

Martin Abraham
Thomas Hinz (Hrsg.)

Arbeitsmarkt- SOZIOLOGIE

Probleme, Theorien,
empirische Befunde

2. Auflage



VS VERLAG FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
 Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
 Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
 <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Inhalt

1.	<i>Wozu Arbeitsmarktsoziologie?</i>	11
	<i>Martin Abraham und Thomas Hinz</i>	
2.	<i>Theorien des Arbeitsmarktes: Ein Überblick</i>	17
	<i>Thomas Hinz und Martin Abraham</i>	
2.1	Konkurrenz- und Marktmechanismen	19
2.2	Information und Präferenzen	23
2.3	Qualifikation und Wissen: Humankapital	32
2.4	Macht	40
2.5	Institutionen	46
2.6	Soziale Netzwerke	51
2.7	Arbeitsorganisationen	56
2.8	Literatur	60
3.	<i>Eintritt in den Arbeitsmarkt</i>	69
	<i>Hans Dietrich und Martin Abraham</i>	
3.1	Eintritte in den Arbeitsmarkt – Fakten, Trends und Fragen	69
3.2	Die Erstplatzierung auf dem Arbeitsmarkt: Theoretische Perspektiven	72
3.3	Empirische Befunde zum Eintritt ins Erwerbsleben	80
3.3.1	Übergänge in Erwerbstätigkeit ohne berufliche Abschlüsse	81
3.3.2	Übergänge aus betrieblicher und schulischer Berufsausbildung	82
3.3.3	Berufseinstieg nach dem Hochschulabschluss	86
3.4	Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik und ihre Wirksamkeit	88
3.5	Diskussion	91
3.6	Literatur	92
4.	<i>Mobilität im Arbeitsmarkt</i>	99
	<i>Sonja Pointner und Thomas Hinz</i>	
4.1	Berufliche Mobilität als klassisches Thema der Soziologie	99
4.2	Grundlegende Modelle	106
4.2.1	Tabellenanalyse	107
4.2.2	Pfadanalyse	111
4.2.3	Ratenmodelle	113
4.2.4	Zusammenfassung	115

1. Auflage 2005
 2. Auflage 2008

Alle Rechte vorbehalten
 © VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2008
 Lektorat: Frank Engelhardt

VS Verlag für Sozialwissenschaften ist Teil der Fachverlagsgruppe
 Science+Business Media.
www.vs-verlag.de



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede
 Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist
 ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere
 für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspei-
 cherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem
 Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche
 Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten
 wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg
 Druck und buchbinderische Verarbeitung: MercedesDruck, Berlin
 Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier
 Printed in Germany

ISBN 978-3-531-16126-6

- Trepperman, Lorne (1975): Demographic aspects of career mobility. In: Canadian Review of Sociology and Anthropology 12: 163-177.
- Troll, Lothar (2000): Die Arbeitsmittellandschaft in Deutschland im Jahre 1999. In: Dostal et al. (Hrsg.): 125-150.
- Türk, Klaus (1999): Organisation und Moderne Gesellschaft. Einige theoretische Bausteine. In: Edeling et al. (Hrsg.): 43-80.
- Voges, Wolfgang (Hrsg.) (1987): Methoden der Biographie- und Lebenslauforschung. Opladen: Leske+Budrich.
- Voß, Günter (1997): Zur Entwicklung der Arbeitszeiten in der Bundesrepublik Deutschland. In: Mitteilungen des Sonderforschungsbereich 333 „Entwicklungsperspektiven von Arbeit“: 33-58.
- Voß, Günter/Pongratz, Hans J. (1998): Der Arbeitskraftunternehmer. Eine neue Grundform der Ware Arbeitskraft? In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 50: 131-158.
- Vroom, Victor H./MacCrimmon, Ken R. (1968): Toward a stochastic model of managerial careers. In: Administrative Science Quarterly 13: 26-46.
- Wagner, Gary W./Pfeffer, Jeffrey/O'Reilly, Charles A. (1984): Organizational demography and turnover in top-management groups. In: Administrative Science Quarterly 29: 74-92.
- Warnecke, Hans-Jürgen (1992): Die Fraktale Fabrik. Revolution der Unternehmenskultur. Berlin u.a.: Springer Verlag.
- Weber, Max (1980): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. Tübingen: Mohr Siebeck [zuerst 1922].
- Weber, Max (Hrsg.) (1988): Gesammelte Aufsätze zur Soziologie und Sozialpolitik. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Weber, Max (1988): Methodologische Einleitung für die Erhebungen des Vereins für Sozialpolitik über Auslese und Anpassung (Berufswahlen und Berufsschicksal) der Arbeiterschaft in der geschlossenen Großindustrie. In: Weber (Hrsg.): 1-60.
- Weidig, Inge/Hofer, Peter/Wolff, Heimir (1999): Arbeitslandschaft 2010 nach Tätigkeiten und Tätigkeitsniveau. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 227, Nürnberg.
- Wiedemann, Eberhard et al. (Hrsg.) (1999): Die Arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitische Herausforderung in Ostdeutschland. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 223, Nürnberg.
- Williamson, Oliver E./Wachter, Michael L./Harris, Jeffrey E. (1975): Understanding the employment relation: Analysis of idiosyncratic exchange. In: Bell Journal of Economics 6: 250-278.
- Williamson, Oliver E. (1990): Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus. Unternehmen, Märkte, Kooperationen. Tübingen: Mohr Siebeck.
- White, Harrison C. (1970a): Chains of opportunity. Cambridge MA: Harvard University Press.
- White, Harrison C. (1970b): Slayers and movers. In: American Journal of Sociology 76: 307-324.
- Windzio, Michael (2001): Organisationsökologie und Arbeitsmarktmobilität im sozialen Wandel. Eine empirische Analyse am Beispiel Ostdeutschland. In: Zeitschrift für Soziologie 30: 116-134.
- Windzio, Michael (2004): Flexibilisierung der Beschäftigung durch Gründungen und Aufkösungen von Organisationen. Der Ansatz der Organisationsökologie. In: Struck/Köhler (Hrsg.): 181-198.
- Winkelmann, Rainer/Zimmermann, Klaus F. (1998): Is job stability declining in Germany? Evidence from count data models. In: Applied Economics 30: 1413-1420.
- Witzel, Andreas/Kühn, Thomas (1999): Berufsbiographische Gestaltungsmodi – Eine Typologie der Orientierungen und Handlungen beim Übergang in das Erwerbsleben. Universität Bremen, Arbeitspapiere des Sonderforschungsbereiches 186, Nr. 61, Bremen.
- Zhendorf, Lutz (1986): Macht, Einfluß, Vertrauen und Verständigung. Zum Problem der Handlungs- koordinierung in Handlungskoordinationen. In: Seltz et al. (Hrsg.): 33-56.

7. Arbeitslosigkeit

Wolfgang Ludwig-Mayerhofer¹

7.1 Arbeitslosigkeit und kein Ende?

Seit 30 Jahren veranlasst die Arbeitslosigkeit Politik und Gesellschaft zu intensiven Debatten, seit 30 Jahren wird ein nicht unbeträchtlicher Teil des Bruttoinlandsprodukts (BIP) der Bundesrepublik (derzeit etwa 50 Milliarden Euro beziehungsweise 2,5 Prozent des BIP pro Jahr, siehe OECD 2004a) für Arbeitsmarktpolitik aufgewendet, seit 30 Jahren geschieht dies ohne Erfolg. Im Gegenteil: Die Zahl der Arbeitslosen und die Arbeitslosenquote haben sich etwa alle zehn Jahre schubweise erhöht und sind auf dem jeweiligen Niveau bis zum nächsten Schub mehr oder weniger stabil verharrt – zuletzt, im Frühjahr 2005 (nach Änderung der Zählweise) bei über fünf Millionen registrierten Arbeitslosen oder etwa 12,5 Prozent der Erwerbspersonen.² Nimmt man noch die sogenannte *Stille Reserve* hinzu – dazu rechnet man einerseits Personen, die eigentlich erwerbstätig sein möchten, jedoch die Suche nach einem Arbeitsplatz wegen (vermeintlicher oder tatsächlicher) Erfolglosigkeit aufgegeben haben, andererseits Personen, die nicht als arbeitslos gezählt werden, weil sie an Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik teilnehmen – so ergibt sich ein Beschäftigungsdefizit in der Größenordnung von sechs bis sieben Millionen.

Es ist daher kein Wunder, dass seit mindestens 20 Jahren Schlagworte wie „Ende der Arbeitsgesellschaft“ und „Abschied von der Vollbeschäftigung“ die Runde machen, zumal Arbeitslosigkeit keineswegs auf die Bundesrepublik be-

¹ Thomas Hinz und Kathrin Dressel danke ich sehr für hilfreiche Kommentare zur ersten Fassung dieses Textes.

² Bei Verwendung international vergleichender Daten, etwa der DECD oder der ILO, fallen diese Zahlen wegen anderer Berechnungsweisen meist geringer aus. Beispielsweise werden häufig Personen mit geringfügiger Beschäftigung nicht als arbeitslos gezählt, auch wenn sie arbeitslos gemeldet sind. Bei der Berechnung von Arbeitslosenquoten (Arbeitslose bezogen auf Erwerbspersonen) werden im Gegensatz zur deutschen Statistik häufig im Nenner alle Erwerbstätigen und nicht nur die abhängig Beschäftigten in die Bezugsgröße einbezogen. Das ändert jedoch nichts an der Tatsache einer im Ländervergleich relativ ungünstigen Position Deutschlands.

beschränkt ist, sondern ein Problem aller modernen Marktwirtschaften³ darstellt – oder sollte man sagen: dargestellt hat? So hat erst unlängst ein prominenter Arbeitsmarktforscher argumentiert, dass man nicht von einem Arbeitslosigkeitsproblem „in Europa“ sprechen solle, weil nur vier Länder – neben der Bundesrepublik noch Frankreich, Italien und Spanien – hohe Arbeitslosigkeit aufweisen würden (Howell 2002; Nickell 2003; zu Deutschland Ganßmann 2004).⁴ Andere Länder waren entweder nie von hoher Arbeitslosigkeit betroffen (so etwa Österreich oder die Schweiz, *cum grano salis* auch Norwegen) oder haben Arbeitslosigkeit, die dem Niveau nach durchaus mit der Bundesrepublik vergleichbar war oder diese sogar übertraf, durch Arbeitsmarktpolitik wieder reduzieren können (so etwa Großbritannien, Dänemark oder die Niederlande). Nun ist damit keineswegs gesagt, dass diese Länder die Arbeitsmarktkrise ein für allemal überwunden haben, denn die jüngsten Zahlen (für 2003) liegen in vielen Ländern bereits wieder einen Prozentpunkt über jenen um die Jahrtausendwende, auf die Nickell sich bezog. Die Suche nach „Alternativen zur Vollbeschäftigung“ (Vobruha 2000) muss also bis auf Weiteres nicht abgeblasen werden, zumal andere Autoren umgekehrt argumentieren: Arbeitslosigkeit sei der Normalzustand; zu erklären gelte es vielmehr das Ausnahmephänomen der lang anhaltenden Vollbeschäftigung nach Ende des Zweiten Weltkrieges bis in die frühen 1970er Jahre (Korpi 2002). Diese kurzen Hinweise mögen den Blick dafür öffnen, dass Arbeitslosigkeit ein komplexes Phänomen ist, dem man folglich mit einfachen Erklärungen („zu starrer Arbeitsmarkt“, „Globalisierung“ oder welche Schlagworte immer man heranziehen mag) kaum gerecht werden kann.

Damit ist auch ein Dilemma dieses Beitrags umrissen: Die Forschung zu Arbeitslosigkeit ist ausufernd (Recherchen in Datenbanken führen auch bei Beschränkung auf eine einzige Fachdisziplin zu Publikationszahlen im höheren dreistelligen Bereich *pro Jahr*, und damit sind nur die wichtigsten Fachzeitschriften und Fachkongresse erfasst), doch trotz dieses Aufwandes sind die Ergebnisse nicht immer unumstritten. Dieser Beitrag kann angesichts dessen nur äußerst selektiv sein und Theorien wie empirische Befunde nicht in all ihrer

³ Die Einschränkung auf „moderne Marktwirtschaften“ wird gemacht, weil beispielsweise in vielen Ländern der Dritten Welt, in denen die große Mehrzahl der Menschen von Subsistenzwirtschaft lebt, Arbeitslosigkeit kein aussagekräftiger Indikator ist. Arbeitslosigkeit als gesellschaftliches Problem großen Maßstabs gibt es nur dort, wo die überwiegende Mehrheit der Erwerbstätigen in einem Lohnarbeitsverhältnis steht. Auch in planwirtschaftlich organisierten Ländern geben Arbeitslosigkeitszahlen üblicherweise keine Auskunft über das tatsächliche Ausmaß an Unterbeschäftigung, weil das Innehaben eines Arbeitsplatzes dort nicht zwingend bedeutet, dass die Menschen einer produktiven Tätigkeit nachgehen. Vielmehr wurden und werden Menschen häufig gerade deshalb Arbeitsplätzen zugeordnet, weil es offiziell keine Arbeitslosigkeit geben durfte/darf.

⁴ Die Aussage bezieht sich allerdings nicht auf die ehemaligen sozialistischen Staaten Mittel- und Osteuropas, die jedoch auch nicht durchgängig von Arbeitsmarktproblemen geplagt sind, sondern vielmehr sehr unterschiedliche Arbeitslosenquoten aufweisen.

Breite und Komplexität darstellen. Nicht zuletzt makroökonomische Erklärungen von Arbeitslosigkeit können hier nur skizziert, aber nicht im Detail hinsichtlich ihrer empirischen Absicherung diskutiert und auch die Arbeitsmarktpolitik kann nur in den einfachsten Grundzügen umrissen werden. Gleichzeitig darf der Zwang zur Kürze nicht dazu verleiten, Sachverhalte zu simplifizieren. Ziel dieses Beitrages kann es daher nicht sein, festes, gesichertes „Wissen“ vorzustellen, sondern eher das Offene, Unsichere, Problematische vieler Befunde und Erklärungsversuche herauszustellen. Soweit empirische Forschungsergebnisse vorgestellt werden, stehen meist solche im Zentrum, die sich auf die Bundesrepublik Deutschland beziehen; Arbeiten aus anderen Ländern können nur sehr selektiv und illustrativ herangezogen werden.

Der Beitrag ist wie folgt aufgebaut: Im folgenden Abschnitt wird ein Überblick über die wichtigsten Fragestellungen gegeben: Was sind grundlegende Annahmen über den Zusammenhang zwischen den Strukturen des Arbeitsmarktes und Arbeitslosigkeit (Abschnitt 7.2.1), über Arbeitslosigkeit auf der Ebene individueller Erwerbsverläufe (7.2.2) und über die Folgen von Arbeitslosigkeit für die Betroffenen (7.2.3)? Der anschließende dritte Abschnitt präsentiert ausgewählte Forschungsergebnisse; aus Platzgründen (und auch, weil die Forschungslage zu den Zusammenhängen zwischen Arbeitsmarktstrukturen und Arbeitslosigkeit zu unübersichtlich ist) beschränkt sich die Darstellung auf die unter 7.2.2 und 7.2.3 angesprochenen Fragestellungen. Der vierte Abschnitt stellt Grundbegriffe der Arbeitsmarktpolitik vor und skizziert die aktuellen Entwicklungen in der Bundesrepublik. Abschließend wird ein kurzes Fazit gezogen.

7.2 Theorien über Arbeitslosigkeit

7.2.1 Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit

Grundsätzlich scheint es sich bei Arbeitslosigkeit⁵ um einen einfachen Sachverhalt zu handeln, nämlich um die Nicht-Übereinstimmung von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften, genauer gesagt: um ein Angebot, das die Nachfrage übersteigt. Aus rein ökonomischer Sicht wären solche Marktungleichgewichte kein Problem, sie treten auf allen Märkten auf und werden auf (nur in der

⁵ An dieser Stelle sei terminologisch angemerkt, dass mit Arbeitslosigkeit immer das Fehlen von Erwerbsarbeit gemeint ist. Manchmal wird daher die Auffassung vertreten, dass man eigentlich von Erwerbslosigkeit sprechen sollte, da Personen, die nicht erwerbstätig sind, möglicherweise sehr viel arbeiten (zum Beispiel im Haushalt). Wenn in diesem Text dennoch aufgrund seiner allgemeinen Verbreitung der Begriff „Arbeitslosigkeit“ verwendet wird, so ist dieses *Caveat* stets zu berücksichtigen.

Theorie existierenden) „perfekten Märkten“ gemäß dem neoklassischen Modell (siehe Hinz/Abraham in diesem Band) auf einfache Weise behoben. Konkret hieße das am Beispiel von Arbeitslosigkeit: Die Arbeitslosen – die Anbieter von Arbeitskraft – suchen nach Arbeitgebern, die sie zu einem bestimmten Preis (dem angestrebten Lohn) zu beschäftigen bereit sind. Stellen sie fest, dass ein solcher Arbeitgeber nicht zu finden ist, so senken sie den Preis für ihre Arbeitskraft so lange, bis entweder ein Arbeitgeber bereit ist, sie einzustellen, oder bis ein Lohnniveau unterschritten ist, zu dem sie überhaupt bereit sind, ihre Arbeitskraft zur Verfügung zu stellen (der sogenannte *reservation wage* oder auch „Anspruchslohn“). In letzterem Fall ziehen sie sich vom Arbeitsmarkt zurück, was als Entscheidung zugunsten des damit verbundenen Gewinns an Freizeit gedeutet wird (dementsprechend spielt gerade in der Wirtschaftswissenschaft der Begriff „freiwillige Arbeitslosigkeit“ eine wichtige Rolle).

In diesem Modell kann Arbeitslosigkeit nur kurzfristiger Natur sein, etwa als friktionelle (auch Sucharbeitslosigkeit genannt, siehe Hinz/Abraham), saisonale (Schwankungen der Nachfrage der Unternehmen nach Arbeit im Jahresverlauf) oder allenfalls konjunkturelle (durch kurzfristige Wirtschaftsabschwüngen bedingte) Arbeitslosigkeit. Anhaltende Arbeitslosigkeit kann nur durch Störungen der Marktkräfte entstehen. Solche Störungen können einmal externe Schocks sein; so ist kaum von der Hand zu weisen, dass ein Auslöser für den erstmaligen deutlichen Anstieg der Arbeitslosigkeit in Deutschland wie in anderen Ländern in den Jahren 1974/75 der sogenannte Ölpreis-Schock war, eine deutliche Verteuerung des Rohöls durch die OPEC als Reaktion auf den mangelnden militärischen Erfolg arabischer Länder im Yom-Kippur-Krieg im Oktober 1973. Mehr als durch solche Schocks⁶ (auf die irgendwann wieder ein Gleichgewichtszustand folgen müsste) wird der Arbeitsmarkt, gemäß neoklassischen Annahmen dazu institutionelle, also dauerhafte Eingriffe in den „freien Markt“, gestört. Dazu gehören beispielsweise hohe Steuerlasten, hohe (erzwungene) Lohnnebenkosten (also Sozialabgaben), gesetzlich vorgeschriebene Flächentarifverträge, die einzelnen Unternehmen zu wenig Flexibilität bei den Lohnvereinbarungen lassen, und andere staatliche Eingriffe in das Marktgeschehen, unter denen vor allem der gesetzliche Kündigungsschutz genannt wird (auch gesetzliche Mindestlöhne wären ein solcher Eingriff). Die Folge all dieser Eingriffe, so die Vertreter des neoklassischen Modells, ist eine Verteuerung von Arbeitskraft über den Marktpreis hinaus, die nicht nur unmittelbar beschäftigungsfeindlich

⁶ Es sei darauf hingewiesen, dass unter „Schocks“ alle möglichen spürbaren Änderungen wirtschaftlicher Rahmenbedingungen verstanden werden können, zum Beispiel Änderungen von Wechselkursen oder von Handelsbeziehungen, zu große Steigerungen oder Restriktionen der Geldmenge durch die jeweiligen nationalen Banken (beziehungsweise jetzt in den Ländern der Währungsunion die europäische Zentralbank). Hierauf im Einzelnen einzugehen, ist im Rahmen dieses Beitrages nicht möglich.

ist, sondern auch in mittel- und längerfristiger Perspektive zur Verlagerung von Arbeitsplätzen in Länder mit niedrigeren Lohnkosten führt sowie im Inland die Unternehmen zu Produktivitätssteigerungen zwingt, durch die weitere Arbeitsplätze abgebaut werden. Als wirksame Gegenmaßnahme sieht man in dieser Theorie den Abbau von „Lohnrigiditäten“ – also eines hohen und relativ egalitären Lohnniveaus⁷ – und weitere beschäftigungshemmende Faktoren, etwa die Verringerung von Zahl oder Reichweite gesetzlicher Regelungen (sogenannte Deregulierung; häufig wird hier der Kündigungsschutz genannt) und die Senkung von Abgaben (siehe hierzu etwa Siebert 1997). Aber nicht nur staatliche Regulierung kann zu (in diesem Modell: zu) hohen Arbeitskosten (also Reallöhnen) führen, sondern beispielsweise auch ein Verhalten der Gewerkschaften, welches die Interessen der Beschäftigten an hohen Löhnen stärker berücksichtigt als die der Arbeitslosen (siehe Hinz/Abraham in diesem Band).⁸

Auch innerhalb der Ökonomie ist dieses Modell nicht unumstritten. Als *keynesianisch* bezeichnet man Theorien (in Anlehnung an den englischen Ökonomen John Maynard Keynes), die Arbeitslosigkeit vor allem auf Defizite der Güternachfrage zurückführen. Diese führen der Theorie zu Folge zu Absatzschwierigkeiten und in der Folge zu einem Beschäftigungsabbau und zu Unternehmenspleiten (mit der Folge der Vernichtung von Kapital, welches später erst mühsam wieder aufgebaut werden muss). Das beste Gegenmittel gegen Arbeitslosigkeit wie allgemein gegen Wirtschaftslauten ist danach eine Stärkung der (Binnen-)Nachfrage, so dass die Wirtschaft wieder in Schwung kommt und neue Arbeitsplätze entstehen. Die Folgerungen sind teilweise diametral jenen der reinen neoklassischen Theorie entgegengesetzt, denn zur Stärkung der Nachfrage sollte der Staat sich gerade in der Wirtschaftslaute verschulden (um selbst Investitionen zu tätigen) und ferner darauf achten, dass Löhne nicht zu stark sinken (weil dies weitere Nachfrageausfälle zur Folge hätte).

⁷ Dass das Lohnniveau in der Bundesrepublik zu hoch sei wird von vielen Seiten mit guten Argumenten bestritten. Bezieht man nämlich die Löhne auf die Produktivität – man spricht dann von den Lohnstückkosten – so liegt die Bundesrepublik nur im Mittelfeld der modernen westlichen Nationen (Lindlar/Scheremet 1998). Diese Aussage bezieht sich allerdings nur auf das durchschnittliche Lohnniveau. Das schließt nicht aus, dass bei relativ großer Lohngleichheit, wie sie in der Bundesrepublik besteht (Streeck 2000), die Löhne für manche Tätigkeiten zu hoch sind. Ob tatsächlich die Ungleichheit der Löhne (oder, wie Politiker und Wirtschaftswissenschaftler sich ausdrücken, die „Lohnspreizung“) zu gering ist, ist eine schwer (beziehungsweise wiederum nur theoretisch) zu beantwortende Frage.

⁸ Man spricht hier von der *Insider-Outsider*-Theorie (die einiges komplexer ist als hier angedeutet werden kann, siehe Lindbeck/Snowder 1988 und Hinz/Abraham in diesem Band). Wichtig ist hier auch die Frage, warum die *Outsider* nicht einfach die *Insider* durch niedrigere Lohnforderungen unterbieten können. Als Erklärung wird angeführt, dass durch die Esetzung bewährter (wenn auch teurer) durch neue (wenn auch billigere) Arbeitskräfte den Unternehmen hohe Transaktionskosten (Auswahl der geeigneten Arbeitskräfte, Einarbeitung, etc.) entstehen würden.

Beide Modelle tun sich schwer damit, das langjährige Bestehen von Arbeitslosigkeit auf hohem Niveau zu erklären. Daher versucht man in letzter Zeit, sogenannte *Hysteresis-Theorien*⁹ zu formulieren, denen zu Folge Arbeitslosigkeit nicht nur von den genannten oder weiteren Faktoren abhängt, sondern auch von früherer Arbeitslosigkeit, genauer gesagt der bisherigen *Entwicklung* der Arbeitslosigkeit. Hierfür lassen sich wieder verschiedene Erklärungen anführen, so etwa die Entwertung von Humankapital oder *Screening-Prozesse* von Arbeitgebern (siehe Abschnitt 7.2.2). Die eingangs skizzierte Entwicklung des Arbeitslosigkeitsniveaus in der Bundesrepublik spricht für solche Hysteresiseffekte: Nach einem Schock, der die Arbeitslosigkeitszahlen in die Höhe treibt, stellt sich keine Rückentwicklung auf das vorherige Niveau mehr ein, sondern die Arbeitslosigkeit verharrt mehr oder weniger auf dem neuen Niveau.

So wichtig einzelne Grundideen dieser Modelle sind, so sind sie doch insofern unbefriedigend, da sie häufig sehr allgemein formuliert sind und zu stark von den konkreten Gegebenheiten von Arbeitsmärkten abstrahieren. Beispielsweise wird immer wieder darauf hingewiesen, dass trotz hoher Arbeitslosigkeit in einzelnen Berufen ein Mangel an Arbeitskräften herrscht. Es gibt also nicht „die“ Nachfrage nach „der“ Arbeitskraft, zumal in einer Ökonomie wie der bundesdeutschen, in der die Arbeitnehmerschaft sehr stark *verberuflicht* ist – in der also die große Mehrzahl der Beschäftigten jeweils gut in einem Beruf ausgebildet ist – um den Preis relativ hoher Inflexibilität beim Wechsel in andere Tätigkeiten. Allgemeiner formuliert: Der „Faktor Arbeit“ ist nicht homogen; die Arbeitskräfte sind mit unterschiedlichem Humankapital ausgestattet, das sich nicht ohne Weiteres auf beliebige Tätigkeiten übertragen lässt. Man spricht in diesem Zusammenhang von *mismatch-Arbeitslosigkeit*, also Arbeitslosigkeit, die durch fehlende „Passung“ (*match*) zwischen der Nachfrage und dem Angebot an Arbeitskräften entsteht (häufig wird auch der Begriff „strukturelle Arbeitslosigkeit“ gebraucht). Ein wichtiges Merkmal ist zum Beispiel die Ausbildung der Arbeitskräfte; in einer stark wissensbasierten Ökonomie wie der Bundesrepublik besteht eine relativ geringe (und abnehmende, siehe Weidig et al. 1999) Nachfrage nach unqualifizierten Arbeitskräften. Das Vorhandensein oder Fehlen einer Nachfrage nach bestimmten Arbeitskräften hängt jedoch nicht nur mit rein ökonomischen Faktoren zusammen. So wird oft darauf verwiesen, dass in der Bundesrepublik die Nachfrage nach einfachen privaten Dienstleistungen im internationalen Vergleich, insbesondere im Vergleich zu den USA, sehr niedrig ist (Freeman/Schettkat 1999), und nach Auffassung mancher könnte eine Schließung dieser „Dienstleistungslücke“ das Arbeitslosigkeitsproblem der Bundesrepublik drastisch reduzieren (siehe auch Jochem/Siegel 2000). So bliebe

⁹ Statt *Hysteresis* wird manchmal auch von *Hysteresese* gesprochen.

„nur“ die Bereitschaft der Arbeitslosen zu erhöhen, für wenig Geld entsprechende Tätigkeiten auszuüben, und gleichzeitig müsste es in weiten Kreisen der wohlhabenderen Bevölkerung üblich werden, Haushaltstätigkeiten in noch viel größerem Umfang am Markt einzukaufen anstatt sie selbst zu verrichten, ein Verhalten, das etwa in den USA, sehr weit verbreitet ist. Hieran wird deutlich, dass es auch um kulturell verankerte Vorstellungen davon geht, welche Tätigkeiten von wem unter welchen Bedingungen als Erwerbstätigkeit ausgeübt beziehungsweise nachgefragt werden. Ob die Vision einer solchen „Dienstbotengesellschaft“ (Gorz 1994), wie dieses Modell in kritischer Perspektive benannt wird, wirklich wünschenswert ist, ist eine ganz andere Frage (die von jenen, die es propagieren, meist nicht gestellt wird).

Eine weitere Facette von *mismatch* ist die Tatsache, dass die Faktoren Kapital und Arbeit nicht beliebig regional mobil sind (auch wenn dies mit Blick auf Arbeitskräfte häufig gefordert wird). Dementsprechend zeigt sich ein erhebliches Maß an regionalen Unterschieden der Arbeitslosigkeit, das durch die in gewissem Umfang durchaus vorhandene regionale Mobilität nicht vollständig ausgeglichen wird. Hier ist die Diskussion in der Bundesrepublik heute von den Unterschieden zwischen West- und Ostdeutschland dominiert (zu Ostdeutschland siehe etwa Blien 2003a), wenngleich auch in Westdeutschland einzelne Städte oder Regionen durchaus mit den Verhältnissen in Ostdeutschland „mitgehalten“ können. Insgesamt bleibt jedoch festzuhalten, dass *mismatch-Arbeitslosigkeit* genau genommen keine Erklärung, sondern bestenfalls eine Diagnose darstellt, da nicht erläutert wird, *warum* es zu dem *mismatch* kommt.

Soweit Erklärungen für diesen *mismatch* versucht werden, stellen sie häufig auf die Rolle von *technischem Fortschritt* und Produktivitätssteigerungen ab. Danach werden in den modernen Dienstleistungs- oder Wissensökonomien immer mehr Arbeitsplätze mit einfachen manuellen Tätigkeiten durch moderne Technologien überflüssig. Der „Preisetzungseffekt“ technischen Fortschritts ist unbestritten, doch darf nicht übersehen werden, dass durch diesen an anderer Stelle meist Arbeitsplätze entstehen. Somit bleibt die Frage, ob diese neuen Arbeitsplätze die durch Produktivitätsfortschritte eingesparten Arbeitsplätze vollständig ersetzen (oder gar überkompensieren) können oder nicht. Lange Zeit hat man angenommen, dass der *Dienstleistungssektor* als Auffangbecken für die im industriellen Sektor freigesetzten Arbeitskräfte fungieren kann, weil Dienstleistungsarbeit in wesentlich geringerem Umfang rationalisierbar ist als Produktions-tätigkeiten: Während der Fließbandarbeiter immer mehr durch den Roboter ersetzt wird, ist dies bei Krankenpflegern oder Lehrern kaum möglich. Allerdings wurde in dieser Argumentationslinie die Frage der Kosten (sprich: Arbeitslöhne) zu wenig berücksichtigt; die Verlagerung auf Dienstleistungsarbeiten hängt auch von der Bereitschaft ab, für diese zu bezahlen (insofern ist die

oben angesprochene Möglichkeit der „Dienstbotengesellschaft“ eben auch mit der Frage nach der Entlohnung verknüpft). Tatsächlich hat die Entwicklung des Dienstleistungssektors aber ohnehin viel mit produktionsnahen Dienstleistungen zu tun (neben wissenschaftlichen Tätigkeiten etwa solche im Bereich von Vertrieb, Verkauf, Marketing, Controlling, usw.), hängt also selbst mit einem funktionierenden Produktionssektor zusammen. Gerade deshalb scheint insgesamt der schon erwähnte Trend hin zu immer höher qualifizierten Tätigkeiten unverkennbar; die Frage nach dem *mismatch* wird damit auch zu einer Frage nach den jeweiligen Systemen der Aus- und Weiterbildung, die ein Mithalten der Arbeitskräfte mit dem Wissensfortschritt ermöglichen oder eben nicht.

Die meisten bislang diskutierten Modelle gehen explizit oder implizit davon aus, dass Arbeitslosigkeit politisch und wirtschaftlich unerwünscht ist. Korpi (2002) hat dem unlängst ein Modell gegenüber gestellt, wonach Arbeitslosigkeit durchaus von politischer Seite gewünscht sein kann und auch aus der Perspektive von Unternehmen keineswegs von Nachteil ist. Korpi erklärt die zwei Jahrzehnte der Vollbeschäftigung nach dem Zweiten Weltkrieg bis zur ersten Ölkrise im Jahr 1974 dadurch, dass in den meisten Ländern auch aufgrund der Erstarkung der politischen Linken das Ziel der Vollbeschäftigung Priorität vor anderen Zielen erhalten habe (keineswegs notwendig durch eine Regierungsenteilung linker Parteien, sondern schon durch die Angst bürgerlicher Parteien vor einem zu großen Einfluss der Linken, wenn die Arbeiterschaft nicht pazifiziert würde). Schon ab dem Jahr 1970 hätten sich aber Stimmen vermehrt, die der Preisstabilität Vorrang vor Vollbeschäftigung einräumten. Die Ölkrise seien eine günstige Gelegenheit gewesen, diesem Ziel tatsächlich Priorität einzuräumen. Für die Unternehmen hätte dies einerseits zur Folge, dass die „Bezahlung“ effizient arbeitender Beschäftigter mittels entsprechend hoher Löhne, wie sie die Effizienzlohntheorie (siehe Hinz/Abraham in diesem Band) behauptet, durch die „Drohung“ mit der Entlassung (die ja nur eine Drohung ist, wenn der Entlassene aufgrund hoher Arbeitslosigkeit befürchten muss, nicht bald wieder eine Tätigkeit zu finden) erst richtig wirksam würde; gleichzeitig könnten dadurch Ansprüche der Arbeiterschaft hinsichtlich der Löhne gebremst werden. Hinter Arbeitslosigkeit stehen also Verteilungskämpfe, so Korpi, und zwar nicht nur – wie dies die *Insider-Outsider*-Theorie nahe legt – zwischen „Arbeitsplatzbesitzern“ und Arbeitslosen, sondern auch zwischen Unternehmen und Arbeiterschaft. Hierfür sprechen durchaus einige Belege: Die restriktive Geldpolitik der deutschen Bundesbank, die für die Entwicklung nach der zweiten Ölkrise 1979/80 verantwortlich gemacht wird (Schmid 2000: 41; siehe auch Howell 2002) oder die Tatsache, dass sich das Verhältnis von Löhnen und Gewinnen zu Gunsten der Gewinne verschoben hat. Das lässt sich nicht nur im Schnitt der OECD-Länder nachweisen (Korpi 2002: 408); eine detaillierte Analyse für die Bundesrepublik zeigt, „daß (vor allem seit den 1990er Jahren, eige-

ne Anmerkung) die Unternehmer bestrebt waren, ihre in den siebziger Jahren stark gesunkene Kapitalrendite wieder zu verbessern, und daher Arbeitsplätze, die den steigenden Renditeanforderungen nicht genügten, abzubauen“ (Lapp/Lehment 1997: 79). Schließlich sprechen für diese These auch Untersuchungen, denen zu Folge sich auf regionaler Ebene eine eindeutig *negative* Beziehung zwischen Arbeitslosenquote und Lohnhöhe finden lässt (für Deutschland: Blien 2003b). Diese sogenannte „Lohnkurve“, die auch in vielen anderen Ländern nachgewiesen wurde, verdeutlicht, dass dort, wo hohe Arbeitslosigkeit herrscht, niedrigere Löhne durchgesetzt werden können.

Alle diese theoretischen Modelle von Arbeitslosigkeit sind im Einzelnen umstritten. Auch die empirische Forschung hat bislang noch kaum Klärung gebracht, weil die meisten Untersuchungen nur eine begrenzte Auswahl von Einflussgrößen berücksichtigen. Auf jeden Fall ist es wichtig, die Komplexität der Zusammenhänge und vor allem die Rückkoppelungseffekte zwischen verschiedenen Größen zu beachten. Nur zwei Beispiele hierfür seien angeführt:

(1) Innerer wieder wird behauptet, dass Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik durch die Verlagerung von Arbeitsplätzen in Billiglohnländer als Folge zu hoher Löhne im Inland (mit-)verursacht wird. Kurzfristig gesehen, etwa mit Blick auf die Schließung eines Werkes (oder die Nicht-Eröffnung eines neuen Werkes im Inland zu Gunsten einer Errichtung im Ausland), ist dies sicher richtig, aber in einer umfassenden Betrachtung muss berücksichtigt werden, dass diese Verlagerung gesamtwirtschaftlich positive Rückwirkungen auf den Arbeitsmarkt haben kann, gerade bei einem stark export-orientierten Land wie der Bundesrepublik. So werden in dem Billiglohnländ zusätzliche Einkommen erzeugt, die den Export von Gütern in dieses Land stimulieren können. Ferner können die im Billiglohnländ kostengünstig produzierten Vorprodukte, importiert und in – im Inland hergestellte – Endprodukte integriert werden, diese Endprodukte billiger machen und dadurch wiederum ihren Absatz – auch in anderen Ländern – fördern und so zu neuen Arbeitsplätzen im Inland beitragen. Damit soll nicht behauptet werden, dass solche Effekte durchgängig auftreten. Empirische Studien zeigen, dass die Wirkungen durchaus branchenabhängig sind. Aber jedenfalls sind die Wirkungszusammenhänge zwischen Verlagerung von Arbeitsplätzen und inländischem Arbeitsmarkt weit komplexer als die simple Gleichsetzung „Arbeitsplatzverlagerung = Arbeitsplatzverlust“ annimmt.

