit, wenn sie gelingen sollen – Geld hin oder her. Wenn es um Sorge-Arbeit geht, um Care im engeren Sinn, dann ist die Zeit die ›Währung‹, und die Ausrichtung auf das Geld wird zum Widerstand.

Zeit ist nicht nur deshalb erforderlich, weil Care-Arbeiten Sorgfalt benötigen (wer möchte schon von gestressten ÄrztInnen operiert werden ...) und weil Lebensprozesse ihre eigenen Zeitverläufe kennen. Zeit ist auch erforderlich, weil gelingende Care eng mit gelingenden Beziehungen verbunden ist und weil Beziehungen Zeit brauchen. Das scheinbar zwecklose Gespräch einer Spitex-Angestellten mit ihrer Klientin bei einer Tasse Kaffee ist von eminenter Bedeutung. Schön, wenn es ›lediglich‹ um das Teilen einer kleinen Freude geht! Und doppelt hilfreich, wenn im Gespräch wichtige Informationen aufscheinen – etwa zu versteckten Krankheitssymptomen oder zu lähmenden sozialen Problemen.

Und nicht nur das: Care gelingt dann am besten, wenn alle Beteiligten in erster Linie am Gelingen von Care interessiert, also intrinsisch motiviert sind. Begleitend darf es durchaus auch um Erwerbsarbeit gehen, oder um die Wahrung der ökonomischen Grundlagen einer Institution wie eines Spitals oder eines Heimes. Sobald sich jedoch ökonomische Motive in den Vordergrund drängen, sobald das Intrinsische vom Extrinsischen dominiert wird, ist der Erfolg von Care gefährdet. Dies gilt zum Beispiel dann, wenn die Profitinteressen von privaten Spitälern, Pharmakonzernen, Beteiligungsgesellschaften etc. massgeblichen Einfluss gewinnen. Oder dann, wenn öffentliche Anbieter durch Spardruck und industrielle Taktvorgaben in Bedrängnis geraten und es für das Management wichtiger wird, vordergründige Sparerfolge vorzuweisen als gelingende Care.

Wenn nun auf Care nicht verzichtet werden kann, ohne dass Menschen Schaden nehmen, und wenn Care unausweichlich mit Zeitaufwand verbunden ist, dann kann bei Care eben gerade nicht gespart werden. Diese Aussage ist von zentraler Bedeutung, gerade auch deswegen, weil in öffent-

lichen Debatten immer wieder behauptet wird, es fehle an Geld für den Ausbau guter Care-Dienste. Zwar kann der Staat versuchen, die Care-Kosten auf die privaten Haushalte abzuwälzen; diese müssen dann aber die Last tragen – aus Sicht der Gesamtgesellschaft wird so keine Ersparnis erzielt. Für die Haushalte zählen dabei nicht nur unmittelbare Kosten, sondern auch sogenannte Opportunitätskosten. Das sind die Kosten, die entstehen, wenn Menschen wegen privater Care-Verpflichtungen auf Erwerbsarbeit und Berufskarriere verzichten, ihre beruflichen Ausbildungen weitgehend brach liegen und sie überdies auch noch erheblich schlechtere Altersrenten in Kauf nehmen müssen. Es kann demnach gar nicht ›an Geld fehlen‹. Die Frage ist vielmehr, wer die unausweichlichen Kosten trägt.

### **Ist Care weiblich?**

Private, aber auch Erwerbs-Care-Arbeit wird heute überwiegend von Frauen erbracht. In unterschiedlichem, teilweise erheblichem Masse ist dies mit Diskriminierung, Geringschätzung und oft auch verstärkter Ausbeutung verbunden. Eine Aufwertung von Care-Arbeit ist deshalb eng mit dem Kampf der Frauen für Gleichberechtigung und gleiche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verbunden. Häufig ist dies zusätzlich verknüpft mit nationalen und migrantischen Konfliktlinien: Schlecht bezahlte Care-Arbeit wird oft von MigrantInnen erbracht, in der Schweiz etwa von Frauen aus Zentraleuropa, die in privaten Haushalten zu tiefen Löhnen und praktisch ohne Freizeit stark pflegeabhängige Personen versorgen.

Die Durchdringung der Care-Verhältnisse durch asymmetrische und ausbeuterische Genderverhältnisse respektive Nationalismen macht es erforderlich, den Care-Imperativ mit dem Kampf der Frauen und der MigrantInnen für Gleichberechtigung und faire Arbeitsbedingungen zu verbinden. Allerdings wäre es nun völlig falsch, den Einsatz für die Respektierung des Care-Imperativs an die Frauen zu delegieren. Damit würden asymmetrische Muster in den Geschlechterbeziehungen fortgeschrieben. Care aber ist ›Menschensache‹ und damit auch ›Männersache‹.

Vorstellungen, wonach Care weiblich, Performance hingegen männlich konnotiert sei, Frauen also von Natur aus stärker Care zuneigen als Männer, müssen dabei dekonstruiert und überwunden werden. Entgegen solchen Stereotypen zeichnen sich menschliche Gemeinschaften schon seit Urzeiten gerade durch ihre enorme Vielfalt an Lebensentwürfen aus. Dazu gehören matriachale ebenso wie patriarchale, egalitäre ebenso wie herrschaftsförmige. Einen ursprünglichen ›Naturzustand‹ gibt es eben gerade nicht. So ›verblüffen‹ etwa viele Skelettfunde von frühzeitlichen Menschen dadurch, dass sich der Körperbau von Frauen und Männern kaum unterscheidet, was darauf hindeutet, dass Frauen und Männer dieselben Aufgaben übernommen haben – Frauen waren ebenso Jägerinnen wie Männer.

Die Sorge für das Leben und für die natürlichen Lebensräume ist Menschensache. Dafür braucht es geeignete Einrichtungen: Mutter- und Vaterschaftsurlaub, Elternzeit, Kitas und Tagesschulen, anständige Löhne für Care-Berufe. Es gibt auch keinen sachlichen Grund dafür, dass ein Banker das Ziffache einer Pflegefachperson verdient. Klar: Nicht alle machen alles gleich gern und gut. Nicht alle müssen alles machen. Aber alle müssen ein Verständnis fürs Ganze haben, für die nötige Balance: Care und Performance müssen in ein fruchtbares Wechselspiel gebracht werden jenseits von überkommenen Rollenbildern. Der Care-Imperativ zielt auf die Ganzheit der gesellschaftlichen Verhältnisse und ist genauso Männer- wie Frauensache. Care-Arbeit ist ebenso bedeutsam wie Arbeit im IT- oder im Finanzbereich und gehört entsprechend entlohnt.

