

DOI: 10.5771/0342-300X-2022-5-371

Who cares?

Langzeitpflege in Deutschland, Schweden und Italien

Das Risiko, auf Langzeitpflege angewiesen zu sein, ist ein allgemeines Lebensrisiko, das jede*n treffen kann. So werden in Deutschland derzeit bereits zwei von drei Männern und vier von fünf Frauen im Laufe ihres Lebens pflegebedürftig. Pflegebedürftigkeit stellt für Politik und Gesellschaft, für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wie auch Arbeitnehmer*innen und Arbeitgeber eine Herausforderung dar: Wie inklusiv und generös wird dieses soziale Risiko abgesichert? Wer finanziert die Pflege? Wer pflegt unter welchen Bedingungen? Wie lassen sich „gute Arbeit“ und „gute Pflege“ vereinbaren? Verschiedene Wohlfahrtssysteme beantworten diese Fragen höchst unterschiedlich, wie im Ländervergleich deutlich wird.¹

HEINZ ROTHGANG, KARIN GOTTSCHALL

1 Einleitung

Als Reaktion auf die zunehmende Bedeutung von Pflegebedürftigkeit haben bereits rund 50 Länder in der Welt ein Langzeitpflegesystem eingeführt (Fischer et al. 2022). In den meisten von ihnen wird das Risiko der Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Gesundheitssystems oder anderer sozialer Sicherungssysteme adressiert, in derzeit 18 Ländern dagegen in einem eigenständigen Sicherungssystem (Rothgang et al. 2021a). Allerdings unterscheiden sich die Systeme in der Form der Leistungserbringung, und damit auch in der Struktur der Arbeitsverhältnisse, erheblich. Das betrifft den Ort der Versorgung (eigene Häuslichkeit, Ort gemeinschaftlichen Lebens bis hin zu Pflegeheimen) ebenso wie die Leistungserbringer (Familien, Haushaltsangestellte, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen²). Arbeitsverhältnisse in der Pflege können entspre-

chend formell, d.h. mehr oder weniger den Standards eines Normalarbeitsverhältnisses entsprechend, oder aber auch informell (ohne gültigen Arbeitsvertrag oder als Scheinselbstständigkeit) gestaltet sein. Letzteres ist häufig der Fall, wenn Pflegekräfte Pflegebedürftige in deren Häuslichkeit versorgen und dort zugleich auch wohnen (sogenannte „Live-ins“) und die Pflegebedürftigen selbst oder ihre Angehörigen, d.h. also private Haushalte, als Arbeitgeber auftreten. Im Bereich der formellen Pflege ist darüber hinaus relevant, ob es sich um öffentliche, private nicht-gewinnorientierte (sogenannte non-profit) oder aber um private gewinnorientierte Arbeitgeber handelt.

Im Mittelpunkt dieses Beitrags stehen mit dem öffentlich geprägten Pflegesystem in Schweden, dem familial geprägten System in Italien und dem gemischten System in Deutschland drei unter den genannten Aspekten sehr unterschiedliche Systeme, die nicht zuletzt auch unterschiedlich gelagerte Handlungsbedarfe in Bezug auf die Bereitstellung und Qualität von Pflegedienstleistungen

1 Die diesem Beitrag zugrunde liegende Forschung wurde gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), Projektnummer 374666841 – SFB 1342. Zum Projektteam des Teilprojekts Bo7 (2018–2021) „Transnationale Dienstleistungserbringung in der Langzeitpflege zwischen West- und Osteuropa“ gehörten neben den Autor*innen dieses Beitrags (Leitung) Anna Safuta, Kristin Noack, Marlene Seiffarth und Greta-Marleen Storath. – Die ge-

nannten Angaben zur Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf entstammen der Publikation von Rothgang/Müller (2021, S. 65).

2 Hier und im Folgenden unterscheiden wir analog zur Terminologie des Sozialgesetzbuchs XI (§ 71 SGB XI) zwischen „Ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegediensten)“ und „Stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen)“.

sowie die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen der Beschäftigten generieren. Dabei repräsentieren die drei Untersuchungsländer drei verschiedene Sozialstaatstypen: den nordeuropäischen sozialdemokratischen, den kontinentalen konservativen und den mediterranen rudimentären Sozialstaatstyp (Esping-Andersen 1990; Ferrera 1996).

Im Folgenden beschreiben wir für die drei Fälle zunächst – vor dem Hintergrund des jeweiligen Langzeitpflegesystems – die vorherrschende Form der Leistungserbringung unter Berücksichtigung von Pflegekapazitäten und Pflegequalität; zugleich werden die Beschäftigungsverhältnisse und Arbeitsbedingungen sowie die Rolle von Migrant*innen beleuchtet (Abschnitt 2). In einem weiteren Schritt nehmen wir eine um Gender, Arbeitsmarkt und Migration erweiterte wohlfahrtsstaatliche Regimeperspektive ein, um die Varianzen in den Pflegesystemen und deren Dynamik zu erklären (3). Abschließend werden nationalspezifische Folgeprobleme und Handlungsbedarfe angesprochen (4).

2 Formen der Leistungserbringung bei Pflegebedürftigkeit

Die Versorgung von Pflegebedürftigen kann in unterschiedlichen Settings und durch unterschiedliche Akteure erfolgen. „Klassisch“ sind dabei zwei Arrangements: die familiäre Versorgung in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige einschließlich nachbarschaftlicher Hilfen in unentgeltlicher Form und die beruflich erbrachte Rundum-Versorgung in einem Pflegeheim. Inzwischen hat sich das Spektrum der Versorgungsmöglichkeiten in vielen Ländern aber weiter ausdifferenziert. Bezogen auf den Grad der Formalisierung der Pflege und Betreuung reicht es von rein familiärer Pflege ohne oder mit weiteren realen oder monetären Unterstützungsleistungen über Pflege unter Beteiligung von Live-ins – also in der eigenen Häuslichkeit lebenden Personen, die hauswirtschaftliche, aber in der Regel auch grundpflegerische Unterstützungsleistungen im Rahmen eines mehr oder weniger geregelten Arbeitsverhältnisses gegen Bezahlung erbringen – bis hin zu formalen Angeboten ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflegeeinrichtungen.