(2) Häufig wird auf die USA als Vorbild verwiesen, wo es gelungen sei, in den turbulenten Änderungen seit 1975 Arbeitslosigkeit unter dem Level der europäischen Länder zu halten. Dies wird meist mit den besonders liberalen Regeln des dortigen Arbeitsmarktes erklärt. Aber: Einerseits wurde die Arbeitslosenquote in den USA gerade in jüngster Zeit dadurch auf einem relativ geringen Niveau gehalten, dass etwa zwei Prozent der Erwerbsbevölkerung im Strafvollzug sitzen (Western/Beckett 1998).¹⁰ Andererseits betrug die Arbeitslosigkeit in den USA bereits in den Jahren 1955 bis 1970, als in Europa Vollbeschäftigung mit Arbeitslosenquoten von unter einem Prozent herrschte, zwischen vier und sieben Prozent (Korpi 2002: 398). Offensichtlich hat in dieser Zeit die starke Regulierung des Arbeitsmarktes den europäischen Ländern nicht geschadet. Unterstützt wird diese Auffassung noch durch den Hinweis, dass in Österreich, der

¹⁰ Selbstverständlich wird nicht behauptet, dass die massive Kriminalisierung mit dem Ziel oder der Absicht erfolge, die Arbeitslosigkeit zu reduzieren.

Schweiz, Schweden und Finnland die Arbeitslosigkeit überhaupt erst in den 1990er Jahren anstieg – Länder, die größtenteils sehr hohe Regulierung aufweisen (ehd.; siehe auch Nickel 1997). Ebenso hat mitunter bis hohe Regulierung nicht verhindert, dass in Ländern wie den Niederlanden, Irland oder Portugal die Arbeitslosigkeit in den letzten Jahren drastisch reduziert wurde und inzwischen auch unter der Arbeitslosenquote der USA liegt. Auch die OECD kam in einer Studie zu dem Schluss, dass zum Beispiel Kündigungsschutzregelungen keinen oder allenfalls einen geringen Effekt auf die Arbeitslosigkeit haben (siehe Armingeon 2003: 160 ff.). Auch die bisherigen Erfahrungen in der Bundesrepublik mit Lockerungen des Kündigungsschutzes beziehungsweise mit der Erleichterung der Möglichkeit, Beschäftigungsverhältnisse zu beenden, lassen nicht den Schluss zu, dass davon nennenswerte Beschäftigungserweiterungen zu erwarten sind (Keller/Seifert 1998). Das hat auch damit zu tun, dass – entgegen vielfach geäußerten Behauptungen – die Kündigungsschutzregelungen keinesfalls die Entlassung von Arbeitnehmern verhindern. Sie führen faktisch nur dazu, dass bei Kündigungen (sofern diese nicht ohnehin durch die bestehenden Gesetze gedeckt sind, was häufig der Fall ist) Abfindungen gezahlt werden müssen. Der Kündigungsschutz ist nichts anderes als ein Faktor, der sich auf die Lohnhöhe auswirkt.

Auf eine wichtige Größe, die bislang gar nicht berücksichtigt wurde, kann hier nur sehr kurz eingegangen werden: das Angebot an Arbeitskräften. In nicht wenigen Ländern, in denen in den 1990er Jahren die Arbeitslosigkeit deutlich stieg, ging die Zahl der Arbeitsplätze nicht oder kaum zurück und in der Hälfte der Länder stieg sie sogar; entscheidend für die Arbeitslosigkeit wäre danach vor allem der Zuwachs der Erwerbsbevölkerung (Armingeon 2003: 158 f.). Das mag in dynamischer Perspektive zutreffen (auch der Anstieg der Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik um 1983/1984 hatte mit einer Zunahme des Arbeitskräfteangebots zu tun), doch darf dies nicht zu dem Schluss führen, dass eine hohe Erwerbsbeteiligung grundsätzlich schlecht für den Arbeitsmarkt ist. Tendenziell scheint eher das Gegenteil zuzutreffen: Viele Länder, die (derzeit) eher niedrige Arbeitslosenquoten aufweisen, haben gleichzeitig eine hohe Erwerbsbeteiligung (nur als Beispiel: Schweiz 78 Prozent, Norwegen 76 Prozent, Dänemark 75 Prozent, erst an neunter Stelle unter den OECD-Ländern die USA mit 71 Prozent). Die eingangs genannten vier „Problemländer“ liegen allesamt im Spektrum einer gerade noch mittleren (Deutschland: 65 Prozent, Frankreich 62 Prozent, Spanien: 61 Prozent) bis niedrigen (Italien 56 Prozent) Erwerbsbeteiligung (alle Zahlen bezogen auf 2001 nach OECD 2004b). Neben vielen anderen Faktoren spielt hier sicherlich eine Rolle, dass ein hoher Grad an Nichtbeschäftigung teuer ist: Die Kosten für die – gerade in Deutschland in den 1990er Jahren massiv eingesetzten – Vorruhestandsregelungen treiben Steuern und Lohnnebenkosten nach oben, verteuern also den Faktor Arbeit (Esping-Andersen 1996a).

7.2.2 Arbeitslosigkeit im Erwerbsverlauf

Die öffentliche Betonung der Arbeitslosenquoten und der absoluten Zahlen von Arbeitslosen kann den Eindruck nahe legen, es gäbe zwei dauerhaft geschiedene Gruppen von Erwerbspersonen, „die“ Beschäftigten und „die“ Arbeitslosen. Solche Vorstellungen waren insbesondere in den 1980er Jahren verbreitet, als man mit Schlagworten wie „Neue Armut“ oder „Zwei-Drittel-Gesellschaft“ die Existenz einer dauerhaft in „Arbeitsplatzbesitzer“ und Arbeitslose gespaltenen Gesellschaft annahm. Tatsächlich war zu dieser Zeit eine solche Vorstellung weitgehend unzutreffend, wenngleich sie heute schon eher gültig sein mag, zumindest in manchen Regionen Ostdeutschlands. Dennoch gilt auch heute, dass hinter den in der Öffentlichkeit wahrgenommenen Bestandszahlen ganz andere Stromgrößen stehen: Alleine in einem einzigen Jahr werden deutlich mehr Personen arbeitslos, als es den Bestandszahlen entspricht, jedoch verlässt auch ein großer Teil dieser Personen die Arbeitslosigkeit wieder (wenn auch nicht immer in Richtung Beschäftigung, sondern auch in (Aus- oder Weiter-)Bildung, vorübergehenden oder endgültigen Austritt aus dem Arbeitsmarkt). Während des Jahres 2002 meldeten sich zum Beispiel in Westdeutschland fast fünf und in Ostdeutschland 2,5 Millionen Menschen arbeitslos und 4,75 beziehungsweise 2,4 Millionen verließen die Arbeitslosigkeit (Statistisches Bundesamt 2004: 110 f.); die durchschnittlichen Bestandszahlen betragen in diesem Jahr 2,5 Millionen (West) und 1,5 Millionen (Ost).¹¹ Dieser Befund ist keineswegs trivial: Über längere Zeiträume gesehen sind weitaus mehr Menschen von Arbeitslosigkeit betroffen, als die Bestandszahlen nahe legen. Für die Mehrzahl dieser Menschen führt aber Arbeitslosigkeit nicht zu einem dauerhaften Ausschluss vom Arbeitsmarkt.

Es muss also unterschieden werden zwischen dem Risiko, arbeitslos zu werden, und dem Risiko, es zu bleiben. Diese Risiken können sich bei verschiedenen sozialen Gruppen durchaus deutlich unterscheiden. Beispielsweise haben Jugendliche in Deutschland ein hohes Risiko, in der Phase des Berufseinstiegs arbeitslos zu werden, jedoch finden sie meist schnell eine neue Beschäftigung, so dass sich die Jugendarbeitslosigkeit in Deutschland im internationalen Vergleich eher günstig gestaltet.¹² Umgekehrt sind in Deutschland ältere Arbeitnehmer relativ gut vor Entlassungen geschützt (nicht zuletzt deshalb, weil die

¹¹ In anderen Ländern übersteigt die Zahl der pro Jahr arbeitslos werdenden Personen die Bestandszahlen noch viel deutlicher. Dabei handelt es sich nicht nur um Länder wie die USA mit einer bekanntlich kurzen durchschnittlichen Arbeitslosigkeitsdauer, sondern auch Österreich oder die Schweiz (dazu Schmid 2000: 4).

¹² Negativbeispiel sind die südeuropäischen Länder, vorrangig Italien und Spanien, wo der Arbeitsmarkteintritt von Jugendlichen äußerst schwierig ist.

Abfindungen, die bei Entlassungen üblicherweise gezahlt werden müssen, sehr stark von der Beschäftigungsdauer abhängen). Sind sie jedoch einmal arbeitslos, so haben sie äußerste Schwierigkeiten, wieder eine Beschäftigung zu finden¹³ und nur die Tatsache, dass der deutsche Sozialstaat lange einen recht frühen Übergang in den (Vor-)Ruhestand ermöglicht hat,¹⁴ hat verhindert, dass die ohnehin überdurchschnittlichen Arbeitslosenquoten älterer Arbeitnehmer drastische Ausmaße angenommen haben.¹⁵

Die meisten empirischen Analysen über Arbeitslosigkeit auf der Individual-ebene befassen sich weniger mit der Frage nach den Risiken, arbeitslos zu werden, sondern mit dem *Übergang von Arbeitslosigkeit in (Wieder-)Beschäftigung* (seltener auch in andere Zustände; bei Frauen werden gelegentlich Übergänge in die Nichterwerbstätigkeit analysiert). Dabei ist die Frage von besonderem Interesse, ob die „Wahrscheinlichkeit“ (technisch korrekter: die *Hazardrate*),¹⁶ ein neues Arbeitsverhältnis zu beginnen, sich im Zeitverlauf – also mit Dauer der Arbeitslosigkeit – ändert (sogenannte *duration dependence*; siehe Heckman/Borjas 1980). Beispielsweise legt die Suchtheorie nahe, dass Arbeitslose in den ersten Wochen oder Monaten der Arbeitslosigkeit intensiv Job-Angebote sichten und sich dann für ein geeignetes Angebot entscheiden; das lässt vermuten, dass die *Hazardrate* zu Beginn der Arbeitslosigkeit niedrig ist und dann

¹³ Unter den Personen im Arbeitslosenbestand, die 55 Jahre und älter sind, beträgt auch bei vorhandener Ausbildung die Wahrscheinlichkeit, eine Arbeit zu finden, nur noch 15 Prozent – der Vergleichswert für Personen unter 55 beträgt 50 Prozent (siehe Bäcker et al. 2000: 336).

¹⁴ Wichtig war beispielsweise die sogenannte „59er“-Regelung (die später auf Personen ab 58 Jahre ausgedehnt wurde): Arbeitslose ab diesen Altersgrenzen mussten nicht mehr dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, und Aufstockungszahlungen der (ehemaligen) Arbeitgeber, die den Übergang in die Arbeitslosigkeit schmackhaft machen sollten, wurden nicht wie bei Jüngeren auf die Arbeitslosenhilfe angerechnet. Letztere Regelung ist seit 1998 aufgehoben. Gleichzeitig müssen sonstige Personen, die früher in Rente gehen, jetzt höhere Abschläge von der Rente hinnehmen. Dementsprechend lässt sich seit einigen Jahren ein Anstieg des Anteils von Personen in „Regelaltersrente“ unter den Rentenzugängen nachweisen (siehe Altersübergangsreport 2004-01).

¹⁵ In Ostdeutschland waren diese Maßnahmen stark politisch motiviert: Der enorme Schwund an Arbeitsplätzen – innerhalb weniger Jahre nach der Wende waren etwa 35 bis 40 Prozent der früheren Arbeitsplätze verloren gegangen – wurde politisch durch ein gigantisches Frühverrentungsprogramm abgedeckt, das in den Jahren 1992 bis 1994 praktisch alle Personen im Alter von 55 Jahren und mehr aus dem Beschäftigungssystem führte (Brinkmann 1999: 312 ff.). Ansonsten wären in diesen Jahren in Ostdeutschland Arbeitslosenquoten von 30 Prozent und mehr die Regel gewesen.

¹⁶ Die *Hazardrate* kann verstanden werden als die Neigung zu einem Zustandswechsel (zum Beispiel von Arbeitslosigkeit zu Beschäftigung), in einem bestimmten Zeitintervall (zum Beispiel im Intervall „dritter Monat der Arbeitslosigkeit“) unter der Bedingung, dass bis dahin noch kein Zustandswechsel stattgefunden hat (siehe Blossfeld et al. 1986: 31). Ein einfaches Beispiel: Wenn von 100 Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt arbeitslos wurden, jeden Monat zehn eine Beschäftigung finden, so beträgt die *Hazardrate* im ersten Monat $10/100 = 0,1$, im sechsten Monat (bis dahin haben bereits 50 Personen die Arbeitslosigkeit verlassen) aber $10/50 = 0,2$.

zunimmt.¹⁷ Allerdings ist mit Fortdauer der Arbeitslosigkeit wieder mit einer Abnahme der *Hazardrate* (also der Wiederbeschäftigungschancen) zu rechnen. Dies kann einmal aus der Humankapitaltheorie begründet werden: Je länger eine Person nicht am Erwerbsleben teilnimmt, desto mehr verliert sie an Kenntnissen und Fertigkeiten und kann auch keine neuen arbeitsbezogenen Kenntnisse erwerben. Auch kann eine längere erfolglose Suche nach einem Arbeitsplatz zu Entmutigung und schließlich einer Verringerung der Suchintensität führen. Des Weiteren können „Sortierungsprozesse“ durch mögliche Arbeitgeber vermutet werden: Diese könnten unterstellen, dass eine Person, die bereits längere Zeit arbeitslos ist, sich entweder gar nicht ernsthaft um eine Arbeit bemüht, oder dass sie bereits von anderen Arbeitgebern geprüft (*gescreent*) und für ungeeignet befunden wurde – offensichtlich ein sich selbst verstärkender Zirkel. Hierin wird auch eine wichtige Ursache für die oben erwähnten *Hysteresis*-Effekte auf der Makroebene gesehen (Grassinger 1993): Je länger in einer Gesellschaft Arbeitslosigkeit besteht, desto wahrscheinlicher wird es, dass zunehmende Anteile der Arbeitslosen so lange Arbeitslosigkeitsphasen aufweisen, dass kaum ein Arbeitgeber mehr bereit ist, diese Personen wegen vermeintlich oder tatsächlich geringer „Produktivität“ einzustellen. Die in Deutschland gerade in den letzten Jahren deutlicher zunehmende *Langzeitarbeitslosigkeit* (hierunter versteht man Arbeitslosigkeit, die mindestens ein Jahr andauert) kann als Indiz hierfür gelten.

Nach dem neoklassischen Marktmodell muss freilich geringe Produktivität kein Beschäftigungshindernis sein; sie ist das nur in Verbindung mit einem Anspruchslohn, der über der Produktivität liegt. Daher liegt es aus der Sicht dieses Modells nahe, in der Arbeitslosenunterstützung – allgemein: in sozialstaatlichen Leistungen (wozu auch Sozialhilfe zählen kann) – ein gravierendes Beschäftigungshindernis zu sehen, da diese den Anspruchslohn heraufsetzen. Nach dieser Argumentation „lohnt“ es sich für die Unterstützungsempfänger nicht, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, da der Arbeitslohn im Vergleich zu den Sozialleistungen nur eine geringe Grenzrentlohnung (zusätzlicher Lohn pro Stunde Arbeit) darstellt (man spricht hier von der sogenannten *Armutsfalle*).¹⁸

Hinzu kommt – so wird argumentiert –, dass die Kosten für die Arbeitslosenunterstützung und andere Sicherungsleistungen sich auch auf das Beschäftigungs-

¹⁷ Aktuelle Änderungen im Sozialgesetzbuch der Bundesrepublik setzen hier an: Arbeitslose sind (bei Strafe der Leistungskürzung) verpflichtet, sich sofort nach der Kündigung und nicht erst bei Beginn der Arbeitslosigkeit beim Arbeitsamt zu melden. Dadurch soll das Arbeitsamt Gelegenheit erhalten, die betreffende Person möglichst schnell wieder zu vermitteln – im Idealfall bevor Arbeitslosigkeit eintritt.

¹⁸ Im Übrigen missverständlich – denn eigentlich ist gerade nicht gemeint, dass die Menschen, die Sozialleistungen empfangen, arm sind, sondern eher, dass es ihnen zu gut gehe. Mit der Logik des Arguments besser verträglich wäre der Begriff „Unterstützungsfalle“. Der Begriff Armutsfalle ist aber fest etabliert.

niveau ungünstig auswirken: Gerade wenn sie, wie dies in der Bundesrepublik zu einem guten Teil der Fall ist, als Sozialversicherungsbeiträge auf die Arbeitsentgelte erhoben werden, verteuern sie einerseits den Faktor Arbeit (verringern also die Anreize für Unternehmen, Arbeitskräfte einzustellen) und treiben andererseits einen „Steuerkeil“¹⁹ zwischen die von den Arbeitgebern gezahlten Brutto- und die an die Arbeitnehmer ausbezahlten Nettolöhne – so dass die Anreize weiter zurückgehen, überhaupt eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen.

Gegen diese Argumentation lässt sich vorbringen, dass die Sicherung des kulturellen Existenzminimums zu den Grundvoraussetzungen eines Gemeinwesens gehört, das sich als (wie diffus auch immer definierter) Sozialstaat versteht. Anders gesagt: Die Argumentation übersieht die Grenzen einer rein markt(wirtschaftlichen) Betrachtungsweise von Arbeit. Denn Arbeitskraft ist, wie Polanyi (1997: 107 ff.) gezeigt hat, nicht im eigentlichen Sinn eine Ware: Sie wird nicht wie die für den Gütermarkt produzierten Waren hergestellt, mit der Chance einer gewinnbringenden Veräußerung, aber auch dem Risiko, dass bei fehlendem Absatz der Preis beliebig nach unten sinkt. Weiterhin ist zu fragen, ob diese Argumentation nicht günstige Wirkungen sozialer Sicherungsleistungen vernachlässigt. Wenn ausreichende finanzielle Unterstützung Arbeitsloser deren Anspruchslohn heraufsetzt, so bedeutet dies auch, dass sie nicht gezwungen sind, möglichst rasch irgendeine Tätigkeit anzunehmen, sondern zumindest für einen gewissen Zeitraum nach einer passenden Beschäftigung suchen können (siehe Gangl 2004) – was auch im Interesse der Arbeitgeber sein muss. Andere Autoren sprechen sogar von einer beschäftigungsfördernden Wirkung von Arbeitslosenversicherung, denn schließlich erwirbt man das Anrecht auf diese Leistung nur durch vorangegangene Erwerbstätigkeit. Das Anrecht auf Arbeitslosenunterstützung ist also ein (zumindest potenzielles) zusätzliches Einkommen, welches das Angebot an Arbeitskraft *ceteris paribus* steigert (*entitlement*-Effekt; siehe Eisen 1997). Schließlich ergibt sich aus Effizienzlohnmodellen noch ein weiteres Argument: Wenn in der Arbeitslosenversicherung – wie es faktisch meist der Fall ist – Bedingungen enthalten sind, die Leistungskürzungen oder -verweigerung bei selbst verschuldeter Arbeitslosigkeit (zum Beispiel Kündigung wegen schlechter Arbeitsleistung, siehe Hinz/Abraham in diesem Band) vorsehen, so kann es für Firmen rational sein, Arbeitslosenversicherung für die Beschäftigten zu zahlen (Atkinson 1999: Kap. 4).

¹⁹ Dieser aus dem Englischen übersetzte Begriff (*tax wedge*) meint faktisch nicht nur Steuern, sondern alle staatlich verordneten Abzüge von den Einkommen.

7.2.3 Folgen von Arbeitslosigkeit

Die Analyse von Arbeitslosigkeit darf sich nicht nur auf die Risiken des Zugangs und des Verbleibs in Arbeitslosigkeit beschränken. Bei einer Analyse der Folgen von Arbeitslosigkeit für die Individuen können zwei Aspekte unterschieden werden: Die unmittelbaren Folgen bestehender Arbeitslosigkeit für die Betroffenen (und gegebenenfalls deren Familienangehörige) sowie die mittel- und längerfristigen Folgen, die Arbeitslosigkeit auch nach ihrer Überwindung für den weiteren Erwerbsverlauf hat.

Als unmittelbare Folgen von Arbeitslosigkeit sind einmal die Einkommensverluste durch den Wegfall des Erwerbseinkommens zu sehen, das im Allgemeinen nur unzureichend durch Sozialleistungen ersetzt wird. Auch wenn Armut in der Bundesrepublik keineswegs auf Arbeitslose beschränkt ist, so wurde doch ohne Zweifel die anhaltende öffentliche und wissenschaftliche Beschäftigung mit Armut in der Bundesrepublik in ganz wesentlichem Ausmaß durch den gravierenden Anstieg der Arbeitslosigkeit in der ersten Hälfte der 1980er Jahre bei gleichzeitigen Kürzungen der Sozialleistungen ausgelöst („Neue Armut“, vgl. Adamy/Steffen 1998). Breit diskutiert werden *psychische* oder allgemein *gesundheitliche Beeinträchtigungen* durch Arbeitslosigkeit. Diese Beeinträchtigungen werden nicht nur als Folge der mit Arbeitslosigkeit oft verbundenen ökonomischen Deprivation gesehen. Vielmehr erfüllt Arbeit – so hat etwa Johoda (1982: 83 f.) argumentiert – in modernen Gesellschaften eine Reihe von Bedürfnissen von Menschen: Sie strukturiert den Tag, ermöglicht Sozialbeziehungen über den engen Familienkreis hinaus, gibt den Menschen das Gefühl, an kollektiven Vorhaben teilzunehmen (und an deren Früchten zu partizipieren), sie gibt ihnen Status und Identität und erfordert regelmäßige Aktivität.²⁰ Arbeitslosigkeit erschwert die Erfüllung dieser Bedürfnisse oder macht sie unmöglich, Menschen, denen es nicht gelingt, diese Bedürfnisse auf anderen Wegen zu befriedigen, laufen Gefahr, von gesundheitlichen Beeinträchtigungen getroffen zu werden. Da die Identität von Menschen in gegenwärtigen Gesellschaften ganz entscheidend auf Erwerbsarbeit aufbaut (vgl. dazu die differenzierenden Ausführungen bei Bonß 2001), scheint es in der Regel vor allem (aber nicht nur) Männern sehr schwer zu fallen, solche alternativen Wege zu finden. Schließlich hat man gerade im letzten Jahrzehnt verstärkt Phänomene der *Exklusion* (oder des sozialen Ausschlusses) und/oder die Herausbildung einer sogenannten *Underclass* ins Auge gefasst (Kronauer 2002). Beide Begriffe sind weder klar

²⁰ Solche Annahmen stellen möglicherweise stark vereinfachte Versionen dessen dar, was Erwerbsarbeit jedenfalls für die Identität bürgerlicher Schichten bedeutet. Schon Hegel spricht in § 243 der Rechtsphilosophie in Zusammenhang mit dem „Herabsinken einer großen Masse unter das Maß einer gewissen Subsistenzweise“ vom „Verluste des Gefühls des Rechts, der Rechtmäßigkeit und der Ehre, durch eigene Tätigkeit und Arbeit zu bestehen“ (Hegel 1972: 207).

definiert noch unumstritten. Mit dem Exklusionsbegriff, ursprünglich in Frankreich entstanden, versuchte man dort die Tatsache zu fassen, dass Arbeitslosigkeit (neben anderen Phänomenen, die zu Exklusion führen) die Integration der Betroffenen in die Gesellschaft und damit letztlich den sozialen Zusammenhalt gefährdet (zur französischen Debatte siehe Paugam 1996; zur Kritik u.a. Castel 1996; Ludwig-Mayerhofer/Barlösius 2001: 40 f.). Von der EU aufgegriffen und inzwischen in empirische Forschungsprogramme übersetzt, wird der Begriff in etwas trivialisierter Art und Weise etwa als Reduktion sozialer Kontakte oder kultureller Partizipation konzipiert; der Exklusionsbegriff verliert dabei an „Biss“, insoweit er nicht mehr als gesellschaftlicher Prozess oder als Verhältnis zwischen Mehrheitsgesellschaft und exkludierter Minderheit, sondern als Merkmal der betroffenen Personen aufgefasst wird. Der Begriff der *underclass* bezieht sich auf das dauerhafte Herausfallen einer Gruppe von Menschen aus der Erwerbsarbeit (andernfalls wäre die Rede von einer „Klasse“ nicht sinnvoll) (Wilson 1987), doch wurde er in den USA von konservativer Seite verwendet, um diesen Menschen minderwertige Eigenschaften zuzuschreiben – die Unfähigkeit zu arbeiten aufgrund fehlender Fertigkeiten und den Unwillen zu arbeiten aufgrund entsprechender Werthaltungen –, so dass nicht zuletzt Wilson, der sich ursprünglich für dieses Konzept stark gemacht hat, inzwischen von seiner Verwendung abrät (Wilson 1991).²¹

Auch wenn man davon ausgeht, dass viele Arbeitslose nicht dauerhaft aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzt bleiben, sondern über kurz oder lang wieder eine Beschäftigung aufnehmen, stellt sich die Frage, ob nicht auch auf längere Sicht Folgen der Arbeitslosigkeit zu verspüren sind – anders gesagt, ob Arbeitslosigkeit nicht „Narben“ hinterlässt (im englischen Sprachraum spricht man von *unemployment scarring*). Erstens wäre zu vermuten, dass (ehemals) Arbeitslose im Vergleich zu Personen ohne Arbeitslosigkeit Lohneinbußen hinnehmen müssen; dies wäre durch einen Verlust an (allgemeinem wie firmenspezifischem) Humankapital beziehungsweise durch fehlende Berufserfahrung als Folge der Arbeitslosigkeit ebenso zu erklären wie durch eine schwächere Verhandlungsposition im Vergleich zu nicht Arbeitslosen bei der Jobsuche. Zweitens wird häufig vermutet, dass Arbeitslosigkeit das Risiko erhöht, nach Aufnahme einer Beschäftigung (erneut) arbeitslos zu werden; man kann hier von kumulativer Arbeitslosigkeit sprechen. Allerdings lassen sich hier gegenläufige theoretische Argumente anbringen. Nimmt man an, dass Arbeitslosigkeit häufig als Folge

²¹ In Deutschland wurde die Debatte um *Exklusion* und *underclass* stark von der systemtheoretischen „Aneignung“ des Exklusionsbegriffes dominiert (Stichweh 1997), wonach Exklusion als tendenziell kumulativer – Ausschluss von der Teilhabe an gesellschaftlichen Teilsystemen (also an der Wirtschaft, der Politik, dem Recht, der Kultur, usw.) zu verstehen ist, ein Konzept, gegen das sich zu Recht einwenden lässt, dass es völligen Ausschluss von Menschen in diesem Sinne kaum gehen kann (siehe ausführlicher Kronauer 2002).

eines schlechten *matchings* von Fähigkeiten der Arbeitskraft mit den tatsächlichen Anforderungen der ausübenden Tätigkeit eintritt, so wäre auch denkbar, dass beim nächsten Job das *matching* besser ausfällt und insofern möglicherweise sogar längerfristig günstige Effekte der Arbeitslosigkeit auftreten.

7.3 Empirische Befunde zu Ursachen und Wirkungen von Arbeitslosigkeit

7.3.1 Arbeitslosigkeitsrisiken und Dauerabhängigkeit von Arbeitslosigkeit

Zahlreichen Statistiken²² kann man entnehmen, dass Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik bei Personen mit folgenden Merkmalen besonders hoch ist:

- Geringe Qualifikation (Arbeitslosenquoten von Personen ohne Ausbildung bei etwa 25 Prozent, bei Universitäts- oder Fachhochschulabsolventen unter fünf Prozent)
- Alter ab 55 Jahre (die Arbeitslosenquote beträgt meist etwa das Doppelte der durchschnittlichen Arbeitslosenquote und ist bei den 55- bis 59-Jährigen oft noch etwas höher als bei den Älteren, da letztere häufig bereits in den Ruhestand wechseln)
- Gesundheitliche Probleme (Arbeitslosenquoten von etwa 25 Prozent)
- Ausländer
- Frauen (seit Mitte der 1990er Jahre allerdings nur in Ostdeutschland, während in Westdeutschland seit dieser Zeit die Arbeitslosenquoten von Frauen und Männern etwa gleich hoch sind; der jüngste Rückgang der Arbeitslosigkeit von Frauen in Ostdeutschland wird mit ihrem allmählichen Rückzug aus dem Arbeitsmarkt in Verbindung gebracht [Statistisches Bundesamt 2004: 117]).

Ein Problem dieser Daten, die sich auf einen Vergleich von Beschäftigten und Arbeitslosen zu einem bestimmten Zeitpunkt beziehen, ist, dass sie nicht erlauben, zwischen dem Risiko des Zugangs und dem des Verbleibs in Arbeitslosigkeit zu unterscheiden; die Bedeutung dieser Unterscheidung wurde oben bereits am Beispiel des Alters hervorgehoben. Tatsächlich nehmen die meisten empirischen Analysen den Abgang aus Arbeitslosigkeit in den Blick und wesentlich seltener den Zugang.²³ Dies scheint insofern gerechtfertigt, als sich in den ver-

²² Etwa: Bäcker et al. 2000 (mehr und neuere Daten auch unter http://www.sozialpolitik-lehrstuhl.de/fachseiten_arbeitsmarkt.shtml#Struktur); Statistisches Bundesamt 2004.

²³ Das hat auch methodische Gründe: Will man untersuchen, welche Faktoren den Übergang von einem Zustand (zum Beispiel beschäftigt) in einen anderen (zum Beispiel arbeitslos) beeinflussen, so muss man den Ausgangszustand von Anfang an beobachten, was im Falle des Übergangs

gangenen 25 Jahren – vom wichtigen Sonderfall Ostdeutschland nach der Wiedervereinigung abgesehen – die Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu werden, nicht systematisch verändert hat; die hohe Arbeitslosigkeit ist wesentlich darauf zurückzuführen, dass die Arbeitslosigkeitsdauer deutlich zugenommen hat, es also weitaus schwerer geworden ist, wieder eine Beschäftigung zu finden (Plafmann 2002: 8). Die Frage ist also, ob die genannten Einflussfaktoren mit der Dauer bis zu einer Wiederbeschäftigung zusammenhängen.

Tatsächlich zeigen Analysen des Verlaufs von Arbeitslosigkeit, dass die meisten oben genannten Merkmale die Dauer der Arbeitslosigkeit beeinflussen. Am klarsten ist dies vielleicht beim Alter; vor allem ab 50 Jahren nehmen die Wiederbeschäftigungschancen rapide ab (Klein 1990; Hujer/Schneider 1996; Bender et al. 2000; Steiner 2001).²⁴ Auch die schlechteren Wiederbeschäftigungschancen von Ausländern scheinen durch die eben zitierten wie durch weitere Arbeiten gut belegt. Die Effekte schulischer beziehungsweise beruflicher (Aus-)Bildung lassen sich dagegen überraschenderweise weniger eindeutig zeigen; allerdings scheint dies auch daran zu liegen, dass offenbar die entsprechenden Merkmale (je nach verfügbaren Daten) häufig unterschiedlich gemessen werden. Dennoch belegen die Untersuchungen jedenfalls teilweise die höheren Wiederbeschäftigungschancen von Personen mit Berufsausbildung beziehungsweise mit (Fach-)Hochschulabschluss; diese Effekte scheinen bei Männern deutlicher ausgeprägt als bei Frauen (Klein 1990; Steiner 2001). Gerade mit Blick auf Bildung ließe sich argumentieren, dass die (Teil-)Arbeitsmärkte für unterschiedliche Bildungsgruppen sehr unterschiedlich sind und insofern auch nicht angenommen werden kann, dass Personen mit höherer Bildung grundsätzlich solchen mit niedrigerer Bildung vorgezogen werden. Die im Arbeitslosenbestand drastischen Unterschiede nach (Aus-)Bildung könnten jedenfalls auch auf ein höheres Risiko des Zugangs in Arbeitslosigkeit verweisen; dies wird auch durch die Befunde zu Mehrfacharbeitslosigkeit nahe gelegt (siehe unten).

Ob die Arbeitslosigkeitsdauer von Frauen sich von der von Männern unterscheidet, wird in vielen Untersuchungen nicht zum Gegenstand gemacht, da

von Beschäftigung zur Arbeitslosigkeit bedeutet, dass man möglichst Daten benötigt, die am Beginn des Erwerbslebens der Personen einsetzen. Soweit es solche (Teil-)Datensätze für Deutschland gibt, enthalten sie entweder nicht sehr grobe Fallzahlen oder haben Arbeitslosigkeit zu ungenau gemessen. Dagegen ist es relativ leicht, aus bestehenden Datensätzen wie dem SOEP oder der IAB-Beschäftigungsstichprobe größere Zahlen von Fällen zu gewinnen, die arbeitslos geworden sind, und dann den Übergang in Beschäftigung zu analysieren.

²⁴ Als Grund für die relativ geringe Arbeitslosigkeit bei Jugendlichen wird häufig das duale System der beruflichen Ausbildung genannt, das den Übergang in den Arbeitsmarkt erleichtere. Übersehen wird dabei häufig, dass das Bildungssystem – gerade in Deutschland – auch Maßnahmen wie Berufsvorbereitungsjahr, Berufsvorbereitungsjahr oder berufsvorbereitende Lehrgänge bereitstellt, die als Auffangbecken für Jugendliche ohne Ausbildungsplatz dienen und so die offiziellen Arbeitslosenzahlen reduzieren.

häufig die Arbeitslosigkeit von Frauen und Männern getrennt untersucht wird. Klein (1990) berichtet deutlich schlechtere Beschäftigungschancen arbeitsloser Frauen; doch deuten andere Untersuchungen darauf hin, dass nicht Frauen generell, sondern Frauen mit kleinen Kindern länger arbeitslos bleiben (Ludwig-Mayerhofer 1990; Ludwig-Mayerhofer 1996).²⁵ Ein gewisser Anteil der Frauen beendet allerdings die Arbeitslosigkeit auch durch den Übergang in die Nicht-Erwerbstätigkeit; dies scheint vor allem bei verheirateten Frauen der Fall zu sein (Steiner 2001).

Wie sieht es nun mit der *Dauerabhängigkeit* der Arbeitslosigkeit aus? Lange Zeit haben gerade in Deutschland empirische Untersuchungen die Annahme einer zunächst steigenden und dann fallenden *Hazardrate* bestätigt, wie sie oben theoretisch begründet wurde (Licht/Steiner 1991; Ludwig-Mayerhofer 1992a, 1996; zuletzt: Bender et al. 2000). Allerdings wurde immer wieder die Frage gestellt, ob solche Ergebnisse nicht Resultat „unbeobachteter Heterogenität“ sind, also nicht gemessener Merkmale der Arbeitslosen, die für unterschiedlich lange Arbeitslosigkeitsdauern verantwortlich sind (vgl. schon Klein 1992). In einer neueren Analyse kommt Steiner (2001) für Deutschland zu dem Ergebnis, dass die scheinbare negative Verweildauerabhängigkeit tatsächlich auf unbeobachtete Heterogenität zurückgeht. Allerdings muss hinzugefügt werden, dass solche Analysen auf komplexen statistischen Verfahren beruhen, die die Heterogenität der Gruppen – die ja nach wie vor unbeobachtet ist – *schätzen* und dass auch diese Schätzung davon abhängig ist, welche Merkmale der Arbeitslosen erhoben (und in der Analyse berücksichtigt) wurden und welche nicht. Nur als Kontrast ein Gegenbeispiel: Eine ganz neue Untersuchung, die sich auf Daten des *European Community Household Panel* (einer Längsschnittuntersuchung in den Ländern der EU) stützt, kommt zu dem Ergebnis einer im Zeitverlauf deutlich abnehmenden *Hazardrate*; insbesondere kann hier gezeigt werden, dass dies mit einer starken Abnahme von Job-Angeboten mit zunehmender Arbeitslosigkeitsdauer zusammenhängt (Addison et al. 2004). Insofern in dieser Untersuchung allerdings andere statistische Verfahren als in der Arbeit von Steiner angewendet wurden (und [wie bei Steiner] auch die mögliche alternative Erklärung durch einen Verfall von Humankapital nicht getestet werden konnte),²⁶ stehen sich hier erst einmal disparate Forschungsergebnisse gegenüber,

²⁵ Dieser Einfluss wird in manchen Untersuchungen nicht oder nicht adäquat (indem zum Beispiel nicht nach dem Alter der Kinder unterschieden wird) berücksichtigt; daher sind die Befunde nicht sehr gut abgesichert.