### **Warum der Staat nicht sparen kann**

Die gegenwärtigen Debatten zur Care-Thematik stehen seit Jahren unter dem Damokles-Schwert scheinbar knapper öffentlicher Finanzen. Wer immer Verbesserungen bei den öffentlichen Care-Diensten fordert, sieht sich mit demselben Kommentar konfrontiert: Nettes Wunschprogramm, für dessen Realisierung aber leider die öffentlichen Mittel fehlen.

Wir haben bereits argumentiert, dass auf Care nicht verzichtet und an Care deshalb auch nicht gespart werden kann, jedenfalls solange eine Brutalisierung der gesellschaftlichen Beziehungen verhindert werden soll. Zieht sich der Staat zurück, dann bleiben Last und Kosten an den privaten Haushalten hängen.

Doch das ist noch nicht die ganze Geschichte. Vielmehr deuten alle Fakten darauf hin, dass auch der Staat für sich alleine genommen in seinen Care-Kernaufgaben nicht wirklich sparen kann. Versucht er, die Care-Kosten auf Private abzuschieben, dann verursacht dies neue Kosten, die sich quasi durch den Hintereingang wieder in die Staatsbudgets einschleichen. Der wichtigste Grund: Ist die öffentliche Care-Versorgung mangelhaft, dann erwachsen zusätzliche Kosten in der kurativen Gesundheitsversorgung. Sind aufsuchende Pflege und Betreuung schlecht und fehlt überdies eine engagierte hausärztliche Versorgung, dann kommt es zwangsläufig zu einer Vielzahl von unnötigen, vielfach diffusen Spitalweisungen. Solche Spitalweisungen sind oft ohne jeden Nutzen, ja sie können sogar Anlass zu gravierenden Verschlechterungen des Gesundheitszustandes werden. So geschieht es häufig, dass betagte Personen während eines Spitalaufenthaltes erheblich an Mobilität einbüßen und danach dauerhaft an den Rollstuhl gefesselt sind. Denn Spitäler sind auf Behandlungsfälle ausgerichtet, nicht auf das Erfassen der Gesamtsituation einer Person. Die Angelpunkte der Spitaltätigkeit sind Abklärungen akuter Erkrankungen, Operationen und Medikamentierung. Die aufwendige Mobilisierung von bettlägerigen

PatientInnen gehört nicht zum ›Kerngeschäft‹ der Spitäler und fällt bei Zeitdruck als Erstes unter den Tisch.

Länder wie Dänemark, Norwegen oder Schweden wenden für öffentlich getragene Care-Dienste (insbesondere Kinderbetreuung, Betreuung und Pflege von Betagten) an öffentlichen Mitteln ein Vielfaches dessen auf, was im Rest Europas (und auch in der Schweiz) üblich ist – und dennoch bewegen sich die gesamten Gesundheitskosten im gleichen Rahmen wie in diesem Rest. Der Grund: Höhere Aufwände für gute öffentliche Care-Dienste gehen einher mit geringeren kurativen Kosten. Und auch insgesamt ist nur auf den ersten Blick erstaunlich, dass sich alle diese Länder in den internationalen Rankings bezüglich der ›Konkurrenzfähigkeit‹ der Wirtschaftsstandorte in den vordersten Rängen befinden – trotz deutlich höherer Anteile des Staates an der gesamten Wirtschaftsleistung.

Die Initiative des Netzwerks Gutes Alter, die im letzten Teil dieses Buches vorgestellt wird, zielt mitten in diese Problematik. Mit den Forderungen nach einer guten Alltagsunterstützung, Betreuung und Pflege für alle Betagten werden vordergründig alle einverstanden sein. Leider, so wird dann eingewendet, sei ein stärkeres öffentliches Engagement aber kaum zu finanzieren. Man wird also versuchen, die Anliegen mit Kostenargumenten ins Leere laufen zu lassen. Deshalb ist es so bedeutsam, die Öffentlichkeit über die Charakteristika des Care-Imperativs aufzuklären:

- Gute Care und gute Performance sind untrennbar miteinander verbunden.
- An der Alltagsunterstützung, Betreuung, Pflege und Therapie kann nicht gespart werden, ohne eine unerträgliche Brutalisierung der Gesellschaft in Kauf zu nehmen, in der verletzte Menschen ihrem Elend überlassen würden.
- Wenn der Staat meint, die Kosten für die Care-Arbeit den privaten Haushalten überbürden zu können, dann ›bezahlt‹ er dafür mit höheren Heilungskosten, insbesondere bei den Spitälern.
- Billig geht also gar nicht – es geht schlicht darum, die Sache für alle Beteiligten möglichst gut zu machen.

Zweifellos wird der Aufbau solch verbesserter Care-Dienste zunächst Mehrkosten verursachen. Strukturen müssen weiterentwickelt, Personal muss ausgebildet werden. Doch sind die verbesserten Dienste einmal etabliert, kommen sie nicht teurer zu stehen als die heutigen Strukturen. Sie sind allerdings eine Voraussetzung dafür, dass wir uns eine Gesellschaft des guten und langen Lebens einrichten können.

# Konträre gesellschaftliche Modelle der Organisierung von Care-Arbeit und ihre Implikationen für die Gesellschaft

Cornelia Heintze

*Mann und Frau sind gleichberechtigt. Das Gesetz sorgt für ihre rechtliche und tatsächliche Gleichstellung, vor allem in Familie, Ausbildung und Arbeit. Mann und Frau haben Anspruch auf gleichen Lohn für gleichwertige Arbeit.*

*(Art. 8 III der Schweizer Bundesverfassung in der Fassung vom 1. Januar 2018)*

## **Geschlechterungleichheit und die Frage ›Who cares‹**

In traditionell-patriarchalischen Gesellschaften ist die Pflege und Umsorgung unterstützungsbedürftiger, in der Regel älterer Menschen Privatsache. Zuständig ist die eigene Familie. Im engen Sinne meint dies die Kernfamilie, im erweiterten Sinne den Familienclan, und zwar jeweils deren weibliche Mitglieder. Ihnen kommt die Aufgabe zu, die Kinder zu erziehen, den Haushalt zu versorgen und die pflegebedürftigen Familienangehörigen zu umsorgen. Zur Begründung wird rekurriert auf eine vermeintlich naturgegebene Ordnung der Geschlechter. Demnach ist die unentgeltliche Erbringung von Care-Leistungen Teil weiblicher Geschlechtsidentität, während umgekehrt dem Mann die Ernährerrolle zugewiesen wird. Die Polarisierung der Geschlechterrollen dient der Schaffung und Reproduktion hierarchischer Geschlechterverhältnisse. Dies auch dort noch, wo Frauen formal gleichberechtigt sind und bei Bildung wie Ausbildung mit Männern gleichgezogen haben. Wenn sie dann nämlich wegen der Kinderbetreuung und der Pflege von Angehörigen beruflich immer wieder zurückstecken, stehen sie in der Gefahr, nicht nur auf Karriere, sondern auch auf die Erlangung ökonomischer Selbstständigkeit zu verzichten. Damit aber verbleibt zwischen den Geschlechtern ein Machtgefälle. Es mit Bezug auf ›Natur‹ oder ›Gott‹ zu rechtfertigen, erfüllt einen klaren Zweck: Mögliche Veränderungen sollen dem menschlichen Handlungsspielraum entzogen werden.