Für Pflegende steigt dabei mit zunehmendem Formalisierungsgrad auch die sozial- und arbeitsrechtliche Absicherung: Zwar können informelle familiäre oder nachbarschaftliche Pflegepersonen – wie beispielsweise in Deutschland – in den Sozialversicherungsschutz der Arbeitslosen-, Unfall- und Rentenversicherung einbezogen werden oder sogar, wie in Dänemark, von der Kommune angestellt werden. Wie die Situation von Live-ins in vielen westlichen Ländern jedoch zeigt, erbringen im Haushalt

der Pflegebedürftigen lebende Arbeitskräfte ihre Arbeit unter meist unregulierten Bedingungen. So werden zwar in Deutschland – insbesondere nach dem Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 29.6.2016 (Az. 5 AZR 716/15) – arbeitsrechtliche Mindeststandards gefordert, allerdings gelten diese nur für die kleine Zahl von Live-ins, die überhaupt ein formelles Arbeitsverhältnis eingegangen sind. In Österreich dagegen ist diese Versorgungsform umfassend geregelt (vgl. den Beitrag von Leiber/Österle in diesem Heft) – wenngleich noch nicht abschließend rechtlich geklärt ist, inwieweit das gewählte Konstrukt der „Selbstständigkeit“ bei Personen, die ausschließlich in einem Haushalt arbeiten, auch europarechtlich Bestand haben kann (vgl. Leiber/Rossow 2022 sowie Emunds/Kocher in diesem Heft). Demgegenüber gibt es in den meisten Ländern relativ umfassende arbeitsrechtliche Regelungen für Beschäftigte in den Pflegeberufen, die in Pflegediensten und -heimen formelle Pflege erbringen. Diese Regelungen beziehen sich auf Qualifikationsabgrenzungen, Entlohnung, (vorbehaltene) Aufgaben, aber auch den Grad der Eigenständigkeit in der Tätigkeit.

Für die im Folgenden betrachteten Länder stellen sich die vorherrschenden Pflegearrangements unterschiedlich dar.

2.1 Schweden

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit wurden in Schweden schon mit dem Sozialhilfegesetz (Socialhjälpslag) von 1956 zum 1. Januar 1957 eingeführt. Schweden ist damit eines der ersten Länder weltweit mit einem Langzeitpflegesystem (Fischer et al. 2022). Mit dem Sozialdienstleistungsgesetz (Socialtjänstlag) vom 19. 6. 1980 erlangten alle Bürger Anspruch auf steuerfinanzierte häusliche und stationäre Pflegeleistungen durch Pflegedienste und -heime, wobei die Regulierung und Finanzierung zentralstaatlich erfolgt, die Verpflichtung zur Leistungserbringung jedoch der subnationalen Ebene überantwortet wurde (Rothgang et al. 2021a, S. 71). Eine weitere Dezentralisierung erfolgte mit der sogenannten Ädel-Reform von 1992, indem die Verantwortung für die Pflegeeinrichtungen von den für das Gesundheitswesen zuständigen Regionen auf die für das Sozialwesen zuständigen 290 Gemeinden übertragen wurde (Rothgang et al. 2021b, S. 10). Nachdem der Anteil stationärer Pflege zurückgedrängt wurde, wird Langzeitpflege inzwischen überwiegend in Form formeller häuslicher Pflege erbracht. So haben 2018 rund 8,3 % aller Personen im Alter von mindestens 65 Jahren häusliche Pflegeleistungen bezogen, während rund 4,0 % dieser Altersgruppe, also knapp halb so viele Personen, in Pflegeheimen versorgt wurden (Socialstyrelsen 2019). Informelle Pflege durch An- und Zugehörige wie auch Pflegedienstleistungen durch Haushaltshilfen und Live-ins sind demgegenüber sekundär (Hobson et al. 2018).

Um die aus dem steigenden Bedarf an Langzeitpflege folgenden finanziellen Belastungen zu begrenzen, haben

die Kommunen in den letzten Jahrzehnten die Zugangsbarrieren für Leistungen der Langzeitpflege kontinuierlich erhöht. So ist der Anteil der Leistungsempfänger*innen unter den mindestens 80-Jährigen im Zeitraum von 1980 bis 2015 von 62 % auf 37 % gesunken (Stranz/Szebehely 2018). Dennoch weist Schweden in der OECD gemessen am Bruttoinlandsprodukt 2014 immer noch den zweithöchsten Ausgabenanteil für Langzeitpflege auf (Rothgang/Fischer 2019, S. 661). Entsprechend haben sich die Pflegekapazitäten insbesondere in der formellen häuslichen Pflege seit den frühen 1990er Jahren deutlich erhöht. Im Rahmen der New-Public-Management-Strategie erfolgte diese Kapazitätsausweitung insbesondere durch die Zulassung privater Pflegeanbieter im Kommunalreformgesetz (Kommunallag, 1991) und im Gesetz über das öffentliche Auftragswesen (Lag om offentlig upphandling [LOU], 1992 und 2007); auch wurde 2009 (Lag om valfrihetssystem [LOV]) die freie Wahl der Pflegeeinrichtung eingeführt.

