

Pflegeverantwortung zwischen Familie und Staat – Ein deutsch-dänischer Vergleich

Claudia Bogedan

Zentrale Aufgaben der häuslichen Pflege werden in Deutschland privat verrichtet, also von den Angehörigen versorgungsbedürftiger Menschen geleistet. Die Situation der Pflegenden – überwiegend sind dies Frauen – spielte in der Debatte um die gerade beschlossene Reform der Pflegeversicherung kaum eine Rolle. In Dänemark ist die häusliche Pflege anders organisiert. Hier werden diese Aufgaben von den Kommunen übernommen. Welche Folgen hat die unterschiedliche Zuschreibung der Pflegeverantwortung zwischen Familien und Staat für die Gleichstellung der Geschlechter? Ist der dänische Weg geschlechtergerechter?

1

Einleitung

Die Pflege und Unterstützung älterer Menschen gilt angesichts einer insgesamt alternden Gesellschaft als neue Herausforderung des modernen Wohlfahrtsstaats. Mit der steigenden durchschnittlichen Lebenserwartung wächst auch der Anteil der über 80-Jährigen, deren Pflegebedürftigkeit statistisch gesehen besonders hoch ist (Statistisches Bundesamt 2004).

Die Furcht vor einer Kostenexplosion aufgrund dieser wachsenden Pflegebedarfe hat in Deutschland die Debatte um die Zukunft der Pflege auf das Problem der Finanzierung verengt. Unberücksichtigt bleibt dabei die nicht minder virulente Frage: Wer soll die Pflege erbringen?

Von den 2,13 Mio. Pflegebedürftigen in Deutschland werden heute mehr als zwei Drittel zu Hause versorgt. Davon wiederum werden fast 68 % durch Angehörige betreut (Statistisches Bundesamt 2007). Insgesamt steigt die absolute Zahl der Pflegebedürftigen kontinuierlich seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung (sPV). Die Repräsentativerhebung „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Pflegearrangements“ (MuG III, Schneekloth/Wahl 2005), die sich auf Daten aus dem Jahr 2002 bezieht, zeigt, dass 92 % der häuslich Gepflegten in irgendeiner Form familiale Hilfe erhielten (entweder vollständig oder ergänzend). 73 % der privat Pflegenden waren laut der MuG III-Studie weiblich. Trotz abnehmender Tendenz (1991 waren 83 % weiblich) gilt: Frauen tragen die Hauptlast der Pflegeverantwortung.

Die institutionelle wie auch kulturelle Verantwortungszuschreibung dieser priva-

ten, unbezahlten Sorgearbeit an Frauen gerät jedoch gleich von mehreren Seiten unter Druck. Erstens hat eine Modernisierung der Geschlechterrollen stattgefunden. Die steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen senkt die Pflegebereitschaft, da die Opportunitätskosten steigen („shrinking daughter-care-potential“). Zweitens leben heutzutage mehr alte Menschen allein. Drittens schrumpft die Gruppe der 30- bis 60-Jährigen, denen die zentrale Rolle bei der Versorgung der Pflegebedürftigen zufällt. Dieses abnehmende Pflegepotenzial hat Folgen für die Finanzierung, da von einem wachsenden Bedarf professioneller Pfletätigkeit ausgegangen werden kann.¹ Außerdem ist mit einer zunehmenden Unterversorgung zu rechnen (Schneekloth/Wahl 2005).

In Dänemark wurde dagegen die Defamilialisierung der Sorgeverantwortung bereits in der Phase wohlfahrtsstaatlicher Expansion nach dem Zweiten Weltkrieg verfolgt. Damit sollte die gleiche Erwerbstteilhabe von Frauen und Männern gefördert werden. Entsprechend ist in Dänemark die Frauenerwerbsquote (2005: 70,8 %, OECD 2007a) besonders hoch. Auch die Müttererwerbstätigkeit liegt deutlich höher als in Deutschland. 71,4 % der Mütter mit Kindern unter zwei Jahren sind in Dänemark erwerbstätig. In Deutschland sind es lediglich 36,1 %. Dänemark ist ebenfalls führend in Bezug auf den Anteil der über 65-Jährigen, die irgendeine Form formalisierter Haushaltsunterstützung erhalten; 2004 erhielten 21,5 % der über 65-Jährigen formale Unterstützung und Pflege in der eigenen Wohnung. In Deutschland wird der Vergleichswert mit 6,1 % angegeben (OECD 2007b).

Deutschland und Dänemark stehen daher als Fallbeispiele für divergierende Lösungen in der Pflege und Unterstützung

Älterer, die auf unterschiedlichen wohlfahrtsstaatlichen Ordnungen und Geschlechterarrangements basieren. Der Beitrag untersucht die Organisation der häuslichen Pflege in Deutschland und Dänemark und dessen Folgen für die privat Pflegenden und die Geschlechterarrangements.² Die Ausgangsthese lautet: Je stärker die Pflege an die informelle Sorge und Unterstützung durch die Familie geknüpft ist, desto schwieriger ist es, Gleichheit der Geschlechter in der Pflegeverantwortung durchzusetzen.

2

Analyserahmen einer geschlechtergerechten Pflegeorganisation

Die in der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung gebräuchliche Bildung von Idealtypen ermöglicht es, bestimmte ab-

1 Auf den Zusammenhang von sinkendem Pflegepotenzial, steigendem Bedarf nach professioneller Unterstützung und Finanzierung der sPV haben daher zwei jüngere Studien aufmerksam gemacht (Rothgang 2007; Häcker/Raffelhüschen 2007).

2 Eine umfassende Analyse der Geschlechtergerechtigkeit in der Pflegeorganisation müsste die Situation der professionell Pflegenden ebenso untersuchen wie die Situation der Pflegebedürftigen. Dies ist an dieser Stelle nicht möglich und sollte Gegenstand zukünftiger Forschung sein.