Vordergründig gesehen haben traditionell-patriarchalische Legitimationsmuster in hochentwickelten Volkswirtschaften längst ausgedient. In den Strukturen bleiben sie gleichwohl auf subtile Weise wirkmächtig. Ei-

nerseits erstritten sich Frauen in langen politischen Kämpfen formal gleiche Rechte; es ist heute breit akzeptiert, dass Frauen und Männer dabei auch über gleiche Teilhaberechte am Erwerbsleben verfügen sollten. Andererseits jedoch kann von echter Gleichberechtigung noch keine Rede sein. Innerhalb der EU mit ihren 28 Mitgliedsstaaten erreichten Frauen 2015 beim *Gender Equality Index* durchschnittlich nur 66,2 von bei voller Gleichberechtigung 100 möglichen Punkten. Die Verbesserung gegenüber 2005, wo durchschnittlich 62 Punkte erreicht wurden, fällt bescheiden aus. Ein egalitäres Geschlechtermodell ist bislang in keinem Land realisiert. Auch die drei an der Spitze liegenden nordisch-skandinavischen EU-Mitgliedsländer sowie die Niederlande als viertplatziertes Land haben im Mittel erst gut drei Viertel der Wegstrecke zurückgelegt (SE: 82,6; DK 76,8; FI 73,0; NL 72,9). Deutschland schneidet mit nur 65,5 Punkten sogar unterdurchschnittlich ab (vgl. European Commission 2017a: Tab. 4, S. 89). Wechseln wir auf die globale Ebene, so kommt Island beim *Global Gender Gap Index 2017* des Weltwirtschaftsforums mit fast 90 Prozent Gleichstellung (0,878) dem Ziel immerhin recht nahe, gefolgt von Norwegen und Finnland. Schweden ist hier hinter Ruanda auf Rang 5 platziert, Dänemark auf Rang 14. Deutschland schafft es im globalen Vergleich nur auf Rang 12, die Schweiz gar nur auf Rang 21.

Die faktische Nicht-Gleichstellung hat politische Brisanz. Verfassungsrechtlich nämlich wird nicht nur eine abstrakte Norm postuliert, sondern der Gesetzgeber aufgefordert, die Norm in der Wirklichkeit durchzusetzen. So in Deutschland (Artikel 3, Absatz 2 des Grundgesetzes), so auch in der Schweiz (siehe obiges Zitat). Wie schwer es der Politik fällt, diesen Auftrag anzunehmen, machen die im Zeitvergleich mickrigen Fortschritte, teilweise sogar Rückschritte deutlich. Auf dem *Global Gender Gap Index* fiel die Schweiz binnen drei Jahren in der Gesamtwertung von Rang 8 (2015) über Rang 11 (2016) auf nun Rang 21 (2017) deutlich zurück. Grössere Fortschritte in anderen Ländern und Rückschritte bei Teil-Indizes wirken hier zusammen. 2015 wurden auf dem Teilindex ›Ökonomische Partizipation‹ 0,798 Punkte (Rang 17) erreicht, 2017 geringere 0,743 Punkte (Rang 31). Skandinavische Länder<sup>1</sup> kombinieren schon seit mehr als einer Dekade konstant die Belegung der ersten Plätze auf dem *Global Gender Index*<sup>2</sup> mit Bestplatzierungen bei zahlreichen anderen Indizes. Beispielhaft genannt werden können der *UN-Weltentwicklungs-Index 2015*, der *Fragile States Index 2015*, der *World Happiness Index 2017*, der *Korruptionswahrnehmungs-Index 2017*, der *Klimaschutz-Index 2018* von German Watch, der *Pressefreiheits-Index 2017*, der *Globale Innovations-Index 2017* und auch der *Kinder-Fairness-Index 2016* von UNICEF.<sup>3</sup> Dies spricht dafür, dass zwischen der Gleichstellung der Geschlechter und der Performanz in anderen Bereichen positive Rückkoppelungsmechanismen bestehen: Was gut ist für



das Voranbringen ausgewogener Entwicklungen zwischen den Geschlechtern ist auch gut für die Entwicklung von Wirtschaft und Gesellschaft insgesamt.

Die Fortexistenz weiblicher Benachteiligung hat strukturelle Ursachen. In Staat, Gesellschaft und den Sphären der Real- wie Finanzökonomie sind eine Vielzahl von Institutionen durchzogen von geschlechtshierarchischen Machtverhältnissen. Diese bilden untereinander ein Netzwerk der Absicherung männlicher Vorherrschaft. Um das Netzwerk aufzubrechen, bedürfte es tiefgehender struktureller Interventionen. Fehlt dafür der politische Wille, resultieren punktuelle Fortschritte, die in der Summe zwar einiges bewirken, die männliche Vorherrschaft im Wesentlichen aber unberührt lassen. Damit aber bleiben diese in ihrem Kern erhalten. Genderpolitische Fortschritte sind also ein komplexer Prozess mit zahlreichen Einflussfaktoren. Eine Schlüsselstellung kommt der Defamiliarisierung der Care-Arbeit zu. Sie erklärt nicht alleine, aber doch wesentlich, warum die skandinavischen Länder bei der Geschlechtergleichstellung lange unangefochten an der Spitze lagen. Bereits ab den 1960er und 1970er Jahren fungierte hier nämlich die politische Herbeiführung eines hohen Grades an Vergesellschaftung von Care-Arbeit – von der Kleinkindbetreuung bis zur ›aldreomsorg‹ (›Altenumsorgung‹) – als zentraler Hebel der Beförderung von Frauengleichstellung in der Arbeitswelt. Der Staat übernahm beim Befördern der Frauenemanzipation eine aktive Rolle. Frauen sollten ökonomisch unabhängig werden, Partnerschaft, Beruf und Kinder gut vereinbaren können, indem sich Gemeinden an den Aufgaben der Kindererziehung und Altenpflege partnerschaftlich beteiligen (Heintze 2006). Angesagt war der Aufbau einer kommunalen Care-Infrastruktur, durch die Eltern von Erziehungsaufgaben und erwachsene Kinder von der Pflege ihrer hochbetagten Eltern so entlastet werden, dass Frauen und Männer weitgehend gleichberechtigt am Erwerbsleben teilhaben können. Nicht im Rechtssinne, wohl aber faktisch ist diese Politik primär an Frauen adressiert, schliesslich handelt es sich bei der Vielzahl an Arbeitsplätzen für ErzieherInnen, Pflegekräfte, Sozialpädagogen usw., die seitens der Kommunen geschaffen wurden, um frauenaffine Tätigkeiten, womit sich der Kreis quasi schliesst. Die Strategie ›*reproduction goes public*‹ überführte ab den 1960er Jahren einen Teil der bislang privat und unentgeltlich erbrachten sozialen Reproduktionsarbeit in den öffentlichen Sektor (Borchhorst/Teigen 2015, 37f.) und verknüpfte dies mit der Professionalisierung dieser Tätigkeiten. Daran, dass pflegerische Tätigkeiten ganz überwiegend von Frauen ausgeübt werden, änderte sich nichts; wohl aber an der gesellschaftlichen Wertigkeit und an der innerfamiliären Arbeitsteilung. Pflege durchlief einen Akademisierungsprozess, der das Gefüge pflegerischer Berufe näher an medizinische Berufe heranführte.<sup>4</sup>