Anders als bei den überwiegend in öffentlicher Hand befindlichen (kommunalen) Kinderbetreuungs- und Gesundheitsdiensten hat das hohe Gewicht der privaten Arbeitgeber im Zuge des Ausbaus der Pflegedienstleistungen zu einer Verschlechterung der Vertrags- und Arbeitsbedingungen und damit zu einer geringeren Attraktivität von Tätigkeiten im Pflegesektor beigetragen, sodass sich der bereits seit den 1990er Jahren konstatierte Fachkräft- und Personalmangel (Theobald 2018, S. 10f.) weiter verstärkt hat. Vor dem Hintergrund des Fehlens landesweiter Fachkraftquoten wurde dem Personalmangel vor allem durch die Einstellung von – häufig migrantischen – Pflegehilfskräften begegnet. Von den 2015 in Einrichtungen der Langzeitpflege in der Pflege eingesetzten Beschäftigten waren daher nur 10 % Pflegefachkräfte (mit einer dreijährigen akademischen Ausbildung), aber 53 % Pflegeassistentenkräfte (mit einer halbjährigen Ausbildung) und 32 % Pflegehilfskräfte (ohne formale Ausbildung) (Moberg et al. 2018). Im Ergebnis wird Altenpflege in Schweden daher häufig als gering qualifizierte Tätigkeit mit niedrigem Status und vergleichsweise niedrigen Zugangsschwellen wahrgenommen. Dieser leichte Arbeitsmarktzugang hat es ermöglicht, verstärkt weibliche wie männliche Migrant*innen für Pflegetätigkeiten zu gewinnen, sodass auch in Schweden eine „Migrantisierung“ der Pflege zu beobachten ist (Rothgang et al. 2021b, S. 11; vgl. den Beitrag von Noack/Storath in diesem Heft).

2.2 Deutschland

Auch Deutschland zählt mit der 1961 im Bundessozialhilfegesetz erfolgten Einführung einer „Hilfe zur Pflege“ als Hilfe in besonderen Lebenslagen zu den Pionieren bei der Einführung eines Pflegesicherungssystems (Fischer et al. 2022). Im Gesundheitsreformgesetz von 1988 wurden dann die zunächst vorrangig für stationäre Pflege verwendeten Sozialhilfeleistungen (Rothgang 1997, S. 216)

erstmalig durch Leistungen auch bei häuslicher Pflege ergänzt. Mit dem Pflege-Versicherungsgesetz von 1994 wurde schließlich eine „im Grundsatz alle Bürger erfassende Volksversicherung [...] in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen“ (BVerfG 2001, Rn 92): die soziale Pflegeversicherung und die private Pflegepflichtversicherung.

Auch nach Einführung der Pflegeversicherung erfolgt die Versorgung pflegebedürftiger Menschen weit überwiegend in der eigenen Häuslichkeit und hier wiederum vorrangig durch Angehörigenpflege. Lag der Anteil der in Pflegeheim versorgten Pflegebedürftigen ausweislich der Pflegestatistik bei deren erstmaliger Erhebung 1999 bei 28 %, stieg er bis ins Jahr 2005 auf 32 %, um danach wieder auf 21 % (2019) zu sinken.³ Die bemerkenswerte Stabilität der Angehörigenpflege, die angesichts eines sinkenden familialen Pflegepotenzials von vielen Experten nicht für möglich gehalten wurde (vgl. z. B. Hackmann/Moog 2010), ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass inzwischen geschätzt rund 700 000 Live-ins (Petermann et al. 2020), hauptsächlich aus Mittel- und Osteuropa, die häusliche Pflege stützen (vgl. den Beitrag von Emunds/Kocher in diesem Heft). Auch ist zu berücksichtigen, dass die beruflichen Pflegekapazitäten mit dem enormen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen nicht mithalten konnten. So ist die Zahl der Pflegebedürftigen (ohne Pflegegrad 1) allein von 2015 bis 2019 um insgesamt eine Million auf inzwischen 3,83 Mio. angestiegen (Statistisches Bundesamt 2020, S. 19).

Auch wenn der Anteil der (auch) beruflich gepflegten Pflegebedürftigen in den letzten 20 Jahren sogar zurückgegangen ist, ist deren Anzahl in diesem Zeitraum um knapp eine halbe Million (ambulante Pflege) bzw. gut eine Viertelmillion (stationäre Pflege) gestiegen. Entsprechend ist die Zahl der sozialversicherungspflichtig tätigen Altenpflegekräfte kontinuierlich – und in Relation stärker als die Gesamtbeschäftigtenzahl – gestiegen, allein von 2016 bis 2020 um rund 15 % von 536 000 auf 615 000 (BA 2021, S. 7). Einen wesentlichen Anteil daran hat die zunehmende Bedeutung von Migrant*innen in der Langzeitpflege, deren Anteil an den Beschäftigten sich allein von 2013 bis 2018 von 6,8 % auf 13,6 % verdoppelt hat (Rothgang et al. 2021b, S. 5). Gleichwohl bestehen Engpässe insbesondere bei Fachkräften fort (BA 2021, S. 18), und der kontinuierliche Pflegekräftemangel führt zu Arbeitsbedingungen, die von den Beschäftigten als sehr belastend empfunden werden (DGB-Index Gute Arbeit 2018). Weiter ist die Entlohnung für Fach- und Hilfskräfte in der Altenpflege im

3 Für eine bessere Vergleichbarkeit über die Zeit bezieht sich dieser Anteilswert nur auf die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5, da Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 in der Regel keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten hätten.