Claudia Bogedan, Wissenschaftlerin im WSI in der Hans-Böckler-Stiftung. Arbeitsschwerpunkte: Sozial- und Arbeitsmarktpolitik, vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung, Skandinavien.
e-mail: Claudia-Bogedan@boeckler.de

strakte Eigenschaften zu bündeln, die dann mit den konkreten historischen Ausprägungen verglichen werden können. Die bekannteste Typologie geht zurück auf *Gøsta Esping-Andersen* (1990), der drei Typen von Wohlfahrtsregimen benennt: den liberalen, den konservativen und den sozialdemokratischen Typus. Seine Typenbildung orientiert er am Grad der Dekommodifizierung (Unabhängigkeit vom Markteinkommen) und der erzielten Stratifikation (Generosität und Umverteilungseffekte). Der Wohlfahrtsstaat trägt demnach in unterschiedlichem Maße zum Erreichen von gesellschaftlicher Gleichheit und Einkommenssicherung bei.

Deutschland gehört nach *Esping-Andersen* (1990) zur Gruppe der konservativen Wohlfahrtsstaaten,³ die die Erwerbstätigen über das System der beitragsfinanzierten Sozialversicherung gegen die sozialen Risiken schützen. Die Ansprüche sind abhängig von Höhe (und Dauer) der Beiträge. Statusunterschiede werden in der Sozialversicherung reproduziert. Über das Subsidiaritätsprinzip wird der Familie eine starke Verantwortung bei der sozialen Sicherung zugeschrieben. *Dänemark* wurde dem sozial-demokratischen Typus zugeordnet. Diese Wohlfahrtsstaaten beruhen auf universellen Anspruchsrechten. Individuelle Risiken werden von der Gemeinschaft durch zumeist steuerfinanzierte Umverteilung getragen. Der Wohlfahrtsstaat verfolgt das Ziel sozialer Gleichheit. Umfassende soziale Dienstleistungen nehmen dabei eine Schlüsselrolle ein.

Allerdings hebt die Typologie von *Esping-Andersen* vor allem auf die monetären Transferleistungen im Wohlfahrtsstaat ab. Gerade im Pflegebereich reicht es jedoch nicht aus, allein die Kosten und Transfers zu messen (Alber 1995). Bei den personennahen Dienstleistungen in der Pflege- und Krankenversorgung ist von entscheidender Bedeutung nicht nur, wie generös die Leistungen sind und wer diese finanziert, sondern auch wer diese Leistungen erbringt. *Claus Wendt* und *Heinz Rothgang* (2007) haben daher eine Systematik zur Typisierung von Gesundheitssystemen entwickelt, die die Rolle der unterschiedlichen Wohlfahrtsproduzenten – Gesellschaft/Familie, Markt und Staat – in den drei Dimensionen Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung bzw. Steuerung analysiert. Mit Hilfe dieses Rasters soll nachfolgend die Organisation der häuslichen Pflege in Deutschland und Dänemark untersucht werden.

Ausgehend von der unterschiedlichen Aufteilung der Pflegeresponsibilität zwischen Staat, Markt und Familie können verschiedene Care-Regime in den unterschiedlichen Wohlfahrtsstaaten identifiziert werden (Chorus 2007; Bettio/Plantenga 2004). Sowohl unterschiedliche Wohlfahrtsregime als auch verschiedene Geschlechterarrangements sind für die Differenzen entscheidend. Geschlechterarrangements wurden häufig entlang einer Achse mit dem männlichen Familienernährer-Modell auf der einen und dem Zwei-Verdiener-Modell auf der anderen Seite untersucht. Das Zwei-Verdiener-Modell zielt darauf ab, Frauen in den Arbeitsmarkt zu integrieren, unter anderem durch die erweiterte staatliche Bereitstellung von Kinderbetreuungseinrichtungen, Altenpflege oder ähnlichen Institutionen, die die Erwerbstätigkeit von Frauen ermöglichen. Die Trennung zweier unterschiedlicher gesellschaftlicher Sphären wird jedoch beibehalten und die Erwerbsarbeit gegenüber der privaten Reproduktionsarbeit höher bewertet. Kritikerinnen dieser Position haben deshalb die Aufhebung dieser unterschiedlichen Bewertung und die Aufwertung der informellen Sorgearbeit gefordert. Der Staat soll über die finanzielle Unterstützung der privaten Reproduktionsarbeit die Gleichheit zwischen den Geschlechtern ermöglichen (vgl. Fraser 1994).

Die Bedeutung dieser unterschiedlichen Konzeptionen lässt sich bei der häuslichen Pflege gut verdeutlichen. Im *Zwei-Verdiener-Modell* wird die Pflegeresponsibilität an den Staat delegiert, um Frauen wie Männer in die Erwerbsarbeit zu integrieren. Oder die Sorgearbeit wird marktvermittelt, d.h. die Tätigkeiten werden beruflich und privatwirtschaftlich verrichtet. Im (männlichen) *Familienernährer-Modell* werden Sorge- und Erwerbsarbeit aufgeteilt. In der Regel übernimmt dabei die Frau die unbezahlte Pflege von Angehörigen (z.B. Eltern und Schwiegereltern), während der Mann in der Erwerbsarbeit das Familieneinkommen sichert. Im Gegensatz zu diesen beiden Extremen wird im *Integrationsmodell* (Fraser 1994) weder erwartet, dass die gesamte Betreuungsarbeit an soziale Dienste abgegeben wird, noch dass eine Trennung von Erwerbs- und Sorgearbeit notwendig ist. Manche Teile der informellen Sorgeverantwortung werden staatlich unterstützt und wie die Erwerbsarbeit in die Systeme sozialer Sicherung integriert.