In den deutschsprachigen Ländern wird diese Höherbewertung durch

das Zusammenwirken von ärztlicher Standes- und konservativer Gesundheitspolitik bis heute mehr oder weniger erfolgreich ausgebremst – in Deutschland mehr, in der Schweiz weniger. Das Signal lautet: Es liegt eine Allerweltstätigkeit vor, die sich substituieren lässt durch gering qualifizierte und informelle Pflegepersonen. Was die innerfamiliäre Arbeitsteilung angeht, herrscht kein Mangel an Appellen in Richtung Männer, bei der familiären Sorgearbeit doch bitte grössere Anteile zu übernehmen. Bewirkt haben sie wenig. Bei der Kinderbetreuung ist zwar eine Zunahme väterlichen Engagements zu registrieren. Was hier fruchtet, sind aber nicht Appelle, sondern die Schaffung konkreter Anreize.<sup>5</sup> Unbezahlte Familienarbeit fällt weiter überwiegend den weiblichen Familienmitgliedern zu<sup>6</sup>, und von den täglich informell Pflegenden waren auch 2015 mehr als 60 Prozent Frauen (DE: 61,8 Prozent; CH: 61,2 Prozent). Das skandinavische Beispiel lehrt hier Folgendes: Wenn der Anteil professionell erbrachter Care-Arbeit steigt, dann verbessert sich bei der verbleibenden informellen Care-Arbeit die Aufteilung zwischen den Geschlechtern in Richtung Parität (DK: 55,7 Prozent; SE: 45,6 Prozent).<sup>7</sup>

### **Familien- oder staatsbasiert: Grundtypen von Care-Systemen im OECD-Raum**

In den meisten hochentwickelten Ländern existieren politisch gestaltete Pflegearrangements, denen mehr oder weniger Systemcharakter<sup>8</sup> zukommt. Dies gilt für alle fünf nordisch-skandinavischen Länder, die deutschsprachigen und die Benelux-Länder, ebenso für Japan und einzelne Länder aus dem angelsächsischen Raum. In den meisten osteuropäischen wie auch den südeuropäischen Ländern (Griechenland, Malta, Portugal etc.) liegen dagegen Arrangements vor, die bestenfalls rudimentär Kriterien eines Pflegesystems erfüllen. Ein öffentliches System, das für alle gleichermaßen gut erschwinglich und niedrigschwellig zugänglich ist, hat nur eine kleinere Gruppe von Ländern ausgeprägt. Neben den nordischen Ländern gehören die Niederlande dazu und mit Einschränkungen auch Belgien. In den deutschsprachigen Ländern dagegen wird an der Familienpflege als gesellschaftlicher Norm festgehalten. Wohl erfahren Angehörige öffentliche Unterstützung. Der Grundidee nach werden Pflege und soziale Betreuung jedoch als eine innerfamiliär zu organisierende Aufgabe angesehen; die öffentlichen Leistungen sind eher als Ergänzung gedacht, erreichen im Falle der Schweiz jedoch ähnlich hohe Anteile der älteren Bevölkerung wie in Skandinavien (vgl. die Übersicht von Tabelle 2).

Typen von Pflegesystemen zu unterscheiden ist dann berechtigt, wenn der Fundus an Gemeinsamkeiten, den verschiedene Länder teilen, grösser ist als die Unterschiede, die es auf der anderen Seite auch gibt. Näher wir uns unter systematischem Blickwinkel der Empirie von Pflegesystemen<sup>9</sup>,

schälen sich zwei Grundtypen heraus, die sich entlang der wohlfahrtsstaatlichen Grundausrichtung in verschiedene Unter- und Mischtypen auffächern. Diametral stehen sich die Grundtypen ›familienbasiert-subsidiär‹ und ›staatsbasiert-universalistisch‹ gegenüber. Familienbasierte Systeme haben ihren primären Anker in der Familie; die öffentliche Finanzierung und Leistungserbringung ist ergänzend bis subsidiär. Staatsbasierte Systeme sehen umgekehrt primär den Staat in der Verantwortung. Staatliche Akteure versuchen hier die Langzeitpflege so als öffentliche Aufgabe zu organisieren, dass dem individuellen Bedarf entsprechend Leistungen guter Qualität für alle erhältlich und erschwinglich sind. Informelle Pflege durch Angehörige findet auch hier statt, dies jedoch auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau, was den zeitlichen Umfang angeht. Angehörige sind frei, Pflegeleistungen zu erbringen. Eine moralische Verpflichtung haben sie nicht.

Im Grossen und Ganzen folgen die national ausgeprägten Pflegesysteme der wohlfahrtsstaatlichen Grundorientierung. Die Wohlfahrtstypologie von Esping-Andersen (1990, 2000), auf die üblicherweise Bezug genommen wird, unterscheidet drei bis vier verschiedene Grundtypen. Die skandinavischen Länder sind durch ein umfassendes wohlfahrtsstaatliches Dienstleistungsangebot geprägt. Es ist auf Egalität ausgerichtet und unterstützt die Gleichstellung der Geschlechter. Die Schweiz gehört nach dieser Typologie zusammen mit den anderen mitteleuropäischen Ländern (Deutschland, Österreich, Frankreich, Belgien, Niederlande) zu den konservativ-korporatistischen Sozialstaaten. Konservativ sind diese Sozialstaaten in mehrfacher Hinsicht. *Erstens* wurden in Form stark ausgeprägter Statusorientierungen ständestaatliche Muster konserviert. So dient das nur in den deutschsprachigen Ländern anzutreffende gegliederte Schulsystem mit seiner frühen Selektion der Statuskonservierung. *Zweitens* sind sie Familienernährer-Modelle. Nicht das Individuum mit je eigenständigen Rechten steht im Mittelpunkt, sondern die Familie mit Haupternährer und zuverdienender Partnerin. *Drittens* bindet der konservative Sozialstaat die Ausgestaltung der Sozialversicherungssysteme an die Wahrung der Statusorientierung.<sup>10</sup> Weitestgehend öffentlich ist die Finanzierung. Die Steuerung ist im Kern korporatistisch<sup>11</sup> mit öffentlicher Rahmensteuerung und die Leistungserbringung basiert auf einer Mischstruktur aus gemeinnütziger, privat-gewerblicher und öffentlicher Leistungserbringung. In relativ strikter Weise erfüllt Deutschland die genannten Merkmale. Die Niederlande und Belgien dagegen haben bei der Pflege ein System ausgeprägt, das hinsichtlich der Steuerung, des Grades an öffentlicher Finanzierung und der gesellschaftlichen Wertigkeit von Pflege mehr den skandinavischen Ländern ähnelt. Die Schweiz nimmt eine mittlere Position ein. Dies zeigt sich an der starken Rolle, die den Kantonen bei der Gestaltung und Steue-