Vergleich zu allen Beschäftigten unterdurchschnittlich und liegt der Median der Bruttoeinkommen in der Altenpflege um mehr als 500 € unterhalb des Medians in der Krankenpflege (Bogai et al. 2015, S. 2); dies gilt ungeachtet der Tatsache, dass die Medianbruttoentgelte für Fach- und Hilfskräfte in der Altenpflege von 2012 bis 2019 um 28 % angestiegen sind – sehr viel stärker als die Medianentgelte aller Beschäftigten (+18 %; Carstensen et al. 2020, S. 3). Entsprechend sehen die in der Konzertierte(n) Aktion Pflege zusammenschlossenen Akteure in der Bekämpfung des Pflegenotstands die zentrale Priorität der Pflegepolitik (Bundesregierung 2019, 2021).

2.3 Italien

Erst in den 1970er Jahren wurden in Italien erstmals Pflegedienste und -heime von einigen Kommunen finanziell unterstützt (Costa 2013). Die Einführung der „Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente“ (IdA), einer steuerfinanzierten Geldleistung für Personen im Erwerbsalter mit Behinderung, markiert dann die Einführung eines landesweiten Langzeitpflegesystems (Fischer et al. 2022). Diese Leistung, die in einem Gerichtsurteil 1988 auch auf Personen im Alter von 65 und höher ausgeweitet wurde, hat sich in der Folge zum wichtigsten Element der Langzeitpflegepolitik in Italien entwickelt (ebd.; Le Bihan et al. 2019, S. 591). Der Anteil der mindestens 65-Jährigen, die IdA-Leistungen in Anspruch nehmen, stieg von 1990 bis 2015 von 5 % auf 13 % (Gori/Morciano 2019, S. 543). Während der Anteil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege von 2000 bis 2015 von 14 % auf 9 % sank, hat sich der Anteilswert für die Bezieher der IdA im gleichen Zeitraum von 51 % auf 63 % erhöht (Rothgang et al. 2021b, S. 7). Der Realwert dieser nicht-zweckgebundenen Geldleistung ist im Zeitverlauf vergleichsweise konstant geblieben und belief sich 2020 auf monatlich 520 €. Im Jahr 2016 entfielen 55 % der öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege für mindestens 65-Jährige auf die Geldleistung, 31 % auf Ausgaben des nationalen Gesundheitsdienstes, und 14 % auf Leistungen, die von den Kommunen erbracht werden (Jessoula et al. 2018, S. 14). Die Geldleistung ist damit sowohl in Bezug auf die Zahl der Leistungsempfänger als auch auf die Ausgaben die dominante Leistung im italienischen Langzeitpflegesystem.

Dementsprechend ist der formale Pflegesektor in Italien mit rund 270 000 Beschäftigten im Jahr 2016 vergleichsweise klein (ebd., S. 15).⁴ Gleichzeitig wird von mehr als einer Million privat beschäftigten Personen ausgegangen (ebd.), die Pflegebedürftige in ihrer Wohnung als Live-ins pflegen. Die zu einem hohen Anteil informelle Pflege in privaten Haushalten wie auch die Angehörigenpflege wird in Italien zugleich durch relativ großzügige Regelungen zur familialen Pflegezeit unterstützt, die sowohl kurze (in Notfällen) als auch längere berufliche Freistellungsansprüche mit einer Lohnersatzleistung und dem fortgesetzten Erwerb von Rentenansprüchen umfassen.

Für bis zu zwei Jahre werden die Lohn- und Gehaltszahlungen mit einer Lohnersatzrate von 100 % gewährt – allerdings mit einer Obergrenze von (im Jahr 2016) knapp 47 446 Euro pro Jahr (Rothgang et al. 2021b, S. 8). Die steigende Bedeutung der Live-ins wird als Reaktion auf das Zusammentreffen verschiedener Faktoren angesehen: den schwach ausgeprägten formellen Sektor, die finanziellen Möglichkeiten, die die IdA-Leistungen bieten, und die Amnestien, mittels derer der Aufenthalt insbesondere mittel- und osteuropäischer Migrant*innen jeweils nachträglich legalisiert wurde (van Hooren 2012; Da Roit/Le Bihan 2019). In Europa gilt Italien daher derzeit als das Land, bei dem der Übergang von einem Modell der Familienpflege zu einem *migrant-in-the-family model* am ausgeprägtesten zu beobachten ist (Seiffarth 2021 und in diesem Heft). Die Arbeitsbedingungen dieser Migrant*innen sind dabei hoch prekär. 58 % von ihnen sind informell beschäftigt, weisen Arbeitszeiten auf, die mit den europäischen Arbeitszeitregulierungen nicht vereinbar sind, und haben kaum Kontakt zu anderen Pflegepersonen.

2.4 Vergleich

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Generosität der Pflegesicherungssysteme in den drei untersuchten Ländern erheblich unterscheidet: So verwendet Schweden 3,5 % seines Bruttoinlandsprodukts zur Finanzierung von Pflegeleistungen, Deutschland 1,9 % und Italien 0,9 % (Rothgang/Fischer 2019, S. 651; Werte jeweils für das Jahr 2014).

Auch die Leistungserbringung und die Situation der Pflegenden stellt sich in den drei untersuchten Ländern unterschiedlich dar: Während in Schweden die formelle Pflege im Vordergrund steht, spielt diese in Italien eine untergeordnete Rolle. Deutschland hat dabei eine mittlere Position: Die Hälfte der Pflegebedürftigen nutzt formelle Pflegeeinrichtungen, bei der anderen Hälfte pflegen An- und Zugehörige, die zunehmend durch – ganz überwiegend informell – beschäftigte Live-ins unterstützt werden. Gemeinsam ist Schweden und Deutschland, dass formelle Pflege inzwischen überwiegend dezentral in der eigenen Häuslichkeit bzw. besonderen Wohnformen organisiert wird, während die relative Bedeutung von Pflegeheimen zurückgegangen ist.