²⁶ Sofern man Humankapital nicht nur in Form von Zertifikaten, sondern von tatsächlichen Kenntnissen und/oder Fähigkeiten messen möchte (und dies ist im hier diskutierten Fall erforderlich, da ja gerade der Verlust dieser Kenntnisse erhoben werden soll), steht man vor großen und in der Forschungspraxis kaum überwindbaren Schwierigkeiten der empirischen Erfassung.

ohne dass eine Entscheidung hinsichtlich der Überlegenheit des einen oder des anderen Ergebnisses getroffen werden könnte.²⁷

7.3.2 Staatliche Förderung von Arbeitslosigkeit? Zum Einfluss von Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe auf Arbeitslosigkeit

Theorien der sozialstaatlichen (Mit-)Verursachung von Arbeitslosigkeit zu Folge muss sich der Bezug von Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung in einer Verlängerung der Arbeitslosigkeitsdauern niederschlagen, und zwar umso mehr, je höher die Leistungen sind, weil entsprechend die Suchkosten (in Form entgangener Arbeitsentgeltes) abnehmen. Man darf allerdings zum Beispiel nicht den Fehler von Jochem und Siegel (2000) begehen, die auf der Makroebene für Deutschland einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Sozialversicherungsbeiträgen und Beschäftigungsquote gefunden haben: Je höher die Beiträge, desto geringer das Beschäftigungsniveau. Denn das Design der Auswertung lässt keine Schlüsse über Ursache und Wirkung zu; mindestens ebenso plausibel ist die alternative Erklärung (die von den Autoren jedoch nicht erwähnt wird), dass der Beschäftigungsrückgang zu einem Anstieg der Sozialausgaben führt.

Eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Sozialleistungen und Arbeitslosigkeit muss sich vielmehr auf die Mikro-Ebene beziehen, also auf das Verhalten individueller Arbeitsloser. Entsprechende Analysen beurteilen jedoch die Ergebnisse der Arbeitslosenunterstützung eher gemischt. Nicht wenige Arbeiten (etwa Hujer et al. 1990; Hunt 1995; Weber 1999 oder Pfaffmann 2002)²⁸ kommen etwa für Deutschland sogar zu dem Ergebnis, dass der Bezug von Arbeitslosengeld im Vergleich zu fehlendem Leistungsbezug die Übergangschancen in eine Erwerbstätigkeit *beschleunigt*. Auch der Befund, dass Personen, die die – im Vergleich zum Arbeitslosengeld niedrigere – Arbeitslosenhilfe beziehen,²⁹ oftmals relativ geringe Wahrscheinlichkeiten einer Wiederbeschäftigung aufweisen, spricht nicht dafür, dass (wie es die Theorie unterstellt) bei nie-

²⁷ Es sei an dieser Stelle klargestellt, dass hier ganz und gar nicht die Auffassung vertreten wird, es seien grundsätzlich keine Unterschiede in der Geltungsbasis von Forschungsgegenstandsfeststellungen. In sehr vielen Fällen lassen sich begründete Aussagen dahingehend machen, dass bestimmte Ergebnisse besser abgesichert sind als andere. Es bleibt aber eine beträchtliche Anzahl von Untersuchungen, die jeweils ihre Meriten haben, aber in entscheidenden Aspekten der Datenbasis, der statistischen Analyse oder anderer Elemente differieren und folglich nicht beziehungsweise nur bedingt kommensurabel sind, so dass dann letztlich auch keine eindeutige Entscheidung möglich ist, welchen Resultaten am ehesten Glauben zu schenken ist.

²⁸ Diese wie auch die meisten weiteren in diesem Abschnitt zitierten Arbeiten beziehen sich auf die Bundesrepublik. Untersuchungen aus anderen Ländern müssen wiederum größtenteils unberücksichtigt bleiben.

²⁹ Die Arbeitslosenhilfe wurde zum 1.1.2005 abgeschafft und durch das Arbeitslosengeld II ersetzt.

drigeren Unterstützungsleistungen die Arbeitslosigkeitsdauern kürzer werden; allerdings lässt sich dieser Befund wieder im Sinne eines Selektionseffektes interpretieren, wonach die Beziehung von Arbeitslosenhilfe – die ja im Allgemeinen erst nach dem Arbeitslosengeld bezogen wird – eine „Negativauswahl“ darstellen und daher schlechte Arbeitsmarktchancen haben. Da im Jahr 1985 für ältere Personen die maximale Bezugsdauer von Arbeitslosengeld deutlich erhöht wurde, haben einige Arbeiten untersucht, ob sich dadurch Verlängerungen der Arbeitslosigkeitsdauer feststellen lassen (Hunt 1995; Hujer/Schneider 1996); die – positive – Antwort wird als (mit Vorsicht zu bewertender) Beleg für eine geringfügig arbeitslosigkeitsverlängernde Wirkung des Arbeitslosengeldes gesehen. Auch einige neuere Arbeiten (Steiner 2001; Gangl 2004) berichten die erwarteten Wirkungen einer Verlängerung der Arbeitslosigkeitsdauer durch Arbeitslosengeld. Ähnlich unterschiedlich wie für Deutschland sind die Befunde zu diesem wichtigen Thema auch in der internationalen Forschung (Atkinson/Micklewright 1991). Trotzdem scheint sich, gestützt auf weitere Befunde, die hier im Einzelnen nicht dargestellt werden können, unter vielen Arbeitsmarktforschern eine Tendenz zu der Meinung herauszukristallisieren, dass zumindest die Länge der Anspruchsdauer auf Arbeitslosenunterstützung positiv mit der Länge der Arbeitslosigkeit zusammenhängt. Einige Studien berichten einen Anstieg der Übergangsrate in Wiederbeschäftigung kurz vor dem Ablauf der Arbeitslosenunterstützung, was als Hinweis auf erhöhte Suchaktivitäten in diesem Zeitraum gedeutet wird. Bei Frauen haben Untersuchungen (zum Beispiel Hujer/Schneider 1996) festgestellt, dass der Übergang in Nicht-Erwerbstätigkeit durch den Bezug von Arbeitslosenunterstützung verzögert wird, was als Hinweis auf „Mitnahmeeffekte“ gedeutet wird.

Die abschließliche Betrachtung der Dauer der Arbeitslosigkeit vernachlässigt mögliche positive Effekte der Arbeitslosenunterstützung; dazu gehört nicht nur der empirisch schwer zu erfassende *entitlement*-Effekt, sondern insbesondere die Verbesserung des *matching*. Dies zeigt etwa die schon zitierte Arbeit von Gangl (2004): Wenn auch die in Deutschland im Vergleich zu den USA großzügiger gestaltete Arbeitslosenversicherung tatsächlich zu längerer Arbeitslosigkeit führt, so können die Arbeitslosen hierzulande auch wesentlich häufiger deutliche Einkommensverluste bei der nächsten Beschäftigung vermeiden und münden auch häufiger in stabilere Beschäftigung.³⁰

³⁰ Allerdings bleibt zu erwähnen, dass sich in der Literatur durchaus gegenläufige Ergebnisse finden (oder zumindest solche, die die genannten Effekte als weitaus schwächer einschätzen) (etwa Addison/Blackburn 2000; Beitzl 2001). Inwieweit diese Ergebnisse einfach die unterschiedlichen Strukturen der Arbeitsmärkte in verschiedenen Ländern widerspiegeln, kann auf der Grundlage der vorliegenden Daten nicht entschieden werden.

Neben der Arbeitslosenunterstützung wurde auch und gerade die *Sozialhilfe* – die im Gegensatz zur Arbeitslosenunterstützung nicht an vorherige Erwerbstätigkeit gebunden ist und auch nicht die Bereitschaft zur Vermittlung in eine Beschäftigung zur Voraussetzung hat – häufig unter den Verdacht gestellt, Erwerbsarbeit wegen der vergleichsweise geringen Grenzerträge (also des über die Sozialhilfe hinaus gehenden Verdienstes) unattraktiv zu machen und so Arbeitslosigkeit zu erzeugen; auch die Schwarzarbeit würde gefördert, insoweit (legaler) Hinzuerdienst zu großen Teilen von der Sozialhilfe abgezogen wird. Ohne solche Phänomene gänzlich in Abrede stellen zu wollen, ist doch auf vielfach bestätigte Befunde zu verweisen, dass (auch) der Bezug von Sozialhilfe für viele ein kurzfristiges Phänomen ist. Langjähriger Sozialhilfebezug, wie er nach den ökonomischen Theorien zu erwarten wäre, ist die Ausnahme und tritt vor allem bei Personen auf, die dem Arbeitsmarkt ohnehin nicht zur Verfügung stehen (etwa wegen Krankheit, Alter oder familiärer Verpflichtungen) (Leibfried et al. 1995; Gebauer et al. 2002).³¹ Offensichtlich ist den Betroffenen meist bewusst, dass ein längerfristiger Verbleib in der Sozialhilfe sie vom Erreichen eines auch nur bescheidenen Wohlstandes abhalten würde; eine Existenz auf dem Sozialhilfeniveau ist auch rein finanziell gesehen für die meisten Menschen nicht attraktiv. Vor allem aber unterschätzt das Argument der Armutsfalle den offenbar für viele Menschen vorhandenen nicht-monetären Nutzen von Erwerbstätigkeit. In vielen ökonomischen Theoriegebäuden stellt Arbeit ausschließlich eine Belastung dar, der man sich nur aussetzt, wenn die monetäre Kompensation dafür ausreichend groß (genauer: größer als der Nutzen von Freizeit) ist. Es gibt aber offenbar zahlreiche Erträge von Erwerbstätigkeit, die über Geld hinausgehen: Gesellschaftliche Anerkennung, Selbstwertgefühl, Erhalt sozialer Beziehungen.³² Vermutlich ist auch der Nutzen von zu viel „Freizeit“ für die meisten Menschen keineswegs besonders hoch.

Dem Vorwurf, die Arbeitslosen würden eigentlich nicht arbeiten wollen – vor allem dann, wenn sie finanzielle Unterstützung erhalten – kann schließlich noch der Befund empirischer Studien entgegengesetzt werden, dass arbeitslose Personen mit recht hoher Wahrscheinlichkeit Stellenangebote annehmen. Für die USA und Großbritannien wird geschätzt, dass zwischen 80 und 100 Prozent aller Stellenangebote angenommen werden (Layard et al. 1991: Kap. 5; Korpi

³¹ Es ist zu beachten, dass die meisten der hier wiedergegebenen Argumente, die sich auf erwerbsfähige Sozialhilfempfänger beziehen, Personen betreffen, die seit Januar 2005 aus der Sozialhilfe in das Arbeitslosengeld II überführt wurden. Die Klientel der Sozialhilfe dürfte seither größtenteils mit den eben angeführten Personengruppen identisch sein, die überhaupt nicht erwerbstätig sein können.

³² Damit scheinen auch Argumente weniger überzeugend, die eine Demotivation der Beschäftigten annehmen, wenn auch ohne Erwerbstätigkeit hohe (Sozial-)Einkommen erzeugt werden (Speermann 2001: 149f.).

2002; Cahuc/Zylberberg 2004: 310). Diese Zahlen mögen mit Blick auf die Bundesrepublik zu hoch sein, aber auch hier scheint es häufiger an den Firmen zu liegen, wenn nach einem Vorstellungsgespräch kein Beschäftigungsverhältnis zustande kommt, als an den Arbeitslosen (Cramer et al. 2002: 63). Der entscheidende Faktor für die Beendigung von Arbeitslosigkeit scheint also zu sein, ob man ein Stellenangebot erhält oder nicht. Sicherlich gibt es Arbeitslose, die sich wenig darum bemühen, überhaupt Stellenangebote zu erhalten, doch deren Zahl dürfte nicht sehr groß sein und kann keinesfalls auch nur einen nebenswerten Anteil der Arbeitslosenquote erklären.³³

7.3.3 Auswirkungen von Arbeitslosigkeit

Das Thema „Auswirkungen von Arbeitslosigkeit“ ist untrennbar mit einer der bekanntesten „klassischen“ soziologischen Untersuchungen verknüpft, den „Arbeitslosen von Marienthal“ (Jahoda et al. 1975). Eindrucksvoll wird in diesem Buch das Regime von Resignation und Not beschrieben, das die (auch) in Österreich zu Beginn der 1930er Jahre aufgetretene Massenarbeitslosigkeit den Einwohnern eines kleinen Dorfes in der Nähe von Wien auferlegte. Die Studie beschreibt nicht nur eine von Armut und dem Zwang zu äußerst genau kalkuliertem Umgang mit dem wenigen Geld gekennzeichnete, sondern auch eine „milde Gesellschaft“, in der die Männer (im Gegensatz freilich zu den Frauen, siehe ebd., S. 89) nicht wissen, wie sie den Tag verbringen sollen: „Die Ansprüche an das Leben werden immer weiter zurückgeschraubt; der Kreis der Dinge und Einrichtungen, an denen noch Anteil genommen wird, schränkt sich immer mehr ein; die Energie, die noch bleibt, wird auf die Aufrechterhaltung des immer kleiner werdenden Lebensraumes konzentriert“ (Jahoda et al. 1975: 101).

Untersuchungen, die die eindrucksvolle deskriptive Dichte der „Marienthal-Studie“ erreichen, sind heute selten; die Untersuchung zahlreicher möglicher Folgen von Arbeitslosigkeit bis hin zu Kriminalität (Albrecht 1988), Rechtsextrismus (Bacher 2001), Selbstmord (Blakely et al. 2003) oder dem allgemeinen Todesrisiko (Gerdtham/Johannesson 2003) hat sich in viele spezialisierte Forschungszweige verästelt.³⁴ Im Folgenden kann nur kurz auf einige wichtige Themen eingegangen werden, die weiter oben umrissen wurden.

³³ Exakte Angaben hierzu lassen sich verständlicherweise kaum gewinnen. Miegel und Wahl (2002: 25) schätzen den Anteil der nicht wirklich „Arbeitswilligen“ auf 20 Prozent. Ältere Untersuchungen nennen eher Größenordnungen von zehn Prozent (Feilberger 1982: 402).

³⁴ Noch einmal ist aber die Warnung vor methodischen Fehlschlüssen auszusprechen, denn auch in diesem Untersuchungsfeld finden sich bis in die jüngste Zeit Arbeiten, die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und anderen Merkmalen in Form von Aggregatdatenanalysen zu belegen versuchen. Nur zwei neuere Beispiele: Stelzer-Orthofer (2001: 158f.) zeigt, dass in verschiedenen Ländern ein Zusammenhang zwischen Arbeitslosenquote und Armutsquote besteht; Kieselbach et al. (2000: 170) stellen fest, dass in Deutschland mit zunehmender durch Arbeitslosigkeit

7.3.4 Arbeitslosigkeit und Armut

Aussagen über den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Armut hängen (auch) davon ab, wie Armut definiert wird. Auf die weit ausufernden Diskussionen hierüber kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden (siehe dazu Ludwig-Mayerhofer/Barlösius 2001). Betrachtet man die wichtigsten gängigen Indikatoren, nämlich den Sozialhilfebezug sowie (relative) Einkommensarmut,³⁵ so ist der Zusammenhang bezogen auf die Bundesrepublik – wenig überraschend – recht eindeutig (Adamy/Steffen 1998; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001); allerdings ist dabei auch der Familienkontext von Bedeutung, insoweit dann, wenn eine weitere Person im Haushalt erwerbstätig ist, Armut wesentlich seltener auftritt (Landua 1990). Ebenso wenig überraschend wie gleichwohl wichtig ist die Feststellung, dass Armut mit der Dauer der Arbeitslosigkeit zunimmt (Ludwig-Mayerhofer 1992b; Büchel et al. 2000). Aufschlussreich ist hier insbesondere der internationale Vergleich. Entgegen häufig verbreiteten Annahmen, dass die Arbeitslosenunterstützung in der Bundesrepublik recht großzügig sei, betrug die Einkommensarmutsquote arbeitsloser Haushalte (hiermit sind Haushalte gemeint, in denen keine Person einer Erwerbstätigkeit nachgeht) Mitte der 1990er Jahre in der Bundesrepublik 46 Prozent, im Vergleich zu 38 Prozent in Spanien und im Vereinigten Königreich, 34 Prozent in Italien oder Frankreich, 25 Prozent in Dänemark, 24 Prozent in Belgien und 13 Prozent in Finnland (Esping-Andersen et al. 2002: 42). Hinzu kommt, dass beinahe die Hälfte der armen Arbeitslosenhaushalte in der Bundesrepublik in „extremer Armut“ (weniger als 33 Prozent des Durchschnittseinkommens) lebt, ein Wert, der nur noch von Italien übertroffen und in anderen Ländern (etwa Belgien oder Finnland) mit 18 beziehungsweise 17 Prozent deutlich unterschrit-

bedingter Jugendarmut auch die Jugendkriminalität zunimmt. Solche Analysen sind jedoch mit großer Vorsicht zu genießen, da sie keinerlei Aussagen darüber erlauben, ob sich die entsprechenden Zusammenhänge auch auf der Individualenebene finden lassen (ob also gerade die arbeitslosen und nicht ganz andere Personen arm beziehungsweise kriminell sind). Auch wenn ein solcher Zusammenhang gerade im Fall von Arbeitslosigkeit und Armut äußerst plausibel ist, so darf Plausibilität nicht als Entschuldigung für die Anwendung ungeeigneter Forschungsdesigns dienen.

Darunter versteht man ein Einkommen, welches eine bestimmte Schwelle unterschreitet. Diese Schwelle wird im Allgemeinen auf den gesellschaftlichen „Durchschnitt“ bezogen, so dass beispielsweise – dies ist die Armutdefinition der EU – Haushalte, deren Einkommen 50 (neueuropäischer) Prozent des durchschnittlichen Haushaltsinkommens nicht überschreitet, als arm bezeichnet werden können. Hinsichtlich der Festlegung, was „durchschnittlich“ heißt (ob etwa das arithmetische Mittel oder der Median der Einkommen herangezogen werden soll), wie Haushaltsinkommen genau zu bestimmen sind (üblich sind hier nicht Pro-Kopf-Einkommen, sondern „äquivalenzgewichtete Einkommen“, die unterschiedliche Bedarfe berücksichtigen sollen), und was die Basis der Durchschnittsbildung sein soll (etwa das jeweilige Land oder – bezogen auf die Bundesrepublik – der „Landesteil“, in dem die Personen leben, also West- oder Ostdeutschland, oder umgekehrt – wenn man Armut im Kontext der EU untersuchen möchte – die gesamte EU), gibt es unterschiedliche Auffassungen.

ten wird (ebd.). Ebenso zeigt sich im internationalen Vergleich, dass die Zunahme von Armut mit längerer Dauer der Arbeitslosigkeit keineswegs überall so drastisch ausfällt wie in der Bundesrepublik und in manchen Ländern – etwa Dänemark – überhaupt nicht gegeben ist (Hauser/Nolan 2000: 43 f.).

7.3.5 Gesundheitliche Beeinträchtigungen

Häufig untersucht wird auch die Frage nach den Zusammenhängen zwischen Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen Einschränkungen; letztere werden meist, aber keineswegs ausschließlich in Form psychischer Beeinträchtigungen gemessen. Gerade hier kommt es allerdings sehr auf eine geeignete Untersuchungsanlage an: Stellt man bei Arbeitslosen solche Beeinträchtigungen fest, so spricht das nicht unbedingt für einen Effekt von Arbeitslosigkeit. Vielmehr kann der Zusammenhang auch in umgekehrter Richtung wirken, indem Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen größeren Risiken ausgesetzt sind, arbeitslos zu werden beziehungsweise zu bleiben (daneben besteht noch die Möglichkeit, dass beides, Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Einschränkung, durch ein oder mehrere weitere Merkmale verursacht werden). Inzwischen liegen jedoch so viele Längsschnittstudien vor, dass man davon ausgehen kann, dass tatsächlich Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge in beiden Richtungen verlaufen. Zumindest ist dies die Schlussfolgerung einer neueren ausführlichen Meta-Analyse (Paul/Moser 2001),³⁶ so dass man von einem *circulus vitiosus* sprechen kann: Psychisch belastete Personen – erhöhte Depressivität und Angst oder verringertes Selbstwertgefühl sind häufig erfasste Dimensionen – werden leichter arbeitslos (wobei die Ursachen hierfür empirisch weitgehend ungeklärt sind) und die Arbeitslosigkeit verstärkt wiederum die Symptomatik, wobei insgesamt die Effekte in der letztgenannten Wirkungsrichtung stärker zu sein scheinen (ebd.).

Die genauen Mechanismen für diese Wirkungszusammenhänge sind angesichts einer Vielzahl theoretischer Ideen und empirischer Überprüfungsversuche weniger sicher festzustellen. Nur als Beispiel für ein differenzierteres Vorgehen sei die Arbeit von Nordenmark und Strandh (1999) genannt: Diese untersuchen an einer Stichprobe schwedischer Arbeitsloser die Einflüsse eines niedrigen Einkommens und einer starken Arbeitsorientierung (*work involvement*) auf die Befindlichkeit der Arbeitslosen. Tatsächlich können sie nachweisen, dass beide Aspekte mit psychischer Beeinträchtigung zusammenhängen: Diese ist umso stärker, je niedriger das (Haushalts-)Einkommen der Befragten – aber auch, je höher deren Arbeitsorientierung ist. Nach diesem Befund beeinflusst also tat-

³⁶ Eine Meta-Analyse ist eine methodisch kontrollierte Zusammenfassung nach Möglichkeit aller oder zumindest einer Vielzahl von Studien zu einem bestimmten Thema.

sächlich, wie Jahoda (1982) annimmt, Arbeitslosigkeit die Befindlichkeit der Betroffenen auch durch einen Angriff auf deren Identität und nicht nur durch die finanziellen Einschränkungen.

7.3.6 Sozialer Ausschluss (Exklusion) und *underclass*

In welchem Ausmaß man von sozialem Ausschluss beziehungsweise einer *underclass* sprechen kann, ist sehr stark von der jeweiligen Definition der Begriffe abhängig. So hat Wilson (1987) den Begriff der *underclass* vor allem auf die in Wesentlichen von Schwarzen bewohnten *inner city ghettos* bezogen, in denen sich nicht zuletzt durch den Wegzug jener Schwarzen, die ökonomisch etwas besser gestellt sind, arbeitslose und arme Menschen konzentrieren, die sonst auch räumlich stark segregiert sind. Auch wenn sich in Deutschland ohne Zweifel Tendenzen räumlicher Segregation zeigen (in jeder Stadt gibt es „gute“ Viertel, in denen überwiegend die Wohlhabenden leben, aber auch Stadtviertel, in denen Bevölkerungsgruppen mit geringen Einkommen und niedrigem Arbeitsmarkstatus einschließlich hoher Arbeitslosigkeit größere Anteile haben),³⁷ dürfen doch die Ghettoproduktionen, wie man sie aus den USA kennt (oder wie sie sich in den Vororten mancher europäischer Großstädte finden), in Deutschland (noch) kein Pendant haben. Auch nach anderen Kriterien – dauerhafte Armut und/oder Arbeitslosigkeit – wird bezogen auf Deutschland im Allgemeinen die Existenz einer Unterklasse eher verneint, auch wenn Tendenzen in dieser Richtung gesehen werden (Kronauer 1995; Andreß 1997; Hauser 1999). Sicherlich wird man diese Tendenzen mit Blick auf die anhaltend dramatische Arbeitsmarktsituation in Teilen Ostdeutschlands ebenso wie in einigen westdeutschen Großstädten weiter im Auge behalten müssen (siehe insgesamt zum Thema Häußermann et al. 2004).

Bei der Erhebung von sozialem Ausschluss oder Exklusion kommt es noch stärker auf Definition beziehungsweise der Operationalisierung des Begriffs an (siehe auch Ludwig-Mayerhofer 2005). Aus den (gar nicht so zahlreichen) empirischen Arbeiten seien exemplarisch nur zwei Befunde zitiert: In einer viele europäische Länder umfassenden Untersuchung haben Paugam und Russell (2000) sozialen Ausschluss als Reduzierung sozialer Kontakte operationalisiert. Die ursprüngliche Annahme, dass sich Kontakte insgesamt reduzieren würden, konnte zwar nicht bestätigt werden, doch zeigte sich deutlich, dass *Kontakte im öffentlichen sozialen Raum* bei Arbeitslosen deutlich niedriger sind, übrigens in Deutschland in stärkerer Art und Weise als in anderen Ländern: Während in

³⁷ Als Beispiel für eine Untersuchung von Arbeitslosigkeit, die an entsprechenden Stadtvierteln ansetzt (siehe Vogel 2001).

Deutschland Personen in stabiler Beschäftigung zu 57 Prozent Mitglied in einem Verein, Klub oder dergleichen sind, beträgt dieser Anteil bei Arbeitslosen weniger als 30 Prozent (Paugam/Russell 2000: 259). Andere Untersuchungen stellen eher auf das *subjektive Gefühl* ab, an der *Gesellschaft nicht teilzuhaben*. Eine Untersuchung von Böhneke (2002) zeigt, dass dieses Gefühl ganz massiv mit Langzeitarbeitslosigkeit verknüpft ist, worin sich auch ein Unterschied zu Einkommensarmut zeigt: Auch unter Teilzeitbeschäftigten, unter Rentnern oder Hausfrauen/-männern befinden sich nicht wenige Arme, doch teilen alle diese Gruppen nicht das Gefühl fehlender Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.³⁸

7.3.7 Scarring-Effekte

Dass Arbeitslosigkeit auch nach ihrer Überwindung zu längerfristigen Lohnneinbußen führt, ist für eine Reihe von Ländern relativ gut nachgewiesen. Die Befunde für die Bundesrepublik sind dagegen eher spärlich. Eine schon ältere Arbeit von Hujer et al. (1990) konnte auf der Basis von Daten aus dem SOEP (die allerdings nur für einen kurzen Zeitraum vorlagen) zeigen, dass Langzeitarbeitslosigkeit auch in Deutschland die anschließend erzielbaren Netto-Monatseinkommen reduziert. Eine neuere Arbeit von Burda und Mertens (2001) kann auf einer wesentlich größeren Datengrundlage (u.a. der IAB-Beschäftigtenstichprobe) diese Befunde differenzieren: Für Personen im untersten Einkommensviertel – und diese haben nach dieser Arbeit ein deutlich höheres Risiko, arbeitslos zu werden – stellen sich im Anschluss an die Arbeitslosigkeit sogar Einkommenssteigerungen, wenngleich sehr geringfügiger Art, ein. Dieser Befund passt zu der Annahme, dass sich nach Arbeitslosigkeit auch ein besserer *match* ergeben kann. Für Personen in den höheren Einkommensgruppen waren jedoch längerfristige Lohnneinbußen (über einen Zeitraum von vier Jahren) in einer Höhe von bis zu 17 Prozent zu beobachten.

Einige Studien haben den Einfluss von Arbeitslosigkeit auf die Dauer des anschließenden Beschäftigungsverhältnisses untersucht. Nach Mavromaras (1992) dauert die Beschäftigung umso länger, je länger die vorherige Arbeitslosigkeitsphase war. Das muss nicht unbedingt als positiver Effekt der Arbeitslosigkeit gewertet werden; es kann zum Beispiel bedeuten, dass Personen nach längerer Arbeitslosigkeit alles tun, um einen – und sei es noch so schlechten – Arbeitsplatz zu beibehalten (ebd., S. 88). Denkbar ist aber auch, dass die längere Arbeitslosigkeitsdauer auf eine intensivere Suche nach einem geeigneten Ar-

³⁸ In beiden Fällen macht sich allerdings das Fehlen von Längsschnittuntersuchungen bemerkbar: Die Frage „which causes which“ stellt sich vor allem bei dem ersignannten Befund (fehlende soziale Kontakte senken die Wahrscheinlichkeit, eine Stelle zu finden), aber auch subjektive Gefühle fehlender Teilhabe könnten negative Auswirkungen auf die Arbeitsmarktchancen haben.

beitsplatz zurückgeht, also den *match* zwischen Arbeitnehmer und Arbeitsplatz erhöht (siehe hierzu die bereits erwähnten Ergebnisse von Gangl 2004).

Mehrfacharbeitslosigkeit – also wiederholte Arbeitslosigkeit im Erwerbsverlauf von Individuen – scheint allerdings keine solchen Effekte mehr zu haben. Je häufiger Individuen in der Vergangenheit arbeitslos waren (und je länger die kumulierte Dauer früherer Arbeitslosigkeit), desto eher tritt nach einer Beschäftigung erneut Arbeitslosigkeit ein. Allerdings ist damit nicht notwendig ein längerfristiger Ausschluss vom Arbeitsmarkt verbunden, denn je häufiger eine Person arbeitslos war, desto kürzer sind auch weitere Arbeitslosigkeitsepisoden (Ludwig-Mayerhofer 1996; Hujer/Schneider 1996; Bender et al. 2000).³⁹ Nur wenn gleichzeitig die früheren Arbeitslosigkeitsphasen sehr lang waren, wirkt sich dies negativ, also verlängern, auf die Dauer gegenwärtiger Arbeitslosigkeit aus (Ludwig-Mayerhofer 1996). Diese und weitere Befunde deuten darauf hin, dass es sich bei wiederholter Arbeitslosigkeit um ein anderes Phänomen handelt als bei Langzeitarbeitslosigkeit. Langzeitarbeitslosigkeit scheint weitgehend abhängig von individuellen Merkmalen zu sein: gesundheitlichen Beeinträchtigungen, fehlender Berufsausbildung, Alter über 50 Jahre. Mehrfacharbeitslosigkeit ist dagegen von solchen individuellen Merkmalen weitgehend unbeeinflusst (nur die fehlende Berufsausbildung ist auch hier wichtig). Es dürfte sich hier eher um ein Phänomen bestimmter Branchen (etwa saisonabhängiger Beschäftigung im Baugewerbe) beziehungsweise bestimmter Teilarbeitsmärkte (für ungelernete Kräfte, die auf kurzfristiger Basis angestellt und wieder entlassen werden) handeln (Andreas 1989).

Einige Ergebnisse machen darauf aufmerksam, dass es vermutlich nicht nur direkte Effekte von früherer auf spätere Arbeitslosigkeit gibt, sondern dass intervenierende Faktoren eine Rolle spielen können. So fanden Büchel und Weißbuhm (1990) heraus, dass ein entscheidender Faktor für die Stabilität der Wiederbeschäftigung nach Arbeitslosigkeit das Einkommen war. Ehemals Arbeitslose, die bei ihrer Wiederbeschäftigung einen Einkommensanstieg erfuhren, waren wesentlich seltener stabil wiederbeschäftigt. Die Arbeitslosigkeit hatte bei diesen Personen offenbar zu einem Einstieg in ein unsicheres Arbeitsmarktsegment oder zur Aufnahme einer wenig zufriedenstellenden Beschäftigung mit schlechtem *match* geführt. Ähnlich konnte Ludwig-Mayerhofer (1992c) bei einer Analyse von Berufsanfängern zeigen, dass Arbeitslosigkeit zwischen Ausbildungsende und Aufnahme der ersten Erwerbstätigkeit nicht oder allenfalls sehr schwach mit späterer Arbeitslosigkeit in Verbindung stand; jedoch war das Einkommen aus der ersten Beschäftigung bei zuvor längere Zeit Arbeitslosen

³⁹ Für die USA wurde dagegen ein solcher Effekt bestritten, zuletzt bei Choi und Shin 2002, die damit nur Resultate früherer Studien aus den USA bestätigen.

deutlich niedriger, und ein niedriges Einkommen war auch hier der wichtigste Faktor, der Arbeitslosigkeit *nach* der ersten Beschäftigung auslöste.

7.3.8 Regionale Mobilität

Gemäß den Vorstellungen der Ökonomie von Märkten müssten Arbeitslose bereit sein, dorthin zu ziehen, wo mehr Arbeitsplätze verfügbar sind, und entsprechend lauten auch die An- und Aufforderungen gegenwärtiger Arbeitsmarktpolitik. Eine Voraussetzung hierfür wäre allerdings, dass die Chancen auf einen Arbeitsplatz am Zielort günstig sind, denn andernfalls wäre Mobilität eher riskant, gibt man damit doch soziale Netzwerke (und damit Zugang zu Informationen, Unterstützung, usw.) auf. Empirisch ist zuletzt Windzio (2004a, 2004b) den Bestimmungsfaktoren von Mobilität (auch) im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit nachgegangen. Zunächst stellte er eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit der Mobilität von Nord- nach Süddeutschland, aber auch umgekehrt fest, wenn Personen im Zustand „arbeitslos“ waren, doch hält er es für möglich, dass dies ein Datenartefakt ist, konkret: dass Personen, die eine Beschäftigung gekündigt beziehungsweise verloren und in einer anderen Region einen Arbeitsplatz bereits in Aussicht haben, sich bis zum Antritt dieser Beschäftigung noch arbeitslos melden. Diese Interpretation passt jedenfalls zu den übrigen Befunden, wonach gerade eher materiell und bildungsmäßig gut gestellte Personen zu hoher Mobilität bereit und in der Lage sind und insbesondere mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit die Wahrscheinlichkeit der Mobilität immer mehr abnimmt (Windzio 2004a). Ebenso lässt sich feststellen, dass mit höherer Arbeitslosigkeit der Region, in der eine Person lebt, deren Mobilität abnimmt. Regionale Kontexte werden so zur „Arbeitslosenfalle“ (Windzio 2004b).

7.4 Arbeitsmarktpolitik

Es ist ein Gemeinplatz, dass der Arbeitsmarkt von Maßnahmen in verschiedenen Politikfeldern beeinflusst wird, insbesondere der Wirtschafts- und Fiskalpolitik. Dennoch (oder gerade deshalb) müssen wir uns hier auf das Gebiet dessen beschränken, was als Arbeitsmarktpolitik im engeren Sinn bezeichnet wird, nämlich Maßnahmen, die direkt auf Arbeitslose beziehungsweise Arbeitssuchende gerichtet sind. Im Folgenden ist nur ein ganz grobes Umreißen einiger Kernbegriffe möglich.⁴⁰

⁴⁰ Eine gute Übersicht für die Zeit bis etwa 1990 findet sich bei Clasen (1996), für die Zeit bis etwa 1996 bei Heinelt und Weck (1998), zu den Entwicklungen seither – vor allem seit 2002 – erscheinen laufend Publikationen, die freilich angesichts der Komplexität der Transformation der

Üblicherweise wird zwischen zwei Grundformen von Arbeitsmarktpolitik unterschieden (die sich nicht wechselseitig ausschließen, sondern zumeist gleichzeitig, aber mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung praktiziert werden), nämlich *passiver* und *aktiver* Arbeitsmarktpolitik. Mit dem erstgenannten Begriff bezeichnet man die finanziellen Unterstützungsleistungen für Arbeitslose. Er ist missverständlich, insofern das Adjektiv „passiv“ suggeriert, diese Unterstützungsleistungen würden nichts bewirken – oder möglicherweise tatsächlich die Unterstützungsempfänger *passiv machen* (siehe oben die Ausführungen zum Thema „sozialstaatliche Leistungen und Arbeitslosigkeit“). Wir haben gesehen, dass es gute Gründe gibt, an dieser Auffassung zu zweifeln. Der Begriff „aktive Arbeitsmarktpolitik“ bezeichnet im Gegensatz dazu alle Maßnahmen, die Arbeitssuchende und Arbeitslose in Beschäftigung bringen sollen – meistens mit dem Zusatz versehen: in reguläre Beschäftigung, also in Beschäftigung am sogenannten „ersten Arbeitsmarkt“. Mit diesem Begriff soll der „normale“ Arbeitsmarkt, an dem sich Unternehmer und Arbeitskräfte direkt gegenüberstehen, vom „zweiten Arbeitsmarkt“ unterschieden werden, d.h. dem durch besondere staatliche Beschäftigungsmaßnahmen erzeugten Arbeits-„markt“ (bei dem es sich insofern nicht um einen Markt im Wortsinne handelt). Die konkreten Maßnahmen aktiver Arbeitsmarktpolitik sind sehr heterogen und unterliegen auch deutlichem Wandel im Zeitverlauf (siehe unten).