**Tabelle 1: Konträre Grundtypen der Altenfürsorge**

Merkmale	Grundtypen	
	Familienbasiert-subsidiär	Staatsbasiert-universalistisch
<b>Vorrangige Erbringung häuslicher Leistungen der Pflege und Betreuung</b>	(1) Familie (Angehörige) (2) Ergänzend: Private Dienstleister (Non-profit & gewerblich)	(1) Kommunale Dienste (2) Ergänzend: Angehörige, Non-Profit-Dienstleister, Markt
<b>Leistungsarten</b>	Hohe Bedeutung von Geldleistungen; Nachrangigkeit von Sachleistungen	Sachleistungsprinzip dominiert
<b>Abfolge der Zuständigkeiten</b>	Auf Familie folgen Markt und Ehrenamt; Staat als Ausfallbürge	Auf Familie folgt der Staat (Kommune) mit ergänzender Rolle von Markt und Ehrenamt
<b>Struktur der professionellen Leistungserbringer</b>	Private, zunehmend privat-gewerbliche Dienstleister Versorgungsanteil kommunaler Dienstleister variiert	Kommunale Leistungserbringung dominiert; Bedeutung gewerblicher Dienstleister variiert
<b>Dienstleisterwahl</b>	Freie Wahl des Dienstleisters auf einem Quasi-Markt	Unterschiedlich je nach Grad der Vermarktlichung
<b>Steuerung</b>	Zielt auf die Geringhaltung der öffentlichen Ausgaben und die Schaffung hoher Hürden für Leistungsgewährungen (Inputorientiert)	Zielt auf Qualität und Leistungspakete gemäss dem individuellen Nutzerbedarf (Outcomeorientiert)
<b>Finanzierung</b>	Rationierung öffentlicher Leistungen über eine Pflegeversicherung (beitragsfinanziert mit hohem Privatanteil) oder Mischfinanzierungen aus unterschiedlichen Quellen	Überwiegend öffentliche Bezahlung (steuerfinanziert); geringe bis mittlere private Zuzahlungen
<b>Personalschlüssel</b>	Orientiert an der Einhaltung von Mindeststandards	Orientiert an der Erfüllung guter fachlicher Standards
<b>Arbeitsbedingungen bei professionellen Diensten</b>	Stark polarisiert; geringe Tarifbindung, hoher Anteil von Niedriglohnbeschäftigung	Wenig polarisiert; hohe Tarifbindung; geringer Anteil von Niedriglohnbeschäftigung
<b>Bedeutung grauer Pflegemärkte</b>	Mittel bis hoch	Gering

Quelle: Eigene Darstellung

zung zukommt und den verglichen mit Deutschland weit höheren öffentlichen Ausgaben (in Prozent des BIP). Die Leistungserbringung ist noch stark durch gemeinnützige und öffentliche Dienstleister geprägt (vgl. Tabelle 2). Zwar wächst auch in der Schweiz das kommerzielle Segment. Von Zuständen wie in Deutschland, wo auf dem durch die Pflegeversicherung geschaffenen Quasi-Markt kommerzielle Anbieter zwischenzeitlich die Marktführerschaft übernehmen konnten und öffentliche Angebote in immer mehr Regionen gar nicht mehr existieren, ist die Schweiz aber noch weit entfernt.

Die jeweilige Grundausrichtung hat Konsequenzen für den Professionalisierungsgrad, die Zugangswege, das Leistungsspektrum, die Bereitstellung öffentlicher Mittel, die Steuerung sowie die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen. Familienbasierte Systeme errichten hier Entwicklungsblockaden. Drei Beispiele mögen dies verdeutlichen:

*Beispiel 1:* Das Festhalten an der Dominanz informeller Pflege verträgt sich schwer mit Fortschritten bei der Professionalisierung. Während nämlich die Familienpflege von der Annahme ausgeht, es lägen Allerweltstätigkeiten vor, gründet die Professionalisierung auf der Erkenntnis, dass die fachlichen Anforderungen an gute Pflege komplex sind und mit wachsender Alterung der Gesellschaft steigen. Dem durch mehr Professionalisierung Rechnung zu tragen, geht aber kaum, ohne pflegerische Tätigkeiten tatsächlich aufzuwerten, was im Gegenzug das Denkmuster, es reiche der gute Wille einer liebenden Tochter oder Schwiegertochter, nicht unberührt lässt.

*Beispiel 2:* Als Goldstandard der Steuerung ist die Orientierung am Outcome anzusehen. Im familienbasierten System geht dieser Anspruch von vorneherein ins Leere. Erstens weil das Pflege-Geschehen in den Familien eine Blackbox ist; was pflegende Angehörige im Einzelfall tatsächlich leisten (können), wie gut sie die bestehenden rechtlichen Möglichkeiten zu nutzen wissen oder auch nicht, bleibt verborgen. Zweitens weil auch dort, wo professionelle Kräfte im Einsatz sind, für den Outcome aufgrund zersplitterter Verantwortlichkeiten niemand wirklich verantwortlich ist.