Interessanterweise wird die Langzeitpflege im großzügigen schwedischen System inzwischen überwiegend durch Hilfskräfte erbracht, während mehr als die Hälfte der Pflegekräfte in der Langzeitpflege in Deutschland Fachkräfte sind. Entsprechend unterschiedlich stellt sich der Arbeitskräftemangel in der Pflege bzw. der Umgang damit in diesen beiden Ländern dar: In Schweden wur-

4 Angegeben werden rund 230 000 Personen zuzüglich knapp 30 000 Vollzeitäquivalente.

de dem Fachkräftemangel begegnet, indem verstärkt Hilfskräfte rekrutiert wurden, nicht zuletzt Personen mit Migrationshintergrund, die bereits im Lande leben. Langzeitpflege hat sich so zunehmend in ein Arbeitsmarktsegment mit niedriger Qualifikation, niedriger Bezahlung und entsprechend geringem Status entwickelt. In Deutschland zeigt sich der Pflegekräftemangel dagegen vor allem als Fachkräftemangel. Versuche, dieses Problem zu lösen, zielen daher insbesondere auf die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs – u. a. durch bessere Entlohnung, verbesserte Arbeitsbedingungen durch höhere Personalschlüssel und eine Ausbildungsreform – sowie den Versuch, gezielt Pflegefachkräfte aus dem Ausland anzuwerben. Gleichzeitig wird die Familienpflege zunehmend durch prekär beschäftigte Live-ins gestützt, die überwiegend aus Mittel- und Osteuropa kommen. Auch in Italien spielen Migrant*innen eine entscheidende Rolle. Da die Langzeitpflege weitgehend informell erfolgt, werden migrantische Arbeitskräfte in Italien vor allem von Privathaushalten beschäftigt, die zur Finanzierung dieser Hilfen auf das Pflegegeld zurückgreifen, das die dominierende Form staatlicher Leistungserbringung ist. Der hier beobachtbare Übergang von einem Familienpflegemodell zu einem Modell, bei dem die Pflege in hohem Ausmaß von migrantischen Live-ins übernommen wird, geht nur für einen Teil der Arbeitskräfte in diesem Sektor mit Arbeitsregulierung und Interessenvertretung einher (vgl. den Beitrag von Seiffarth in diesem Heft).

3 Warum unterscheiden sich die Formen der Leistungserbringung?

Fragt man nach den Gründen für die unterschiedliche Bedeutung von formeller und informeller Leistungserbringung und damit zusammenhängend auch Unterschieden in der Struktur der Arbeitskräfte und ihrer Arbeitsbedingungen, so liegt es mit Rekurs auf die vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung nahe, Unterschiede in den Gender- und Wohlfahrtsregimen der drei Länder heranzuziehen (vgl. Gottschall et al. 2022).

Kennzeichnend für den sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat ist, dass soziale Dienstleistungen formell erbracht werden, sodass die von unbezahlter Sorgearbeit „freigestellten“, in der Regel weiblichen Gesellschaftsmitglieder dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und regulär beschäftigt sind. Das damit verbundene Zweiverdiener-Modell reduziert im Gegenzug die Möglichkeiten der familialen Wohlfahrtsproduktion. Es ist daher nur folgerichtig, dass bei der Etablierung des schwedischen Pflegesicherungssystems von Anfang an auf den Ausbau formeller Pflegeeinrichtungen gesetzt wurde und auch heute überwiegend formell gepflegt wird. In Deutsch-

land und Italien war hingegen das männliche Ernährermodell (*male breadwinner model*) zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegesicherungssysteme noch normativ prägend – auch wenn es in Bezug auf die Erwerbsbeteiligung von Frauen schon erhebliche Risse bekommen hatte. So wird in § 3 SGB XI als Ziel der deutschen Pflegeversicherung formuliert: „Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.“ Ambulante Pflegedienste dienen vorrangig der Unterstützung der Familienpflege, und stationäre Pflege soll nur genutzt werden, wenn häusliche Pflege nicht mehr möglich ist. In der deutschen Pflegeversicherung wurden daher neben dem Pflegegeld noch eine Reihe weiterer Maßnahmen (von der Einbeziehung informell Pflegenden in Renten-, Unfall- und Krankenversicherung über Beratungsangebote und Pflegekurse bis hin zur Einführung von Pflegezeitregelungen) etabliert, die tatsächlich dazu geführt haben, dass noch heute mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen ohne Hinzuziehung von Pflegeeinrichtungen gepflegt wird. Im mediterranen, eher residualen Wohlfahrtsstaats-typ kommt der Familie als Wohlfahrtsproduzent eine herausragende Rolle zu, die sich im Fall der Langzeitpflege in nur gering ausgeprägten regionalen und kommunalen Pflegeeinrichtungsangeboten und einer Geldleistung als einziger landesweiter öffentlich finanzierter Sozialleistung bei Pflegebedürftigkeit manifestiert; sie wird durch weitere Regelungen, die die Angehörigenpflege ermöglichen (hier: Freistellung von erwerbstätigen Angehörigen) ergänzt. Im Ergebnis spielt formelle Pflege eine noch geringere Rolle als in Deutschland.