Aus soziologischer Sicht ist es – gerade mit Blick auf die Bundesrepublik – erforderlich, auf mindestens eine weitere Form von Arbeitsmarktpolitik aufmerksam zu machen, die offiziell freilich nicht so bezeichnet wird, nämlich „*deaktivierende Arbeitsmarktpolitik*“. Diese wurde vor allem in den 1990er Jahren ganz massiv betrieben, mindestens zum Teil mit dem dezidierten Ziel, das Angebot an Arbeitskräften durch Vorruhestandsregelungen zu reduzieren (siehe auch Manow/Seils 2000). Schließlich muss eine soziologische Analyse Arbeitsmarktpolitik auch als *symbolische Politik* (Edelman 1976) untersuchen. Dieser Begriff zielt weniger auf den Sachverhalt, dass Politik „nur symbolisch“ sei und realer Folgen entbehre – was sicherlich oft genug zutrifft –, sondern vor allem darauf, dass zu Politik wesentlich die Teilnahme am gesellschaftlichen Diskurs gehört, in dem Akteure Wahrnehmung relevanter Handlungsfelder und Definitionen „geeigneter“ Maßnahmen zu beeinflussen und durchzusetzen versuchen.⁴¹ Gleichwohl lässt sich unterscheiden zwischen (hauptsächlich) diskur-

Arbeitsmarktpolitik immer nur Zwischenstände vermeiden können. Einen ausgesprochen detaillierten und vor allem stets höchst aktuellen (gleichzeitig aber auch bis 1978 zurück reichenden) Überblick – allerdings ohne kommentierende Hilfen – vermittelt die Arbeitsmarktrechtlich des Institutes für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung unter: <http://iab.de/asp/chronik/>.

⁴¹ In diesem Sinne ist daran zu erinnern, dass die Massenmedien in der Bundesrepublik Anfang des Jahres 2002 zu ganz entscheidenden Akteuren der Arbeitsmarktpolitik wurden. Obne den sich ab Ende Januar 2002 entwickelnden sogenannten „Vermittlungsskandal“, also die in den Medien zu einer Top-Nachricht gemachte Feststellung des Bundesrechnungshofes, dass die Arbeitsämter

siver Politik“, einer Politik also, die sich überwiegend oder ausschließlich auf diskursive Mittel stützt, und einer „Politik mit Ausstrahlung auf den gesellschaftlichen Diskurs“, die auch oder sogar vorrangig instrumentell wirksame Maßnahmen setzt, von denen jedoch spürbare Wirkungen auf den öffentlichen Diskurs ausgehen beziehungsweise die durch eine entsprechende Rhetorik begleitet werden. Als Beispiel für den ersten Fall sind die immer wiederkehrenden öffentlichen Debatten über die „faulen Arbeitslosen“ anzuführen, also die Vorwürfe, viele Arbeitslose seien gar nicht an einer Arbeitsaufnahme interessiert (Oschmiansky et al. 2003). Für den zweiten Fall kam sicherlich die Arbeitsmarktpolitik seit dem Jahr 2002 stehen, durch die eine massive Abkehr von bisherigen Prinzipien der sozialen Absicherung des Arbeitslosigkeitsrisikos eingeleitet wird, die vermutlich in höchst komplexer Weise diskursiv wirksam wird. Hierzu gehört etwa die Rhetorik der „Modernisierung“ der Sozialsysteme, die gleichzeitig als unausweichlicher „Sachzwang“ angesichts des demographischen Wandels und der Globalisierung des Wirtschaftssystems dargestellt wird. Doch wäre zu prüfen, ob nicht die symbolische „Ausstrahlung“, der faktischen Änderungen im Bereich der Arbeitsmarktpolitik noch stärker ist. Diese Änderungen sind nunmehr in der gebotenen Kürze vor dem Hintergrund der Entwicklung aktiver Arbeitsmarktpolitik in der Bundesrepublik zu skizzieren.

Aktive Arbeitsmarktpolitik wurde erstmals im Arbeitsförderungs-gesetz (AFG) von 1969 gesetzlich fixiert. Damals – in Zeiten anhaltenden wirtschaftlichen Aufschwungs – war ihr Hauptziel, das Ausbildungsniveau der Arbeitnehmer-schaft zu steigern, was auf individueller Ebene gleichzeitig die Förderung beruflicher Aufwärtsmobilität beinhaltete. Dementsprechend sollten vor allem Maßnahmen der Fortbildung und Umschulung im Zentrum stehen, und die Maß-nahmeteilnehmer erhielten großzügige finanzielle Unterstützung. Wenige Jahre nach der ersten Ölkrise wurde diese jedoch deutlich gekürzt, und der Finanzierungsanteil „aktiver“ Maßnahmen an den Gesamtausgaben der (bis 2003 sogenannten) Bundesanstalt für Arbeit wurde angesichts des massiven Anstiegs der Ausgaben für die Arbeitslosenunterstützung zurückgefahren. Arbeitsbeschaf-fungsmaßnahmen (ABM; erhebliche Zuschüsse durch die öffentliche Hand zu den Lohnkosten an die [meist öffentlichen oder gemeinnützigen] Unternehmen bei Einstellung Langleistungslosen, wenn die jeweiligen Arbeiten im „öffentli-chen Interesse“ liegen) haben gegen Ende der 1980er Jahre eine gewisse, in den

ihre Verbilligungsleistungen „geschönt“ hätten, und die sich anschließende Welle medialer Darstel-lungen der Ineffizienz der öffentlichen Arbeitsverwaltung, sowie den sich wenige Monate später in den Medien aufschaukelnden Diskurs über Gerhard Schröders Versprechen im Wahlkampf 1998, die Reduktion der Arbeitslosenzahlen auf 3,5 Millionen zum zentralen Prüfstein des Erfolgs seiner Regierung zu machen, hätte Schröder möglicherweise die ab etwa 1999 eingeschla-gene Politik des „quieten non movere“ (also: keine schlafenden Hunde zu wecken) im Gebiet der Arbeitsmarktpolitik fortgesetzt und VW-Personalmanager Peter Hartz wäre nicht zu seinem zweifelhaften Ruhm gekommen.

1990er Jahren in Ostdeutschland (ab Mitte der 1990er Jahre auch unter dem Titel „Strukturpassungsmaßnahmen Ost“) mit mehreren 100.000 Beschäftigten sogar etwas größere Bedeutung erlangt. Diese Maßnahmen waren allerdings umstritten, weil der Verdacht bestand, dass damit reguläre Arbeitsplätze ersetzt würden; auch wurden sie häufig eingesetzt, um den Maßnahmeteilnehmern erneut Anspruchsberechtigung in der Arbeitslosenversicherung zukommen zu lassen, denn die ABM galten als reguläre Beschäftigung, aufgrund derer Beiträge an die Sozialversicherung zu entrichten waren.⁴² Neue Arbeitsplätze wurden durch ABM einer Untersuchung zu Folge nur in etwa fünf Prozent der Fälle geschaffen (Kofe et al. 2003).

Trotz dieser Probleme kann man solche Formen aktiver Arbeitsmarktpolitik als *befähigende* oder *Handlungsspielräume eröffnende* Aktivierung bezeichnen, insofern sie zum Ziel haben, die „Beschäftigungsfähigkeit“⁴³ der Teilnehmer an Fortbildungs- und Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen zu erhalten oder zu steigern – jedenfalls im Prinzip, denn faktisch war die Wirkung auch der Fortbildungsmaßnahmen äußerst umstritten (Fitzenberger/Speckesser 2000; Wingers/Sackmann 2000). Obgleich die seit dem Jahr 2002 eingeschlagene Richtung der Arbeitsmarktpolitik unter dem Motto „Fördern und Fordern“ angepriesen wird, sind die Aspekte der Förderung bislang blass geblieben, während jene des Förderns deutlicher in den Vordergrund rückten, so dass hier eher von einer *Handlungsspielräume einschränkenden Aktivierung* zu sprechen ist. Zwar soll durch eine Trennung der Bereiche „Leistungsgewährung“ und „Beratung/Vermittlung“ deutlicher als bisher die „Service-Funktion“ der Agenturen für Arbeit (wie die Arbeitssuchenden (jetzt „Kunden“ genannt) in „Marktkunden“, „Beratungskunden“ und „Betreuungskunden“ sollen jene Gruppen identifiziert werden (nämlich die zweite und vor allem die dritte Kategorie), die einer intensiveren Beratung bedürfen. Was jedoch Inhalt und Ziel dieser Beratung beziehungsweise Betreuung sein wird, ist bislang weitaus weniger klar als die zahlreichen Anforderungen, die an die „Kunden“ gestellt werden:

- Meldung bei der Arbeitsagentur nicht erst bei Eintritt der Arbeitslosigkeit, sondern schon bei Erhalt der Kündigung.

⁴² Das hat mit der – seit Januar 2005 für „arbeitsfähige“ Personen jedenfalls im Grundsatz abgeschafften – Zweiteilung der sozialen Sicherung zwischen Zuständigkeit des Bundes (Arbeitslosengeld beziehungsweise Arbeitslosenhilfe) und der Gemeinden (Sozialhilfe) zu tun. Soweit die Gemeinden selbst, wie es häufig geschah, als Anbieter von ABM auftraten, konnten sie dadurch die finanzielle Verantwortung wieder an den Bund zurückgeben. Seit Januar 2004 können durch ABM keine Ansprüche an die Arbeitslosenversicherung mehr erworben werden.

⁴³ Als *employability* spielt dieser Begriff eine wichtige Rolle, seit er von der EU in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre als ein zentrales Ziel aktiver Arbeitsmarktpolitik formuliert wurde.

- Umkehr der Beweislast bei Ablehnung eines Stellenangebotes (bisher musste das Arbeitsamt nachweisen, dass die Stelle zumutbar war, in Zukunft muss der Arbeitslose nachweisen, dass sie unzumutbar war).
- Leistungskürzungen für ältere Arbeitslose, die nunmehr bis maximal 18 Monate das am zuletzt erzielten Erwerbseinkommen orientierte Arbeitslosengeld (ALG) beziehen können (früher bis zu drei Jahre).
- Pauschalisierung des „Arbeitslosengeldes II“ (ALG II), welches nach Ablauf des ALG bezogen werden kann, anstelle der Orientierung der früheren Arbeitslosenhilfe am vorherigen Erwerbseinkommen,
- deutlich weiter als bisher reichende Inanspruchnahme sowohl der eigenen Vermögenswerte als auch von Einkommen und Vermögen der Ehe- beziehungsweise Lebenspartner/-innen, bevor das ALG II bezogen werden kann,
- Absenkung der Zumutbarkeitsgrenzen für ALG-II-Bezieher, die jegliche zugewiesene Beschäftigung, gleich welchen Qualifikations- oder Einkommensniveaus, annehmen müssen, sofern nur das Beschäftigungsentgelt nicht weniger als 70 Prozent des tariflichen Entgelts für diese Tätigkeit beträgt,
- Pflicht zur Ausübung sogenannter „1-Euro-Jobs“ (gemeinnütziger Arbeiten, bei denen zusätzlich zu den Leistungen des ALG II nur geringfügige Aufwandsentschädigungen von einem bis maximal zwei Euro pro Stunde bezahlt werden, angeblich zur „Aufrechterhaltung [oder gar Förderung] der Beschäftigungsfähigkeit“, doch wurden vergleichbare Tätigkeiten auch früher schon bei Sozialhilfecommunismen eingesetzt, zumeist jedoch, um deren Arbeitswilligkeit auf die Probe zu stellen),⁴⁴
- unklare Definition von Rechten und Pflichten – zum Beispiel Abschluss einer „Eingliederungsvereinbarung“, in der Pflichten der Arbeitslosen wie der Agentur für Arbeit festgelegt werden sollen, wobei Verletzungen der Pflichten durch die Arbeitslosen mit Leistungskürzungen bestraft werden, während keine Sanktionsmöglichkeiten bei Pflichtverletzung durch die Arbeitsagentur vorgesehen sind.

Hierin kündigt sich ein Wandel an, der den Schwerpunkt der staatlichen Maßnahmen mehr in Richtung eines *workfare state* (Peck 2001) verlagert, eines Staates, der erstens wohlfahrtsstaatliche Leistungen nicht an vergangene Beitragsleistung, sondern an die Bereitschaft der Betroffenen knüpft, jegliche Beschäftigung anzunehmen und alles zu unternehmen, eine solche Beschäftigung zu finden, und der zweitens durch die Orientierung dieser Leistungen an einem Prinzip der Deckung nicht mehr als des Grundbedarfs und durch andere Maßnahmen, das Leben mit staatlicher Unterstützung möglichst unerfreulich zu gestalten (regelmäßige Meldung bei der Arbeitsagentur, Zwang zu „1-Euro-Jobs“) dazu beiträgt, die „Beschäftigungsbereitschaft“ zu „steigern“. In der Summe stellen diese Änderungen eine deutliche Abkehr von dem bislang wirk-

⁴⁴ Außerdem beachte auch hier der Verdacht, dass es um eine Politik der Verschönerung der Arbeitslosenstatistik geht, denn alle Personen, die mehr als 15 Stunden pro Woche in solchen Jobs tätig sind, werden nicht als Arbeitslose gezählt.

samen Prinzip des Stauerhalts dar. Diesem Prinzip zu Folge konnten Arbeitslose auch bei Bezug von Arbeitslosenhilfe mit einer finanziellen Unterstützung rechnen, die (zwar nicht sehr hoch, aber) proportional zu ihrem bisherigen Einkommen war; ebenso war durch die frühere Tätigkeit beziehungsweise das daraus erzielte Einkommen definiert, welche Beschäftigungsangebote ein Arbeitsloser annehmen musste, wollte er nicht den Anspruch auf die Leistungen aus der Arbeitslosenunterstützung verlieren.⁴⁵

Ohne Zweifel sind gegenwärtig noch Elemente des herkömmlichen deutschen Sozialstaatsmodells vorhanden, so wie das finanziell attraktivere und am bisbrigen Erwerbsverlauf orientierte Arbeitslosengeld oder die (gegenüber früher jedoch reduzierten) Möglichkeiten von Weiterbildungsmaßnahmen. Gleichzeitig setzen sich aber die skizzierten problematischen Tendenzen der aktuellen Aktivierungspolitik im Bereich der Beschäftigung fort: Durch die Ausweitung sogenannter *Mini-Jobs* (Tätigkeiten mit einem Monatsentgelt bis zu 400 Euro), bei denen die Beschäftigten keine, und die Schaffung von *Midt-Jobs* (Entgelt bis 800 Euro), bei denen sie reduzierte Sozialversicherungsbeiträge zahlen, sowie die Förderung von Selbstständigkeit durch Ich-AGs oder das Überbrückungsgeld werden Tätigkeiten ohne oder mit geringer sozialstaatlicher Absicherung im Niedriglohnbereich attraktiv, die jedoch keine längerfristigen Perspektiven bieten. Ob dadurch die Zahl der Beschäftigten steigt, ist wegen der Umwandlung regulärer Beschäftigung in solche für Arbeitgeber günstigeren Jobs und wegen der Tatsache, dass geringfügige Beschäftigung oft neben einer regulären Beschäftigung ausgeübt wird, zweifelhaft; wahrscheinlicher ist, dass die Zahl der *working poor* ansteigen wird, jener Personen, die trotz Erwerbseinkommens die Armutsschwelle nicht überschreiten (Strengmann-Kuhn 2001).

7.5 Ausblick

Dieser Beitrag hat nur einen kleinen Überblick über die Theorien- und Forschungslandschaft geben können. Wenn auch manche Ergebnisse recht eindeutig sind, so bleibt doch festzuhalten, dass sich trotz beziehungsweise gerade wegen erheblicher Forschungsanstrengungen vielfach wenig klare oder sich gegenseitig widersprechende Befunde zeigen. Dies gilt umso mehr, je mehr man sich den Ursachen von Arbeitslosigkeit auf der Makro-Ebene nähert, also etwa die Beziehung von Institutionen des Arbeitsmarkts und des Wohlfahrtsstaates,

⁴⁵ Die jeweiligen Grenzen waren im Lauf der vergangenen Jahre immer weiter herunter gesetzt worden – zuletzt mussten Arbeitslose nach sechs Monaten Arbeitslosigkeit Johangehote annehmen, wenn deren Nettolohn mindestens das Niveau der Arbeitslosenunterstützung erreichte –, aber der Bezug auf die vorherige Tätigkeit blieb damit immer noch erhalten.

aber auch von Bildungssystemen und der daraus resultierenden Zusammensetzung des Arbeitsangebotes nach Qualifikation zur Arbeitslosigkeit untersucht.

In letzter Zeit mehrten sich die Stimmen, die hinter dieser Heterogenität der Befunde gleichsam „System“ vermuten, die also darauf abstellen, dass es nicht die eine Hauptursache von Arbeitslosigkeit gibt, der man mit einer bestimmten Strategie begegnen könne, sondern dass die Entwicklungspfade der Arbeitslosigkeit sehr unterschiedlich sind und es somit auch keine „beste“ Arbeitsmarktpolitik geben kann, sondern wiederum sehr unterschiedliche Wege (Alber 2000), wenn nicht gar behauptet wird, dass jedes Land eine spezifische Mischung von Maßnahmen benötige (Neugart 2000; Armingeon 2003). Tatsächlich scheinen die Rezepte jener Länder, die in den vergangenen Jahren Arbeitslosigkeit deutlich reduzierten, recht verschieden: Die skandinavischen Länder, insbesondere Dänemark, hatten mit einer sehr intensiven Aktivierungspolitik Erfolg, die weitaus mehr als in Deutschland nicht nur „forderte“, sondern auch „förderte“, und dies auf der Grundlage von der Höhe wie der Dauer nach großzügiger Arbeitslosenunterstützung; diese macht auch das weitgehende Fehlen gesetzlicher Kündigungsregelungen und anderer regulierender Maßnahmen für die Erwerbstätigen akzeptabel (Nickell 1997). Das „Beschäftigungswunder“ in den Niederlanden beruhte zu einem relativ großen Teil auf einer erheblichen Lohnzurückhaltung der Erwerbstätigen, die für viele weniger einschneidend war, weil die Erwerbstätigkeit von Frauen enorm anstieg (wenngleich überwiegend nur als Teilzeitbeschäftigung mit insgesamt eher konstantem Gesamtarbeitszeitvolumen) und so auf der Ebene der Haushalte die individuellen Lohn-einbußen jedenfalls teilweise kompensiert werden konnten.

Speziell mit Blick auf die Bundesrepublik ist allerdings bei allen Vergleichen mit anderen Ländern an die besonderen Probleme des ostdeutschen Arbeitsmarktes zu denken. Arbeitslosigkeitsquoten von 20 Prozent und mehr, stellen eine Herausforderung dar, für die auf abschbare Zeit keine Lösung in Sicht ist. Dem übergroßen Mangel an Arbeitsplätzen ist gewiss nicht mit Parolen (oder Taten) des „Förderns und Forderns“ beizukommen, er ist aber auch mit einer Politik der Wirtschaftsförderung sicherlich wenn überhaupt, dann nur langfristig zu beheben.

7.6 Literatur

- Adamy, Wilhelm/Steffen, Johannes (1998): Abseits des Wohlstands. Arbeitslosigkeit und neue Armut. Darmstadt: Primus.
- Addison, John T./Blackburn, McKinley L. (2000): The effects of unemployment insurance on postunemployment earnings. In: *Lahour Economics* 7: 21-53.

- Addison, John T./Centeno, Mário/Portugal, Pedro (2004): Reservation wages, search duration, and accepted wages in Europe. IZA Discussion Paper No. 1252, Bonn.
- Alber, Jens (2000): Sozialstaat und Arbeitsmarkt. Produzieren kontinentaleuropäische Wohlfahrtsstaaten typische Beschäftigungsmuster? In: Leviathan 28: 535-569.
- Albrecht, Hans-Jörg (1989): Kriminell weil arbeitslos? Arbeitslos weil kriminell? Der Stand der Forschung zum Zusammenhang von Kriminalität und Arbeitslosigkeit. In: *Bewährungshilfe* 35: 133-148.
- Altersübergangsreport 2004-01, hrsg. von der Hans-Böckler-Stiftung und dem Institut Arbeit und Technik. Siehe: <http://iat-info.iatg.de/auem-report/2004/auem2004-01.html>.
- André, Hans-Jürgen (1989): Instabile Erwerbskarrieren und Mehrfacharbeitslosigkeit – ein Vergleich mit der Problemgruppe der Langzeitarbeitslosen. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 22: 17-32.
- André, Hans-Jürgen (1997): Armut in Deutschland: Prozesse sozialer Ausgrenzung und die Entstehung einer neuen „Underclass“? In: *Soziale Probleme* 8: 3-39.
- Anhorn, Roland/Bettinger, Frank (Hrsg.) (2005): Sozialer Ausschluss und soziale Arbeit. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Armigeon, Klaus (2003): Die Politische Ökonomie der Arbeitslosigkeit. In: Obinger et al. (Hrsg.): 151-174.
- Atkinson, Anthony B. (1999): The economic consequences of rolling back the welfare state. Cambridge MA/London: MIT Press.
- Atkinson, Anthony B./Micklewright, John (1991): Unemployment compensation and labor market transitions: A critical review. In: *Journal of Economic Literature* 29: 1679-1727.
- Bacher, Johann (2001): Macht Arbeitslosigkeit rechtfertigen? In: Zempel et al. (Hrsg.): 171-186.
- Bäcker, Gerhard/Bispinck, Reinhard/Hofemann, Klaus/Naegele, Gerhard (2000): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Bd. 1, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Barlösius, Eva/Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (Hrsg.) (2001): Die Armut der Gesellschaft. Opladen: Leske+Budrich.
- Belzli, Christian (2001): Unemployment insurance and subsequent job duration: Job matching versus unobserved heterogeneity. In: *Journal of Applied Econometrics* 16: 619-636.
- Bender, Stefan/Fahrmair, Ludwig/Lang, Stefan (2000): Determinanten der Arbeitslosigkeitsdauer in Westdeutschland. In: Büchel et al. (Hrsg.): 79-94.
- Berger, Peter A./Konietzka, Dirk (Hrsg.) (2001): Die Erwerbsgesellschaft. Neue Ungleichheiten und Unsicherheiten. Opladen: Leske+Budrich.
- Blakely, T. A./Collings, S. C. D./Atkinson, J. (2003): Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 57: 594-600.
- Blien, Uwe (Hrsg.) (2003a): Die Entwicklung der ostdeutschen Regionen. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 267, Nürnberg.
- Blien, Uwe (2003b): Die Lohnkurve. Auswirkungen der regionalen Arbeitslosigkeit auf das Lohnniveau. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 36: 439-460.
- Blossfeld, Hans-Peter/Hamerle, Alfred/Mayer, Karl Ulrich (1986): Ereignisanalyse. Frankfurt a. Main/New York: Campus.
- Böhnke, Petra (2002): Die exklusive Gesellschaft. Empirische Befunde zu Armut und sozialer Ausgrenzung. In: Sell (Hrsg.): 45-64.
- Bonß, Wolfgang (2001): Vergesellschaftung über Arbeit. Oder: Gegenwart und Zukunft der Arbeitsgesellschaft. In: Berger/Konietzka (Hrsg.): 331-356.
- Brinkmann, Christian (1999): Instrumente aktiver Arbeitsmarktpolitik in Ostdeutschland. In: Wiedemann et al. (Hrsg.): 311-351.
- Büchel, Felix/Diewald, Martin/Krause, Peter/Mertens, Antje/Solga, Felke (Hrsg.) (2000): Zwischen drinnen und draußen. Arbeitsmarktchancen und soziale Ausgrenzungen in Deutschland. Opladen: Leske+Budrich.

- Büchel, Felix/Frick, Joachim/Krause, Peter (2000): Arbeitslosigkeit, öffentliche Transferzahlungen und Armut – Eine Mikrosimulation für West- und Ostdeutschland. In: Büchel et al. (Hrsg.): 167-179.
- Büchel, Felix/Weißhuhn, Gernot (1990): Zur Stabilität der Wiederbeschäftigung nach Arbeitslosigkeit. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 23: 263-283.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001): Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn.
- Burda, Michael C./Mertens, Antje (2001): Estimating wage losses of displaced workers in Germany. In: *Labour Economics* 8: 15-41.
- Cahuc, Pierre/Zyberberg, André (2004): Labor economics. Cambridge MA/London: MIT Press.
- Castel, Robert (1996): Nicht Exklusion, sondern Desaffiliation. Ein Gespräch mit François Ewald. In: *Das Argument* 38: 775-780.
- Choi, Hwa Jung/Shin, Donggyun (2002): Do past unemployment spells affect the duration of current unemployment? In: *Economics Letters* 7: 157-161.
- Clasen, Jochen (1996): Paying the jobless: A comparison of unemployment benefit policies in Great Britain and Germany. Aldershot: Avebury.
- Cramer, Ralph/Gilberg, Reiner/Hess, Doris/Marwinski, Karen/Schröder, Helmut/Smid, Menno (2002): Suchintensität und Einstellungen Arbeitsloser. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 261, Nürnberg.
- Edeleman, Murray (1976): Politik als Ritual. Die symbolische Funktion staatlicher Institutionen und politischen Handlens. Frankfurt a. Main/New York: Campus.
- Eisen, Roland (1997): Reformüberlegungen zur Arbeitslosenversicherung. In: Hauser (Hrsg.): 45-75.
- Esping-Andersen, Gøsta (1996a): Welfare states without work: The impact of labour shedding and familism in continental european social policy. In: Esping-Andersen (Hrsg.): 66-87.
- Esping-Andersen, Gøsta (Hrsg.) (1996b): Welfare states in transition. National adaptations in global economies. London u.a.: Sage.
- Esping-Andersen, Gøsta/Gallie, Duncan/Hemerijck, Anton/Myles, John (2002): Why we need a new welfare state. Oxford: Oxford University Press.
- Ferrera, Maurizio/Rhodes, Martin (Hrsg.) (2000): Building a sustainable welfare state. West European Politics, Special Issue on Recasting European Welfare States.
- Fitznberger, Bernd/Sprockesser, Stefan (2000): Zur wissenschaftlichen Evaluation der aktiven Arbeitsmarktpolitik in Deutschland. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 33: 357-370.
- Freeman, Richard B./Schettkat, Ronald (1999): Zwischen Fastfood und Excellence! Die Beschäftigungslücke in Deutschland im Vergleich zu den USA. In: *Hamburger Jahrbuch für Wirtschaftsgeschichte und Gesellschaftspolitik* 44: 95-113.
- Gahlen, Bernhard/Hesse, Helmut/Ramser, Hans-Jürgen (Hrsg.) (1996): Arbeitslosigkeit und Möglichkeiten ihrer Überwindung. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Gallie, Duncan/Paugam, Serge (Hrsg.) (2000): Welfare regimes and the experience of unemployment in Europe. Oxford: Oxford University Press.
- Gangl, Markus (2004): Welfare states and the scar effects of unemployment: A comparative analysis of the United States and West Germany. In: *American Journal of Sociology* 109: 1319-1364.
- Ganßmann, Heiner (2004): 30 Jahre Massenarbeitslosigkeit in der Bundesrepublik – ein deutscher Sonderweg. In: *Leviathan* 32: 164-184.
- Gebauer, Ronald/Petschauer, Hanna/Vobruba, Georg (2002): Wer sitzt in der Armutsfalle? Selbstbehauptung zwischen Sozialhilfe und Arbeitsmarkt. Berlin: Edition Sigma.
- Gertham, Ulf-G./Johannesson, Magnus (2003): A note on the effect of unemployment on mortality. In: *Journal of Health Economics* 22: 505-518.

- Glatzer, Wolfgang/Ostner, Ilona (Hrsg.) (1999): Deutschland im Wandel. Sozialstrukturelle Analysen. Opladen: Leske+Budrich.
- Goetz, André (1994): Kritik der ökonomischen Vernunft. Sinnfragen am Ende der Arbeitsgesellschaft. Hamburg: Rotbuch.
- Grassinger, Robert (1993): Verfestigte Arbeitslosigkeit. Das Hysterisis-Phänomen unter besonderer Berücksichtigung des Humankapitalansatzes. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 174, Nürnberg.
- Häußermann, Hartmut/Kronauer, Martin/Siebel, Walter (Hrsg.) (2004): An den Rändern der Städte. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Hauser, Richard (Hrsg.) (1997): Reform des Sozialstaats I. Arbeitsmarkt, soziale Sicherung und soziale Dienstleistungen. Berlin: Duncker & Humblot.
- Hauser, Richard (1999): Tendenzen zur Herausbildung einer Unterklasse? In: Glatzer/Ostner (1999): 133-145.
- Hauser, Richard/Nolan, Brian (2000): Unemployment and poverty: Change over time. In: Galil/Paugam (2000): 25-46.
- Heckman, James J./Borjas, George J. (1980): Does unemployment cause future unemployment? Definitions, questions and answers from a continuous time model of heterogeneity and state dependence. In: *Economica* 47: 247-283.
- Hegel, Georg Wilhelm Friedrich (1972): Grundlinien der Philosophie des Rechts. Frankfurt a. Main u.a.: Ullstein [zuerst 1821].
- Heinelt, Hubert/Weck, Michael (1998): Arbeitsmarktpolitik. Vom Vereinigungskonsens zur Standortdebatte. Opladen: Leske+Budrich.
- Helberger, Christoph (1982): Arbeitslosigkeit als Gegenstand mikroökonomischer Theorien zur Funktionsweise der Arbeitsmärkte. In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, 398-412.
- Helberger, Christoph/Bellmann, Lutz/Blaschke, Dieter (Hrsg.) (1991): Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit. Analysen auf der Grundlage des Sozioökonomischen Panels. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 144, Nürnberg.
- Howell, David R. (2002): Increasing earnings inequality and unemployment in Developed Countries: Markets, institutions, and the „unified theory“. In: *Politics & Society* 30: 193-243.
- Huijer, Reinhard/Löwenbein, Oded/Schneider, Hilmar (1990): Wages and unemployment. A microeconomic analysis for the FRG. In: König (Hrsg.): 299-323.
- Huijer, Reinhard/Schneider, Hilmar (1996): Institutionelle und strukturelle Determinanten der Arbeitslosigkeit in Westdeutschland: Eine mikroökonomische Analyse mit Paneldaten. In: Gablen et al. (Hrsg.): 53-76.
- Hunt, Jennifer (1995): The effect of unemployment compensation on unemployment duration in Germany. In: *Journal of Labor Economics* 13: 88-120.
- Jahoda, Marie (1982): Employment and unemployment: A social-psychological analysis. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jahoda, Marie/Lazarfeld, Paul M./Zaisel, Hans (1975): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch. Frankfurt a. Main: Suhrkamp [zuerst 1933].
- Jochem, Sven/Siegel, Nico A. (2000): Wohlfahrtskapitalismen und Beschäftigungsperformanz – Das „Modell Deutschland“ im Vergleich. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 46: 38-64.
- Kaiser, Manfred/Göblitz, Otto (Hrsg.) (1992): Berufliche Bildung im Umbruch – Zur Diskussion der Übergänge in Bildung und Beruf im vereinten Deutschland. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 153.2, Nürnberg.
- Keller, Bernd/Seifert, Hartmut (Hrsg.) (1998): Deregulierung am Arbeitsmarkt: Eine empirische Zwischenbilanz. Hamburg: VSA.
- Kieselbach, Thomas/Beelmann, Gert/Erdwien, Brigitt/Sitzel, Andrea/Traiser, Ute (2000): Youth unemployment and social exclusion in Germany. In: Kieselbach (Hrsg.): 131-174.
- Kieselbach, Thomas (Hrsg.) (2000): Youth unemployment and social exclusion. A comparison of six european countries. Opladen: Leske+Budrich.

- Klein, Thomas (1990): Arbeitslosigkeit und Wiederbeschäftigung im Erwerbsverlauf. In: *Kölnner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 42: 688-705.
- Klein, Thomas (1992): Zur Zeitabhängigkeit der Wiederbeschäftigungsrate Arbeitsloser. In: *Kölnner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 44: 134-138.
- König, Heinz (Hrsg.) (1990): Economics of wage determination. Berlin u.a.: Springer Verlag.
- Korpi, Walter (2002): The great trough in unemployment: A long-term view of unemployment, inflation, strikes, and the profit/wage ratio. In: *Politics & Society* 30: 365-426.
- Kolbe, Sabine/Luschei, Frank/Schmitz-Mandrel, Ulrich/Trube, Achim/Weiß, Carsten (2003): Arbeitsplatzgenerierende Effekte von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 273, Nürnberg.
- Kronauer, Martin (1995): Massenarbeitslosigkeit in Westeuropa: Die Entstehung einer neuen „Underclass“? In: *Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen* (Hrsg.): 197-214.
- Kronauer, Martin (2002): Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus. Frankfurt a. Main/New York: Campus.
- Landua, Detlef (1990): Verläufe von Arbeitslosigkeit und ihre Folgen für die Wohlfahrt von Haushalten und Individuen. In: *Zeitschrift für Soziologie* 19: 203-211.
- Lapp, Susanne/Lehment, Harmen (1997): Lohnzurückhaltung und Beschäftigung in Deutschland und in den Vereinigten Staaten. In: *Die Weltwirtschaft*: 67-83.
- Layard, Richard/Nickell, Stephen/Jackman, Richard (1991): Unemployment. *Macroeconomic performance and the labour market*. Oxford: Oxford University Press.
- Leibfried, Stephan/Voges, Wolfgang (Hrsg.) (1992): Armut im modernen Wohlfahrtsstaat. *Kölnner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 32, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Leibfried, Stephan/Leisering, Lutz et al. (1995): *Zeit der Armut*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Licht, Georg/Steiner, Viktor (1991): Abgang aus der Arbeitslosigkeit, Individualeffekte und Hysterisis. Eine Panelanalyse für die Bundesrepublik Deutschland. In: Helberger et al. (1991): 182-205.
- Lindbeck, Assar/Snowder, Dennis J. (1988): The insider-outsider theory of employment and unemployment. Cambridge MA/London: MIT Press.
- Lindlar, Ludger/Scheremet, Wolfgang (1998): Does Germany have the „world's highest wage costs“? Berlin: DIW Discussion Paper No. 166.
- Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (1990): Arbeitslosigkeit im Erwerbsverlauf. In: *Zeitschrift für Soziologie* 19: 345-359.
- Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (1992a): Fakt und Artefakt in der Analyse von Arbeitslosigkeitsverläufen. In: *Kölnner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 44: 124-133.
- Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (1992b): Arbeitslosigkeit, Erwerbsarbeit und Armut. Längerfristige Armutsriskiken im Kontext von Haushalt und Sozialstruktur. In: Leibfried/Voges (Hrsg.): 380-402.
- Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (1992c): Arbeitslosigkeit an der „zweiten Schwelle“ – was sind die Folgen? Eine Analyse anhand des Sozioökonomischen Panels (1984-1988). In: Kaiser/Göblitz (Hrsg.): 172-189.
- Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (1996): Was heißt, und gibt es kumulative Arbeitslosigkeit? Untersuchungen zu Arbeitslosigkeitsverläufen über 10 Jahre. In: Zapf et al. (Hrsg.): 210-239.
- Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (2005): Arbeitslosigkeit und sozialer Ausschluss. In: *Antihorn/Bettinger* (Hrsg.): 203-218.
- Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang/Barbósius, Eva (2001): Die Armut der Gesellschaft. In: *Barbósius/Ludwig-Mayerhofer* (Hrsg.): 11-67.
- Manow, Philip/Seils, Eric (2000): The employment crisis of the german welfare state. In: *Ferreira/Rhodes* (Hrsg.): 137-160.