*Beispiel 3:* Die Frage, ob Leistungen primär als Geldleistungen oder als Sachleistungen gewährt werden, hat weitgreifende Folgen für das Niveau an sozialer Trennung von Menschen entlang ihrer ökonomischen Situation, den Grad an Kommerzialisierung und auch die Anfälligkeit für die Entwicklung grauer Pflegemärkte. In familienbasierten Systemen, wo als ergänzende öffentliche Leistungen fast nur Geldleistungen existieren wie in den südeuropäischen Ländern, stellen graue Pflegemärkte ein erhebliches Problem dar. Mit den Geldleistungen nämlich lässt sich über Migrationskanäle ein Mehr an Pflegeleistung einkaufen als auf dem regulären hei-

**Tabelle 2: Übersicht zur Reichweite formeller Pflegeleistungen, öffentlichen Ausgaben, Personaleinsatz und Trägerstruktur – 2016 oder letztverfügbares Jahr**

	DE	CH	DK	FI <sup>1</sup>	IS <sup>2</sup>	NO	SE
<b>Bevölkerung im Alter von 65+</b>							
Anteil an der Wohnbevölkerung am							
1.1.2016 (%)	21,1	18,0	18,8	20,5	13,9	16,4	19,8
Häusliche Pflege: KlientInnen in % der 65+-Wohnbevölkerung (NO 67+)	3,3	13,5	12,7	10,4		16	11,9
Institutionelle Pflege (Heime): BewohnerInnen in % der 65+-Wohnbevölkerung (NO 67+)	4,5	6,1	4,1	4,8	20,2	5,7	5,7
Formelle Pflegequote insgesamt (%)	7,8	19,6	16,8		20,2	21,7	17,6
<b>Bevölkerung im Alter von 75+ (CH, IS, SE und NO 80+)</b>							
Anteil an der Wohnbevölkerung am 1.1.2016 (%)	11,0	8,3	7,7	8,8	6,0	7,0	8,6
Häusliche Pflege: KlientInnen in % der 75+- resp. 80+-Wohnbevölkerung	5,9	28,6	25,1	19,9		33,4	31,9
Institutionelle Pflege (Heime): BewohnerInnen in % der 75+- resp. 80+-Wohnbevölkerung	8,2	27,2	10,2	9,8	44,4	13,8	17,3
Formelle Pflegequote insgesamt (%)	14,1	55,8	35,3		44,4	47,2	49,2
<b>Öffentliche Ausgaben (% des BIP). Personal pro 1000 65+EW (NO: 67+) und der Anteil öffentlicher resp. nicht-gewerblicher Leistungserbringung</b>							
Öffentl. Ausgaben 2015 (% des BIP) <sup>3</sup>	1,3	1,7	2,6	2,2	1,8	2,5	3,2
VZÄ-Beschäftigte pro 1000 65+EW (NO 67+EW; SE VZ+TZ). DE incl. Verwaltung und Hausdiensten <sup>4</sup>	44,7	76,1	107	87	K.A.	168	123
Beschäftigte bei öffentlichen Arbeitgebern (%): DE ambulante + stationäre Pflegedienste; SKAN: Care-Services (ohne Kinderbetreuung); Schweiz: Anteil der Non-Profit-SPITEX-Leistungen	< 6	(82,0)	89,9	64,6		rd. 90	74,2

Legende: DE = Deutschland; CH = Schweiz; DK = Dänemark; FI = Finnland; IS = Island; NO = Norwegen; SE = Schweden; K.A. = keine Angabe; VZ = Vollzeit; TZ = Teilzeit; VZÄ = Vollzeitäquivalente

1) Die Angaben zum Anteil der LeistungsempfängerInnen beziehen sich auf das Jahr 2014. Bei häuslichen Leistungen nur Home-Help; daher keine Angabe zur formellen Pflegequote insgesamt.

2) Angaben zur institutionellen Versorgung existieren zuletzt für 2010.

3) Bei IS und NO ohne die Sozialdienstkomponente.

4) Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis 2017) gehörten Ende 2015 25 Prozent des Personals der ambulanten und stationären Dienste zu den Bereichen Verwaltung, Hauswirtschaft und Sonstiges. Ohne dieses Personal ergäbe sich nur eine Dichteziffer von rd. 33.5.

*Quellen:* 1) Eurostat ›Bevölkerung am 1. Januar nach breite Altersgruppe und Geschlecht [demo\_pjanbroad]; Update vom 27.02.2018; 2) Leistungsdaten: Amtliche Statistiken (DE und CH siehe das Literaturverzeichnis; DK, FI, IS, NO, SE: Statistiken zu Care Services und zum Care-Personal; Codes siehe Heintze 2015); 3) OECD Health Data 2017 (öffentliche Ausgaben)

mischen Pflegemarkt. Auch im deutschen System hat der graue Pflegemarkt bedenkliche Ausmasse erlangt. Zwar unterliegt die Gewährung öffentlicher Leistungen einem Regime der engen bürokratischen Regulierung. Diese dient aber primär der Leistungsrationierung und weniger der Qualitätssicherung (vgl. Heintze 2016, 2017). Für Familien, die sich auf dem regulären Arbeitsmarkt den Zukauf individuell benötigter Unterstützungsleistungen finanziell nicht leisten können resp. einen 24-Stunden-Dienst benötigen, den das öffentliche Fördersystem nicht vorsieht, bietet der graue Markt ein willkommenes Ventil. Schätzungen gehen dahin, dass bereits ein Drittel der professionell erbrachten Leistungen im grauen Pflegemarkt anfallen.

### **Quintessenz und Ausblick**

Dort, wo Altenpflege als eine öffentliche Aufgabe ausgestaltet ist, hat dies einen Preis in Form höherer öffentlicher Ausgaben und einer Verantwortung der öffentlichen Akteure für die Ergebnisse. Davon aber profitieren nicht nur die Menschen mit Unterstützungsbedarf (inkl. ihrer Angehörigen), sondern neben den professionell Tätigen auch die Gesellschaft insgesamt. Dort dagegen, wo wie in Deutschland die Altenpflege Kräften des Marktes übertragen wurde mit nur teilweiser öffentlicher Refinanzierung, kommt es zu intransparenten und stark zerklüfteten Strukturen. Fachwissenschaftliche Standards guter Pflege bleiben auf der Strecke und die Arbeitsbedingungen der professionell Tätigen sind durch schlechte Bezahlung und massive Arbeitsverdichtung geprägt. Die Negativfolgen der politischen Marktschaffung haben das deutsche Altenpflegesystem an den Rand des Kollapses gebracht. Auch das skandinavische Beispiel freilich lehrt, dass es für Vermarktlichung kritische Schwellenwerte gibt. In Schweden und Finnland, wo der Vermarktlichungsgrad innerskandinavisch mit Anteilen zwischen einem Viertel bis zu einem Drittel am höchsten ist, sind die erhofften Kosteneffizienzgewinne nicht wirklich eingetreten.<sup>12</sup> Die Steuerung dagegen ist jetzt schwieriger, was die Schaffung integrierter Versorgungsketten erschwert. Nicht von ungefähr hat bei der Versorgung von Menschen mit Demenz Norwegen – der Grad an Vermarktlichung ist dort noch vergleichsweise gering – die Nase vorn.

## Fussnoten

1 Der Begriff Skandinavien wird hier im weiten Sinne, Island und Finnland einschliessend, damit synonym zum Begriff ›Nordische Länder‹ gebraucht. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass es historisch weit zurückreichende gemeinsame Traditionslinien gibt und auch die Skandinavistik Literatur und Sprache aller fünf nordischen Länder umfasst. Zum gemeinsam geteilten Wertefundament vgl. Heintze 2002, 259ff.