In der feministischen Forschung und Diskussion hat sich das Integrationsmodell als anzustrebendes Leitbild durchgesetzt. Geschlechtergerechtigkeit in der häuslichen Pflege soll daher entlang der drei Fragestellungen untersucht werden:⁴

- Welche Rolle kommt der Familie zu in der Finanzierung, Leistungserbringung und Steuerung der häuslichen Pflege? In welchem Maße wurde die Sorgeverantwortung defamilialisiert?
- Inwiefern ist eine eigenständige ökonomische Absicherung in der Pflegeresponsibilität möglich?
- Welche Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Sorgeverantwortung und Erwerbstätigkeit wurden geschaffen?⁵

3

Häusliche Pflege in Deutschland

3.1 PFLEGEORGANISATION

Die Absicherung des Pflegerisikos über die Sozialversicherung erfolgte in Deutschland 1995 mit der Einführung der sozialen Pflegeresponsibilität (sPV). Dabei wurde die sPV organisatorisch eng an die Krankenversicherung angelehnt. Zum Versichertengruppenkreis gehören daher alle Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Privat Krankenversicherte müssen auch privat eine Pflegeresponsibilität abschließen. Bei der sPV handelt es sich nicht um eine Vollversicherung, d.h. ergänzend muss auf private Mittel oder Sozialhilfe zurückgegriffen werden. Die sogenannten „Hilfen zur Pflege“ können in Anspruch genommen werden, wenn kein Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeresponsibilität besteht oder private Alternativen fehlen.

3 Dies gilt für die ursprüngliche Eingruppierung Esping-Andersens (1990), die sich auf die 1980er Jahre bezieht. Die Typenbeschreibungen würden heute – bedingt durch die bisherigen Reformen – variieren.

4 Eine weitergehende Analyse, die die u.a. von Fraser betonte Frage der Anerkennung der Sorgearbeit stärker einbezieht, kann hier aufgrund der Kürze der Darstellung nicht geleistet werden.

5 Dabei muss allerdings die betriebliche Ebene außer Acht bleiben.

Die sPV deckt *Leistungen* im Bereich der häuslichen wie auch der stationären Pflege ab. Diese variieren in Höhe und Umfang nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit, der in drei Pflegestufen unterteilt wird (*Übersicht 1*).

Die Leistungen in der häuslichen Pflege können entweder Sachleistungen sein, die durch professionelle Pflegekräfte erbracht werden und deren Kosten bis zu einem bestimmten Betrag im Monat durch die Pflegeversicherung übernommen werden (zurzeit: 384 € Pflegestufe I, 921 € Pflegestufe II, 1.432 € Pflegestufe III). Oder es können Geldleistungen sein, (zurzeit: 205 € Pflegestufe I, 410 € Pflegestufe II, 665 € Pflegestufe III), die als Aufwandsentschädigung für die privat Pflegenden gedacht sind. Außerdem werden für die privaten Pflegepersonen Beiträge an die Rentenversicherung gezahlt (die in ihrer Höhe ebenfalls mit der Pflegestufe variieren).

Damit wird deutlich, dass die *Erbringung* der Pflegeleistungen, die die Pflegeversicherung finanziert, nicht an Fachkräfte gebunden ist. Dominant sind häusliche Pflegearrangements, die ausschließlich auf private Pflege zurückgreifen (64 %); 28 % der Pflegefälle nehmen private und professionelle Pflege in Anspruch und lediglich 8 % werden ausschließlich über professionelle Pflegekräfte (z. B. Sozialstationen) versorgt (Schneekloth/Wahl 2005).

Die *Finanzierung* der Pflege erfolgt über Beiträge. Die Ausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung lagen im ersten Halbjahr 2007 mit 9,1 Mrd. € um 1,8 % über denen des Vorjahres. Da die Einnahmen seit Jahren geringer steigen als die Ausgaben, macht die sPV Defizite. Ursachen hierfür sind vor allem die schlechte bzw. derzeit nur moderat wachsende Wirtschaftsentwicklung und der daraus resultierende zeitweise Rückgang sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Zur Milderung der Defizite wurden zum 1.1.2005 kinderlose Pflegekassenmitglieder mit einem Zusatzbeitrag von 0,25 % ihres sozialversicherungspflichtigen Einkommens belastet.

Bei der Pflegeversicherung dominiert das Prinzip der *Geldleistung*, sodass die Betroffenen weitgehend selbst wählen können, wer die Leistungen für sie erbringt. Dabei steht eine Vielzahl von Leistungserbringern zur Verfügung (Sozialstationen, Kirchen, Wohlfahrtsverbände, aber auch teilgewerbliche Anbieter). Diese plurale Struktur wirkt sich auf die *Steuerung* aus.

Übersicht 1: Stufen der Pflegebedürftigkeit

	Definition Leistungsempfänger	Häuslicher Pflegeaufwand
	Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität...	im wöchentlichen Tagesdurchschnitt...
Pflegestufe I	...für wenigstens zwei Verrichtungen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.	...mindestens 90 Minuten; davon mehr als 45 Minuten Grundpflege.
Pflegestufe II	...mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.	...mindestens drei Stunden; davon mindestens zwei Stunden Grundpflege.
Pflegestufe III	...täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.	...mindestens fünf Stunden; davon mindestens vier Stunden Grundpflege.

Quelle: Zusammenstellung der Autorin nach § 15 SGB XI.

WSI MITTEILUNGEN

Kern bleibt jedoch die familiäre Solidarität. Denn den Familien obliegt allein die Sorge für hilfebedürftige Angehörige jenseits der Pflegestufe I sowie die ergänzenden Leistungen zum „Teilkasko“-System der sPV. Außerdem lastet die Koordinationsleistung vor allem auf den Familien, da sie es sind, die die medizinische Prüfung zur Einstufung in der Pflegeversicherung veranlassen, den geeigneten Pflegedienst auswählen und notwendige ergänzende Unterstützung organisieren.

Die Pflegeversicherung steht infolgedessen seit ihrer Einführung in der Kritik (vgl. Alber/Schölkopf 1999), da eine leistungsgerechte Versorgung der Pflegebedürftigen nicht gewährleistet und die Finanzierung prekär ist. Die Leistungsmängel sowie die Defizite in der Finanzierung machen eine umfassende Reform notwendig.