- Mavromaras, Kostas G. (1992): Zur Arbeitslosigkeits- und Beschäftigungsdauer. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 25: 84-90.
- Miegel, Meinhard/Wahl, Stefanie (2002): Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit. Probleme und Perspektiven. München: Olzog.
- Neugart, Michael (2000): Arbeitslosigkeit in Europa. Erklärungsansätze und Politikoptionen. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 14-15: 15-22.
- Nickell, Stephen (1997): Unemployment and labor market rigidities: Europe versus North America. In: *Journal of Economic Perspectives* 11: 55-75.
- Nickell, Stephen (2003): A Picture of European Unemployment: Success and Failure (unv. Ms., London; <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp0577.pdf>).
- Nordenmark, Mikael/Strandh, Mattias (1999): Towards a sociological understanding of mental well-being among the unemployed: The role of economic and psychosocial factors. In: *Sociology* 33: 577-597.
- Obinger, Herbert/Wagschal, Uwe/Kittel, Bernhard (Hrsg.) (2003): *Politische Ökonomie*. Opladen: Leske+Budrich.
- OECD (2004a): *Social Expenditure Database, 1980-2001*.
- OECD (2004b): *OECD Employment Outlook, Statistical Annex*.
- Oschmiansky, Frank/Schmid, Günther/Kull, Silke (2003): *Faule Arbeitslose? Politische Konjunkturen und Strukturprobleme der Misshrauchsdebatte*. In: *Leviathan* 31: 3-31.
- Paugam, Serge (Hrsg.) (1996): *L'exclusion. L'état des savoirs*. Paris: Éditions la découverte.
- Paugam, Serge/Russell, Helen (2000): The effects of employment precarity and unemployment on social isolation. In: *Gallie/Paugam* (2000): 243-264.
- Paul, Karsten/Moser, Klaus (2001): *Negative psychisches Befinden als Wirkung und als Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse*. In: Zempel et al. (Hrsg.): 83-110.
- Peck, Jamie (2001): *Workfare states*. New York/London: Guilford Press.
- Polanyi, Karl (1997): *The great transformation. Politische und ökonomische Ursprünge von Gesellschaften und Wirtschaftssystemen*. 4. Aufl., Frankfurt a. Main: Suhrkamp [zuerst 1944].
- Plafmann, Gisela (2002): *Der Einfluss der Arbeitslosenversicherung auf die Arbeitslosigkeit in Deutschland*. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 255, Nürnberg.
- Schmid, Hans (2000): *Ökonomik des Arbeitsmarktes*. Bd. 2: *Arbeitslosigkeit*, 2., vollständig neu bearbeitete Aufl., Bern: Haupt.
- Sell, Stefan (Hrsg.) (2002): *Armut als Herausforderung. Bestandsaufnahme und Perspektiven der Armutsforschung und Armutsberichterstattung*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Siebert, Horst (1997): *Labour market rigidities: At the root of unemployment in Europe*. In: *Journal of Economic Perspectives* 11: 37-54.
- Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen (Hrsg.) (1995): *Im Zeichen des Umbruchs. Beiträge zu einer anderen Standortdebatte*. Opladen: Leske+Budrich.
- Spermann, Alexander (2001): *Negative Einkommenssteuer, Lohnsubventionen und Langzeitarbeitslosigkeit*. Frankfurt am Main u.a.: Peter Lang.
- Statistisches Bundesamt in Zusammenarbeit mit dem WZB und ZUMA: *Datenreport 2004*. http://www.destatis.de/dateureport/d_datend.htm.
- Steiner, Viktor (2001): *Unemployment persistence in the West German labour market: Duration dependence or sorting?* In: *Oxford Bulletin of Economics and Statistics* 63: 91-113.
- Stelzer-Orthofer, Christine (2001): *Erwerbslosigkeit und Armut - Eine theoretische und empirische Annäherung*. In: Zempel et al. (Hrsg.): 149-169.
- Stichweh, Rudolf (1997): *Inklusion/Exklusion, funktionale Differenzierung und die Theorie der Weltgesellschaft*. In: *Soziale Systeme* 3: 123-136.
- Streck, Wolfgang (2000): *Deutscher Kapitalismus. Gibt es ihn? Kann er überleben?* In: Streck (Hrsg.): 13-40.

- Streck, Wolfgang (Hrsg.) (2000): *Korporatismus in Deutschland. Zwischen Nationalstaat und Bumpäischer Union*. Frankfurt a. Main/New York: Campus.
- Strengrann-Kuhn, Wolfgang (2001): *Armut trotz Erwerbstätigkeit in Deutschland - Folge der „Briston des Normalarbeitsverhältnisses“?* In: *Barlösius/Ludwig-Mayerhofer* (Hrsg.): 131-150.
- Vobruba, Georg (2000): *Alternativen zur Vollbeschäftigung*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Vogel, Berthold (2001): *Wege an den Rand der Arbeitsgesellschaft - der Verlust der Erwerbsarheit und die Gefahr sozialer Ausgrenzung*. In: *Barlösius/Ludwig-Mayerhofer* (Hrsg.): 151-168.
- Weber, Reinhard (1999): *Unemployment spells and the duration of unemployment benefits*. Kath. Universität Eichstätt, Diskussionsbeiträge der WVI-Fakultät Ingolstadt, Nr. 127.
- Weidig, Inge/Hofer, Peter/Wolff, Heimfrid (1999): *Arbeitslandschaft 2010 nach Tätigkeiten und Tätigkeitsniveau*. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 227, Nürnberg.
- Western, Bruce/Beckett, Katherine (1998): *Der Mythos des freien Marktes. Das Strafrecht als Institution des US-amerikanischen Arbeitsmarktes*. In: *Berliner Journal für Soziologie* 8: 159-180.
- Wiedemann, Eberhard/Brinkmann, Christian/Spitznagel, Eogen/Walwei, Ulrich (Hrsg.). *Die arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitische Herausforderung in Ostdeutschland. Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg*.
- Wilson, William J. (1987): *The truly disadvantaged: The inner city, the underclass, and public policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Wilson, William J. (1991): *Studying inner-city social dislocations: The challenge of public agenda research*. In: *American Sociological Review* 55: 1-14.
- Windzio, Michael (2004a): *Zwischen Nord- und Süddeutschland: Die Überwindung räumlicher Distanzen bei der Arbeitsmarktmobilität*. In: *Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung* 37: 29-44.
- Windzio, Michael (2004b): *Kann der regionale Kontext zur „Arbeitslosenfälle“ werden? Der Einfluss der Arbeitslosigkeit auf die Mobilität zwischen regionalen Arbeitsmärkten in Westdeutschland*. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 56: 257-278.
- Wingens, Matthias/Sackmann, Reinhold (2000): *Berufliche Qualifizierung für Arbeitslose. Zur Effektivität AFG-finanzierter Weiterbildung im Transformationsprozess*. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 52: 60-80.
- Zapf, Wolfgang/Schupp, Jürgen/Habich, Roland (Hrsg.) (1996): *Lebenslagen im Wandel: Sozialberichterstattung im Längsschnitt*. Frankfurt a. Main/New York: Campus.
- Zempel, Jeanette/Bacher, Johann/Moser, Klaus (Hrsg.) (2001): *Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen*. Opladen: Leske+Budrich.

Anhang: Datenquellen im Internet

Datenquellen zum Arbeitsmarkt, die voraussichtlich auf absehbare Zeit Bestand haben werden:

- <http://www.sozialpolitik-aktuell.de/> (unter „Daten und Fakten“ sehr differenzierte Datenreihen für die Bundesrepublik Deutschland)
- <http://www.iah.de> (hat die aktuellsten Daten zur Bundesrepublik; über einen Link unten auf der Startseite erreichbar)
- <http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/> (gemeinsames Datenangebot der Statistischen Ämter (Bund und Länder); „Datenbank Genesis“, viele Daten, erfordert nur wenig Einarbeitungszeit)
- <http://iahorsta.ilo.org/> (Statistik-Dienst der ILO [International Labour Organisation], Daten weltweit über längere Zeiträume)
- <http://www.oecd.org/home/> (Die Daten der OECD – zugänglich über „Statistics“ – werden in der international vergleichenden Forschung häufig eingesetzt)

Stefanie Becker, Hermann Brandenburg
(Herausgeber)

Lehrbuch Gerontologie

Gerontologisches Fachwissen
für Pflege- und Sozialberufe

Eine interdisziplinäre Aufgabe

Unter Mitarbeit von

Sabine Bartholomeyczik

Eva Birkenstock

Matthias Brünnett

Theresa Fibich

Helen Güther

Sabine Hahn

François Höpflinger

Manfred Hülsken-Giesler

Franz Kolland

Stefanie Klott

Ursula Köstler

Cornelia Kricheldorf

Remi Maier-Rigaud

Kristina Mann

Heike Marks

Ruth Remmel-Fassbender

Michael Sauer

Daniel Tucman

Frank Schulz-Nieswandt

Renate Stemmer

Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Mike Martin

Verlag Hans Huber

Stefanie Becker (Hrsg.), Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., Dipl.-Geront.
E-Mail: stefanie.becker@bfh.ch (Korrespondenzanschrift).

Hermann Brandenburg (Hrsg.), Univ.-Prof., Dr. phil.
E-Mail: hbrandenburg@phv.de

Lektorat: Jürgen Georg, Michael Herrmann, Andrea Webershinke
Herstellung: Jörg Kleine Bünig
Umschlagillustration: Vera Kuchivasova – fotolia.com
Umschlaggestaltung: Jörg Kleine Bünig
Druckvorstufe: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verleges unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Verfasser haben größte Mühe darauf verwandt, dass die therapeutischen Angaben insbesondere von Medikamenten, ihre Dosierungen und Applikationen dem jeweiligen Wissensstand bei der Fertigstellung des Werkes entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist und menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, übernimmt der Verlag für derartige Angaben keine Gewähr. Jeder Anwender ist daher dringend aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden hier und in den einzelnen Beiträgen nicht durchgehend weibliche und männliche Formen parallel, sondern oftmals neutrale Formen oder – den Regeln der deutschen Sprache folgend – das generische Maskulinum verwendet. Dennoch schließen alle enthaltenen Personenbezeichnungen das jeweils andere Geschlecht mit ein.

Antragungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Pflüge
Länggasse-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2014

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-456-95343-4)
(E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-456-75343-0)
ISBN 978-3-456-85343-7

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	13
Geleitwort	15
1. Gerontologisches Fachwissen und Interdisziplinarität: Warum? Stefanie Becker, Hermann Brandenburg	17
1.1 Welche Zielgruppen sind angesprochen?	18
1.2 Worum geht es in diesem Buch?	18
2. Gerontologie – eine interdisziplinäre Wissenschaft Stefanie Becker	21
2.1 Einführung	22
2.2 Gerontologie – ein Definitionsversuch	23
2.3 Interdisziplinarität der Gerontologie	25
2.3.1 Bezugsdisziplinen der Gerontologie	27
2.3.2 Interdisziplinäre Tätigkeitsfelder der Gerontologie	28
2.3.3 Interdisziplinäre Herangehensweise	31
2.3.4 Herausforderungen interdisziplinärer Kooperation	33
2.4 Schlussfolgerung	33
2.5 Literatur	34
Teil 1 – Theoretische Grundlagen	35
3. Theorien des Alters und des Alterns Stefanie Klott	37
3.1 Einführung	38
3.2 Theorien – eine erste Annäherung	39
3.2.1 Über Sinn und Nutzen von Theorien	39
3.2.2 Der Status quo	40
3.3 Theorien in der Gerontologie -- die Klassiker	42
3.3.1 Vom Defizitmodell zur Theorie des erfolgreichen Alterns	42

- Otto U., Bauer P. (2004). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit älteren Menschen. In: Thiersch H., Grunwald K. (Hrsg.), Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim: Juventa: 195–212.
- Otto U., Schweppe C. (1996). Individualisierung ermöglichen – Individualisierung begrenzen. In: Schweppe C. (Hrsg.), Soziale Altenarbeit. Pädagogische Arbeitsansätze und die Gestaltung von Lebensentwürfen im Alter. Weinheim: Beltz, 53–72.
- Popper K. R. (2005). Logik der Forschung. 10. Auflage. Tübingen: Siebeck.
- Rauschenbach Th., Züchner I. (2005). Theorie der Sozialen Arbeit. In: Thole W. (Hrsg.), Grundriss Soziale Arbeit. 2., überarb. und erw. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag, 139–160.
- Riley M. W., Riley J. W. Jr. (1992). Individuelles und gesellschaftliches Potential de Alterns. In: Baltes P. B., Mittelstraß J. (Hrsg.), Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin: de Gruyter, 437–459.
- Rosenmayr L. (2003). Soziologische Theorien des Alterns und der Entwicklung im späteren Leben. In: Karl F. (Hrsg.), Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie. Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema. Weinheim: Juventa, 19–44.
- Salhause T. A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, 103 (3), 403–428.
- Saup W. (1993). Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schaeffer D., Behrens J., Görres S. (2008). Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Weinheim: Juventa.
- Schäuble G. (1995). Sozialisation der jungen Alten vor und nach der Berufsaufgabe. Stuttgart: Enke.
- Schroeter K. R. (2003). Soziologie des Alterns. Eine Standortbestimmung aus der Theorieperspektive. In: Orth B., Schwietring T. (Hrsg.), Soziologische Forschung. Stand und Perspektiven. Ein Handbuch. Opladen: Leske + Budrich, 49–65.
- Schweppe C. (1998). Biographisierung der Altersphase und Biographieorientierung in der Sozialen Altenarbeit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 325–330.
- Schweppe C. (2005). Alter und Sozialpädagogik – Überlegungen zu einem anschlussfähigen Verhältnis. In: Schweppe C. (Hrsg.), Alter und Soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder. Hohengehren: Schneider Verlag, 32–46.
- Schweppe C. (2012). Soziale Altenarbeit. In: Thole W. (Hrsg.), Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag, 505–522.
- Tartler R. (1961). Das Alter in der modernen Gesellschaft. Stuttgart: Enke.
- Tews H. P. (1993). Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: Naegele G., Tews H. P. (Hrsg.), Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Altermde Gesellschaft – Folgen für die Politik. Opladen: Westdeutscher Verlag, 15–43.
- Thiersch H. (2011). Lebensweltorientierung. In: Thiersch H., Treptow R. (Hrsg.), Zur Identität der Sozialen Arbeit. Positionen und Differenzen in Theorie und Praxis. Neue Praxis, Sonderheft 10, 62–65.
- Thiersch H., Grunwald K., Königeter S. (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole W. (Hrsg.), Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag, 175–196.
- Wahl H.-W., Heyl V. (2004). Gerontologie – Einführung und Geschichte. Stuttgart: Kohlhammer.

4 Altern und Pflege

Sabine Bartholomeyczik

Zusammenfassung

Die heutige Pflege als Beruf hat ihre Wurzeln in der Gesundheitsversorgung und entwickelte sich parallel zur Ausdifferenzierung der ärztlichen Versorgung in den vergangenen 200 Jahren. Die Differenzierung in Altenpflege als Beruf ist relativ jung und entstand mit der zunehmenden Nutzung von Altenheimen als Wohnmöglichkeit im höheren Alter. Dort haben sich die Anforderungen an die Pflege in den vergangenen Jahrzehnten radikal geändert. Die Anzahl von Pflegeheimen und ambulanten Diensten stieg im Rahmen des demografischen Wandels stark an. In der gleichen Zeit wandelte sich das Pflegeverständnis im Hinblick auf den zu Pflegenden von einer Objekt- zu einer Subjektorientierung. Demgegenüber steht die enge Definition von Pflege in der Pflegeversicherung (D), die auch die Praxis stark prägt: Aufgaben der direkten Pflege enthalten immer die Dimensionen Pflegediagnostik, Planung und Durchführung von Maßnahmen sowie Evaluation. Die Struktur wird als Pflegeprozess bezeichnet, der sich auch in der Dokumentation niederschlägt. Beratung und Anleitung sind immer Bestandteile der Pflege, auch die Beratung der Angehörigen. Hinzu kommen Steuerungsaufgaben im Sinne eines Case Management. Neben Kommunikations- und Beratungskompetenzen sind auch körperorientierte handwerkliche Kompetenzen erforderlich. Eine besondere Herausforderung stellt die Pflege von Menschen mit Demenz dar, bei der vor allem eine verstehende Haltung gefordert wird. Pflege findet in allen Settings und Phasen der Gesundheitsversorgung statt. Pflegegebäude befindet sich in einem deutlichen Wandel mit der Einrichtung von nahezu 100 Studiengängen, von denen allerdings nur ein geringerer Anteil die Erstausbildung betrifft, die nach wie vor eine schulische ist.

Lernziele:

- Verstehen, warum die Pflege alter Menschen eine anspruchsvolle Aufgabe für einen Beruf mit umfangreichen und interdisziplinären Kompetenzen ist.
- Die verschiedenen Dimensionen von Pflege als Teil der gesundheitlichen Versorgung kennenlernen.
- Die Bedeutung von Expertenstandards in der Pflege einschätzen können.
- Den Pflegeprozess als Struktur verstehen können.
- Die Bedeutung der problematischen Sonderwege in der Pflegebildung kennenlernen.

4.1 Einführung

Begreift man Pflege als die berufliche Arbeit, die in nahezu allen Strukturen der Gesundheitsversorgung erforderlich ist und vorkommt, dann ist die Gerontologie für einen Teil der Pflege von zentraler Bedeutung. Ein wesentlicher und zunehmend wichtigerer Zweig der Pflege beschäftigt sich fast ausschließlich mit der Pflege alter Menschen. Für diesen Bereich ist die Gerontologie eine wichtige Grundlage.

Da die Sozialgesetzbücher speziell eines für die Absicherung der Pflege alter Menschen enthalten (in Deutschland: SGB XI), reduziert sich in der öffentlichen Wahrnehmung Pflege häufig sogar nur auf die Altenpflege, was wiederum eine unzulässige Verkürzung ist.

Die derzeitigen Berufsgrundbildungsstrukturen sehen für die Pflege eine gesonderte Ausbildung je nach Lebensalter der zu Pflegenden vor. So gibt es drei verschiedene schulische Erstausbildungen: je eine für Kinder, eine für Erwachsene vorwiegend in der Akutversorgung und eine für alte Menschen.

4.2 Entwicklungen und Perspektiven

Vergleicht man Pflege und Soziale Arbeit miteinander, so gibt es einen wesentlichen Unterschied, nämlich den ihrer Wurzeln: Pflege als Beruf, letztlich auch der Altenpflege, kommt aus der Gesundheitsversorgung und war zeitweise – und ist in manchen Feldern heute noch – stark arzt- und medizinorientiert. Inhalt waren vor allem die Hilfe und Pflege bei Krankheit. Diese Art der Medizinorientierung gibt es bei der Sozialen Arbeit nicht. Dennoch gibt es vielfältige Über-

schnidungen in Arbeitsfeldern und daraus resultierend an vielen Stellen konstruktive Kooperationsnotwendigkeiten.

Die Altenpflege als Ausbildungsberuf ist in Deutschland der jüngste der drei pflegerischen Ausbildungsberufe. Während in der Krankenpflege zu Beginn des 20. Jahrhunderts (1907 in Preußen) begonnen wurde, die Ausbildung in staatlichen Gesetzen zu regeln, gab es die erste staatliche Ausbildungsverordnung für die Altenpflege erst ab 1969 in einem Bundesland. Vorreiter war hier Nordrhein-Westfalen. Ein bundeseinheitliches Gesetz für eine dreijährige Altenpflegeausbildung in Anlehnung an das Krankenpflegegesetz folgte im Jahre 2003. Damit wurde die Altenpflege als Beruf – wie die Krankenpflege – ebenfalls den Heilberufen zugeordnet. Bis dahin war sie als Sozialberuf gekennzeichnet gewesen.

Für die Krankenpflege gab es bereits seit den 30er-Jahren des 20. Jahrhunderts staatseinheitliche Ausbildungsgesetze. Das jüngste Krankenpflegegesetz stammt von 2004. Seitdem lautet die darin geschützte Berufsbezeichnung «Gesundheits- und Krankenpfleger/in». Da dieses Gesetz auch die Kinderkrankenpflege regelt, gibt es hier entsprechend den bzw. die «Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in».

Der Bedarf einer gesonderten Ausbildung für die Pflege alter Menschen entstand vor allem vor dem Hintergrund des zunehmenden Versorgungsbedarfs von BewohnerInnen in Altenheimen, bei denen zunächst sozial orientierte Hilfen identifiziert wurden und dann immer häufiger Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Mit dieser neuen Ausbildung sollten vor allem sozialpflegerische Kompetenzen einen prominenten Anteil in der Ausbildung einnehmen, während sie in der Krankenpflegeausbildung nahezu unsichtbar sind.

Die Bedürfnisse und der Hilfebedarf alter Menschen vor allem in Altenheimen, auf die sich der Altenpflegeberuf vor allem ausrichtete, haben sich in den vergangenen 20 Jahren allerdings grundlegend verändert (s. u.). Diesen neuen Anforderungen entsprechend musste sich auch der Beruf anpassen, den nunmehr eine zunehmende Nähe zur Krankenpflege kennzeichnet.

Die Hauptaufgabenfelder für Altenpflegende liegen nach wie vor in der stationären Langzeitpflege und in der ambulanten Pflege. In beiden Bereichen arbeiten allerdings auch Pflegende mit anderer Erstausbildung. So werden in der neuesten Pflegestatistik für 2011 die in Tabelle 4-1 genannten Zahlen angegeben, die sich jeweils auf das Personal im Tätigkeitsbereich «Grundpflege» ambulanter Pflegedienste bzw. «Pflege und Betreuung» in Altenheimen beziehen und geschätzte Vollzeitäquivalente darstellen. Die Daten in Tabelle 4-1 beziehen sich nur auf Organisationen, die nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) anerkannt sind und somit darüber finanziert werden.

In Altenheimen arbeiten wesentlich mehr Pflegende mit einer Alten- als mit einer Krankenpflegeausbildung. Auch wenn in beiden Bereichen in absoluten Zahlen etwa gleich viele Pflegende mit einer Krankenpflegeausbildung arbeiten,

Tabelle 4-1: Pflegeberufe in Arbeitsbereichen nach SGB XI (D)
(Quelle: Statistisches Bundesamt, 2012)

Gruppe	Ambulante Pflegedienste («Grundpflege»)	Altenpflegeheime («Pflege und Betreuung»)
Staatlich anerkannte Altenpflegende	38 555 (28,0%)	118 968 (36,3%)
Gesundheits- und Kranken- pflegende	39 441 (28,6%)	39 251 (12,0%)
Sonstige (andere Aus- bildungen, Angelernte und Auszubildende)	59 739 (43,4%)	1 69 323 (51,7%)
Personal insgesamt (in den genannten Arbeitsbereichen)	137 735 (100%)	327 542 (100%)

ist ihr Anteil in Altenheimen wesentlich geringer als in ambulanten Pflegediens-
ten. Formal können die Unterschiede im Anteil der Gesundheits- und Kranken-
pflegenden damit erklärt werden, dass ambulante Pflegedienste zu großen Teil-
len auch akupflegerische Versorgungsaufgaben übernehmen, die nicht in den
Zuständigkeitsbereich des SGB XI fallen.

Wichtig festzuhalten ist aber auch, dass in beiden Bereichen sehr viel Personal
ohne eine solche Pflegeausbildung arbeitet. Dazu gehören viele sehr kleine Grup-
pen verschiedener Berufe, die der Pflege nahestehen. Der größte Anteil besteht
aus angelerntem Personal, das allerdings in der Statistik nicht eindeutig zuzuord-
nen ist (s. Tab. 4-1).

In der Pflege wurde in den vergangenen 30 Jahren ein großer Wandel im Berufs-
verständnis vollzogen, häufig sogar als Paradigmenwechsel bezeichnet, da sich
zentrale Werte und Normen änderten (Bartholomeyczik, 1997). Noch nach der
Mitte des 20. Jahrhunderts stellte sich der Beruf als typisch weiblicher «Liebes-
dienst» dar, in dessen Ausbildung vor allem Kenntnisse aus der Medizin vermittelt
wurden, das Pflegerische aber als intuitiv und bei Frauen als seit früher Kindheit
sozialisiert angesehen wurde. Der Wille zum Helfen (und dem Arzt zu dienen)
sollte dazu führen, den Leidenden, den im wahrsten Sinne des Wortes Patienten
(lat.: «patients» = leidend), Gutes zukommen zu lassen und außerdem noch jeder-
zeit zu wissen, was für sie gut sei. Die PatientInnen waren das mit Aufopferung
umsorgte Objekt.

Mit dem Aufkommen der Pflegewissenschaft, zunächst mit der Rezeption nord-
amerikanischer und britischer Pflege-theorien änderte sich diese Auffassung ab den
80er-Jahren des 20. Jahrhunderts weitgehend. Pflege wurde als eigenständiger Ver-
sorgungszweig beschrieben, der eine theoretische und wissenschaftliche Basis
benötigt. Pflege sollte Ziele für die PatientInnen, die zu Pflegenden erreichen, wie

Exkurs – § 1 SGB XI, Soziale Pflegeversicherung (D)

1. Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wird als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eine soziale Pflegeversicherung geschaffen.
2. In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muß eine private Pflegeversicherung abschließen.
3. Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen (§ 4 des Fünften Buches) wahrgenommen.
4. Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.
- 4a. In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getra-
gen werden.
5. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden in Stufen eingeführt: die Leistungen bei häuslicher Pflege vom 1. April 1995, die Leistungen bei stationärer Pflege vom 1. Juli 1996 an.
6. Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden durch Beiträge der Mit-
glieder und der Arbeitgeber finanziert. Die Beiträge richten sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Für versicherte Familienangehörige und eingetragene Lebenspartner (Lebenspartner) werden Beiträge nicht erhoben. (www.sozialgesetzbuch-sgb.de, [30.11.2013])

z. B. eine Gesundheitsförderung, erhöhtes Wohlbefinden oder eine verbesserte Lebensqualität. Individuelle Pflegeziele sollten mit dem zu Pflegenden ausgehan-
delt und vereinbart werden.

Damit erfolgte eine Abkehr von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung
und vom liebevoll betreuten Objekt zum selbstbestimmten Subjekt, das letztlich

über die Art der Pflege zu verfügen hat. Begriffe wie «professionelles Handeln» und «hermeneutische Kompetenz» fanden Eingang in einen neuen Diskurs (Weidner, 1995). Pflege sollte die Selbstständigkeit der zu Pflegenden fördern, «aktivierende Pflege» wurde ein wichtiges Stichwort.

Erstmals gab es Forschungsprojekte in Deutschland, die sich mit der Frage befassten, was eine gute Pflege charakterisiert und was sie für einen Patienten erreicht. Inhaltlich war die Forschung noch primär auf die Krankenhauspflege ausgerichtet. Von Bedeutung war hier ein Projekt, das als eine Art Meilenstein bezeichnet werden kann und in dem eine fördernde Pflege bei Menschen nach einem Schlaganfall untersucht wurde (Krohinkel, 1993). Dieses Projekt war insbesondere für die Altenpflege von Bedeutung, weil Strukturen daraus – allerdings inhaltlich sehr verkürzt – breiten Eingang als AEDL (Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens) in die Praxis der Altenpflege fanden, wo sie sich vor allem als Struktur in Dokumentationssystemen wiederfinden.

Wenn man nach Baltes und Baltes (1992) Gerontologie als «Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und des Alters» (Baltes et al., 1992: 8; s. a. Kap. 2 und 3 in diesem Buch) begreifen will, dann stellt diese eine wesentliche Grundlage für die Lehre von der Pflege alter Menschen dar. Sicher beeinflusst durch die Altersforschung, die zeitweise primär die Fähigkeiten und die Diversität alter Menschen betont hat, sind zentrale Charakteristika eines Menschenbildes auch in der Altenpflege die Selbstbestimmtheit, die Würde und die Selbstständigkeit der zu Pflegenden. Vor dem Hintergrund einer Praxis, in der zunehmend multimorbide und schwer beeinträchtigte Menschen gepflegt werden, stellen Fragen zum Menschenbild und vor allem die Umsetzung in der praktischen Pflege einen wichtigen Pflegediskurs dar (s. Kap. 8).

Wesentlich geprägt wurden die Auffassung von Pflege und die Altenpflegepraxis durch das Gesetz zur Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI), das seit 1994 in Deutschland verabschiedet wurde. Kern dieses Gesetzes ist eine Definition von Pflegebedürftigkeit, die sehr bald einer pflegewissenschaftlichen Kritik ausgesetzt war (Mühlum et al., 1997, Kap. 3.2). Nach dem derzeit noch gültigen SGB XI sind Menschen pflegebedürftig, die in ausgewählten «Verrichtungen» Hilfe benötigen. Diese «Verrichtungen» beziehen sich auf Körperpflege und Ausscheidung, Ernährung und Teile der Mobilität. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird daran bemessen, wie viel Zeit für die Hilfe bei diesen «Verrichtungen» ungefähr benötigt wird. Der Pflegebedarf von Menschen mit Demenz war anfangs nicht mitgedacht worden und wurde später mit einem eigenen Assessment ergänzt, das die Berechtigung zu begrenzten zusätzlichen Leistungen begründen kann¹.

1. In der Schweiz sind dies die Systeme BESSA, RAJ und PLAISIR [Anm. d. Hrsg.].

Die Kritik an dieser Legaldefinition bezieht sich zunächst darauf, dass sie nur einen kleinen und relativ willkürlichen Ausschnitt eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs beinhaltet. Nun muss allerdings bemerkt werden, dass die Pflegeversicherung niemals den Anspruch bekundet hatte, dass jeglicher Pflegebedarf abzudecken sei, sondern dass sie explizit als «Teilkaskoversicherung» dargestellt wurde. Außerdem wurde nachgewiesen, dass die als Zeitkorridore in den Begutachtungsrichtlinien für das SGB XI vorgegebenen Zeiten für pflegerische Maßnahmen (Hilfen bei «Verrichtungen») so nicht haltbar waren, weil die Zeitdauer eher von dem allgemeinen Zustand eines Pflegebedürftigen abhängt als von einer bestimmten Tätigkeit (Bartholomeyczik et al., 2001). Das Fatale dieses Legalbegriffs von Pflegebedürftigkeit war jedoch, dass er in vielen öffentlichen Bereichen als allgemeingültiger Begriff von Pflegebedürftigkeit aufgefasst wurde, obwohl dies nie einem fachlichen Verständnis entsprach.

Konkret wurde kritisiert, dass bei dieser Auffassung von Pflege als Hilfe bei «Verrichtungen» wesentliche Problemlagen pflegebedürftiger Menschen ignoriert werden:

- Unselbstständigkeit im Bereich der Kommunikation und sozialen Teilhabe
- andere Auswirkungen gesundheitlicher Probleme, wie Schmerzen, Angst, mangelhafte Krankheitsbewältigung, und schließlich
- die Unterstützung der gesamten Lebensführung, die bei psychisch Kranken und hier vor allem bei Menschen mit Demenz von großer Bedeutung ist (Bartholomeyczik, 2004).

Auf der Grundlage dieser Kritik wurde das Bundesgesundheitsministerium seit 2006 tätig, um einen angemesseneren Pflegebedürftigkeitsbegriff für das SGB XI zu entwickeln.

An diesen Dimensionen ist zu erkennen, dass die Pflege alter Menschen ein außerordentlich breites Feld darstellt, das allerdings auch nicht ausschließlich von qualifizierten Pflegenden bearbeitet wird und werden kann. Im Laufe der Ausdifferenzierung von Gesundheits- und Sozialberufen vor allem im 20. Jahrhundert entwickelten sich ethische Berufe, welche Aufgaben vertieft übernahmen, die ursprünglich als pflegerische Aufgaben gegolten hatten. Dazu gehört die Physiotherapie, aber vor allem auch die Ergotherapie. Auch einige sozialpflegerische oder -pädagogische Aufgaben fielen früher in das Aufgabengebiet der Pflege. Die berufliche Ausdifferenzierung brachte es mit sich, dass die Felder weiterentwickelt und vertieft wurden. Die Kehrseite der Entwicklung eines ausdifferenzierten Expertentums ist die «Gefahr», dass den Pflegenden die Aufgaben bleiben, die weniger leicht spezialisiert werden können und «unbeliebt» sind. Dazu gehören z. B. die Bereiche der Körperhygiene und darunter die mit Kontinenzproblemen verbundenen Pflegeaufgaben.

Exkurs

In der Schweiz stellt sich die Situation ähnlich dar. Hier gibt es jedoch keine Unterscheidung zwischen Alten- und Krankenpflege. Die Pflegeausbildung findet auf unterschiedlichen Niveaus statt (www.oda-gs-gr.ch/info/infosys_gesundheit.pdf, [30.11.2013]). Die Arbeitsplätze in der Altenpflege (d. h. Langzeitpflege) sind allerdings «unbeliebter» als die in der Akutpflege, die – meist aufgrund ihrer höheren Technisierung – ungerechtertlicherweise als anspruchsvoller gelten (Becker et al., 2013). [Anm. d. Hrsg.]

Während einerseits die Anforderungen an eine angemessene Pflege hoch sind, herrscht andererseits nach wie vor die Auffassung vor, dass Pflege, insbesondere die alter Menschen, eigentlich vorwiegend von Angehörigen oder Angehörten übernommen werden könne. Das zeigt sich darin, dass ein großer Teil der in diesen Bereichen Arbeitenden keine Pflegefachpersonen sind und auch keiner nahstehenden Profession angehören. Auf politischer Ebene wird bei drohender Arbeitslosigkeit in einem Wirtschaftsgebiet, in dem vor allem Frauen beschäftigt sind, gerne die Altenpflege als Alternative zur Arbeitslosigkeit empfohlen. Altenpflege wird zu einem Beruf für Frauen degradiert, die in anderen Bereichen oder Branchen weniger leicht ankommen, er wird zum «Haldenberuf».

In der Sozialen Arbeit werden «Beratung» und «Betreuung» als gesonderte Aufgabenbereiche aufgeführt. In einem Verständnis von beruflicher Pflege gehören Beratung und Betreuung konstitutiv zur Pflege dazu, allerdings unterscheiden sich in vielen Bereichen die Inhalte.

4.3 Zentrale Aufgaben der Pflege

4.3.1 Allgemeine Aufgaben bei der Pflege alter Menschen

Die konkreten Aufgaben der Pflege sind breit gefächert und beziehen sich auf alle Bereiche des Menschen. Ein Teil davon ist die direkte Pflege, welche die Maßnahmen umfasst, die direkt mit dem zu Pflegenden durchgeführt werden.

Die konkreten Aufgaben der direkten Pflege lassen sich immer nur aus der Pflegesituation heraus ableiten, wobei die verwendete Pflegelehre den Rahmen darstellt. Konsens herrscht darüber, dass als allgemeines Ziel die Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit unter den Bedingungen der Selbstbestimmtheit gilt und negative Folgen gesundheitsbezogener Beeinträchtigungen vorgebeugt werden soll. Anlass für Pflegemaßnahmen ist die Feststellung einer

eingeschränkten Selbstpflegefähigkeit, also eine gesundheitsbedingte Hilfeabhängigkeit bei der personenbezogenen Bewältigung des eigenen Alltags.

Man kann zwei breite Dimensionen ausmachen, die unterschiedliche Arten von Pflegeabhängigkeit bewirken: die Mobilität und kognitive Fähigkeiten. Eine beeinträchtigte Mobilität kann eine Reihe gesundheitsbezogener Risiken, wie Dekubitus (Druckgeschwüre), Thrombosen und Pneumonien, nach sich ziehen. Sie kann aber auch dazu führen, dass Unterstützung bei den so genannten Lebensaktivitäten erforderlich ist, wie etwa bei der Nahrungsaufnahme, der Ausscheidung oder der Körperpflege. Bewegungsförderung ist also ein wichtiges Anliegen der Pflege, wobei der Fokus auf der Förderung liegen sollte. Die Pflegebedürftigen sollten also soweit irgend möglich unterstützend angeleitet werden und man sollte weniger Tätigkeiten für sie übernehmen, auch wenn dies oft unhöflich erscheint.

Das pflegerische Handeln ist – wie jede personenbezogene Dienstleistung – prozessual strukturiert, mit Diagnose oder Problemfeststellung, Planung und Durchführung des Plans, Evaluation des Erreichten sowie Anpassung. Bezeichnet wird diese Struktur als Pflegeprozess. Planung und Durchführung sollten nach berufsfachlichem Anspruch immer gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen festgelegt werden – sofern das möglich ist.

Die tatsächlichen Pflegehandlungen umfassen meist mehrere Dimensionen: körperorientierte Unterstützung, Beratung und Anleitung und die Dokumentation. Beispielfähig kann dies in den Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) nachverfolgt werden, die bezogen auf ausgewählte Pflegephänomene die erforderliche Qualität pflegerischer Maßnahmen forschungsbasiert auf dem gegenwärtigen Stand des Wissens und im Austausch mit Experten beschreiben (DNQP, 2011). Bislang wurden acht Expertenstandards entwickelt, die sich mit häufig vorkommenden Pflegephänomenen und in einem Fall mit der Frage der Kontinuität der Versorgung (Entlassungsmanagement) auseinandersetzen. Die Themen sind:

- Dekubitusprophylaxe
- Entlassungsmanagement
- Schmerzmanagement
- Sturzprophylaxe
- Förderung der Harnkontinenz
- chronische Wunden
- Vorbeugung von Mangelernährung
- Förderung der Mobilität (2014).