2 Dies allerdings in wechselnder Reihenfolge. 2005 lag Schweden noch vorn (World Economic Forum 2005, 8), hat diese Position dann aber an Norwegen und Island abgegeben.

3 Bei den acht genannten Indizes schafft es Norwegen siebenmal unter die drei Bestplatzierten, Finnland und Schweden je viermal. Dänemark und die Schweiz liegen gleichauf. Beide Länder schaffen es dreimal unter die drei Bestplatzierten und siebenmal unter die Top Ten.

4 Es entstand eine generalisierte Pflegeausbildung, bei der die Pflegefachkräfte über eine semiakademische Ausbildung (Bachelorniveau) und die Assistenzkräfte über eine Ausbildung verfügen, die zumindest über dem Niveau der Helferberufe nach deutschem Recht liegt. In Finnland kommen sie an das Niveau der Fachkräfte nach deutschem Recht heran; in Dänemark und Schweden ist das Niveau niedriger. Einen Überblick zu den in der EU bestehenden Altenpflegeausbildungen liefert Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (Hrsg.) 2014.

5 In Deutschland schuf die Ersetzung des Erziehungsgeldes durch ein Elterngeld, das der Philosophie einer Lohnersatzleistung folgt, eine neue Anreizstruktur. 2006 gingen nur drei Prozent der Väter in Erziehungsurlaub, 2014 aber nahmen 34 Prozent Elternurlaub, wenn auch meist nur für wenige Monate. Hintergrund: Nach skandinavischem Vorbild wird das Elterngeld für zwölf + zwei Monate gezahlt, wenn sich die Partner die Elternzeit teilen, wobei eine Beteiligung von zwei Monaten das Minimum ist. Auf vier Monate bringt es das Drittel der Väter, die Elternurlaub nehmen, im Schnitt. Näheres siehe BM-FSJ 2016, Abb. 4–1, 22 und Tab. 7–1, 96.

6 In Deutschland wenden Frauen zwischen 18 und 64 Jahren für die Fürsorge von Angehörigen mehr als doppelt so viel Zeit auf wie Männer. Quelle: Studie des Wirtschaftswissenschaftlichen Instituts der Hans Böckler Stiftung (Hobler, Dietmar et al. 2017), zit. nach: Böckler-Impuls 8/2017, 4f.

7 OECD Health Data 2017 (Table 11.17: Share of women among informal daily carers, 2015, or nearest year)

8 Nicht jedes Care-Arrangement, das sich in einer Gesellschaft mehr oder weniger urwüchsig entwickelt hat, kann als System betrachtet werden. System (altgriechisch *sýstēma* ›das Zusammengestellte, Verbundene‹) bezeichnet eine Gesamtheit von Elementen, die so miteinander verbunden sind und interagieren, dass sie als strukturierte systematische Ganzheit, ergo als Einheit angesehen werden können.

9 Zu den Details der in Europa und der OECD ausgeprägten Arrangements von Pflege und Unterstützung älterer Personen vgl. Hammer, Österle 2004, Skuban 2004, Beadle-Brown, Kozma 2007, Haberkern 2009, Haberkern, Brandt 2010, OECD 2011, European Commission 2017b sowie die im Rahmen der Publikationsreihe ›Health Systems in Transition‹ (European Observatory on Health Systems and Policies) erschienenen Länderberichte. Zur Gemeinsamkeiten und Unterschieden kommunal basierter skandinavischer Wohlfahrtsstaatlichkeit siehe Heintze 2013.

10 So sorgt in Deutschland ein Netzwerk von Strukturen dafür, dass das Versprechen auf Chancengleichheit ein leeres Versprechen bleibt und die soziale Mobilität weit geringer ist als in den skandinavischen Ländern. Besondere Bedeutung kommt bei der Reproduktion von Statushierarchien den sozialen Sicherungssystemen zu. Bei der Alterssicherung



etwa bestehen in Deutschland diverse, von ständischem Gedankengut geprägte Systeme. Zwar gibt es bei der Krankenversicherung eine weitgehende Vereinheitlichung des medizinischen Leistungskatalogs. Die Wartezeiten, die Zimmerausstattung in Krankenhäusern und anderes mehr hängt jedoch sehr an der Frage der Versicherung. Regulär privat Versicherte haben einen höheren Status als gesetzlich Versicherte. Den geringsten Status haben diejenigen, die sich als Mitglieder einer Privatversicherung dort nur noch einen Basistarif leisten können.

11 Der Staat hat hier eigene Aufgaben an Körperschaften des öffentlichen Rechts delegiert, die sich selbst verwalten. So wurde in Deutschland gegen Ende der Weimarer Republik der Auftrag, die Gesundheitsversorgung sicherzustellen, an die Korporationen von Ärzten und Krankenkassen delegiert. Obwohl diese ideologisch überhöhte Selbstverwaltung längst pervertiert ist zu einem System der Selbstbedienung, das auch die übertragenen Aufgaben nur noch schlecht erfüllt, hat sich daran im Kern nichts geändert.

12 In den ersten Jahren nach der Marktöffnung, als auf die privaten Dienstleister nur kleine Marktanteile entfielen, konnten schwedische Gemeinden zu Teilen gewisse Kostenersparnisse realisieren. Dies entfiel in dem Masse, wie grosse Pflegekonzerne und dann auch Finanzinvestoren auf den Markt drängten. Nun schlagen erhöhte Steuerungskosten negativ zu Buche. Während die Eigenleistungserbringung mit geringen Kosten für Aufsicht und Kontrolle verbunden ist, fallen die Kosten, die beim Vertragsmanagement von Fremdfirmen anfallen, viel höher aus. Dies von Anfang an, denn schon durch die Ausschreibung entstehen zusätzliche Kosten für Verwaltung, für Rechtsanwälte und eventuelle gerichtliche Auseinandersetzungen mit Konkurrentenklagen. Während des Betriebs dann kann es für Gemeinden richtig teuer werden, wenn Schlechtleistungen vorliegen, aber nicht so nachgewiesen werden können, wie es die vertraglichen Regeln vorsehen. Kaum verwunderlich gab es in Schweden etliche Skandale rund um die Versorgung demenzkranker Menschen durch kommerzielle Unternehmen. Für ein Resümee zur Studienlage siehe die Beiträge in Meagher, Szebehely (Hg.) (2013).