3.2 PFLEGEREFORM 2008

Am 14.03.2008 hat der Bundestag die Reform der Pflegeversicherung (*Pflege-Weiterentwicklungsgesetz*, PfWG) beschlossen, die zum 1.7.2008 in Kraft treten soll.

Der Gesetzesentwurf sieht sechs zentrale Veränderungen vor:

(1) Die Anhebung des Pflegebeitrags um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95 % zur Stärkung der Einnahmen.

(2) Die Leistungen sollen durch die Erhöhung der Pflegesätze in drei Stufen verbessert werden. Ihre Anpassung soll zukünftig der Preisentwicklung folgen (Leistungsdynamisierung).

(3) Neu eingeführt wird eine unbezahlte Akut-Freistellung von 10 Tagen und eine unbezahlte Pflegezeit von sechs Monaten, die von Beschäftigten in Betrieben mit

mehr als 15 Beschäftigten in Anspruch genommen werden kann. Während der Pflegezeit können auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung von den Pflegekassen übernommen werden. Außerdem besteht in dieser Zeit ein Kündigungsschutz.

(4) Zur Verbesserung der ambulanten Versorgung können die Länder zukünftig Pflegestützpunkte einrichten.

(5) Neue Wohnformen sollen durch die Möglichkeit zur Zusammenlegung von Leistungen (sogenanntes Poolen) gefördert werden.

(6) Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen sollen unterhalb der Pflegestufe I in den Kreis der Leistungsberechtigten aufgenommen werden.

Ergänzend zu dieser Reform wurde bereits im November 2006 der „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ eingesetzt, der seine Ergebnisse im November 2008 vorlegen soll.

Hinsichtlich der Auswirkungen auf die Geschlechterverhältnisse ist vor allem die Einführung einer unbezahlten Pflegezeit relevant. Die SPD konnte sich mit ihrer Forderung nach einem Lohnersatz für die kurzzeitige Akutfreistellung (10 Tage) beim Koalitionspartner nicht durchsetzen.

3.3 GESCHLECHTERGERECHTIGKEIT

Gemäß der Pfadabhängigkeitstheorie haben die Beharrungskräfte der institutionellen Ordnung alternative Lösungsmodelle sowohl bei der Einführung der Pflegeversicherung (Alber/Schölkopf 1999) als auch

bei der jetzigen Reform verhindert. Zwar bedeutete die Einführung der sPV eine Verlagerung der Pflegerverantwortung von der Familie zum Staat, dennoch ist die familiäre Solidarität immer noch stark gefordert. Das liegt erstens an der hohen Schwelle, die die Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum Leistungszugang legt,⁶ und zweitens am „Teilkasko-Charakter“ der sPV.

Es fehlt vor allem an Unterstützung und Betreuung bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Bundesregierung 2008). Dies führt dazu, dass laut Schätzungen ca. 30 % der Altenbevölkerung (Naegele 1997) erhebliche Probleme mit einer selbstständigen Lebensführung haben. Es mangelt vor allem an hauswirtschaftlichen Hilfen, die in Deutschland nicht Teil der solidarischen Sicherung sind. Dies belastet die Familien, die diese Arbeiten informell erbringen müssen. Die Pflegenden wie die Gepflegten müssen daher erhebliche eigene Ressourcen aufwenden, sowohl zur Finanzierung als auch zur Erbringung der fehlenden Angebote. Die statische Definition von Pflegestufen kolliert in der Praxis zudem mit dem schwer kalkulierbaren, dynamischen und wenig standardisierbaren individuellen Verlauf der Pflegebedürftigkeit. Die Familie wird zur Flexibilitätsressource.

Die nun eingeführte unbezahlte Pflegezeit löst daher die Probleme der Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit (der pflegenden Angehörigen) nicht. Es bleibt ein individuelles Problem – vor allem von Frauen – Erwerbstätigkeit und Pflegeleistungen miteinander zu vereinbaren.⁷ Daten der WSI-Befragung von 2003 verdeutlichen die Vereinbarkeitsproblematik (Klenner/Pfahl 2008). Pflegende Frauen arbeiten überwiegend Teilzeit (50,4 % arbeiten zwischen 15 und 35 Stunden in der Woche)⁸, während Pflegearbeit leistende Männer eher Vollzeit erwerbstätig sind (mit 40,8 % zwischen 35 und 40 Stunden in der Woche). Damit ist eine eigenständige ökonomische Absicherung der pflegenden Angehörigen häufig nicht möglich, da auch die Leistungen der Pflegeversicherung allein kein subsistenzsicherndes Einkommen darstellen. Positiv zu bewerten sind dagegen die Beiträge zur Renten- und Unfallversicherung, die für pflegende Angehörige gezahlt werden. Weiterhin positiv zu werten ist die angestrebte Förderung alternativer Wohnformen, die zu einer Entlastung familialer Sorgeverantwortung beitragen

kann, da sie vor allem die Situation von Alleinstehenden oder Älteren, deren Kinder nicht in derselben Stadt leben, verbessert.

Damit verbleiben trotz und nach der Reform bislang noch uneingelöste Ziele:

- strukturelle Verbesserungen in der Pflegeversicherung,
- arbeitsmarktpolitische Maßnahmen, die die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbsarbeit verbessern,
- Anreize, um Pflegerverantwortung durch Männer zu befördern.

4

Häusliche Pflege in Dänemark

4.1 PFLEGEORGANISATION

Pflege ist in Dänemark eine universelle Leistung, die allein an die Wohnsitznahme in Dänemark gebunden ist. Zuständig für die Pflege sind die Kommunen. Die Pflege wie auch andere soziale Dienstleistungen, beispielsweise in der Kinderbetreuung, sind Teil des umfassenden dänischen Wohlfahrtsstaats. Insgesamt verwenden die Dänen 29 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) für den Sozialschutz. Mehr als ein Drittel dieser Ausgaben entfallen auf Ausgaben für Ältere.⁹ Die sozialen Dienstleistungen in Bildung, Gesundheit und Pflege werden überwiegend staatlich erbracht, folglich beschäftigt der öffentliche Dienst mehr als ein Drittel aller Beschäftigten (Statistics Denmark 2007). Da auch in Dänemark die Zahl der Älteren kontinuierlich steigt,¹⁰ wächst entsprechend der Bedarf an Pflegedienstleistungen, was zu einem Beschäftigungsausbau im Pflegebereich geführt hat.