Die Expertenstandards gelten für alle Bereiche, in denen gepflegt wird. Im Rahmen der Pflegeversicherung (SGB XI) jedoch werden die Expertenstandard als verpflichtend für die erwartete Qualität der Pflege genannt, sie bilden also auch eine rechtliche Grundlage für Qualitätsfragen. Nicht zufällig beziehen sich die meisten Standards darauf, gesundheitliche Probleme bei vorhandener Beeinträchtigung zu verhindern, also auf Sekundär- bzw. Tertiärprävention. und Gesundheitsförderung. Diese Standards definieren die Verantwortungsbereiche professioneller Pflege und zugleich die Schnitt-/Nahtstellen zu anderen Berufsgruppen. Sie definieren Strukturbedingungen, wie erforderliche Kenntnisse und Fähigkeiten, und legen Kriterien fest, anhand derer die Zielerreichung überprüft werden kann. Sie enthalten mehrere Ebenen, die die verschiedenen Dimensionen pflegerischer Aufgaben zum jeweiligen Themenbereich beschreiben und am Pflegeprozess orientiert sind. Sie beginnen immer mit der zunächst einfachen Feststellung des Problems (Screening), also der *Pflegediagnostik*, z. B. mit der Frage, ob ein Risiko für eine Mangelernährung vorliegt (DNQP, 2009a). Ist dies der Fall, dann sollte möglichst strukturiert nach den potenziellen Ursachen oder Anlässen dafür gesucht werden, weil nur deren Kenntnis zur Wahl der erfolgversprechenden Maßnahme führen kann. In weiteren Ebenen werden Verfahrensregelungen empfohlen, die bei diesem Thema z. B. festlegen sollen, welche Informationen Pflegendе mit der Küche, der Diätassistentin oder dem Arzt austauschen sollten. Ebenso sollte darin die Zuständigkeit der Pflegenden für die Koordination im Sinne des Pflegebedürftigen geregelt sein. Weiterhin werden die benötigten vertieften Kenntnisse Pflegendер über Risiken bei der Nahrungsaufnahme (wie Schluckstörungen, Verwirrtheit) angesprochen. Pflegendе müssen spezifische Maßnahmen fachlich fundiert planen und durchführen, Betroffene und Angehörige beraten, informieren und anleiten können. Dabei unterscheidet sich pflegerische Beratung von der durch Ernährungsexperten. Schließlich muss eine Überprüfung bzw. Evaluation erfolgen, um festzustellen, inwieweit die Maßnahmen den gewünschten Erfolg, z. B. kein weiterer Gewichtsverlust, erbracht haben. In weiteren Ebenen werden Verfahrensregelungen angesprochen, die bei diesem Thema z. B. klären, welche Informationen Pflegendе mit der Küche, der Diätassistentin oder dem Arzt austauschen sollten, und in welchem Maße die Pflegenden für die Koordination für den Pflegebedürftigen zuständig sind. Notwendige Kenntnisse über Risiken bei der Nahrungsaufnahme (wie Schluckstörungen, Verwirrtheit), *Planung und Durchführung* von spezifischen Maßnahmen, *Beratung, Information und Anleitung* von Betroffenen und Angehörigen – auch in Abgrenzung von der durch Ernährungsexperten – und die Überprüfung (Evaluation), inwieweit die Maßnahmen den gewünschten Erfolg, z. B. kein weiterer Gewichtsverlust, erbracht haben.

In bestimmten Abständen, z. B. nach 3 Monaten, sollte das Screening wieder durchgeführt werden, was insbesondere für die Langzeitpflege wichtig ist, im Krankenhaus wegen der kurzen Verweildauer jedoch weniger greift.

Der Expertenstandard zum Entlassungsmanagement beschäftigt sich mit den zunehmend auch in der Pflege wichtiger werdenden *Steuerungsaufgaben*, hier vor allem mit der Entlassung aus dem Krankenhaus nach Hause, um die Kontinuität der Versorgung sicherzustellen (DNQP, 2009). Dieser Standard führte auf Seiten der Berufe des Sozialwesens zu erheblichem Diskussionsbedarf. Insbesondere im Krankenhausbereich empfanden sich Sozialarbeitende, die bisher das Entlassungsmanagement oder Teile davon eigenständig durchgeführt hatten, plötzlich einer aus ihrer Sicht ungerechtfertigten Konkurrenz ausgesetzt. Von Seiten der Pflege wurde bemängelt, dass Sozialarbeiterinnen die pflegerlevanten Gesundheitsbeeinträchtigungen der Patienten nicht beurteilen könnten. Auch hier ist eine Verfahrensregelung über Absprachen und Zusammenarbeit wichtig und ist wohl inzwischen auch zur Norm geworden.

Probleme in der Praxis wirft der Anspruch auf, dass pflegerische Maßnahmen grundsätzlich dokumentiert sein müssen. Dies hat mehrere Funktionen, deren wichtigste ist, über das Wohlergehen des Pflegebedürftigen und die diesbezüglichen Maßnahmen zu berichten, und zwar all jenen, die ebenfalls mit der Versorgung des Pflegebedürftigen befasst sind, d. h. den KollegInnen aus der Pflege, aber auch dem Arzt, der Physiotherapeutin oder der Sozialarbeiterin. Eine weitere Funktion ist die Aufendarstellung gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), der – in Deutschland – die Qualität der nach SGB XI zugelassenen Einrichtungen kontrolliert, oder gegenüber der Heimaufsicht, die Ähnliches tut, aber ausschließlich in Heimen. Da mit diesen Kontrollen Sanktionen verbunden sein können, stehen die Pflegenden manchmal außerordentlich unter dem Druck, auf die Qualität der Dokumentation zu achten. Hierbei besteht die Gefahr, dass faktisches pflegerisches Handeln und die Dokumentation wenig verbindet. Letztere wird dann als «Bürokratie» abgetan, weil sie tatsächlich manchmal äußerst kompliziert ist und unnötig aufgeblasen wird. Allerdings gilt alles Nichtdokumentierte nach außen hin als nicht existent.

4.3.2 Menschen mit Demenz als besondere Herausforderung für die Pflege

Das dementielle Syndrom, dem verschiedene Krankheiten zugeordnet werden und das für die davon Betroffenen durch kognitive Beeinträchtigungen und Orientierungsverluste verschiedener Art mit sich bringt, stellt ganz besondere Herausforderungen für die Pflege dar. Die Grundlage für eine gelingende Pflege, nämlich eine Beziehung mit gegenseitigem Verständnis, wird bei Demenz immer

schwieriger und droht zu verschwinden. Die Kunst der Pflege liegt nun darin, den Menschen mit Demenz trotz dieser Veränderungen verstehen zu lernen.

Kern einer auf den Menschen mit Demenz hin orientierten Pflege ist die Haltung der Pflegenden, die diesem Menschen gegenüber eingenommen wird, ihm vermittelt, dass er eine unterstützenswerte Würde hat, dass er eine zufriedenstellende Lebensqualität finden und Bedürfnisse äußern kann, die befriedigt werden sollten. Diese Haltung wird oft als Validation bezeichnet.

Verschiedenen Schätzungen zufolge liegt der Anteil der Bewohner von Menschen mit Demenz in Altenheimen bei 60–70 %, Tendenz steigend (Weyerer et al., 2006). Nicht bekannt ist, wie viele Menschen mit Demenz von ambulanten Pflegediensten betreut werden. Verschiedene pflegerische Angebote im Zwischenfeld zwischen ambulant und stationär, wie Tagespflege und niedrigschwellige Angebote, richten sich speziell an Menschen mit Demenz.

Die Literatur in Form von Ratgebern, Lehrbüchern, Erfahrungsberichten zum Thema Demenz ist in den vergangenen Jahren nahezu explodiert. Zeitschriften speziell für die Pflege von Menschen mit Demenz (z. B. *pflegen: demenz*) oder solche, die die gesamte Versorgung und ihre Strukturen in den Blick nehmen (z. B. *demenz Das Magazin*) sind entstanden.

Häufig wird als Grund für den Umzug in ein Altenheim auch eine fortschreitende Demenz angegeben, vor allem, wenn der Mensch mit Demenz häufig herausfordernde Verhaltensweisen wie Aggressivität, Agitiertheit oder lautes Schreien zeigt. Derartige herausfordernde Verhaltensformen werden in der Literatur für 30–80 % der Menschen mit Demenz angegeben und treten bei den meisten im Laufe der Krankheit auf. Weil diese Verhaltensweisen, die als störend und problematisch empfunden werden, die größten Anforderungen an den Umgang mit Menschen mit Demenz stellen, hat das Bundesgesundheitsministerium wissenschaftliche Empfehlungen hierfür erarbeiten lassen (Bartholomeyczik et al., 2007). Kern dieser Empfehlungen ist die Forderung, als Grundlage jeglicher Bemühungen zu versuchen, Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten zu verstehen («Verstehende Diagnostik», vgl. Schrems, 2008). Das ist vor dem Hintergrund der kognitiven Probleme mit den Folgen der Desorientierung und Verunsicherung sowie der Kommunikationsveränderungen besonders schwierig. Dazu werden spezielle Methoden und Assessmentsstrukturen im Rahmen von Fallbesprechungen empfohlen (Halek/Bartholomeyczik, 2009). Nahtlose Multiprofessionalität ist insbesondere in schwierigen Situationen gefordert, um die Kenntnisse und Kompetenzen aller Beteiligten, die in die Versorgung der Betroffenen involviert sind, z. B. in Fallbesprechungen zusammenzuführen.

Wesentlich ist auch hier die ethische Diskussion, bei der davon ausgegangen wird,...

- dass auch bei fortgeschrittener Demenz eine gute Lebensqualität möglich ist (vgl. Becker et al., 2010) und
- dass auch Menschen mit fortgeschrittener Demenz, bei der sie kaum mehr erreichbar zu sein scheinen, weiterhin ein Recht auf Würde und Achtung haben, auch wenn nur noch schwer zu beurteilen ist, was sie empfinden (Kitwood, 2005).

Vor diesem Hintergrund sind Versuche mit neuen Versorgungsstrukturen zu beurteilen (z. B. Brandenburg/Adam-Paffrath, 2013).

Die Kenntnis gerontologischer Grundlagen kann hier dazu beitragen, die Perspektive der älteren Menschen bei allen notwendigen Entscheidungen einzubeziehen und so die Besonderheiten ihrer individuellen Lebenssituation, die über die objektiv gegebenen Pflegebedürfnisse hinausgehen, auch in der Gestaltung der Pflegeplanung zu berücksichtigen.

4.4 Settings

Ein wesentlicher Teil beruflicher Pflege erfolgt in Institutionen, und zwar in nahezu allen institutionellen Angeboten der Gesundheitsversorgung und in allen Phasen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen einschließlich der Vorsorge. Berufliche Pflege ist also nicht nur ein Teil des Versorgungssektors «Pflege», wie er durch das SGB XI definiert wird, sondern auch der Akutversorgung, der Rehabilitation und der Behindertenhilfe.²

Im Zuge des demografischen Wandels steigt in allen Bereichen der Anteil chronisch Kranker und alter Menschen, für die pflegerische Versorgung zusätzlich zur ärztlichen oder anderer Professionen von zunehmender Bedeutung ist.

Wie oben bereits dargestellt, arbeiten die meisten Altenpflegenden in Altenheimen, obwohl die meisten Menschen mit Pflegebedarf zu Hause gepflegt werden: Von 2,5 Millionen Pflegedürftigen in Deutschland Ende 2011 wurden 70 % zu Hause gepflegt, davon wiederum nur etwa ein Drittel mit der Unterstützung professioneller Pflegedienste. Rein quantitativ deutlich seltener werden Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflegeplätze angeboten. Die Kurzzeitpflege bedarf einer besonderen Erwähnung, da sie als Versorgungsstruktur nur noch wenig in

² Der Grundsatz «ambulant vor stationär» gilt in allen deutschsprachigen Ländern. [Anm. d. Hrsg.]

Erscheinung tritt, weil es wenige solitäre Einrichtungen für diese Versorgungsart gibt. Die meisten Kurzzeitpflegeplätze sind in Altenheimen «eingestreut». Ziel der Kurzzeitpflege ist:

- ein Übergang nach einer akuten Behandlungsphase im Krankenhaus als Vorbereitung für die Pflege zu Hause oder
- die Entlastung pflegender Angehöriger, damit sie Zeiten für sich nutzen können, z. B. für eine Urlaubsreise.

Bei der ersten Funktion besteht das Problem leider häufig darin, dass weniger das Wiedereinleben zu Hause, sondern die Langzeitpflege im Altenheim vorbereitet wird.

Andere Formen der Versorgung und Pflege zwischen ambulant und stationär sind im Entstehen und verbreiten sich immer mehr.

Vier Fünftel der Pflegebedürftigen waren Ende 2011 älter als 64 Jahre, über ein Drittel älter als 84 Jahre (Statistisches Bundesamt, 2013). Sowohl bei den Pflegebedürftigen als auch bei den Pflegenden, hier sind sowohl pflegende Angehörige als auch beruflich Pflegende gemeint, befinden sich die Männer stark in der Minderheit.

Die zitierten Zahlen beziehen sich nur auf Pflegebedürftige, die Leistungen von der Pflegeversicherung beziehen. Wie groß die «Dunkelziffer» vor allem bei relativ geringer Pflegebedürftigkeit ist, ist nicht genau bekannt.

Das deutsche Gesundheitswesen bietet umfassende Versorgungsmöglichkeiten in vielfältigen Formen an. Ein großes Problem für die Nutzer besteht darin, dass die verschiedenen Segmente und Settings wenig miteinander vernetzt sind, Versorgungsformen als solche daher eine wichtige Rolle erhalten sollten. Das gilt auch für die Pflege, die sich bei fehlender Kontinuität negativ für die zu Pflegenden auswirken kann (Höhmann, 2002). Daher spielt Case Management in der Pflege eine immer größere Rolle, und zwar sowohl setting-übergreifend als auch innerhalb stationärer Einrichtungen.

Eher interdisziplinär konzipiert sind die Pflegestützpunkte, die entsprechend dem 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz etabliert wurden (Michell-Auli et al., 2010). Ziel dieser Pflegestützpunkte ist, den Ratsuchenden die Unterstützung zu geben, die sie befähigt, die für sie passenden Versorgungsangebote zu organisieren. Die Stützpunkte arbeiten präventiv für (noch) nicht pflegebedürftige Personen, sie übernehmen eine Steuerungsfunktion in Notfällen und versuchen, bürgerschaftliches Engagement einzubinden. Pflegestützpunkte erfordern idealerweise die professionellen Kompetenzen sowohl der Pflege als auch der Sozialen Arbeit.

4.4.1 Altenheime und Langzeitversorgung

Über 700 000 Pflegebedürftige in Deutschland werden in mehr als 12 000 Altenheimen gepflegt und betreut. Nach Angaben der Pflegestatistik wächst dieser Bereich nicht stärker als der Bereich der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen (Statistisches Bundesamt, 2013).

Ganz wesentlich für die Aufgabenstruktur in Altenpflegeheimen ist die Veränderung der Bewohnerstruktur, die sich seit vielen Jahren zeigt. Verkürzt kann diese Veränderung so charakterisiert werden: von alten und gebrechlichen Menschen, die im Altenheim sicher und ausreichend «verwahrt» wurden, zu multimorbiden, stark beeinträchtigten und daher umfassend von personeller Unterstützung abhängigen Menschen. Dies bedeutet, dass die früher im Vordergrund stehende sozialpflegerische Fürsorglichkeit mit einem Beschäftigungsangebot zurückgedrängt wurde zugunsten einer oft stark mit der Akutpflege vergleichbaren Unterstützung mit psychosozialen Interventionen mit dem Ziel, Lebensqualität und Wohlbefinden trotz der starken Beeinträchtigungen möglichst zu fördern oder zu erhalten. Das gilt auch für den auf 60–70 % geschätzten Anteil von Bewohnern mit Demenz in Altenheimen.

Verschiedene Untersuchungen zu ausgewählten Aspekten der gesundheitlichen Situation von Pflegebedürftigen in Altenheimen haben für mediales Aufsehen gesorgt. Das galt ebenso für «Undercover-Berichte» (Breitscheidel, 2007), kritische Fernsehberichte mit so genannten «Pflegekritikern» oder epidemiologische Untersuchungen, z. B. zur Prävalenz von Dekubitus (Tannen et al., 2006) oder zu Mangelernährung (Bartholomeyczik et al., 2010). All dies hat zu großem Druck auf das Management in Altenheimen geführt, weil die Pflegearbeit und die dortige Situation alter Menschen dadurch in der Öffentlichkeit eine sehr negative Wertung erhielten. Leider wurde dabei außer Acht gelassen, welche Rahmenbedingungen mit knappen Personalressourcen und einem hohen Anteil Angelernter vorherrschen. Das negative Image neigt zudem dazu, den Personalmangel zu verstärken.

Die Qualität der Versorgung Pflegebedürftiger im Altenheim unterliegt umfassenden Prüfungen. Diese werden zum einen durch die Heimaufsicht durchgeführt, welche die Einhaltung des Heimgesetzes überprüft, das eine Reihe allgemeiner Grundsätze enthält, welche die «Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner» schützen sollen (BGBI. I, 2009). Nicht nur zur Untersuchung der Qualität in Heimen, sondern in allen Organisationen, die nach SGB XI anerkannt sind, dient die Qualitätsprüfung des MDK, die sich inhaltlich in Teilen mit der des Heimgesetzes überschneidet, aber sehr viel ausführlicher und differenzierter angelegt ist. Die Ergebnisse dieser MDK-Prüfungen werden regelmäßig in Notenform veröffentlicht, wie dies in den Pflegetransparentvereinbarungen (2008) festgelegt wurde. Diese Transparentvereinbarungen unterliegen einer weitverbreiteten Kritik, Überarbeitungen sind vorgesehen (Hasseler/Wolf-Ostermann, 2010).

4.4.2 Ambulante Pflege

Die Pflege alter Menschen findet zu Hause in der Regel nur zusätzlich zur familiären Unterstützung mit professionellen Pflegediensten statt. Von den zirka 2,5 Millionen Pflegebedürftigen nach SGB XI werden 70% (1,76 Mio.) zu Hause versorgt. Darunter befinden sich wiederum etwa zwei Drittel, die keinen professionellen Pflegedienst in Anspruch nehmen. Schließlich werden 576 000 Pflegebedürftige (ca. 33% aller zu Hause lebenden Pflegebedürftigen) von 12 300 ambulanten Pflegediensten versorgt.

In der ambulanten Pflege zeigen sich manche Beschränkungen des SGB XI noch sehr viel deutlicher als in Altenpflegeheimen. Die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit genutzten Pflegezeitschätzungen müssen hier auch umgesetzt werden. Beziehungsgestaltung oder Angehörigenarbeit kommen dabei leicht zu kurz. Die ambulante Pflege bedarf außerdem einer ausgefeilten Logistik, um auch die zeitlichen Bedürfnisse der zu Pflegenden ausreichend berücksichtigen zu können. Auf der anderen Seite ermöglicht die ambulante Pflege den Pflegenden eine sehr selbstständige Ausgestaltung ihrer Arbeit. Sie stellt einen der wenigen Pflegearbeitsplätze dar, an dem eine Pflegenden in der Regel alleine arbeitet und entsprechend alleine Verantwortung tragen muss.

Einen besonderen Bereich stellen die so genannten «niedrigschwellige Angebote» dar, die Angehörige entlasten und gleichzeitig den Pflegebedürftigen ein besonders gutes Angebot bieten sollen.

Bisher wurde bei den Aufgaben von Pflegediensten wenig berücksichtigt, dass die gesundheitliche Versorgung in Deutschland außerordentlich fragmentiert ist und gerade bei der Versorgung alter und chronisch kranker Menschen besondere Probleme darstellen kann. Das in Großbritannien bevorzugte Care Management im Sinne eines Versorgungsmanagements – oft auch als Case Management bezeichnet – greift hier noch kaum. Ein solches Care Management müsste vier Aufgabenkomplexe erfüllen:

1. Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Pflege
2. Integration und Kontinuität der Versorgung
3. Unterstützung pflegender Angehöriger
4. Gesundheitsförderung mit hohem Gewicht auf Beratung und Anleitung (Schaeffer, 2000).

Dieser Aufgabenbereich stellt eine bedeutsame Schnittmenge im Selbstverständnis der Pflege und der Sozialen Arbeit dar.

4.4.3 Krankenhäuser und Akutversorgung

Der Anteil chronisch kranker und alter Menschen im Krankenhaus wächst deutlich, wie es angesichts des demografischen Wandels zu erwarten ist. Krankenhäuser sind allerdings auf einen schnellen, reibungslosen Ablauf orientiert, nutzen verschiedenste Professionen und Abteilungen, um Patienten zu versorgen und erwarten von diesen, den entsprechenden Aufforderungen schnell nachzukommen. Hinzu kommt, dass alte Menschen oft zusätzliche gesundheitliche Risiken, wie z. B. das gefürchtete Delir nach einer Operation, aufweisen. So werden z. B. in Modellprojekten Altenpflegende in Krankenhäusern speziell zur Betreuung alter Menschen eingesetzt, um von der präoperativen bis zur postoperativen Zeit Betreuungskonstanzen herzustellen und dadurch das postoperative Delir zu reduzieren (z. B. Münster, 2013, <http://www.pflege-krankenhaus.de/neue-arbeitsleistung/modelle-im-ueberblick/st-franziskus-hospital-muenster-altenpflegerinnen-betreuen-patienten-mit-kognitiver-einschraenkung.html>, [04.02.2014]).

Ganz besonders schwierig wird es für alle Beteiligten, wenn Menschen mit Demenz wegen einer akuten Behandlung ins Krankenhaus müssen. Häufig verschlechtert ein Krankenhausaufenthalt den Verlauf der Demenz, die Desorientierung ist nach dem Aufenthalt oft gestiegen. Auch hier werden verschiedene Modelle erprobt, unter anderem auch unter Nutzung alterpflegerischer Kompetenzen (Pinkert/Holle, 2012).

Sowohl die Entwicklung in Altenheimen als auch die geschilderten Aspekte aus Krankenhäusern zeigen, dass die Altenpflegenden und die Krankenpflegenden in beiden Versorgungsbereichen voneinander lernen müssen, weil sich die Pflegeerfordernisse immer mehr überschneiden.

Darüber hinaus wird gerade in Krankenhäusern wegen der Komplexität der Institution und der geringen Transparenz von Handlungsbezügen ein durchgängiges Case Management gefordert, das auch die Entlassungsplanung einbezieht. Hier ist eine enge Kooperation mit dem Sozialdienst gefordert, die allerdings manchmal in Konkurrenz auszuarten scheint.

4.5 Bildungsfragen

Im Gegensatz zur Sozialen Arbeit ist die Regelausbildung in der Pflege nach wie vor eine schulische Ausbildung. In den vergangenen 20 Jahren wurden zwar sehr viele Pflegestudiengänge auf den Weg gebracht, die meisten allerdings aufbauend auf der schulischen Erstausbildung.

Wie bereits dargestellt, gibt es in Deutschland derzeit drei grundständig unterschiedene Pflegeausbildungen, die auf der Grundlage einer staatlichen Gesetzgebung als Fachschulbildung angeboten werden.

Im Vergleich zu fast allen Ländern in Europa geht Deutschland hier einen zweifachen Sonderweg:

1. In Europa stellt eine generalistische Erstausbildung die Regel dar.
2. Die Erstausbildung ist in fast allen Ländern auf Hochschulniveau mit einem Bachelorabschluss angesiedelt.

In Zusammenhang mit der Neuordnung der Pflegebildung wurde seit Jahren gefordert, eine generalistische Erstausbildung für die Pflege einzuführen (Robert Bosch Stiftung, 2000). Argumentiert wird damit, dass die Struktur der Ausbildung sich nicht an Lebensaltern orientieren dürfe, sondern an der Komplexität des Pflegebedarfs ausgerichtet sein müsse. Je komplexer der Pflegebedarf ist, desto umfassender und differenzierter muss die Pflegebildung gestaltet sein, bis hin zu Spezialisierungen für besondere Bedarfssituationen mit umfassenden Herausforderungen (z. B. Demenz, Intensivpflege). Auf der Basis dieser Forderungen wurden verschiedene Bildungsprojekte durchgeführt. Insbesondere gab es eine Reihe von Modellvorhaben, bei denen Kinder-, Alten- und Krankpflege gemeinsam Ausbildungsgegenstand waren (BMFSFJ, 2008). Eine Empfehlung auf der Grundlage der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung lautet, einen integrierten Ansatz zu nutzen, bei dem im Wesentlichen generalistisch ausgebildet wird, mit Schwerpunktbildung in verschiedenen Bereichen. Zeitlich parallel wurden Modellvorhaben mit einer Pflegeerausbildung auf Hochschulniveau mit Bachelorabschluss realisiert.

Deutschland hat sich auch gegen eine andere europäische Regelung gewandt, indem es als Voraussetzung für die Pflegeausbildung eine zwölfjährige allgemeinbildende Schule ablehnt, die in nahezu allen europäischen Ländern gilt. Voraussetzung für die (schulische) Pflegeausbildung ist nach wie vor eine zehnjährige allgemeinbildende Schule, für die Altenpflegeausbildung genügt sogar der qualifizierte neunjährige Hauptschulabschluss.

In den vergangenen 20 Jahren wurde die Akademisierung der Pflege quantitativ stark erweitert, es gibt derzeit fast 100 Studiengänge, die meisten an (Fach-)Hochschulen, sehr viele mit Qualifizierungen für das Management, in dem ohne ein Studium keine Arbeitsplätze mehr besetzt werden. Wenige Studiengänge befinden sich an Universitäten, wenige zur Qualifizierung für wissenschaftliche Arbeit. Angesichts der zunehmenden Komplexität der pflegerischen Versorgung werden dringend Masterstudiengänge mit vertiefter Praxisqualifikation gefordert, wie sie international längst üblich sind (Schober/Affara, 2008).

4.6 Verbände und Politik

So diversifiziert wie die Ausbildungen und das gesamte Berufsfeld der Pflege, so vielfältig sind auch die Berufsverbände. So gibt es allgemeine Berufsverbände, die alle Berufswege vertreten, solche, die kirchlichen Organisationen nahesteht, sowie jene, die die Kinder- oder Altenpflege oder auch verschiedene Hierarchiestufen wie Leitungskräfte oder Lehrende vertreten. Zusammengefasst sind sie alle im Deutschen Pflegerat (DPR), der als Vertretung der Pflegeberufe auch auf politischer Ebene gehört wird. Der DPR stellt jedoch keine so einheitliche Organisation dar, dass es nicht auch zu öffentlich gäuerten Meinungsverschiedenheiten kommen kann, wie die Bildungsdebatte zeigt.

Auf politischer Ebene treten aber auch die Vertreter der Trägerverbände als Pflegevertreter auf, die jedoch in der Regel die Berufsinhalte nicht vertreten können.

Problematisch für die Vertretung der Berufsinteressen ist jedoch, dass insgesamt nur ein geringer Teil (ca. 10%) der Pflegenden in Berufsverbänden organisiert ist.

Zur Stärkung der beruflichen Selbstbestimmtheit wird seit etwa 25 Jahren immer wieder gefordert, die bereits in vielen Ländern üblichen Pflegekammern einzurichten (Kellnhauser, 1994). Wichtigstes Argument hierbei ist der Wunsch, eine einheitliche Organisation zu haben, die für die Pflege spricht, die Inhalte und Qualität der beruflichen Arbeit definiert und bewertet, Maßstäbe für Bildung setzt und kontrolliert. Kurz: Berufliche Belange sollten in den Händen der Berufsvertretung liegen. Ganz un widersprochen wird dies nicht hingenommen, insbesondere die Gewerkschaften stehen diesem Vorhaben kritisch gegenüber. Ein wichtiges Problem stellt dabei die mit einer Kammer verbundene Zwangsmitgliedschaft dar. Außerdem wird argumentiert, dass die gesellschaftliche Kontrolle über einen Beruf, der so wichtige gesellschaftliche Aufgaben wie die Pflege übernimmt, nicht als Selbstkontrolle funktionieren könne. Skandale in der ärztlichen Versorgung dienen hierbei als Beispiele.

Im Sommer 2013 haben einige Bundesländer mit Befragungen zu Pflegekammern begonnen und wahrscheinlich wird Rheinland-Pfalz als erstes Bundesland bis Ende 2014 eine Pflegekammer installiert haben.

Angesichts eines drohenden Fachpersonalmangels in allen Pflegebereichen ist man von politischer Seite her derzeit eher gewillt, dem Beruf selbst mehr Eigenständigkeit zuzugestehen.

4.7 Schlussfolgerungen

Gesamtgesellschaftlich nimmt die Bedeutung pflegerischer Versorgung drastisch zu. Dies gilt vorrangig, aber nicht nur für die Pflege alter Menschen. Allerdings scheinen die politischen Rahmenbedingungen diesen Anforderungen kaum nachkommen zu können. Hier gab es Versäumnisse in der Vergangenheit, die Pflegebildung in allen Bereichen der Pflege wurde nicht genügend ernst genommen. Altenpflege wird nach wie vor als «Haldenberuf» gehandelt, der Frauen empfohlen werden kann, die in anderen Bereichen geringe Chancen haben.

Die Anforderungen allerdings steigen in Zusammenhang mit dem demografischen Wandel ganz drastisch. Konstruktive multiprofessionelle Kooperationen sind daher dringend, auch wenn Konkurrenzsituationen nicht auszuschließen sind.

Pflege ist vorrangig auf die Situation der Person und ihre Perspektiven ausgerichtet, die sich in einem sozialen Kontext befindet, während Soziale Arbeit eher auf den sozialen Kontext ausgerichtet ist, in dem sich die Person befindet. Insofern ist der primäre Fokus der beruflichen Orientierung etwas unterschiedlich, überschneidet sich aber stark. Pflege ohne Einbeziehung der Kenntnisse über den sozialen Kontext der zu Pflegenden ist unzureichend. Außerdem bestimmt der soziale Kontext die Möglichkeiten und Grenzen pflegerischer Unterstützung. Das reicht von den gesetzlichen und anderen rechtlichen Rahmenbedingungen über die Organisationsformen, in deren Rahmen gepflegt wird, bis zu den famili-

Reflexion

- Wie würden Sie die Unterschiede der jeweiligen Aufgabenschwerpunkte der Pflege gegenüber der Sozialarbeit beschreiben?
- Wo sehen Sie Überschneidungen in den Aufgaben der Pflege und der Sozialarbeit?
- Gibt es Bereiche, in denen beide Berufe dasselbe tun können oder gar sollten?
- Welche Möglichkeiten gibt es, damit die beiden Berufsgruppen besser kooperieren können?
- Case Management wird oft als genuine Methode der Sozialen Arbeit beschrieben. Wie würden Sie Case Management für die Pflege einordnen?
- Wo könnte gerontologisches Fachwissen helfen, das gegenseitige Verständnis zu fördern?

liären, freundschaftsbezogenen und häuslichen Bedingungen. Von daher ist eine enge Kooperation der Professionen Pflege und Soziale Arbeit zum Wohle des zu Pflegenden äußerst wichtig. Hinter diesen Überlegungen sollten Konkurrenzängste gegenüber einer zielgerichteten Aushandlung der Aufgabenverteilungen zurückstehen.

4.8 Literatur

- Baltes P.B., Baltes M.M. (1992). Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes P.B., Mittelstraß J. (Hrsg.). Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin: De Gruyter, 1-34.
- Bartholomeyczik S. (1997). Professionalisierung der Pflege - zwischen Abhängigkeit und Omnipotenz. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 29, 1, 5-13.
- Bartholomeyczik S., Hunstein D., Koch V., Zegelin-Abt A. (2001). Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung (Vol. Wissenschaft 59). Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Bartholomeyczik S. (2004). Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit - Assessments und ihre Möglichkeiten. In: Bartholomeyczik S., Halek M. (Hrsg.). Assessmentinstrumente in der Pflege. Hannover: Schlütersche, 11-20.
- Bartholomeyczik S., Halek M., Sowinski C., Besselmann K., Dürrmann P., Haupt M. et al. (2007). Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bartholomeyczik S., Reuther S., Luft L., van Nie N., Meijers J., Schols J. et al. (2010). Prävalenz von Mangelernährung, Maßnahmen und Qualitätsindikatoren in deutschen Altenpflegeheimen - erste Ergebnisse einer landesweiten Pilotstudie. Gesundheitswesen, 72, 12, 868-874.
- Becker S., Kasper R., Kruse A. (2010). Heideberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (H.I.L.DE.). Bern: Huber.
- Becker S., Blaser R., Riedel M., Geiser M. (2013) Wollen. Wissen. Können: Gestaltung attraktiver Arbeitsplätze in der Langzeit-, Kurzzeit-, Übergangspflege und Betreuung. In: Curaviva (Hrsg.): Themenhefte. Eigenverlag (www.alter.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/institut_alter/publikationen/Themenheft_A_4_HR_dt_web.pdf, [30.11.2013].
- BGBl. I: Bundesgesetzblatt I (2009). Heimgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. November 2001 (BGBl. I S. 2970), das zuletzt durch Artikel 3 Satz 2 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2319) geändert worden ist.
- Brandenburg H., Adam-Paffrath R. (2013). Pflegeoszen. Hannover: Schlütersche.
- Breitscheidel M. (2007). Abgezockt und totpflegt. Berlin: Ullstein.
- BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008): Pflegeausbildung in Bewegung. Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Berlin.
- DNQP (2009). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege - 1. Aktualisierung. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück.
- DNQP (2009a). Deutsches Netzwerk für Qualitätentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Sonderdruck. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück.
- DNQP (2011). Deutsches Netzwerk für Qualitätentwicklung in der Pflege: Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück: Hochschule Osnabrück. www.wiso.hs-osnabrueck.de/38028.html, [25.06.2013].

- Halek M., Bartholomeyczik S. (2009). Assessmentinstrument für die verstehende Diagnostik bei Demenz: Innovatives demenzorientiertes Assessmentssystem (IdA). In: Bartholomeyczik S., Halek M. (Hrsg.). Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. 2., vollst. überarb. Auflage. Hannover: Schlütersche, 94–104.
- Hasseler M., Wolf-Ostermann K. (2010). Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. www.pflegenoten.de/media/dokumente/weiterentwicklung/Pflegenoten_Endbericht_Bericht_u_WB_2010_07_21.pdf, [30.11.2013].
- Hölmann U. (2002). Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltrige Menschen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). Experten zum Vieren Altenbericht der Bundesregierung. Band III: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Hannover: Vincentz, 289–428.
- Kellinhausner E. (1994). Krankenpflegekammern und Professionalisierung der Pflege. Melungen: Bibliomed.
- Kitwood T. (2005). Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5. Auflage. Bern: Huber.
- Krohwinakel M. (1993). Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexkranken. Baden-Baden: Nomos.
- MDK (2013). www.mdk-pruefung.com/statistiken-transparenzberichte-pflegenoten/, [30.11.2013].
- Michell-Aul P., Strunk-Richter G., Tebest R. (2010). Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Mühlum A., Bartholomeyczik S., Göpel E. (1997). Sozialarbeitswissenschaft, Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaft. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Pinkert C., Holle B. (2012). Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literatur zur Prävalenz und Einweisungsgründen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45, 8, 728–734.
- Robert Bosch Stiftung (2000). Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schaffauer.
- Schaeffer D. (2000). Care Management. Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. Pflege, 13, 1, 17–26.
- Schober M., Affara F. (2008). Advanced Nursing Practice (ANP). Bern: Verlag Hans Huber.
- Schrems B. (2008). Verstehende Pflegediagnostik: Grundlagen zum angemessenen Pflegehandeln. Wien: Facultas.
- Statistisches Bundesamt (2013). Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (www.destatis.de, [10.05.2013]).
- Tannen A., Bours G., Halfens R., Dassen T. (2006). A Comparison of Pressure Ulcer Prevalence Rates in Nursing Homes. Adjusted for Population Characteristics. Research in Nursing & Health, 29, 588–596.
- Weidner F. (1995). Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Weyerer S., Schaufele M., Hendlmeier I., Kofahl C., Sattel H. (2006). Demenzzranke in Pflegeeinrichtungen: Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wingenfeld K., Büscher A., Schaeffer D. (2007). Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Projektbericht. Bielefeld: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/begutachtungsinstrument.html, [10.05.2013].
- Wingenfeld K. (2011). Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Schaeffer D., Wingenfeld K. (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 263–290.