## Literatur

Beadle-Brown, Julie; Kozma, Agnes (Hrsg.) (2007): *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs. Report of a European Studie, Volume 3: Country Reports, Canterbury*

Borchhorst, Anette; Teigen, Mari (2015): Gleichstellungspolitik in Nordeuropa. Quotenregelungen für Eltern und Führungskräfte, in: *WSI-Mitteilungen* 68 (1), 35–42

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2016): *Väterreport 2016* (zit. als BMFSFJ 2016)

De Pietro, Carlo; Camenzind, Paul; Sturny, Isabelle; Crivelli, Luca; Edwards-Garavoglia, Suzanne; Spranger, Anne; Wittenbecher, Friedrich; Quentin, Wilm (2015): *Health System Review. Switzerland*, in: *Health Systems in Transition*, Vol. 17, No. 4 (European Observatory on Health Systems and Policies)

Destatis (2017): *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden

Esping-Andersen, Gösta (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge

Esping-Andersen, Gösta (2000): *Social Foundations of Postindustrial Societies*, Oxford

European Commission (2017a): *Gender Equality Index 2017. Measuring gender equality in the European Union 2005–2015*. Brüssel

European Commission (2017b): *Mutual information system on social protection: Social protection in the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland: Comparative tables Mutual Information System on Social Protection*

in the Member States. ([http://ec.europa.eu/employment\\_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en](http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en)) (Stand: 1. Januar 2017)

Finnish National Institute for Health and Welfare (THL) (2014): Liitetaulukko 1. Vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asiakkaat 31.12.2012 maakunnittain ja kunnittain Finnish National Institute for Health and Welfare (THL). Datenbank SATKANet: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/en/index?> (30.04.2018)

Haberkern, Klaus (2009): Pflege in Europa – Familie und Wohlfahrtsstaat. Wiesbaden

Haberkern, Klaus; Brandt, Martina (2010): Intergenerationale und professionelle Unterstützung älterer Personen in Europa, in: WSI-Mitteilungen 63 (4), 188–195

Hammer, Elisabeth; Österle, August (2004): Zur zukünftigen Pflege und Betreuung älterer Menschen. Rahmenbedingungen, Politikansätze, Entwicklungsperspektiven. Wien

Heintze, Cornelia (2006): Staat als Partner. Deutsche wohlfahrtsstaatliche Perspektiven im Lichte skandinavischer Erfahrungen, in: Beier, Angelika; Eicker-Wolf, Kai et al. (Hrsg.) (2006): Investieren, sanieren, reformieren? Die Wirtschafts- und Sozialpolitik der schwarz-roten Koalition. Marburg, 111–146

Heintze, Cornelia (2013): Die Strasse des Erfolgs: Rahmenbedingungen, Umfang und Finanzierung kommunaler Dienste im deutsch-skandinavischen Vergleich. Marburg

Heintze, Cornelia (2015, 2012): Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemässen Pflegesystem: ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland; Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Bonn (Online-Publikation: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11337.pdf>)

Heintze, Cornelia (2016a): Pflege und Altenhilfe in Skandinavien und Deutschland, Teil 1: Die wichtigsten Unterschiede der Systeme. In: Soziale Sicherheit, 65. Jg., H. 6, 239–244

Heintze, Cornelia (2016b): Pflege und Altenhilfe in Skandinavien und Deutschland, Teil 2: Finanzierung, Leistungserbringung und der Einfluss von Markt und Wettbewerb. In: Soziale Sicherheit, 65. Jg., H. 8, 301–308

Heintze, Cornelia (2017): Öffentliche Aufgabe braucht öffentliche Infrastruktur: Frauengleichstellung und der gesellschaftliche Wert öffentlich gestalteter Caredienste im deutsch-skandinavischen Vergleich, in: Häuser, A. et al. (Hrsg.) (2018): Care und die Wissenschaft vom Haushalt. Aktuelle Perspektiven der Haushaltswissenschaft. Heidelberg, 203–227

Helliwell, John; Layard, Richard; Sachs, Jeffrey (Hrsg.) (2017): World Happiness Report 2017. New York (<http://worldhappiness.report/>)

Hobler, Dietmar; Klenner, Christina; Pfahl, Svenja; Sopp, Peter; Wagner, Andrea (2017): Wer leistet unbezahlte Arbeit? Hausarbeit, Kindererziehung und Pflege im Geschlechtervergleich. Aktuelle Auswertungen auf dem WSI GenderDatenPortal ([bit.do/impuls0771](http://bit.do/impuls0771))

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik/Beobachtungsstelle für gesellschaftliche Entwicklungen in Europa (Hrsg.) (2014): (Alten)Pflegeausbildungen in Europa. Ein Vergleich von Pflegeausbildungen und der Arbeit in der Altenpflege in ausgewählten Ländern der EU. Abschlussbericht (Autorinnen: Anna Waldhausen, Birgit Sittermann-Brandsen, Letitia Matarea-Türk). Frankfurt/Main

Livingston, Gill; Sommerlad, Andrew et al. (2017): Dementia prevention, intervention, and care, in: Lancet (online: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\[17\]31363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736[17]31363-6))

Meagher, Gabrielle; Szebehely, Marta (Hrsg.) (2013): Marketisation in Nordic elder-care. A Research report on legislation, oversight, extent and consequences. Stockholm

OECD (2011): Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. Paris ([www.oecd.org/health/longtermcare/](http://www.oecd.org/health/longtermcare/)) (03.09.2011)

OECD (2017): Health at a Glance 2017. Paris

Schweden; Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare): Datenbank (nur in

schwedisch): <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/aldreomsorg> (30.04.2018)

Schweizer Bundesamt für Statistik (2018): Sozialmedizinische Betreuung in Institutionen und zu Hause 2016

Beschäftigte und Berufe im Gesundheitswesen, fortlaufend

Spitex-Statistik, fortlaufend bis 2017

Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause

Lohnstrukturerhebungen fortlaufend

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2013: Bestandsaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen. Bericht über die Resultate der Umfrage in den Kantonen (Januar–April 2013). Bern

Skuban, Ralph 2004: Pflegesicherung in Europa. Sozialpolitik im Binnenmarkt. Wiesbaden

Statistics Finland: [http://tilastokeskus.fi/til/index\\_en.html](http://tilastokeskus.fi/til/index_en.html); <http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/en/StatFin/> (30.04.2018)

Statistics Iceland: <https://www.statice.is/statistics/society/social-affairs/municipal-social-services/> (30.04.2018)

Statistics Norway (<http://www.ssb.no/en/innrapportering>) > Statistik der Care-Dienste

Gross operating expenditure municipal health and care,

Users of home-based services and residents in institutions for the elderly and disabled.

Need for assistance and kind of service

Users of home based services, by age, by kind of service; Residents in dwellings for the aged and disabled

;Health and care institutions, beds and rooms by type and ownership

Thürmann, Petra A. (2017): Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen, in: Jacobs et al., 119–129

UNICEF Office of Research (2016): Fairness for Children. A league table of inequality in child well-being in rich countries (Innocenti Report Card 13). Florence

World Economic Forum (2017): The Global Gender Gap Report 2017. Genf