Die zentralen pflegerischen Leistungen für Ältere in Dänemark sind: die häusliche Hilfe und Pflege, die ergänzende Unterstützung durch Essen auf Rädern, die Alten- und Pflegeheime sowie besondere Wohnformen („ældreboliger“) und Tageseinrichtungen für ältere Menschen, die sich nicht allein versorgen können. Aufgrund der Zuständigkeit der Kommunen variieren Art und Umfang der Leistungen von Kommune zu Kommune.

Mit der häuslichen Hilfe und Pflege (*hjemmehjælp*) wurde in Dänemark bereits 1976 ein umfassendes System der Unterstützung und Pflege Älterer geschaffen, das im Verlauf der 1980er Jahre weiter ausge-

baut wurde, um die Selbstständigkeit älterer Menschen so lange wie möglich zu fördern. Daher wurde ab dem Ende der 1980er Jahre auch der Bau von Alten- und Pflegeheimen zurückgefahren. Stattdessen wurde der altersgerechte Um- und Ausbau normaler Wohnungen sowie besonderer Wohnformen gefördert.

Die *Leistungen* der dauerhaften *hjemmehjælp* sind zugänglich für alle, die Bedarf auf Unterstützung aufgrund beeinträchtigter physischer Fähigkeiten haben. Der Bedarfsnachweis erfolgt auf individueller Basis im Kontakt mit den Kommunen. In der Regel ist eine schriftliche Begründung für den Unterstützungsbedarf ausreichend. Gemeinsam wird ein Unterstützungsplan erstellt. Die Standards dieses Verfahrens bestimmen die Kommunen jeweils selbst. Heute beziehen etwa 25 % der über 65-Jährigen irgendeine Form der Haushaltshilfe. Dazu gehören Einkaufshilfen ebenso wie Reinigung, Wäsche, Kochen, aber auch persönliche Pflege (Waschen, Ankleiden). Das Ausmaß der Unterstützung reicht von einmal im Monat bis zur 24-Stunden-Pflege. Im Schnitt sind es etwa fünf Stunden in der Woche pro Leistungsbezieher. Die Anzahl der beanspruchten Stunden liegt jedoch bei den über 80-Jährigen deutlich höher (Szebehely 2005).

Die *Leistungserbringung* liegt überwiegend bei den Kommunen selbst, zunehmend jedoch auch bei privaten Anbietern,

6 Von den ambulanten Erstbegutachtungen zur Einstufung in die Pflegeversicherung wurden 2006 32 % der Unterstützungsnehmenden als nicht pflegebedürftig beurteilt (Bundesregierung 2008).

7 73 % der Pflegenden sind weiblich. Dabei handelt es sich überwiegend um die (Ehe)Partnerinnen und Töchter (Schneekloth/Wahl 2005).

8 Relevanz entfaltet daher auch das Teilzeit- und Befristungsgesetz, welches einen gesetzlichen Anspruch auf Reduktion der Arbeitszeit für Arbeitnehmer in Betrieben über 15 Beschäftigte begründet und diese vor Benachteiligungen schützen soll.

9 Zu diesen Ausgaben gehören Rentenzahlungen ebenso wie Alten- und Pflegeheime, Tageseinrichtungen und die häusliche Hilfe und Pflege. Die gesamten Kosten im Bereich der sozialen Dienstleistungen für Ältere werden mit 170 Milliarden Kronen (ca. 22,8 Milliarden €) beziffert (Statistics Denmark 2007).

10 Von 1985 bis 2006 stieg der Anteil der über 80-Jährigen um 36 % (Statistics Denmark 2007). Der demografische Wandel fällt in Dänemark (bislang) etwas milder aus, denn die dänische Geburtenquote liegt mit 1,74 Kindern pro Frau über dem EU-Durchschnitt von 1,45. Außerdem hat in den vergangenen Jahren ein Bevölkerungswachstum stattgefunden, da mehr Menschen geboren wurden als starben.

denen mit einem Gesetz Ende der 1990er Jahre der Zugang zu Pflegedienstleistungen eröffnet wurde. Ob private Dienstleister genutzt werden, variiert erheblich zwischen den Kommunen und entsprechend der Art der Hilfen. Da nur anerkannte Anbieter Leistungen übernehmen können, bestimmen die Kommunen über den Marktzugang. Außerdem besteht für Erwerbstätige die Möglichkeit, sich freistellen zu lassen zur Pflege von Angehörigen, die unheilbar krank sind oder im Sterben liegen (*plejorlov*). Während der Freistellung kann ein Lohnersatz bei der Kommune beantragt werden in Höhe des anderthalbfachen des Krankengeldsatzes. Grundsätzlich ist dieser „Pflegeurlaub“ nicht zeitlich begrenzt. Er endet jedoch spätestens zwei Wochen nach dem Tod des gepflegten Angehörigen.

Die *Finanzierung* der Leistungen in der häuslichen Hilfe und Pflege obliegt überwiegend den Kommunen, die eigene Steuern erheben, deren Höhe von Kommune zu Kommune variiert. Seit dem Ende der 1980er Jahre erhalten sie zudem Blockzuschüsse von der nationalen Ebene. Für die Leistungsempfänger entstehen in der Regel für die *hjemmehjælp* keine Kosten – unabhängig von der Höhe ihres Einkommens.