Mit der Betonung formeller Pflege durch öffentliche Bereitstellung von Dienstleistungen in Schweden und der Betonung von Angehörigenpflege durch Gewährleistung von Geldleistungen in Deutschland und Italien folgt das pflegepolitische Profil der drei Länder dem jeweiligen Wohlfahrts- und Genderregime. Als eher unbeabsichtigte Wirkung kann dabei angesehen werden, dass sich in Deutschland und noch ausgeprägter in Italien neben und zum Teil anstelle der politisch geförderten Angehörigenpflege in der häuslichen Pflege vorwiegend informelle Arbeitsverhältnisse etabliert haben, in denen meist migrantische, weibliche Arbeitskräfte als rund um die Uhr verfügbare Live-ins die Pflege übernehmen.

Zum Verständnis dieser Entwicklung wie auch der Unterschiede in Rekrutierungsstrategien, Arbeitskräfteprofil und Arbeitsbedingungen der Arbeitskräfte auch im formellen Sektor ist ein weiterer Blick auf das komplexe Zusammenspiel der pfadabhängigen wohlfahrtsstaatlichen Strukturen mit den jeweiligen Arbeitsmarkt- und Ausbildungsregimen und der Migrationspolitik hilfreich. So erklärt sich die Dominanz und Persistenz der häuslichen Pflege in Form eines *migrant-in-the-family model* in Italien nicht nur aus dem Fehlen öffentlicher Dienstleis-

tungen und der Pflegegeldleistung sowie einem relativ offenen Migrationsregime, welches in den letzten Jahrzehnten den Aufenthaltsstatus von bereits im Land befindlichen und erwerbstätigen Migrant*innen immer wieder legalisiert hat. Darüber hinaus spielt auch eine historisch gewachsene und institutionell gestützte „Dienstbotinnenkultur“ eine Rolle, die sich seit den 1950er Jahren auch auf die Mittelschicht ausgedehnt hat. So bilden Hausangestellte bereits seit Jahrzehnten ein etabliertes Arbeitsmarktsegment, in dem über den Zusammenschluss von Haushalten als Arbeitgeber und Hausangestelltengewerkschaften zum Teil auch sozialpartnerschaftliche Arbeitsbeziehungen greifen. Entsprechend sind ca. 40 % der Beschäftigten in Privathaushalten bei der Sozialversicherung registriert und „profitieren“ von Tarifvereinbarungen (vgl. Seiffarth in diesem Heft). Demgegenüber stehen Versuche einer arbeits- und sozialpolitischen Regulierung der lange politisch ignorierten Live-in-Pflege in Deutschland noch am Anfang (vgl. Leiber/Oesterle in diesem Heft).

Anders als in Italien ist in Schweden und Deutschland auch die formelle Dienstleistungserbringung in Form stationärer und ambulanter Pflege relevant. Betrachtet man hier die Beschäftigungsprofile, so fällt zunächst auf, dass in beiden Ländern migrantische Arbeitskräfte auch in der formellen Pflege eine wichtige Rolle spielen. Dabei handelt es sich in Schweden zu großen Teilen um bereits länger im Land lebende Geflüchtete und Asylsuchende sowie deren Familienangehörige, die in sozialdemokratischer Regimelogik über Erwerbsarbeit in die Gesellschaft integriert werden (sollen), während in Deutschland vor dem Hintergrund einer Öffnung der Migrationspolitik für Arbeitskräftezuwanderung direkte Pflegemigration und – angesichts eines als drängend wahrgenommenen Fachkräftemangels – die gezielte Anwerbung ausländischer Pflegekräfte dominieren (vgl. Noack/Storath in diesem Heft). In beiden Ländern wurde der Ausbau der Infrastruktur für Pflegedienstleistungen des Weiteren durch die Zulassung privater Anbieter bewältigt, was insbesondere im schwedischen Wohlfahrtsstaat eine Abkehr vom Primat öffentlicher Dienstleistungserbringung markiert.

Mit Blick auf die Qualifikationsprofile überrascht, dass in Schweden mit der Kommunalisierung der Pflegedienstleistungen eine gewisse Destandardisierung in den Qualifikationsanforderungen eingetreten ist, sodass nunmehr ein großer Teil der in der ambulanten Pflege Beschäftigten als Hilfs- oder Assistenzkraft tätig ist und in diesen Gruppen migrantische Arbeitskräfte dominieren (ebd.). Dies deutet auf eine weitere Durchsetzung des sozialdemokratischen Regimes mit neoliberalen Elementen hin und begünstigt im Ergebnis eine Unterschichtung des in der Vergangenheit eher egalitär strukturierten Arbeitsmarkts. Auch in Deutschland liegt der Fachkraftanteil bei den ausländischen Altenpflegekräften mit 36 % niedriger als bei den inländischen (55 %).⁵ Gleichwohl dominieren in der Altenpflege insgesamt, nicht zuletzt durch die im stationären Bereich gültige Fachkraftquote, Fachkräfte

mit dreijähriger Ausbildung. Auch die nationale Arbeitsmarkt- und Migrationspolitik richtet sich bisher vor allem auf eine gezielte Rekrutierung von ausländischen Fachkräften. Die Rückgewinnung des durchaus vorhandenen Potenzials von aus dem Feld ausgestiegenen Pflegekräften (vgl. Auffenberg et al. 2022) wird bislang noch (zu) wenig fokussiert – insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Ausbildungskapazitäten mit dem steigenden Bedarf nicht mithalten können. Mit der geplanten und in ersten Schritten bereits umgesetzten Einführung einer neuen wissenschaftlich fundierten und bedarfsorientierten Personalbemessung in der Heimpflege könnten sich die Anteile von Assistenzkräften im Verhältnis zu Fachkräften erhöhen, freilich bei einem insgesamt gesteigerten Personalbedarf (vgl. Kalwitzki/Rothgang in diesem Heft); insofern wird der Fachkräftemangel eine Herausforderung bleiben und zusätzlich die Notwendigkeit bestehen, vermehrt Assistenzkräfte zu gewinnen.