5 Altern und Soziale Arbeit

Cornelia Kricheldorf

Zusammenfassung

Soziale Arbeit in den originären Feldern der Altenarbeit und Altenhilfe hat, wie die Gerontologie insgesamt, eher kurze Traditionslinien, verglichen mit vielen anderen, eher «klassischen» sozialarbeiterischen Handlungsfeldern. Ihre ersten Wurzeln finden sich in der allgemeinen Armenfürsorge, auch in Spitälern und Hospizen des Mittelalters und mit einer durchaus engen Verbindung zur Pflege bedürftiger und kranker Menschen. Das Alter kam explizit erst im ausgehenden 19. Jahrhundert, im Kontext der Massenverlendung im Zuge der Industrialisierung in Europa stärker in den Blick der Sozialfürsorge. Mit der Einführung von Sozialgesetzen, vor allem der Kranken- und Rentenversicherung in Deutschland, Österreich und der Schweiz, wurde die Sicherung des Alters, in gesundheitlicher und ökonomischer Hinsicht, erstmalig zum Gegenstand staatlicher Sozialpolitik. Vor dem Hintergrund des Anstiegs der allgemeinen Lebenserwartung und etwa zeitgleich mit der Formulierung der ersten Theorien des Alterns (Disengagement- und Aktivitätstheorie) wurde 1962 die Soziale Altenhilfe in Deutschland im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) und seit 2005 im Sozialgesetzbuch (SGB) XII verankert. Die gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI) kam 1995 hinzu. Diese gesetzlichen Grundlagen, aber auch die Ausweitung der Lebensphase Alter, haben die Aufgaben der Sozialen Arbeit mit älteren und alten Menschen stark verändert. Die Bandbreite der Aufgaben Sozialer Altenarbeit hat mittlerweile, verstärkt seit Mitte der 90er-Jahre, erheblich zugenommen und die Praxis der Sozialen Gerontologie wurde stark ausdifferenziert. Dabei geht es schwerpunktmäßig um die

Health Care Management

Martin Schölkopf | Holger Pressel

Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

Gesundheitssystemvergleich
und europäische Gesundheitspolitik

2., aktualisierte und erweiterte Auflage



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Dr. Martin Schölkopf
Gallardstr. 14
13187 Berlin

Dr. Holger Pressel
Wüstenrotstr. 4
71638 Ludwigsburg

Vorwort zur 2. Auflage

Seit der Veröffentlichung der ersten Auflage des Buchs „Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich“ im Jahr 2010 sind nun schon mehr als vier Jahre vergangen. Im Gesundheitswesen, wo „Jahrhundertreformen“ mittlerweile in deutlich kürzeren Zeitabständen verabschiedet werden, ist das eine halbe Ewigkeit. Zeit also für eine zweite Auflage!

Obwohl sich die zweite Auflage hinsichtlich des Aufbaus und der Gliederung stark an der ersten orientiert, ist das vorliegende Buch „runderneuert“. So wurden nicht nur die Daten aktualisiert, sondern darüber hinaus auch inhaltliche Erweiterungen vorgenommen. Dies schlägt sich insbesondere im zweiten Kapitel „Länderberichte“ nieder: Dort findet sich nun ein ganz neuer Abschnitt, der einen Überblick über die Gesundheitssysteme von zahlreichen mittel- und osteuropäischen Staaten gibt. In der vorliegenden Auflage sind somit über 30 Länderberichte enthalten. Auch auf die sogenannte „Obama-Care“, also die Reform des Gesundheitswesens in den USA, wird in dieser Auflage ausführlich eingegangen. Neu im Vergleich zur ersten Auflage ist auch die international vergleichende quantitative Verortung der einzelnen Länder. In den anderen Kapiteln wurden ebenfalls zahlreiche Aktualisierungen und inhaltliche Erweiterungen vorgenommen: So wurde beispielsweise das achte Kapitel „Die europäische Gesundheitspolitik“ um einen Abschnitt „Europäisches Medizinprodukterecht“ (s. Kap. 8.3.6) ergänzt. Und in fast allen Kapiteln werden die Spuren sichtbar, die die Finanz- und Wirtschaftskrise in vielen europäischen Gesundheitssystemen hinterlassen hat.

Eine Überarbeitung sollte auch bedeuten, dass man sich von veralteten Daten trennt. Diesem Gedanken wurde konsequent Rechnung getragen. So wurden neben in die Jahre gekommenen Kennzahlen auch nicht mehr aktuelle Studien durch neuere Informationen ersetzt.

Schließlich gab es auch in der Autorenschaft Änderungen: Die umfassenden Aktualisierungen, Überarbeitungen und Ergänzungen der zweiten Auflage sind das gemeinsame Werk von zwei Autoren.

Wir danken unseren Familien für ihre Unterstützung und ihr Verständnis.

Martin Schölkopf
Holger Pressel

Berlin und Ludwigsburg, im Juni 2014

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Zimmerstr. 11
10969 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-101-5

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2014

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwendet, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Susann Weber, Berlin
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin
Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Digital Solutions, Berlin
Druck: Druckhaus Köthen GmbH & Co. KG, Köthen

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Zimmerstr. 11, 10969 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

PBM	Pharmaceutical Benefit Management (USA)
PBS	Pharmaceutical Benefits Scheme (Australien)
PCT	Primary Care Trust (Großbritannien)
PHO	Primary Health Organisation (Neuseeland)
PKV	private Krankenversicherung
PPO	Preferred Provider Organization (USA)
PPRS	Pharmaceutical Price Regulation Scheme (Großbritannien)
RIZIV/NAMI	Instituut national d'assurance maladie-invalidité/Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (Belgien)
SGB V	Sozialgesetzbuch V (Deutschland)
SHA	Strategic Health Authority (Großbritannien)
WHO	World Health Organization

1 Die Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Typologie und Entstehungsprozess

1.1 Eine Typologie der Gesundheitssysteme

Wer im europäischen Ausland Urlaub macht oder in einem anderen Land arbeitet oder studiert und plötzlich medizinische Hilfe benötigt, wird schnell zwei Dinge feststellen: Zum einen verfügen sämtliche Länder West- und Mitteleuropas, aber natürlich auch andere Länder der westlichen Welt, über hoch entwickelte Gesundheitssysteme. Sieht man (bislang) von den USA ab, herrscht zudem längst übereinstimmend die Auffassung, dass es Aufgabe des Staates ist, für die Bevölkerung eine angemessene Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Diese Auffassung hat ihren Niederschlag darin gefunden, dass der öffentlichen Hand im Gesundheitswesen in aller Regel eine dominierende Rolle zukommt. Der Staat plant und finanziert; und häufig erbringt er auch selbst Leistungen.

Wer medizinische Leistungen im Ausland benötigt, wird zum anderen aber auch feststellen, dass bestimmte Charakteristika des jeweiligen Gesundheitssystems vom deutschen Gesundheitswesen abweichen – und dies zum Teil erheblich. So gibt es Länder, in denen die gesamte Krankenhausversorgung in den Händen der Kommunen liegt; die in Deutschland in der öffentlichen Versorgung ebenfalls wichtigen privatwirtschaftlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser wird man dort vergeblich suchen. In einigen Ländern findet man anders als in Deutschland – die ambulante fachärztliche Behandlung aus-

1 Die Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Typologie und Entstehungsprozess

schließlich im Krankenhaus statt. In manchen Ländern wiederum ist das Sachleistungsprinzip - Patienten erhalten die medizinische Leistung kostenlos, die Leistungserbringer werden von der Krankenkasse bezahlt - unbekannt; die Patienten müssen dort die Leistungen erst einmal selbst finanzieren und bekommen die Kosten anschließend von ihrer Krankenkasse bzw. Krankenversicherung erstattet.

Während also in allen Industriestaaten im Wesentlichen ein gemeinsames Verständnis über die Notwendigkeit eines leistungsfähigen Gesundheitssystems besteht und auch die herausragende Bedeutung des Staates bei der Gewährleistung der Gesundheitsversorgung meist unbestritten ist, lassen sich in der Organisation der Gesundheitsversorgung im Detail erhebliche Unterschiede feststellen. Die Wissenschaft hat bereits früh versucht, diese Differenzen herauszuarbeiten und zu typologisieren. Die erste und zur Einordnung von Gesundheitssystemen immer noch häufig genutzte Typologie ist die Differenzierung in Länder, deren Gesundheitswesen sich am Bismarck- bzw. Beveridgemodell orientieren (vgl. Tab. 1).

Tab. 1 Idealtypische Ordnung von Gesundheitssystemen: Bismarck versus Beveridge

Indikatoren	Bismarck	Beveridge
Grundprinzip	(Sozial-)Versicherungsprinzip	Versorgungsprinzip
Verwaltung	Selbstverwaltung	Staat
Finanzierung	Beiträge	Steuern
Leistungsanspruch	Sachleistung/Kostenerstattung	Sachleistung
Leistungserbringung	öffentlich/freigemeinnützig/ privatwirtschaftlich	öffentlich
abgesicherter Personenkreis	ausgewählte Personengruppen	gesamte Bevölkerung

Das Bismarcksche Modell der sozialen Sicherung, in Deutschland von Reichskanzler Otto von Bismarck mit dem Ziel der Befriedung der Arbeiterschaft eingeführt, zielt auf Lebensstandardsicherung sowie Beitrags- und Leistungsrechte. Zentrales Grundprinzip ist das Sozialversicherungsprinzip: Sozialrechtliche Ansprüche werden im Sinne einer Versicherung über Beiträge aus dem Lohn Einkommen erworben. Die Höhe des Anspruchs bei Einkommensersatzleistungen hängt im Regelfall von den zuvor gezahlten Beiträgen ab. Dieses Prinzip ist insbesondere für die Altersrente und beim Arbeitslosengeld charakteristisch. In der Gesundheitsversorgung greift es nur beim Krankengeld; ansonsten dominiert dort das Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit: Versicherte erhalten die notwendigen medizinischen Leistungen entsprechend ihres Bedarfs, unabhängig von der Höhe der geleisteten Beiträge. Dem Staat kommt im Bismarck-Modell nur eine indirekte Funktion zu: Er gestaltet den rechtlichen Rahmen. Die konkrete Steuerung hingegen erfolgt im Rahmen der Selbstverwaltung durch die Krankenkassen und die Leistungserbringer, insbesondere Ärzte und Krankenhäuser.

1.1 Eine Typologie der Gesundheitssysteme

Das auf den Überlegungen des britischen Lords Beveridge zurückgehende und nach ihm benannte Beveridge-Modell hingegen sieht eine universelle Basisversicherung vor. Im Bedarfsfall soll ein garantiertes Mindesteinkommen bzw. die notwendige medizinische Versorgung für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung stehen (Versorgungsprinzip). Finanziert werden die Leistungen aus Steuern, nicht aus Beiträgen. Der Staat steht auch im Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung: Er plant die Kapazitäten und stellt die medizinische Versorgung in Form von Sachleistungen auch überwiegend selbst zur Verfügung.

Soweit die idealtypische Ordnung - die Wirklichkeit der verschiedenen Gesundheitssysteme wird dadurch leider nur unzureichend erfasst. So lassen sich zwar die meisten Gesundheitssysteme entweder als öffentliche Gesundheitsdienste oder als (Sozial-)Versicherungssysteme einordnen. Doch viele Gesundheitssysteme sind wesentlich komplexer als es die o.g. Typologie abbildet. So gibt es zahlreiche Länder, die über öffentliche Gesundheitsdienste verfügen. Allerdings ist dort zum Teil nicht der Zentralstaat - wie im britischen Vorbild - für die Gesundheitsversorgung zuständig; dies ist vielmehr oft Aufgabe der Kommunen. In einigen Ländern mit Sozialversicherungssystemen wiederum dominieren völlig andere als die o.g., „typischen“ Finanzierungsprinzipien: In den Niederlanden und der Schweiz orientieren sich die Sozialversicherungsbeiträge nicht am Lohn, sondern sind in pauschaler Höhe zu entrichten; im Falle finanzieller Hilfebedürftigkeit hilft der Staat.

Zur Abbildung der Realität ist daher die folgende, alternative Systematisierung der Gesundheitssysteme in sechs Ländergruppen besser geeignet:

1. Die erste Gruppe umfasst Länder, die ihre Gesundheitsversorgung auf einen nationalen Gesundheitsdienst stützen. Dazu gehören neben Großbritannien - dem „Erfinder“ dieses Systems - Irland und Portugal. Zentrales Kennzeichen dieser Länder ist, dass der öffentliche Gesundheitsdienst dort jeweils vom Zentralstaat direkt gesteuert wird. Die Gesundheitseinrichtungen vor Ort sind damit faktisch Teil der Staatsverwaltung. Griechenland ist in dieser Gruppe insofern ein Sonderfall, als neben dem der gesamten Bevölkerung offen stehenden staatlichen Gesundheitsdienst noch ein Sozialversicherungssystem für den Krankheitsfall existiert.
2. Eine zweite Gruppe besteht aus Ländern, die ihren öffentlichen Gesundheitsdienst auf regionaler Ebene organisiert haben. Dort ist nicht der Zentralstaat, sondern die Regionen oder Provinzen für die Gesundheitsversorgung verantwortlich. Das gilt für Italien, Spanien sowie für Australien, Neuseeland und Kanada.
3. Die dritte Gruppe organisiert ihr Gesundheitswesen ebenfalls über einen öffentlichen Gesundheitsdienst. Allerdings sind dafür die Landkreise, Städte und Gemeinden verantwortlich. Dies trifft auf die vier skandinavischen Länder Dänemark, Norwegen, Schweden und Finnland zu.

1 Die Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Typologie und Entstehungsprozess

4. Eine vierte Gruppe stützt die Gesundheitsversorgung auf Sozialversicherungssysteme, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ähnlich sind, also einkommensbezogene Beiträge verlangen. Neben Deutschland zählen zu dieser Gruppe Frankreich, Belgien, Luxemburg, Österreich und Japan. Die Leistungserbringung erfolgt dort jeweils durch unabhängige kommunale, freigemeinnützige oder privatwirtschaftliche Anbieter. Letzteres trifft mit den Niederlanden und der Schweiz auch auf die fünf- bis sechser Ländergruppe zu. Die dortigen Gesundheitssysteme basieren zwar auf Sozialversicherungssystemen, die Versicherungsbeiträge werden aber in Form von Kopfpauschalen berechnet.

5. Die USA schließlich lässt sich in keine der aufgeführten Gruppen einordnen. Hier gibt es weder eine für alle (oder die meisten) Einwohner obligatorische Krankenversicherung noch einen öffentlichen Gesundheitsdienst. Die staatliche Verantwortung beschränkt sich hier vielmehr auf öffentliche Gesundheitsdienste für alte und arme Menschen.

Wie alle Typologien ist auch diese Typologie der Gesundheitssysteme vereinfacht und wird der Komplexität der Gesundheitsversorgung in den unterschiedlichen Ländern nicht vollständig gerecht. Sie erfasst nicht zuletzt die nach dem Fall des eisernen Vorhangs hinzugekommenen Länder Mittel- und Osteuropas, deren Gesundheitswesen oft bereits mehrfach Systemumstellungen erdulden mussten, nur unzureichend; deshalb wird auf eine Einordnung dieser Länder hier auch verzichtet. Gleichwohl kann diese Typologie als Ausgangspunkt für die weiteren Darstellungen und Analysen dienen und das Verständnis über grundlegende Differenzen in der Gesundheitsversorgung zwischen verschiedenen Ländern fördern. Außerdem hilft sie dem Forscher, der in der Detailanalyse eines Gesundheitswesens manchmal den Überblick über das große Ganze zu verlieren droht.

1.2 Die Entstehung und Ausweitung der gesetzlichen Absicherung im Krankheitsfall

In der sozialwissenschaftlichen Forschung wird die Einführung einer öffentlichen Absicherung im Krankheitsfall insbesondere mit dem durch die Industrialisierung entstandenen neuen und wachsenden Problemdruck - Verschärfung sozialer Notlagen im Zuge des Bevölkerungswachstums im 19. Jahrhundert bei gleichzeitiger Auflösung traditioneller Familienstrukturen - und der politischen Mobilisierung der Arbeiterschaft erklärt. Nicht alle Industrieländer schufen ihre Gesundheitssysteme aber zur gleichen Zeit, und nicht alle Systeme gewährleisten das gleiche Absicherungsniveau. Gesetzliche Sicherheitssysteme für den Krankheitsfall wurden vielmehr zu jeweils sehr unterschiedlichen Zeitpunkten eingeführt.

Auf die neuen politischen Herausforderungen reagierten Länder mit autoritärer politischer Ordnung früher als andere: Ein gesetzliches System zur Ab-

1.2 Die Entstehung und Ausweitung der gesetzlichen Absicherung im Krankheitsfall

sicherung im Krankheitsfall wurde zunächst in Deutschland, dann in Italien, Österreich, Schweden, Dänemark und Belgien errichtet (vgl. Tab. 2). Obwohl sie damals im europäischen Vergleich zu den Nachzögern der sozioökonomischen Entwicklung gehörten, führten also die europäischen autoritären Monarchien, die keine oder nur sehr eingeschränkte Befugnisse der gewählten Parlamente kannten, gesetzliche Absicherungen im Krankheitsfall früher ein als die parlamentarischen Demokratien.

Tab. 2 Einführungszeitpunkt der ersten gesetzlichen Krankenversicherungen. Quellen: Alber (1987: 139), Schmidt (1988: 180), eigene Recherchen (s. Tab. 3), Jahr der Einführung der ersten, nicht notwendigerweise umfassenden, obligatorischen bzw. freiwilligen, staatlich subventionierten Krankenversicherung. Nicht berücksichtigt sind ältere soziale Sicherungssysteme für militärische Berufsstände.

Land	Einführungsjahr	Land	Einführungsjahr
Deutschland	1883	Schweiz	1911
Italien	1886	Griechenland	1922
Österreich	1888	Japan	1922
Schweden	1891	Niederlande	1929
Dänemark	1892	Neuseeland	1938
Belgien	1894	Spanien	1942
Frankreich	1898	Portugal	1946
Luxemburg	1901	Australien	1946
Norwegen	1909	Kanada	1961
Großbritannien	1911	Finnland	1963
Irland	1911	USA	1965

Belgien, Dänemark, Frankreich, Italien, Schweden und die Schweiz starteten dabei zunächst mit freiwilligen, staatlich subventionierten Programmen, die für längere Zeit beibehalten wurden und nicht selten auch einen größeren Teil der Bevölkerung umfassten. Die übrigen Länder Westeuropas folgten dem Beispiel Deutschlands und begannen gleich mit einer zunächst auf bestimmte Bevölkerungsgruppen bezogenen Pflichtversicherung. Nur Finnland führte von Beginn an - allerdings erst im Jahr 1963 - eine Volksversicherung bzw. einen öffentlichen Gesundheitsdienst ein (vgl. Alber 1987: 50). Das wichtigste Ziel der Krankenversicherung, unabhängig davon, ob es sich um Pflichtversicherungen oder um freiwillige, staatlich subventionierte Versicherungen handelte, bestand anfangs im Ausgleich des mit einer Krankheit verbundenen Einkommensverlustes. Erst später wurden die Geldleistungen zunehmend durch die Gewährleistung medizinischer Sachleistungen ergänzt.

Einmal eingeführt, wurden die gesetzlichen Krankenversicherungen kontinuierlich ausgeweitet; sie bezogen daher einen immer größeren Teil der Bevölkerung in die Absicherung ein. Denn die Einführung der öffentlichen Ab-

1 Die Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich:
Typologie und Entstehungsprozess

sicherung im Krankheitsfall für bestimmte Bevölkerungsgruppen bot gleichzeitig eine Plattform für die politische Forderung nach Ausdehnung durch den Gesetzgeber - mit der Folge des zunehmenden Einbezugs weiterer Bevölkerungsteile (vgl. zum Folgenden Alber 1987: 54-55 sowie Tab. 3). Dabei wurde der erfasste Personenkreis i. d. R. zunächst auf weitere Gruppen abhängig Beschäftigter (z. B. Angestellte) ausgeweitet. Dies erfolgte zum Teil durch Abschaffung von Einkommensgrenzen, deren Überschreitung vorher von der Versicherungspflicht befreit hatte, zum Teil durch Aufnahme weiterer beruflicher Statusgruppen. Dem folgte dann meist die Ausdehnung der medizinischen Versorgungsleistungen auf Familienangehörige der Versicherten; die meisten Länder Westeuropas schufen diesen Schutz zwischen 1930 und 1946. Nur die norwegische Pflichtversicherung hatte Sachleistungen für Angehörige bereits von Beginn an eingeführt.

In der Regel ein weiteres Jahrzehnt später - erstmals in Deutschland im Jahr 1941 - erfolgte die Ausweitung der Absicherung im Krankheitsfall auf die Rentner. In Westeuropa war diese Ausweitung erst mit der Einführung der finnischen Volksversicherung im Jahr 1963 allgemein umgesetzt. Nach dem zweiten Weltkrieg wurden schließlich bestimmte Gruppen von Selbständigen in die Pflichtversicherungen einbezogen. Als das hier am längsten zögernde Deutschland 1971 die Versicherungspflicht auf Landwirte ausdehnte, hatten mit Ausnahme der bis Mitte der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts an der freiwilligen Versicherung festhaltenden Schweiz alle Länder zumindest einige Kategorien von Selbständigen in die staatliche Zwangsversicherung integriert. Nur in den Ländern mit Volksversicherungen bzw. öffentlichem Gesundheitsdienst wurden alle Selbständigen auf einen Schlag in die Versicherungspflicht einbezogen. Die übrigen Zwangsversicherungen dehnten ihren Anwendungsbereich dagegen sukzessive auf zusätzliche Kategorien selbständig Erwerbstätiger aus, sodass in diesen Ländern noch lange Zeit etliche Gruppen von Selbständigen von der Versicherungspflicht befreit blieben. Ausnahmen existieren nur noch in Deutschland bzw. in Österreich, wo Selbständige nicht versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung sind bzw. sich davon befreien lassen können.

Tab. 3 Zeitpunkte der Ausweitung der gesetzlichen Absicherung im Krankheitsfall. Quelle:

Angaben für Westeuropa ohne Spanien und Portugal aus Alber (1987: 232-235); einzelne Angaben für die Schweiz und die Niederlande sowie sämtliche Informationen zu den Ländern Japan, Kanada, Australien, Neuseeland, Spanien und Portugal wurden vom Verfasser ergänzt.

Jahr	Land	Erweiterungs- bzw. Änderungsgesetz
1888	Österreich	Pflichtversicherung mit Einkommensgrenzen für Arbeiter und Angestellte
1926		Familienangehörige und Rentner in der Angestelltenversicherung
1928		Landarbeiter
1941		Familienangehörige und Rentner in der Arbeiterversicherung
1955		Leitende Angestellte

1.2 Die Entstehung und Ausweitung der gesetzlichen Absicherung im Krankheitsfall

Jahr	Land	Erweiterungs- bzw. Änderungsgesetz
1965		Landwirte
1966		Selbständige in der Industrie (halbobligatorisch)
1894	Belgien	Subventionierung freiwilliger Versicherung
1944		Pflichtversicherung abhängig Beschäftigte, Ausweitung auf Rentner und Familienangehörige
1963		Ausdehnung auf Selbständige
1892	Dänemark	Subventionierung freiwilliger Versicherung
1933		Halbobligatorische Versicherung
1960		Ausdehnung der halbobligatorischen Versicherung auf alle Bürger unter 16
1971		Öffentlicher Gesundheitsdienst
1883	Deutschland	Pflichtversicherung für Arbeiter (und Angestellte unter Einkommensgrenze)
1911		Landarbeiter
1930		Mitversicherung von Familienangehörigen als Regelleistung
1941		Rentner
1971		Landwirte
1963	Finnland	Öffentlicher Gesundheitsdienst
1898	Frankreich	Subventionierung freiwilliger Versicherung
1919		Übernahme der Pflichtversicherung in Eisenbahnring
1930		Pflichtversicherung mit Einkommensgrenzen
1942		Alle Arbeiter ohne Einkommensgrenzen
1946		Rentner
1961		Landwirte
1966		Selbständige außerhalb der Landwirtschaft
	Irland	Bis zur Unabhängigkeit: britische Gesetze
1952		Versicherungspflicht für abhängig Beschäftigte unter Einkommensgrenze
1886	Italien	Subventionierung freiwilliger Versicherung
1928		Halbobligatorische Versicherung (durch kollektive Arbeitsverträge)
1939		Mitversicherung von Familienangehörigen
1943		Pflichtversicherung für Industriearbeiter
1954		Landwirte
1955		Rentner
1956		Selbständige Handwerker
1901	Luxemburg	Pflichtversicherung für Industriebeschäftigte mit Einkommensgrenze
1944		Rentner
1951		Ausweitung durch Aufhebung der Einkommensgrenzen
1952		Selbständige in Industrie und Handel, Freiberufler
1962		Landwirte

1 Die Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Typologie und Entstehungsprozess

Jahr	Land	Entstehungsprozess
1929	Niederlande	Pflichtversicherung für Geldleistungen mit Einkommensgrenze
1941		Ausweitung auf Sachleistungen und Familienangehörige
1951		Rentner
1967		Volksversicherung für schwere Krankheiten
2006		Allgemeine Versicherungspflicht
1909	Norwegen	Pflichtversicherung mit Einkommensgrenze, Mitversicherung Familienangehöriger
1935		selbständige Fischer
1953		Ausweitung durch Aufhebung der Einkommensgrenze für abhängig Beschäftigte
1956		Öffentlicher Gesundheitsdienst
1891	Schweden	Subventionierung freiwilliger Versicherung
1953		Öffentlicher Gesundheitsdienst
1911	Schweiz	Subventionierung freiwilliger Versicherung
1916		Erste kantonale Pflichtversicherung
1996		Allgemeine Versicherungspflicht
1911	Großbritannien	Pflichtversicherung mit Einkommensgrenze für Krankengeld
1913		Ausweitung auf Sachleistungen
1946		Volksversicherung/öffentlicher Gesundheitsdienst
1965		Einkommensbezogene Geldleistungen
1922	Japan	Pflichtversicherung für Fabrik- und Bergarbeiter
1934		Ausweitung auf alle Betriebe mit mehr als fünf Beschäftigten
1938		Öffnung (freiwillig) für die gesamte Bevölkerung
1951		Verpflichtung für die Kommunen, die gesamte Bevölkerung abzusichern
1961	Kanada	Stationäre Akutversorgung landesweit als Volksversicherung
1972		Ambulante ärztliche Versorgung landesweit als Volksversicherung
1965	USA	Einführung von Medicare (Ältere) und Medicaid (Arme)
1986		Anspruch auf Notfallversorgung durch Krankenhäuser für die gesamte Bevölkerung
1997		Versicherung für Kinder aus einkommensschwachen Familien
1938	Neuseeland	Öffentlicher Gesundheitsdienst
1965		Krankengeld
1944	Australien	Krankengeld
1946ff.		Subventionierung medizinischer Leistungen durch den Zentralstaat
1975		Öffentlicher Gesundheitsdienst
1946	Portugal	Gesetzliche Krankenversicherung für Industriearbeiter
1959ff.		Ausweitung auf andere Wirtschaftszweige und Familienangehörige
1979		Öffentlicher Gesundheitsdienst
1942	Spanien	Gesetzliche Krankenversicherung für Arbeiter
1967		Ausweitung auf Selbständige und Beschäftigte im öffentlichen Dienst
1972		Ausweitung auf Angestellte
1986		Öffentlicher Gesundheitsdienst

1.2 Die Entstehung und Ausweitung der gesetzlichen Absicherung im Krankheitsfall

Das Wachstum der Systeme lässt sich am einfachsten und eindrucksvollsten am Prozentsatz des ihnen angeschlossenen Teils der Bevölkerung ablesen (vgl. Tab. 4 und 5). Deutlich wird hier, dass es Ländern mit öffentlichem Gesundheitsdienst bzw. Volksversicherung i. d. R. schneller gelang, die gesamte Bevölkerung in diese Absicherung einzubeziehen. Länder mit Sozialversicherungssystemen taten sich hingegen etwas schwerer. Doch auch hier ist eine zunehmende Inklusion der Bevölkerung in das gesetzliche System festzustellen.

Tab. 4 Der Mitgliederkreis der Krankenversicherung von den Anfängen bis 1965 (in % der Erwerbsbevölkerung). Quelle: Auszug aus Alber (1987: 237). Erfasst sind Beitragszahler, die Anspruch auf Sachleistungen haben, ohne Rentner. Zum Teil Schätzwerte.

Jahr	1911	1919	1925	1930	1935	1940	1945	1950	1955	1960	1965						
Österreich	-	12	16	18	20	24	22	39	47	59	49	56	63	71	73		
Belgien	-	-	3	6	8	12	11	21	28	33	31	46	57	57	89		
Dänemark	-	-	15	27	40	54	70	97	99	100	100	100	100	100	100		
Deutschland	22	32	34	39	41	44	43	53	57	57	52	56	56	57	64		
Finnland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100		
Frankreich	-	-	9	13	18	15	17	21	32	36	48	52	60	64	69	91	
Irland	-	-	-	-	-	-	-	37	34	38	44	46	53	55	58	62	
Italien	-	6	6	6	6	6	6	6	7	22	47	45	44	63	76	84	
Niederlande	-	-	-	-	-	-	-	42	42	42	42	42	54	60	60	63	
Norwegen	-	-	-	-	-	35	49	47	56	63	86	90	100	100	100	100	
Schweden	-	-	4	13	21	27	25	28	29	35	32	49	84	97	100	100	
Schweiz	-	-	-	-	-	21	43	50	69	79	86	82	89	97	100	100	
Großbritannien	-	-	-	-	-	66	73	79	82	79	90	98	100	100	100	100	
Mittelwert	1,8	4,2	6,5	9,8	12,4	15,4	26,2	35,5	38,5	46,6	47,9	56,6	61,8	66,7	71,1	73,7	86,6

Tab. 5 Anteil der Bevölkerung mit staatlichem Krankenversicherungsschutz 1960-2011 (in % der Bevölkerung). Quelle: OECD Health Data 2013. Für einzelne Länder zum Teil abweichende Jahre.

Land	1960	1970	1980	1986	2000	2011
Kanada	100	100	100	100	100	100
Neuseeland	100	100	100	100	100	100
Norwegen	100	100	100	100	100	100
Schweden	100	100	100	100	100	100
Großbritannien	100	100	100	100	100	100
Japan	99,0	100	100	100	100	100
Dänemark	95,0	100	100	100	100	100
Finnland	55,0	100	100	100	100	100
Italien	87,0	93,0	100	100	100	100
Australien	76,0	85,0	100	100	100	100
Irland	85,0	85,0	100	100	100	100

1 Die Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Typologie und Entstehungsprozess

Land	1960	1970	1980	1990	2000	2006	2010	2011
Portugal	18,0	40,0	100	100	100	100	100	100
Griechenland	44,0	55,0	88,0	100	100	100	100	100
Schweiz	74,0	89,0	96,5	99,5	100	100	100	100
Frankreich	76,0	95,6	99,1	99,4	99,9	99,9	99,9	99,9
Luxemburg	90,0	99,6	99,8	98,8	98,2	99,7	97,2	97,2
Belgien	58,0	97,8	99,0	97,3	99,0	99,0	99,0	98,8
Niederlande	71,0	69,0	68,3	61,4	64,5	98,7	99,9	99,9
Österreich	78,0	91,0	99,0	99,0	99,0	98,5	99,9	99,9
Spanien	54,0	61,0	83,0	98,1	98,9	98,3	99,0	99,0
Deutschland	85,2	89,2	92,3	88,8	90,7	89,5	88,9	88,9
USA	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	72,5	77,4	31,8	31,8

In Westeuropa verfügen damit heute fast alle Länder über öffentliche Gesundheitssysteme, die die medizinische Versorgung für die gesamte Bevölkerung sicherstellen. Länder mit Sozialversicherungssystemen haben den Kreis der gesetzlich Krankenversicherten Zug um Zug ausgeweitet und so z.B. nicht erwerbstätige Personen wie Studenten oder Hausfrauen in den öffentlichen Versicherungsschutz einbezogen. Fast alle westeuropäischen Länder haben sich so einer umfassenden öffentlichen Absicherung ihrer Bevölkerung im Krankheitsfall angenähert. Zuletzt ist dies der Schweiz und den Niederlanden gelungen: Dort wurde im Jahr 1996 bzw. 2006 eine umfassende gesetzliche Krankenversicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung eingeführt. Deutschland, wo nur knapp 90% der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung abgesichert sind, ist damit das letzte Land Westeuropas, das diese umfassende Form der Absicherung noch nicht erreicht hat. Immerhin wurde hierzulande mit der Gesundheitsreform des Jahres 2007 aber eine Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung eingeführt. Diese unterscheidet aber nach wie vor zwischen der Absicherung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung.

Während die gesetzlichen, öffentlich finanzierten Systeme zur Absicherung des Krankheitsfalls über die Jahrzehnte zunehmende Verbreitung fanden, blieb die Rolle privater Krankenversicherungen in den meisten Vergleichsländern bis heute auf den „Reflex“ zum öffentlichen System beschränkt – auch wenn es in den letzten Jahren in einigen Ländern einen gewissen Trend der Expansion der privaten Absicherung gegeben hat (vgl. Mossialos/Thomson 2004, Colombo/Tapay 2004, Thomson/Mossialos 2009). Dabei konzentriert sich die private Krankenversicherung aber zumeist auf Leistungen, die das öffentliche System nicht bezahlt, Zusatzleistungen, übernimmt Zahlungen oder Selbstbehalte, die das öffentliche System vorsieht, oder sichert eine zügigere Versorgung ohne längere Wartezeiten ab. In den Gesundheitssystemen der betrachteten Länder stellt sich die Situation der privaten Krankenversicherung heute wie folgt dar (vgl. auch Tab. 6):

1.2 Die Entstehung und Ausweitung der gesetzlichen Absicherung im Krankheitsfall

- In Irland, Australien, Dänemark, Spanien und Finnland hat die private Krankenversicherung eine die öffentliche Versorgung *duplizierende* Funktion: Sie existiert parallel zum öffentlichen Gesundheitsdienst und dient den Versicherten vor allem dazu, die aufgrund knapper Kapazitäten oftmals langen Wartezeiten durch Inanspruchnahme privater Anbieter zu umgehen.
- In anderen Ländern *ergänzen* private Krankenversicherungen das öffentliche System, indem sie die dort vorgesehenen Selbstbeteiligungen bzw. Zuzahlungen abdecken – zu diesen Ländern gehört insbesondere Frankreich, wo fast die gesamte Bevölkerung solche Ergänzungsversicherungen *abgeschlossen haben. Auch in einigen anderen Ländern – Belgien, Slowenien, Luxemburg, Deutschland, Neuseeland und Dänemark –* kommt privaten Krankenversicherungen mit dieser Funktion erhebliche Bedeutung zu.
- In vielen OECD-Ländern kommt der privaten Krankenversicherung die Funktion zu, *zusätzliche* Leistungen anzubieten, die im Leistungskatalog des öffentlichen Gesundheitswesens nicht vorgesehen sind.
- Nur in zwei Ländern stellt die private Krankenversicherung für einen größeren Teil der Bevölkerung die reguläre Absicherung im Krankheitsfall dar – mit anderen Worten: sie *substituiert* dort die gesetzliche Absicherung. Dies ist mittlerweile nur noch in den USA (für rd. 53% der Bevölkerung) und in Deutschland (für 11% der Bevölkerung) in spürbarem Umfang der Fall. In einigen anderen Ländern können bestimmte, kleinere Personengruppen an Stelle der öffentlichen Sozialversicherung für eine private Krankenversicherung optieren.

Tab. 6 Anteil privat Versicherter an der Bevölkerung (in %) mit Funktionen der privaten Krankenversicherung. Quelle: OECD Health Data 2013. Erfasst sind auch Personen, die über Zusatzversicherungen verfügen.

Land	substantiv	ergänzend	abschließend	duplizierend	inbestimmt
Frankreich	96,1				96,1
Niederlande			89,0		89,0
Belgien	79,6				79,6
Slowenien	70,7	2,1	0,2		73,0
Kanada			68,0		68,0
USA	53,1	7,5			60,6
Luxemburg		54,0			54,0
Australien			7,2	45,3	52,5
Irland				47,5	47,5
Österreich			34,2		34,2
Deutschland	11,0	21,0			32,0
Neuseeland		30,8			30,8
Schweiz			29,5		29,5

1. Die Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Typologie und Entstehungsprozess

Land	subsidiär	hybrid	zuletzt	dominant	hybrid
Dänemark		20,8			20,8
Portugal			19,8		19,8
Finnland			14,2		14,2
Spanien	0,9			12,5	13,4
Griechenland				12,0	12,0

In vielen Ländern hat der Anteil derer, die ergänzend oder zusätzlich zur Absicherung im Krankheitsfall über das jeweilige öffentliche System eine private Krankenversicherung aufweisen, langfristig zugenommen (vgl. Tab. 7). Die Ursachen für diese Entwicklung sind vielfältig, dürften aber zu einem mit dem wachsenden Wohlstand bestimmter Bevölkerungsteile und zum anderen mit den in den letzten Jahren realisierten Einschnitten und Sparmaßnahmen in den öffentlichen Gesundheitssystemen zusammenhängen. Bemerkenswert ist, dass die Zunahme zuletzt in vielen Ländern zum Erliegen gekommen ist; zum Teil ist mittlerweile eine Umkehr des Trends festzustellen. Offenbar ist in manchen Ländern hier bereits eine Marktsättigung erreicht worden.