Angesichts knapper Kassen in den meisten Wohlfahrtsstaaten überrascht, wie Dänemark diese umfassenden Dienstleistungsangebote erhalten kann. Eine detaillierte Analyse zum Zusammenhang von Wachstum, Beschäftigung und Sozialstaat ist an dieser Stelle leider nicht möglich. Von Bedeutung sind jedoch die stabile, positive Wirtschaftsentwicklung seit dem Ende der 1990er Jahre und der ausgebaute öffentliche Sektor (vgl. Kiander 2005; Heintze 2007).

4.2 PFLEGEREFORMEN

Die Reformthemen in Dänemark sind im Gegensatz zu Deutschland daher nicht mangelnde Leistungen, sondern die Qualität der Leistungen. Aufgrund des steigenden Bedarfs wird eine ungenügende Versorgung befürchtet. Dies führte unter anderem dazu, dass die 2001 frisch ins Amt gekommene Regierung unter dem Liberalen *Anders Fogh Rasmussen* die staatlichen Zuschüsse im Pflege- und Gesundheitssektor erhöhte. Damit wurde ein Ausbau der Beschäftigung ermöglicht. Ergänzend soll mit der Einführung von quasi-Märkten mehr Wettbewerb zu einer Qualitäts- und

Effizienzsteigerung beitragen. Neben dem Zugang privater, anerkannter Leistungsanbieter wurde innerhalb der Kommunen die organisatorische Trennung von Anbieter und Abnehmer („purchaser-provider-split“) gesetzlich verankert. Damit einher ging eine stärkere Standardisierung der Leistungen, d.h. vor allem wurde die Dauer einzelner Tätigkeiten in *hjemmehjælp* festgelegt. Eine im Frühjahr 2004 durchgeführte Untersuchung zeigt, dass 85 % der Kommunen diese Form der geteilten Verwaltung eingeführt hatten (vgl. Vabø 2005). Die Leistungsempfänger bewerten die Möglichkeiten der Wahlfreiheit zu mehr als einem Drittel positiv. Fast die Hälfte der Befragten (49 %) erachtet jedoch diese Möglichkeiten als nicht wichtig oder hat mit „weiß nicht“ geantwortet (Ankestyrelsen 2004). Die Fachgewerkschaft der öffentlich Beschäftigten (FTF) kritisiert die Maßnahmen, weil es in der Pflege Älterer schwer sei, die typischerweise schwankenden Bedarfe zu standardisieren.

Anfang 2007 wurden zudem in einer Strukturreform die Kommunen und Landkreise neu geordnet.¹¹ Ziel war eine Verbesserung der Leistungen für die Bürger, indem sowohl eine Dezentralisierung durch den Übertrag von Aufgaben von den Kreisen zu den Kommunen erfolgte als auch eine Zentralisierung der Aufgaben durch Zusammenlegung von Kommunen zu größeren Verwaltungsbereichen geschaffen wurde. Valide Evaluationen zur Wirkung auf die Qualität der Leistungen liegen aufgrund der Kurzfristigkeit bislang jedoch noch nicht vor.

4.3 GESCHLECHTERGERECHTIGKEIT

Der umfassende Sektor sozialer Dienstleistungen ermöglichte Frauen nicht nur die eigene Erwerbstätigkeit durch die Defamilialisierung der Sogetätigkeiten, sondern schuf zudem im öffentlichen Sektor Arbeitsplätze, die wiederum von Frauen eingenommen werden. Mehr als 50 % aller beschäftigten Frauen arbeiten im öffentlichen Sektor (Beskæftigelsesministeriet 2007). Der Ausbau öffentlicher Dienstleistungen in der Pflege wie auch in der Kinderbetreuung seit Ende der 1960er Jahre ermöglicht, dass die Sorgearbeit weitestgehend beruflich und bezahlt verrichtet wird. Die Bereitstellung vor allem der kostenfreien Haushaltshilfen und die geringe Schwelle des Leistungszugangs bei der häuslichen Pflege entlasten die Familien.

Die Dominanz der Sach- über Geldleistungen durch die von den Kommunen angebotenen sozialen Dienstleistungen hat daher in einem doppelten Sinne eine egalisierende Wirkung: *Erstens* werden Frauen, die auch in Dänemark nach wie vor die Hauptverantwortung für Haus- und Familienarbeit tragen,¹² entlastet und ihnen wird der Zugang zu einer eigenständigen, subsistenzsichernden Arbeit ermöglicht. Damit unterstützt der Staat die kontinuierliche Arbeitsmarktpartizipation Erwachsener beiderlei Geschlechts. *Zweitens* wirken die universellen, kostenfreien Leistungen ebenfalls egalisierend zwischen unterschiedlichen Einkommensgruppen.

Doch auch beruflich und bezahlt bleibt die Pflegearbeit weiblich. 95 % der hauptberuflich Pflegenden in Dänemark sind Frauen (Csonka/Boll 2000). Sie verfügen in der Regel über eine gesundheits- oder sozialberufliche Ausbildung und sind gut organisiert; 95 % der „*hjemmehjælper*“ sind Gewerkschaftsmitglieder.¹³ Frauen, die beruflich und bezahlt diese Pflegeaufgaben übernehmen, unterliegen daher dem vollen sozialen Schutz und können ein subsistenzsicherndes Einkommen erzielen. Das Grundgehalt liegt jedoch eher am unteren Ende der Lohnskala in Dänemark. Es steigtert sich mit der Seniorität und dem Verantwortungsgrad der jeweiligen Position (Csonka/Boll 2000).

Darüber hinaus existiert mit dem *plejorlov* in Dänemark ein Instrument, um die Pflege und Begleitung von Angehörigen zu ermöglichen. Positiv zu werten sind dabei die zeitliche Unbegrenztheit und die Möglichkeit, einen Lohnersatz von den Kommunen zu erhalten. Allerdings sind diese Bedingungen nur im Falle der Sterbegleitung gegeben und es wurde kein Kündigungsschutz für die freigestellten

11 Dabei wurden die 14 Kreise durch fünf Regionen mit veränderten Kompetenzen ersetzt und die bislang 271 Kommunen zu 98 Großkommunen mit erweitertem Zuständigkeitsbereich zusammengefasst.