4 Fazit und Ausblick

Gemeinsam ist den drei hier betrachteten Ländern ein steigender Bedarf an Pflegedienstleistungen, der offensichtlich nicht allein durch Familienangehörige und einheimische Arbeitskräfte gedeckt werden kann, sodass (meist) weibliche migrantische Arbeitskräfte aus Osteuropa und anderen Teilen der Welt einen wesentlichen Teil dieser Sorgearbeit übernehmen. Dabei variieren die Formen der Dienstleistungserbringung mit einem öffentlich geprägten Pflegesystem in Schweden, dem familial geprägten System in Italien und dem gemischten System in Deutschland entlang einer pfadabhängigen wohlfahrtsstaatlichen Regimelogik und generieren unterschiedliche Folgeprobleme. Neben drängenden Regulierungsbedarfen bei den in Italien dominierenden und auch in Deutschland verbreiteten informellen Arbeitsverhältnissen in Privathaushalten sind auch für den formellen Pflegesektor in Schweden und Deutschland erhebliche Handlungsbedarfe zu konstatieren. So werfen die Unterschichtungstendenzen in der ambulanten Pflege in Schweden nicht nur Fragen der Gleichbehandlung von migrantischen Arbeitskräften in den unteren Statuspositionen, sondern auch der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen und Aufstiegschancen in diesem Sektor auf. Letzteres gilt auch in Deutschland, zumal hier im Pflegesektor eine Selbstregu-

5 Die Werte beziehen sich auf die Berufsgruppe 821 (Altenpflege) gemäß der Klassifikation des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2010 und entstammen einer vom Statistischen Bundesamt für das Forschungsprojekt durchgeführten Sonderauswertung für den Stichtag 30.06.2019.

lierung über Sozialpartnerschaft nur begrenzt funktioniert (vgl. den Beitrag von Schröder et al. in diesem Heft). Auch muss als offen angesehen werden, ob die bisher ergriffenen bundespolitischen Maßnahmen etwa im Bereich der Vereinheitlichung der Ausbildung, der Entlohnung und der Personalbemessung ausreichen werden, die Attraktivität des Sektors zu erhöhen. Zudem werfen die Strategien der Rekrutierung ausländischer Fachkräfte aus Ländern mit geringerer Wirtschaftskraft, die selbst Bedarf an ebendiesen Fachkräften haben, Fragen sozialer Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit auf. Hier sind politische und gesellschaftliche Antworten gefragt, die in Rechnung stellen, dass die steigenden Sorgebedarfe und die bisher von Frauen unentgeltlich geleisteten Pfl egetätigkeiten nicht einfach marktförmig ersetzt werden können, sondern im Interesse „guter Arbeit“ und „guter Pflege“ einer solidarischen gesellschaftlichen wie wohlfahrtsstaatlichen Gestaltung bedürfen. ■