12 Im Schnitt leisten Frauen 32,5 Stunden Erwerbsarbeit pro Woche, das liegt sechs Stunden unterhalb des Werts der Männer (Beskæftigelsesministeriet 2007).

13 Die hohe Tarifgebundenheit aller Sektoren in Dänemark hat bislang eine Niedriglohnexpansion verhindert. Geschlechtsneutral ist sie jedoch nicht. So betrug die Lohnklaff zwischen Frauen und Männern im kommunalen Sektor 15,2 % (Beskæftigelsesministeriet 2007), im Staatsdienst auf der nationalen Ebene allerdings nur 8,3 %.

Übersicht 2: Organisation der häuslichen Pflege in Deutschland und Dänemark

	Deutschland	Dänemark
Wer zahlt?	Pflegekassen (Beiträge)/ und ergänzend Familie oder Sozialkasse	Staat (Steuern)
Was?	Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung und Mobilität, <i>nicht</i> die hauswirtschaftliche Versorgung	Häusliche Hilfen und Pflege, wie Einkaufshilfen, Reinigung, Wäsche, Kochen, persönliche Pflege
Wem?	<ul style="list-style-type: none"> Mitglieder der sPV sind alle abhängig Beschäftigten und deren mitversicherte Angehörige Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität wenigstens einmal täglich für im Schnitt 90 Minuten (davon 45 min Grundpflege) der Hilfe bedürfen 	Alle Bürgerinnen und Bürger
Wer pflegt?	Ambulante Pflegedienste und Familie (oder privat hinzu gekaufte Hilfen)	Angestellte der Kommunen bzw. von der Kommune anerkannte Pflegedienste
Unter welchen Bedingungen?	<ul style="list-style-type: none"> Angestellte der Pflegedienste: beruflich und bezahlt, geringer Organisationsgrad, gering entlohnt (Altenpflegehelfer/ in 1.575–2.081 €)¹⁾ pflegenden Angehörigen Pflegegeld und Beiträge zur Renten- und Unfallversicherung 	Beruflich und bezahlt, hoher Organisationsgrad, gering entlohnt (Grundverdienst: ca. 2.145 €) ²⁾

1) www.johnspiegel.de (letzter Abruf 10.03.2008).

2) Csonka/Böll 2000.

Quelle: Zusammenstellung der Autorin.

WSI MITTEILUNGEN

Personen installiert. Auch hier zeigt sich, dass weiterhin Frauen die Pflegerverantwortung tragen: 80 % der Personen, die *plejeorlov* in Anspruch nehmen, sind weiblich (Timm 1999).

Wer in Dänemark mehr Zeit mit älteren Angehörigen oder den eigenen Kinder verbringen möchte, kann dies nur durch individuelle flexible oder reduzierende Arbeitszeitregelungen oder gar mit Aufgabe der eigenen Erwerbstätigkeit. Der Trend zeigt jedoch, dass Frauen in Dänemark länger arbeiten. Doch auch in Dänemark fehlen Anreize, um Männer verstärkt in die Sorgearbeit einzubinden.

häuslichen Pflege wirken sich strukturierend auf die Geschlechterverhältnisse aus. Während in Deutschland weite Teile der Pflegerverantwortung bei der Familie belassen wurden, hat in Dänemark der Staat diese Aufgaben übernommen. Damit wurde in Dänemark den von privater Pflegearbeit betroffenen Frauen eine eigenständige Erwerbstätigkeit ermöglicht. Dennoch ist auch das dänische Modell nicht geschlechtergerecht und entspricht nicht dem angestrebten Integrationsmodell, das auf gleichberechtigte Umverteilung aller Arbeiten zwischen den Geschlechtern und die Anerkennung und Aufwertung der Sorge- und Familienarbeit zielt.

In Dänemark ist der Arbeitsmarkt weiterhin stark segregiert. Frauen arbeiten überwiegend im kommunalen Sektor im Bereich der personennahen Dienstleistungen. Männer sind hier nur mit 23 % vertreten (Beskæftigelsesministeriet 2007). Dagegen dominieren Männer bei der Beschäftigung auf der Staatsebene (mit 55 %) und in der Privatwirtschaft (mit 63 %). Auch beruflich und bezahlt bleibt die Pflege und Betreuung von Kindern, Alten und Kranken Aufgabe von Frauen. Dies zeigt

sich auch in der Aufteilung privater Sorgearbeit. Das Elterngeld, das bis zu 52 Wochen gezahlt wird, wird zu 68,2 % von Frauen in Anspruch genommen. Und das für einen deutlich längeren Zeitraum, nämlich im Schnitt 27 Wochen gegenüber 3,6 Wochen bei den Männern (Beskæftigelsesministeriet 2007).

In Deutschland bleibt die Pflegerverantwortung ebenfalls Frauensache. Das gilt für den Bereich der beruflich bezahlten Pflegetätigkeit ebenso wie für die pflegenden Angehörigen. Angesichts des sinkenden Pflegepotenzials wird jedoch über die Bedeutung bürgerschaftlichen Engagements zur Unterstützung Älterer bei der Bewältigung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte diskutiert (Bundesregierung 2008). Aus gleichstellungs- wie arbeitsmarktpolitischer Perspektive birgt dies erhebliche Risiken. Denn eine Aufwertung der Tätigkeiten ist damit nicht verbunden. Außerdem bleiben mögliche Beschäftigungspotenziale (Heintze 2007) in diesem Bereich ungenutzt.

Eine Umsteuerung der deutschen Pflegeorganisation bleibt daher trotz der jüngsten Reform dringend geboten. *Erstens* sollte der sehr enge Leistungskatalog ad acta gelegt werden, um einerseits ein breiteres Spektrum an Leistungen in die Pflegeversicherung einzubeziehen und andererseits eine flexiblere und stärkere Differenzierung der Pflegestufen zu ermöglichen. *Zweitens* ist die Situation der häuslichen Pflege hin zu mehr Pflegefachlichkeit zu korrigieren. Dazu müssen das Konzept der Geldleistungen geprüft sowie verbindliche Versorgungsstandards implementiert und evaluiert werden. *Drittens* ist die Unterstützung von pflegenden Angehörigen, die erwerbstätig sind, zu verbessern. Die geforderte Familienfreundlichkeit der Betriebe und die staatlich gewollte bessere Vereinbarkeit müssen stärker als bisher auch die Sorge und Pflege älterer Angehöriger in den Blick nehmen. Denn bislang befürdete die Furcht vor einer – angesichts der gegenwärtigen Formen des demografischen Wandels – *schrumpfenden* Gesellschaft zwar einen Ausbau der Kinderbetreuung. Vergleichsweise wenig Beachtung findet jedoch der wachsende Unterstützungsbedarf am Ende des Lebenslaufes in einer *alternenden* Gesellschaft.

5

Fazit und Ausblick

Wie gezeigt, bestehen erhebliche Unterschiede in der Organisation der Pflege in Deutschland und Dänemark. Dies veranschaulicht zusammenfassend auch die Übersicht 2.

Die Unterschiede in der Finanzierung, Leistungserbringung und Steuerung der

LITERATUR

- Alber, J.** (1995): Soziale Dienstleistungen. Die vernachlässigte Dimension vergleichender Wohlfahrtsstaat-Forschung, in: Bentele, K./Reissert, B./Schettkat, R. (Hrsg.): Die Reformfähigkeit von Industriegesellschaften, Frankfurt a. M., S. 277–293
- Alber, J./Schölkopf, M.** (1999): Seniorenpolitik. Die soziale Lage älterer Menschen in Deutschland und Europa, Amsterdam
- Ankestyreelsen** (2004) Frit valg i ældreplejen – erfaringer fra landets kommuner, København
- Bettio, F./Plantenga, J.** (2004): Comparing Care Regimes in Europe, in: Feminist Economics 1, S. 85–113
- Beskæftigelsesministeriet** (2007): Fakta om kvinder og mænd på arbejdsmarkedet, København
- Blinkert, B./Klie, T.** (2004): Gesellschaftlicher Wandel und demografische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen, in: Sozialer Fortschritt 11/12, S. 319–325
- Bundesregierung** (2008): Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, BT-Drucksache 13/7772, Berlin
- Chorus, S.** (2007): Who Cares? Kapitalismus, Geschlechterverhältnisse und Frauenarbeiten. Regulationstheoretische Sehkorrekturen, in: Feministische Studien 2, S. 202–216
- Csonka, A./Boll, J. L.** (2000): Home Care in Denmark. The Danish National Institute of Social Research Working Paper 12, Copenhagen
- Esping-Andersen, G.** (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism, Princeton
- Fraser, N.** (1994): Die Gleichheit der Geschlechter und das Wohlfahrtsystem: Ein postindustrielles Gedankenexperiment, in: Honneth, A. (Hrsg.): Pathologien des Sozialen. Die Aufgabe der Sozialphilosophie, Frankfurt/Main, S. 351–376
- Häcker, J./Raffelhüschen, B.** (2007): Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“, in: Zeitschrift für Sozialreform 4, S. 391–422
- Heintze, C.** (2007): Der Staat als Arbeitgeber im skandinavisch-deutschen Vergleich: Empirische Befunde und theoretische Anmerkungen, Berliner Debatte Initial 3, S. 79–94
- Kiander, J.** (2005): Growth and Employment in the ‚Nordic Welfare States‘ in the 1990s: a Tale of Crisis and Revival, in: Kangas, O./Palme, J. (Hrsg.): Social Policy and Economic Development in the Nordic Countries, Houndsmill, S. 210–240
- Klenner, C./Pfahl, S.** (2008): Jenseits von Zeitnot und Karriereverzicht – Wege aus dem Arbeitszeitdilemma. Analyse der Arbeitszeiten von Müttern, Vätern und Pflegenden und Umrisse eines Konzeptes, WSI-Diskussionspapier 158, Düsseldorf
- Naegele, G.** (1997): Altern schafft Bedarf. Neue Märkte und Berufe, in: Deutsches Institut für Fernstudienforschung (DIFF) (Hrsg.): Funkkolleg Altern, Studienbrief 7, Studieneinheit 19, Tübingen, S. 4–33
- OECD** (2007a): Babies and Bosses: Reconciling Work and Family Life, Paris
- OECD** (2007b): Society at a Glance: OECD Social Indicators, Paris
- Rothgang, H.** (2007): Unterschiedliche Gestaltungs- und Finanzierungskonzepte der Pflegeversicherung, Expertise, gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, Juni
- Schneekloth, U./Wahl, H. W.** (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III), München
- Statistics Denmark** (2007): Statistical Yearbook 2007, Copenhagen
- Statistisches Bundesamt** (2004): Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, Bonn
- Statistisches Bundesamt** (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden
- Szebehely, M.** (2005): Äldreomsorger i Norden – verksamhet, forskning och statistik, in: Szebehely, M. (Hrsg.): Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt. TemaNord 2005:508, Nordiska ministerrådet, Copenhagen, S. 21–52
- Timm H.** (1999): Plejeorlov: en evaluering af plejeorlovsordningen for uheldedeligt syge og deres nærmeste. Copenhagen: Universitetshospitaleternes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning
- Vabø, M.** (2005): New Public Management i nordisk eldreomsorg - hva forskes det på?, in: Szebehely, M. (Hrsg.): Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt. TemaNord 2005:508. Nordisk Ministerråd, Copenhagen, S. 73–113
- Wendt, C./Rothgang, H.** (2007): Gesundheitssystemtypen im Vergleich. Konzeptionelle Überlegungen zur vergleichenden Analyse von Gesundheitssystemen. TranState Working Papers 61, Sfb597 „Staatlichkeit im Wandel“, Bremen