LITERATUR

- Auffenberg, J. / Becka, D. / Evans, M. / Kokott, N. / Schleicher, S. / Braun, E.** (2022): „Ich pflege wieder, wenn ...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Ein Kooperationsprojekt der Arbeitnehmerkammer Bremen, des Instituts Arbeit und Technik Gelsenkirchen und der Arbeitskammer des Saarlandes, https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf (letzter Zugriff: 16. 05. 2022)
- BA (Bundesagentur für Arbeit)** (2021): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=7 (letzter Zugriff: 16. 05. 2022)
- Bogai, D. / Carstensen, J. / Seibert, H. / Wiethölder, D. / Hell, S. / Ludewig, O.** (2015): Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Studie für den Bevollmächtigten für Pflege der Bundesregierung, Nürnberg, https://www.pflegebevollmaechtigter.de/files/upload/pdfs_all_gemein/2015-01-27_Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegeberufe.pdf (letzter Zugriff: 16. 05. 2022)
- Bundesregierung** (2019): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, Berlin, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext_Stand_11.2019_3_Auflage.pdf (letzter Zugriff: 16. 05. 2022)
- Bundesregierung** (2021): Konzertierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, Berlin, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Zweiter_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_Vereinbarungen_der_Arbeitsgruppen_1_bis_5.pdf (letzter Zugriff: 16. 05. 2022)
- BVerfG (Bundesverfassungsgericht)** (2001): Leitsätze zum Urteil des Ersten Senats vom 03. April 2001 – 1 BvR 2014/95, Karlsruhe, BVerfGE 103, 197–225, https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2001/04/rs20010403_1bvr201495.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (letzter Zugriff: 16. 05. 2022)
- Carstensen, J. / Seibert, H. / Wiethölder, D.** (2020): Entgelte von Pflegekräften, Nürnberg, http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2019.pdf (letzter Zugriff: 16. 05. 2022)
- Costa, G.** (2013): Long-Term Care Italian Policies: A Case of Inertial Institutional Change, in: Ranci, C. / Pavolini, E. (Hrsg.): Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts, New York, S. 221–241
- Da Roit, B. / Le Bihan, B.** (2019): Cash for Long-term Care: Policy Debates, Visions, and Designs on the Move, in: Social Policy & Administration 53 (4), S. 519–536
- DGB-Index Gute Arbeit** (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege, <https://index-gute-arbeit.dgb.de/+ +co + +df07ee92-b1ba-11e8-b392-52540088cada> (letzter Zugriff: 11. 06. 2022)
- Esping-Andersen, G.** (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism, Princeton
- Ferrera, M.** (1996): The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe, in: Journal of European Social Policy 6 (1), S. 17–37
- Fischer, J. / Sternkopf, M. / Rothgang, H.** (2022): Historical Long-Term Care Systems Dataset (HLTCS) as Part of the Welfare State Information System (WeSIS), Bremen, Sonderforschungsbereich 1342 (nicht publizierter Datensatz)
- Gori, C. / Morciano, M.** (2019): Cash-for-care Payments in Europe: Changes in Resource Allocation, in: Social Policy & Administration 53 (4), S. 537–550
- Gottschall, K. / Noack, K. / Rothgang, H.** (2022): Dependencies of Long-Term Care Policy on East-West Migration – The Case of Germany, in: Nullmeier, F. / González de Reufels, D. / Obinger, H. (Hrsg.): International Impacts on Social Policy. Short Histories in a Global Perspective, Cham, S. 515–528
- Hackmann, T. / Moog, S.** (2010): Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage, in: Zeitschrift für Sozialreform 56 (1), S. 113–138
- Hobson, B. / Hellgren, Z. / Serrano, I.** (2018): Migrants, Markets and Domestic Work: Do Institutional Contexts Matter in the Personal Household Service Sector?, in: Journal of European Social Policy 28 (4), S. 386–401
- van Hooren, F. J.** (2012): Varieties of Migrant Care Work: Comparing Patterns of Migrant Labour in Social Care, in: Journal of European Social Policy 22 (2), S. 133–147
- Jessoula, M. / Pavolini, E. / Raitano, M. / Natili, M.** (2018): ESPN Thematic Report on Challenges in Long-term Care: Italy, Brussels, <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19853&langId=hr> (letzter Zugriff: 17. 05. 2022)
- Le Bihan, B. / Da Roit, B. / Sopadzhyan, A.** (2019): The Turn to Optional Familialism through the Market: Long-Term Care, Cash-for-care, and Caregiving Policies in Europe, in: Social Policy & Administration 53 (4), S. 579–595
- Leiber, S. / Rossow, V.** (2022): Beschäftigung von Migrantinnen in der sogenannten „24-Stunden-Betreuung“ in Privathaushalten. Expertise im Auftrag des Sachverständigenrats für Integration und Migration für das SVR-Jahresgutachten 2022, Berlin, https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/05/Leiber_Rossow_Expertise_fuer-SVR-Jahresgutachten-2022.pdf (letzter Zugriff: 17. 05. 2022)
- Moberg, L. / Blomqvist, P. / Winblad, U.** (2018): Professionalized through Audit? Care Workers and the New Audit Regime in Sweden, in: Social Policy & Administration 52 (3), S. 631–645
- Petermann, A. / Jolly, G. / Schrader, K.** (2020): Fairness und Autonomie für Betreuungspersonen in häuslicher Gemeinschaft – Ergebnisse einer empirischen Studie, in: Städler-Mach, B. / Ignatzi, H. (Hrsg.): Grauer Pflegemarkt. 24-Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte, Göttingen, S. 99–121
- Rothgang, H.** (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse, Frankfurt a. M. / New York
- Rothgang, H. / Fischer, J.** (2019): Langzeitpflege, in: Schmidt, M. G. / Obinger, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialpolitik, Berlin, S. 649–672
- Rothgang, H. / Müller, R.** (2021): BARMER Pflegereport 2021: Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 32, Berlin, <https://www.barmer.de/resource/blob/1032106/2ad4e5f56c47cb7b7e914190f9fae62f/barmer-pflegereport-2021-band-32-bifg-data.pdf> (letzter Zugriff: 17. 05. 2022)
- Rothgang, H. / Fischer, J. / Sternkopf, M. / Frisina Doetter, L.** (2021a): The Classification of Distinct Long-term Care Systems Worldwide: The Empirical Application of an Actor-centered Multidimensional Typology. SOCIUM SFB 1342: WorkingPapers 12, Bremen, <https://socialpolicydynamics.de/f/2483ea052c.pdf> (letzter Zugriff: 17. 05. 2022)
- Rothgang, H. / Gottschall, K. / Safuta, A. / Noack, K. / Seiffarth, M. / Storath, G.-M.** (2021b): Migrantization of Long-term Care Provision in Europe. A Comparative Analysis of Germany, Italy, Sweden, and Poland. SOCIUM SFB 1342: WorkingPapers 11, Bremen, <https://socialpolicydynamics.de/f/deaaa1f1d1.pdf> (letzter Zugriff: 17. 05. 2022)
- Seiffarth, M.** (2021): Crisis as Catalyst? Romanian Migrant Care Workers in Italian Home-Based Care Arrangements, in: Sociología 53 (5), S. 502–520
- Socialstyrelsen** (2019): Statistics on Care and Services for the Elderly 2018. National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen), <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-5-8.pdf> (letzter Zugriff: 17. 05. 2022)
- Statistisches Bundesamt** (2020): Pflegeestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 17. 05. 2022).

Stranz, A. / Szebehely, M. (2018): Organizational Trends Impacting on Everyday Realities: The Case of Swedish Eldercare, in: Christensen, K. / Pilling, D. (Hrsg.): The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World, Abingdon, S. 45–57

Theobald, H. (2018): Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen? Hans-Böckler-Stiftung: Study 383, Düsseldorf

AUTOR*IN

HEINZ ROTHGANG, Dr. rer. pol., Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Bremen. Forschungsschwerpunkte: Gesundheits- und Pflegesysteme, -ökonomie und -politik.

@ rothgang@uni-bremen.de

KARIN GOTTSCHALL, Dr. phil., Professorin für Soziologie an der Universität Bremen. Forschungsschwerpunkte: Arbeit, Wohlfahrtsstaat, Gender.

@ karin.gottschall@uni-bremen.de