Tab. 7 Entwicklung des Anteils privat Versicherter an der Bevölkerung, 1995-2011 (in %).
Quelle: OECD Health Data 2013.

	1995	2000	2005	2011
Großbritannien	10,3	11,0	11,0	11,1
Spanien	9,1	7,6	14,4	13,4
Finnland		10,1	11,6	14,2
Portugal		13,8	17,4	19,8
Dänemark			8,7	20,8
Neuseeland		34,2	32,8	30,8
Deutschland	8,5		24,3	31,9
Österreich	34,2	31,8	33,5	34,2
Irland	37,9	43,8	51,2	47,5
Australien	34,9	43,0	42,9	52,5
USA		70,7	67,1	60,6
Kanada	56,0	66,0	66,0	68,0
Slowenien		69,5	73,6	72,9
Belgien		37,1	71,8	79,6
Niederlande			92,8	89,0
Frankreich	83,4	85,8	91,6	96,1

2 Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Länderberichte

Die in Kapitel 1 vorgestellte Typologie der Gesundheitssysteme kann die Wirklichkeit in den betrachteten Ländern in ihrer Vielfalt nicht vollständig erfassen. In der Realität stellen sich z. B. die Finanzierungsstrukturen und die Organisation der Leistungserbringung viel komplexer dar als es die notwendigerweise vereinfachende Typologie veranschaulichen kann. Deshalb werden die Gesundheitssysteme der in diesem Buch analysierten 31 Industrieländer im Folgenden in ihren Grundzügen dargestellt. Dabei wird insbesondere auf die Grundstrukturen des Systems, die Finanzierung, den Leistungsumfang sowie die Organisation der Leistungserbringung eingegangen. Ziel ist es, einen ersten Eindruck über die einzelnen Gesundheitssysteme zu vermitteln, um so eine fundierte Ausgangsbasis für vertiefende Analysen zu erreichen. Die Ausführungen beruhen überwiegend auf den in Kapitel 9 angeführten Quellen. Um die vertiefende Recherche über das Gesundheitssystem eines bestimmten Landes zu ermöglichen, finden sich nach jedem Länderbericht Internet-Links zu den für die Gesundheitspolitik jeweils zuständigen Ministerien bzw. Behörden sowie zu umfassenderen Darstellungen der Gesundheitssysteme der entsprechenden Länder.

2.1 Länder mit nationalem Gesundheitsdienst

In Ländern mit nationalem Gesundheitsdienst wird die Gesundheitsversorgung direkt vom Zentralstaat organisiert und aus Steuermitteln finanziert.

Stefanie Becker, Hermann Brandenburg
(Herausgeber)

Lehrbuch Gerontologie

Gerontologisches Fachwissen
für Pflege- und Sozialberufe

Eine interdisziplinäre Aufgabe

Unter Mitarbeit von

Sabine Bartholomeyczik

Eva Birkenstock

Matthias Brünnett

Theresa Fibich

Helen Güther

Sabine Hahn

François Höpflinger

Manfred Hülsen-Giesler

Franz Kolland

Stefanie Klott

Ursula Köstler

Cornelia Kricheldorf

Remi Maier-Rigaud

Kristina Mann

Heike Marks

Ruth Remmel-Fassbender

Michael Sauer

Daniel Tucman

Frank Schulz-Nieswandt

Renate Stemmer

Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Milke Martin

Verlag Hans Huber

Stefanie Becker (Hrsg.), Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., Dipl.-Geront.
E-Mail: stefanie.becker@bfh.ch (Korrespondenzanschrift)

Hermann Brandenburg (Hrsg.), Univ.-Prof., Dr. phil.
E-Mail: hbrandenburg@phvd.de

Lektorat: Jürgen Georg, Michael Herrmann, Andrea Weberschinke
Herstellung: Jörg Kleine Büning
Umschlagillustration: Vera Kuttelvaserova – forolia.com
Umschlaggestaltung: Jörg Kleine Büning
Druckvorstufe: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbindnerische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die Verfasser haben größte Mühe darauf verwendet, dass die therapeutischen Angaben insbesondere von Medikamenten, ihre Dosierungen und Applikationen dem jeweiligen Wissensstand bei der Fertigstellung des Werkes entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist und menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, übernimmt der Verlag für derartige Angaben keine Gewähr. Jeder Anwender ist daher dringend aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden hier und in den einzelnen Beiträgen nicht durchgehend weibliche und männliche Formen parallel, sondern oftmals neutrale Formen oder – den Regeln der deutschen Sprache folgend – das generische Maskulinum verwendet. Dennoch schließen alle enthaltenen Personenbezeichnungen das jeweils andere Geschlecht mit ein.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Pflege
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel. 0041 (0)31 300 4500
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2014

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-456-95343-4)
(E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-456-75343-0)
ISBN 978-3-456-85343-7

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	13
Geleitwort	15
1. Gerontologisches Fachwissen und Interdisziplinarität: Warum? Stefanie Becker, Hermann Brandenburg	17
1.1 Welche Zielgruppen sind angesprochen?	18
1.2 Worum geht es in diesem Buch?	18
2. Gerontologie – eine interdisziplinäre Wissenschaft Stefanie Becker	21
2.1 Einführung	22
2.2 Gerontologie – ein Definitionsversuch	23
2.3 Interdisziplinarität der Gerontologie	25
2.3.1 Bezugsdisziplinen der Gerontologie	27
2.3.2 Interdisziplinäre Tätigkeitsfelder der Gerontologie	28
2.3.3 Interdisziplinäre Herangehensweise	31
2.3.4 Herausforderungen interdisziplinärer Kooperation	33
2.4 Schlussfolgerung	33
2.5 Literatur	34
Teil 1 – Theoretische Grundlagen	35
3. Theorien des Alters und des Alterns Stefanie Klott	37
3.1 Einführung	38
3.2 Theorien – eine erste Annäherung	39
3.2.1 Über Sinn und Nutzen von Theorien	39
3.2.2 Der Status quo	40
3.3 Theorien in der Gerontologie – die Klassiker	42
3.3.1 Vom Defizitmodell zur Theorie des erfolgreichen Alterns	42

6 Alterssozialpolitik, soziale Sicherung und soziale Ungleichheit (D, CH, A)

*Frank Schulz-Nieswandt, Ursula Köstler, Remi Maier-Rigaud,
Kristina Mann, Heike Marks und Michael Sauer*

Zusammenfassung

Der Beitrag skizziert im Ländervergleich (D, A, CH) in Grundzügen die Alterssozialpolitik, dabei die thematischen Schwerpunkte auf die Alterssicherung, das Gesundheits- und Altenpflegewesen sowie das bürgerschaftliche Engagement als Ressource und wichtiges Element im Dritten Sektor setzend. Migrationshintergründe werden als Querschnittsthema **eigens behandelt. Damit werden mit Blick auf die soziale Ungleichheit der Chancenverteilung im Lebenslauf wesentliche Dimensionen der Lebenslagenverteilung im Alter akzentuiert behandelt. Sozialmorphologisch vor ähnliche sozio-demographische und epidemiologische Herausforderungen gestellt, zeichnen sich insgesamt, aber auch in den einzelnen sozialen Sicherungsbereichen architekturstrukturelle und normativ-programmatische Verwandtschaften ab, die Deutschland, Österreich und die Schweiz wohlfahrtsstaatsologisch, also auch Policy-Feld-übergreifend, als konservativen Wohlfahrtsstaatsstypus klassifizieren lassen. Konstitutiv sind Strukturelemente wie Subsidiarität, Föderalität, Sozial-iversicherungslogiken und Wohlfahrtspluralismus/Trägervielfalt. Die Schweiz mag etwas stärker auf Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung im Management der Lebenslauf Risiken akzentuiert sein. Die Unterschiede zwischen**

Deutschland, Österreich und der Schweiz kommen natürlich stärker in den Blick, wenn sich die Analyse den konkreten Institutionen und dem Leistungsprozessgeschehen zuwendet.

Lernziele:

- Die Grundzüge der alterssozialpolitisch relevanten zentralen sozialen Sicherungssysteme im Ländervergleich verstehen lernen.
- Die Funktionslogik und damit auch die Versorgungsprobleme vor dem Hintergrund des sozialen Wandels mit Blick auf soziale Ungleichheiten verstehen lernen.
- Einerseits sich abstrakten typologischen Sichtweisen öffnen, andererseits Sinn für die institutionellen Welten und die Prozesse des sozialen Geschehens behalten und insofern die eigentliche soziale Wirklichkeit der Versorgung, Behandlung, Betreuung, Unterstützung, Förderung etc. als zentrales Erkenntnisziel der Analyse erkennen.
- Sich der interdisziplinären Analyse stellen.

6.1 Einführung

Die Darstellung dreht sich um die Analyse der Lebenslagen und der Lebenslagenverteilung im Alter im Ländervergleich zwischen Deutschland, Österreich und der Schweiz. Dies ist einerseits auf engem Raum kaum zu leisten; Abstriche an Theorie, Analysetiefe und Empirieumfang sind daher zwingend, andererseits ist sicherlich eine Darstellung möglich, die einen Einstieg und weitere Orientierung erlaubt. Das Literaturverzeichnis ist hierbei auf wesentliche Quellen beschränkt und ermöglicht ebenso weitere Orientierungen. Die Fülle an Spezialstudien (vgl. etwa Wengler, 2013; Pfortner, 2013) zu allen Aspekten konnte nicht aufgeführt werden.

In Deutschland liegt eine fast schon institutionalisierte Sozialberichterstattung zum Alter vor, die weniger hinsichtlich der wissenschaftlichen Qualität, aber hinsichtlich ihrer Funktionalität und Effektivität durchaus kontrovers einzuschätzen ist (Schulz-Nieswandt, 2008a). So erarbeitet die Altersberichterstattungs-Kommission für die Bundesregierung, organisatorisch durch eine Geschäftsstelle im Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) unterstützt, aktuell bereits den 7. «Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland». Alle Berichte wur-

den jeweils vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend herausgegeben. In Österreich wurde im Jahre 2000 ein umfangreicher «Seniorenbericht» erarbeitet; 2009 wurde ein Bericht zur «Hochaltrigkeit in Österreich» vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASSK, 2009) herausgegeben. In der Schweiz liegt eine Reihe von Sozialforschungsstudien, etwa zur Gesundheit, zur Pflege und zum Wohnen im Alter, sowie ein Bericht des Bundesrates für eine Strategie der schweizerischen Alterspolitik aus dem Jahre 2007 vor.

Die Darstellung umfasst die drei wesentlichen altersrelevanten Sozialschutzsysteme der Alters-, Kranken- und Pflegeversicherung sowie die beiden Querschnittsthemen der Migration und des bürgerschaftlichen Engagements. Armutsfragen mit Blick auf das Alter ergeben sich, die differenziellen Erwerbsbiographien und Bildungskarrieren als generative Grammatik des sozialen Geschehens zum Ausdruck bringend, im Rahmen der Alterssicherungsproblematik. Auf die soziologischen Befunde zur Sozialstrukturanalyse (D: Mau/Schöneck, 2013; A: Haller, 2008; CH: Levy, 2009) und auf die diesbezügliche internationale Komparatistik (Hradil, 2006; Immerfall/Therborn, 2010; Holtmann, 2012) wird aus Raumgründen nicht einzugehen sein. Wie im Fall der Einkommens- und Armutsverteilung im Alter ist auch hier, das zeigt die neuere lebenslauforientierte Wohlfahrtsstaatsforschung (Möhring, 2013), grundsätzlich auf das Zusammenspiel von sozial überformten Lebensverläufen und Wohlfahrtsstaatsregimen zu verweisen. Allerdings ist vor allem auf die doch weitgehende volkswirtschaftliche, sozialmorphologische, sicherungsinstitutionelle Ähnlichkeit in den drei betrachteten Ländern zu verweisen, wenngleich sich diese Ähnlichkeit mit Blick auf detaillierte Fragen schnell wieder auflösen mag.

6.2 Theorierahmen

Lebenslagen (Schulz-Nieswandt, 2003, 2006) sind mehrdimensionale, ressourcenbedingte Handlungsspielräume im Lebenslauf des Menschen, die die Chancen charakterisieren, ob und inwieweit jemand in der Lage ist, den Entwicklungsaufgaben im Lebenslauf, also den An- und Herausforderungen in der Lebensspanne zwischen Geburt und Tod nachzukommen und die Aufgaben erfolgreich zu bewältigen (Schulz-Nieswandt, 2007, 2008). Grundrechtstheoretisch im Lichte der Rechtsphilosophie der Inklusion gesehen ist es Aufgabe der Sozialpolitik als Teil der Gesellschafts(gestaltungs)politik, in die Lebenslagen und in die Verteilungsfuge der Lebenslagen (distributiv, redistributiv und regulativ) zu intervenieren, damit der Lebenslauf eine Chance auf gelingendes Personsein im sozialen Miteinander gewährt (anthropologisch gesehen: Schulz-Nieswandt, 2006a). Gewährleistungsstaatsrechtlich gesehen (Schulz-Nieswandt, 2011a) geht es

einerseits um mehrdimensionale, nicht auf Employability reduzierbare personale Kompetenzen, andererseits um kontextuelle Ressourcen im Sinne von Capacities (Einkommen/Vermögen; soziale Infrastrukturen unter dem Aspekt der Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und qualitativen Akzeptabilität; sozialkapitaltheoretisch definierbare soziale Netze; rechtliche Ressourcen; Wohn- und Wohnumfeldressourcen; siedlungsstrukturell bedingte Ressourcen etc.). Person und Kontexte stehen dabei in einem transaktional definierten Verhältnis der Wechselwirkung als Kreislauf von Merkwelt (Einwirkung der Welt auf die Person) und Wirkwelt (Einwirkung der Person auf die Welt).

Dieser Beitrag fokussiert einerseits auf institutionelle Architekturen der sozialen Schutzsysteme, weil darin der alterssozialpolitisch relevante Aspekt des Universalismusgrades der sozialen Inklusion in die Sicherungssysteme (oder umgekehrt: der Grad der sozialen Risikoselektion [und Rationierungen] der Sicherungssysteme) zum Ausdruck kommt (Schulz-Nieswandl, 2012b). Andererseits geht es um spezifische Vulnerabilitätsprofile, wie sie sich im Migrationshintergrund der Lebenslagen, aber auch in der sozialen Ungleichheit (Klinger et al., 2007) zur Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Ressourcen bürgerschaftlichen Engagements (Fischer, 2011) ausdrücken. Mit der Berücksichtigung der Engagementthematik kann ferner die Staatszentriertheit der Sozialpolitikanalyse zugunsten einer komplexeren («wohlfahrtsgesellschaftlichen») Sichtweise überwunden werden, die unter anderem solche Aspekte der Funktionalität eines Dritten Sektors berücksichtigt.

6.3 Wohlfahrtsstaatstypologischer Vergleich

Alle drei Länder können dem kontinentalen «konservativen» Sozialstaatstypus zugeordnet werden. Dies ist der Dominanz des Sozialversicherungswesens geschuldet (Klenk et al., 2012). Doch ist aus der komparatistischen Diskussion der vergangenen Jahre deutlich geworden, dass es interne Inkonsistenzen in der Typusbildung gibt, wenn einzelne Policy-Felder verglichen werden. Betrachtet man hier die Felder der Alterssicherung, des Gesundheits- und des Altenpflegewesens, dann bleiben einerseits doch gewisse Gemeinsamkeiten bestehen, andererseits gibt es deutliche architektonische Akzentverschiebungen. Das Säulensystem in der Alterssicherung, aber auch der (öffentliche, öffentlich-rechtliche, private) Mix der Finanzierung im Gesundheits- und Pflegewesen verdeutlichen, dass der «Wohlfahrtsstaat Schweiz» (Moser, 2008; Moeckli, 2012; Eberle/Imhof, 2006; Carigiet et al., 2006; Fehmel, 2008) deutlicher als Deutschland und Österreich (Tálos, 2005; Obinger/Tálos, 2006) das Prinzip der Subsidiarität zugunsten der Eigenverantwortung akzentuiert. Die Schweiz gilt als konservativer Wohlfahrtsstaat der «politischen Mitte». Subsidiarität und Wohlfahrtspluralismus

(etwa im Altenpflegesystem) sind aber allen drei Ländern eigen; Unterschiede liegen im Gesundheitswesen etwa in einem relativ fortgeschrittenen Entwicklungsstadium der Integrationsversorgung (Managed Care in der Medizin) in der Schweiz. Die Armutsdebatte wird aber überall ähnlich geführt (D: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013; Huster et al., 2012; A: Verwiebe, 2011; CH: Kehrl/Knöpfel, 2006; Heggli, 2012).

In quantitativer Hinsicht kann vergleichend nur bedingt auf den «Sozialbericht» der Bundesregierung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2009) zurückgegriffen werden, weil dort im europäisch vergleichenden Teil nur Österreich, aber nicht die Schweiz berücksichtigt wird. Anders liegt der Fall, wenn dagegen für die Analyse die leicht verfügbaren Eurostat-Daten der EU-Kommision genutzt werden (www.epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/). Tendenziell mit Blick auf die Trends in der Niveaumentwicklung der Sozialleistungsquote(n) zeichnen sich wiederum (mit sozialbudget-bereichsspezifischen Abweichungen im Fall der Schweiz) Ähnlichkeiten ab; die Unterschiede liegen also eher in den sektoralen Strukturen und im Leistungsprozessgeschehen, die der praktischen «Wohlfahrtskultur» zuzuordnen sind. So sei zum Beispiel auf die internationalen Unterschiede in der Qualität der Behandlung von Demenzzkranken im Akutkrankenhaus (Kleina/Wingenfeld, 2007; Kirchen-Peters, 2012; Isfort et al., 2012) verwiesen.

6.4 Alterssicherung

Alterssicherung in Deutschland beruht im Wesentlichen auf drei Säulen. Die erste Säule ist die im Sozialgesetzbuch (SGB) VI geregelte umlagefinanzierte und selbstverwaltete gesetzliche Rentenversicherung (GRV) mit einem Jahresgesamtvolumen von zirka 250 Milliarden Euro. In ihr sind bis auf wenige Ausnahmen wie, z. B. Beamte und Selbstständige, alle Erwerbstätigen pflichtversichert. Beginnend mit den Rentenreformen der 90er-Jahre des 20. Jahrhunderts wurde die GRV durch Absenkung des Nettoentnenniveaus zugunsten der privaten und betrieblichen Säule geschwächt (Schmähl, 2012). Finanziert wird die GRV primär über Sozialversicherungsbeiträge, die sich als fester Beitragssatz (2013: 18,9%) am Bruttoeinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze bemessen. Hinzu kommt ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss, der mit so genannten versicherungsfremden Leistungen (z. B. rentenrechtliche Anrechnung von Kindererziehungszeiten und nicht erwerbsmäßigen Pflegezeiten) begründet wird und rund ein Sechstel der GRV-Einnahmen ausmacht. Die individuelle Rentenhöhe bemisst sich nach der Höhe und Dauer der individuellen Beitragszahlungen (Äquivalenzprinzip), die verfassungsrechtlich geschützte Rentenanwartschaften (im Sinne der kollektiven Teilhabequivalenz im relationalen Rentengefüge) begründen. Entsprechend

kann von einer Lohnersatzfunktion der Rente gesprochen werden. Die Anpassung der Renten erfolgt dynamisch, das heißt, im Prinzip wird die Lohnentwicklung vor und während der Rentenlaufzeit berücksichtigt. Eine Mindestrente existiert nicht, stattdessen liegen staatliche, bedürftigkeitsgeprüfte Unterstützungen in Form der Grundsicherung im Alter und der Sozialhilfe vor. Ein Rentenanspruch ergibt sich aus dem Erreichen der Altersgrenze und nach 5 Beitragsjahren (Mindestversicherungszeit). Der Rentenzugang in der GRV ist durch die Regelaltersgrenze weitgehend standardisiert und wird bis 2029 stufenweise von 65 auf 67 Jahre angehoben. Parallel wurde die Attraktivität von Frühverrentungsmöglichkeiten insbesondere durch entsprechende Rentenausschläge reduziert, um das effektive Renteneintrittsalter näher an die Regelaltersgrenze zu führen. Es zeigt sich aber, dass die Zahl der Rentner, die Abschläge in Kauf nehmen, trotzdem deutlich gestiegen ist und dies bei der Beurteilung der Angemessenheit der Rente zu berücksichtigen ist (ASISP, 2012: 9). Im März 2012 wurde ein Entwurf für die Einführung einer so genannten Lebensleistungsrente für Geringverdienender vorgelegt und seither kontrovers diskutiert. Dabei handelt es sich um einen bedürftigkeitsgeprüften Rentenaufschlag für Geringverdienender mit langer Versicherungsdauer, die eine private Altersvorsorge vorweisen können.

Die zweite Säule ist die betriebliche Altersversorgung (BAV). Sie beruht für die Privatwirtschaft auf freiwilligen Zusagen der Arbeitgeber und erreicht damit – trotz öffentlicher Förderung – nur einen Teil der Beschäftigten. Verschiedene Durchführungswege der BAV sind zu unterscheiden: Direktzusagen der Arbeitgeber, Unterstützungs- oder Pensionskassen sowie Direktversicherungen und Pensionsfonds. Insgesamt nimmt die betriebliche Altersversorgung eine nachrangige Stellung im System der Alterssicherung ein, da es nur um eine (in der Regel geringfügige) Ergänzung der GRV geht.

Die dritte Säule stellt die kapitalgedeckte, freiwillige private Altersvorsorge dar. Eine zentrale Rolle spielen hierbei die verschiedenen Formen der Lebensversicherung und die Vielfalt der Vermögensbildungsprodukte (z. B. Aktien, Fonds und Bankparpläne). Private Altersvorsorge ist dabei grundsätzlich nur schwer von allgemeiner Ersparnisbildung für andere Zwecke, die nicht dem Lebensunterhalt im Alter dienen, abzugrenzen. Entsprechend werden auch nur solche privaten Altersvorsorgeprodukte steuerlich gefördert, die eine vorzeitige Auszahlung ausschließen (vgl. zum Verbraucherschutzpolitischen Handlungsbedarf bei der Riesen-Förderung Hagen/Iamping, 2013).

Alterssicherung in Österreich beruht ebenfalls auf einem mehrsäuligen Ansatz. Ähnlich wie in Deutschland ist die erste Säule, die Gesetzliche Pensionsversicherung, die wichtigste Einkommensquelle im Alter. In ihr sind bis auf wenige Ausnahmen, wie z. B. Beamte, alle Erwerbstätigen pflichtversichert. Es handelt sich um eine umlagefinanzierte und selbstverwaltete Sozialversicherung, die primär über Sozialversicherungsbeiträge finanziert wird. Der Beitragssatz liegt bei 22,8 %

(2013) und bezieht sich auf das Bruttoerwerbseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Daneben wird fast ein Viertel der Pensionsversicherung aus Steuernmitteln finanziert. Aus dem so genannten Bundesbeitrag wird die typischerweise auftretende Lücke zwischen laufenden Beitragsentnahmen und laufenden Rentenausgaben gedeckt. Daneben dient der Bundesbeitrag der Finanzierung einer bedürftigkeitsgeprüften Ausgleichzulage, die ein Mindestrentenniveau absichert. Die Berechnung der Rente folgt dem Äquivalenzprinzip. Im Prinzip sind die Renten über den Verbraucherpreisindex dynamisiert, das heißt die Anpassung der Renten wird an die Entwicklung der Verbraucherpreise gekoppelt. Ein Rentenananspruch ergibt sich aus dem Erreichen der Altersgrenze und nach 15 Beitragsjahren (Mindestversicherungszeit) wovon aber 8 Jahre mit Erziehungszeiten (4 Jahre pro Kind) abgedeckt werden können. Das gesetzliche Renteneintrittsalter liegt bei 65 Jahren für Männer und 60 Jahren für Frauen. Ab 2024 soll das Renteneintrittsalter für Frauen schrittweise bis 2033 auf ebenfalls 65 Jahre angehoben werden. Es existieren verschiedene Frühverrentungsmöglichkeiten, die aber durch die Reformen der vergangenen Jahre eingeschränkt bzw. finanziell weniger attraktiv gemacht wurden. Gleichzeitig ist eine Heterogenisierung bei der Frühverrentung im Sinne gruppenspezifischer Regelungen, wie etwa der Schwerarbeitspension, zu beobachten. Das effektive Renteneintrittsalter liegt mit 60,7 Jahren trotzdem deutlich unter dem EU-27 Durchschnitt (62,1). Entsprechend ist zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Renten eine Anhebung des effektiven Renteneintrittsalters, verbunden mit einer Steigerung der geringen Beschäftigungsquote Älterer anzustreben (European Commission, 2012: 9–10). Ein zentrales Element der Rentenreform 2012 ist die Beschleunigung des 2005 eingeführten Systemwechsels hin zu fiktiven individuellen Konten, die ab 2014 die allgemeine Grundlage für die Rentenanprüche aus der Gesetzlichen Pensionsversicherung darstellen sollen. Ziel dieser Reform ist es, für die Versicherten in Hinblick auf eine Erhöhung des Rentenanpruchs durch eine verlängerte Lebensarbeitszeit Transparenz herzustellen. Die zweite Säule der Alterssicherung besteht aus zwei Teilen mit jeweils kapitalgedeckten, individuellen Konten. Die betrieblichen Pensionskassen sind freiwillig, im Jahre 2011 konnten über 20 % der Beschäftigten eine entsprechende Altersvorsorge vorweisen. Die durchschnittliche Rente beträgt hier zirka 500 Euro monatlich. Der zweite Teil der betrieblichen Alterssicherung besteht seit 2002 und verpflichtet jeden Arbeitgeber, 1,53 % der Löhne und Gehälter an eine Mitarbeiterversorgungs-kasse zu transferieren. Die dort geführten Konten können bei Renteneintritt entweder als Einmalzahlung oder als lebenslange Annuität ausbezahlt werden. Problematisch ist, dass diese Einmalzahlung in der Regel bei einem Jobwechsel vorzeitig in Anspruch genommen wird, was der Alterssicherungszielstellung entgegenläuft (ASISP, 2012a: 11).

Die dritte Säule der Alterssicherung besteht aus privater, öffentlich subventionierter Ersparnisbildung. Die so genannte Prämienbegünstigte Zukunftsvorsorge

ist freiwillig und wurde bislang nur von einem Viertel der Bevölkerung unter 60 Jahren abgeschlossen. Ursprünglich mussten mindestens 40% der Beiträge am Aktienmarkt angelegt werden, jedoch wurde dies im Zuge der Finanzkrise auf 15–30% (je nach Alter des Versicherten) reduziert (European Commission, 2012: 5–6).

Die Alterssicherung in der Schweiz gilt als Prototyp der mehrsäuligen Alterssicherungssysteme (Bonoli/Häusermann, 2011) und gehörte zu den wichtigsten realen Inspirationsquellen für das umstrittene Drei-Säulen Modell der Weltbank (Maier-Rigaud, 2009: 181–189). Die erste Säule ist die umlagefinanzierte und universelle Alters- und Hinterlassenversicherung (AHV). Dies bedeutet, dass die gesamte Wohnbevölkerung unabhängig von ihrer Erwerbsbeteiligung Zugang zur Alterssicherung über die erste Säule hat. Sie wird als Grundrente bezeichnet, da sie in engen Grenzen beitragsbezogen ist. Der Beitragssatz beträgt 8,4% (2013) des Bruttoerwerbseinkommens und bei Nicht-Erwerbstätigen dient das Vermögen bis zu einem Höchstbetrag als Bemessungsgrundlage. Eine Beitragsbemessungsgrenze für das Erwerbseinkommen existiert nicht, weshalb diese Säule relativ stark umverteilt. Daneben wird über ein Viertel der Grundrente aus Steuern finanziert. Das gesetzliche Renteneintrittsalter liegt bei 65 Jahren für Männer und 64 Jahren für Frauen. Bei voller Beitragskarriere besteht Anspruch (2013) auf eine monatliche Rente zwischen der Mindestrente von 1170 Schweizer Franken und der Höchstrente von 2340 Schweizer Franken, womit der Beitragsäquivalenz enges Grenzen gesetzt sind. Die Renten sind über eine Mischung aus Lohn- und Preisindexierung dynamisiert. Damit bestimmte Erwerbsunterbrechungen den Rentenananspruch nicht massiv mindern, haben Personen mit Kindern unter 16 Jahren und Personen, die Angehörige pflegen, unter bestimmten Voraussetzungen für diese Zeiträume Anspruch auf Erziehungs- und Betreuungsgutschriften in Höhe der dreifachen Mindestrente. Darüber hinaus gibt es im Rahmen der ersten Säule eine bedürftigkeitsgeprüfte Rentenaufstockung, so genannte Ergänzungsleistungen (EL), zur Deckung des Lebensbedarfs.

Die zweite Säule ist eine verpflichtende berufliche Vorsorge (BV) für Arbeitnehmer mit vorgeschriebener Mindestverzinsung. Anders als in Deutschland und Österreich kommt dieser Säule eine große Bedeutung zu, da sie in Verbindung mit der ersten Säule das Ziel der Lebensstandardsicherung anstrebt. Die obligatorische Mindestdeckung versichert Lohninkommen zwischen 21060 und 84240 Schweizer Franken und führt bei vollständiger Erwerbskarriere zu einem Ersatzinkommen von 60% des durchschnittlichen Bruttoerwerbseinkommens. Allerdings gewähren viele Vorsorgeeinrichtungen darüber hinausgehende Renten (Überobligatorium). Der Arbeitgeber kann einen Anbieter (Pensionskassen, Versicherungen) für die berufliche Vorsorge auswählen.

Die dritte Säule besteht aus freiwilliger, kapitalgedeckter, privater Altersvorsorge. Innerhalb der dritten Säule bezeichnet die so genannte Säule 3a die gebun-

dene Vorsorge. Diese Vorsorge wird steuerlich bis zu einer Obergrenze begünstigt (höhere Beträge sind möglich, wenn keine berufliche Vorsorge vorliegt) und ist zweckgebunden an eine Verwendung im Alter. Neben dieser Regulierung existieren aber weder eine Mindestverzinsung noch andere staatliche Garantien. Als Vorsorgeformen kommen Produkte von Banken oder Versicherungen in Frage. Daneben fällt auch freie private Ersparnisbildung (3b) systematisch unter die dritte Säule. Der wesentliche Unterschied ist, dass in 3b keine Laufzeiten im Sinne einer Verwendung der Ersparnisse für das Alter vorgesehen sind und diese Form der Ersparnisbildung daher nicht steuerlich gefördert wird.

Im Vergleich der drei Länder zeigen sich ähnliche demografische Herausforderungen für die Alterssicherung. Die fernere Lebenserwartung mit 65 Jahren ist in allen drei Ländern hoch: 83,9 Jahre in Deutschland, 83,5 Jahre in Österreich und 85 Jahre in der Schweiz (OECD, 2011a). Auf den ersten Blick liegt auch eine ähnliche mehrsäulige Strukturierung der Alterssicherung vor. Während Alterssicherung in Deutschland und Österreich stark vom Bismarck-Modell erwerbszentrierter Sozialversicherung geprägt ist, hebt sich das Schweizer Modell durch eine Schwerpunktsetzung auf die betriebliche und private Säule hervor. Diese Unterschiede werden bereits am Anteil der öffentlichen Alterssicherungsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) deutlich: Deutschland (11,4%) und Österreich (12,3%) bewegen sich auf einem hohen Niveau, während die Schweiz (6,4%) aufgrund der Gestaltung der ersten Säule als Grundrente deutlich hinter diesen öffentlichen Ausgabenniveau zurückbleibt (OECD, 2011a). In Deutschland und Österreich zeichnen sich erhöhte Armutsrisiken im Alter ab, die auf den allgemeinen Trend hin zu mehrsäuligen Systemen bei gleichzeitiger Schwächung der öffentlichen Säule zurückzuführen sind (Ebbinghaus/Gronwald, 2011). Für Deutschland wurde nachgewiesen, dass die Armutsrisiken für künftige Rentengenerationen insbesondere aufgrund von Diskontinuitäten in den Erwerbsverläufen und einer Absenkung der Rentenniveaus steigen werden (Andreas/Hörstermann, 2012). Für beide Länder gilt, dass durch die Dominanz einer erwerbszentrierten, am Äquivalenzprinzip ausgerichteten ersten Säule Einkommensungleichheiten – insbesondere für Frauen – im Alter reproduziert werden. Damit sind die Zugangschancen ungleich verteilt und Bevölkerungsgruppen mit niedrigen oder unregelmäßigen Einkommen sowie Frauen sind einem relativ hohen Altersarmutsrisiko ausgesetzt (European Commission, 2012: 7–9 und 70). Dagegen besteht in der Schweiz zwar ein universeller Zugang zur Grundrente, die starke Bedeutung der zweiten Säule führt aber zu ähnlichen Problemen der Erwerbsarbeitszentrierung wie in Deutschland und Österreich (Bonoli/Häusermann, 2011: 323–324). Insofern bestehen, blickt man auf diese Befunde im Lichte der international vergleichenden Wohlfahrtsstaatsypenforschung (Schmidt et al., 2007; Kaufmann, 2006), trotz der institutionellen Unterschiede in allen drei Ländern typische Altersarmutsrisiken für Frauen und

Arbeitnehmer mit brüchigen und «atypischen» Erwerbsverläufen, die als charakteristisch für konservative Wohlfahrtsstaaten gelten können. Themen wie Exklusion und Prekarität sind dabei im sozialpolitischen Diskurs bedeutsam geworden (vgl. auch Becker/Hallein-Benze, 2012).

6.5 Krankenversicherung und Gesundheitswesen

Charakteristisch für das Krankenversicherungssystem als Basis des Gesundheitswesens in Deutschland (Busse/Riesberg, 2005; Busse et al., 2013) ist das Nebeneinander von Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) (GKV Spitzenverband, 2013) und Privater Krankenversicherung (PKV). Der Großteil der Bevölkerung (ca. 90%) ist über die GKV abgesichert, der Rest über die PKV. Somit existieren in Deutschland zwei substitutive Systeme der Absicherung im Krankheitsfall, wobei ein Finanz- oder Risikostrukturausgleich zwischen GKV und PKV nicht vorgesehen ist.

Die Finanzierung der GKV beruht auf dem Umlageverfahren. Bis zur Beitragsbemessungsgrenze (47 250 Euro für das Jahr 2013) werden derzeit 15,5% (Arbeitnehmeranteil 8,2%, Arbeitgeberanteil 7,3%) des Bruttolohns oder der Rente der GKV zugeführt. Die Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes erfolgt zentral durch die Bundesregierung. Die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber sowie Steuerzuschüsse fließen in den 2009 eingeführten Gesundheitsfonds, aus dem die einzelnen Kassen entsprechend dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich Zuweisungen erhalten. Reichen diese Zuweisungen der Kasse nicht aus, kann die Kasse Zusatzbeiträge von den Versicherten erheben. Für einkommensschwache Versicherte werden die Zusatzbeiträge mittels eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs abgedeckt. Allgemein spielen Zuzahlungen in der GKV bislang eher eine geringe Rolle (Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr, Zuzahlungen bei Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln, wobei individuelle Belastungsgrenzen existieren). Zuzahlungen können innerhalb des Gesundheitssystems eventuell als eine schwache Rationierung gesehen werden, von der niedrigere Einkommen, zu denen häufig chronisch Kranke und Ältere zählen, betroffen sind. Dabei ist aus der Selbstbeteiligungsforschung jedoch eine «Quadratur des Kreises» bekannt: Entweder sind die Selbstbeteiligungen nicht sehr hoch, dann sind sie auch nicht verhaltenswirksam, oder sie sind sehr hoch, dann sind sie distributiv bedenklich.

Im Gegensatz zur GKV sind die Versicherungsprämien der PKV nicht einkommensabhängig. Sie werden nach dem individuellen Gesundheitsrisiko erhoben, so dass die Beiträge mit zunehmendem Alter zum Teil beträchtlich steigen, was für ältere Versicherte (bei prekärer Selbstständigkeit) zu einem Armutrisiko führen kann.

In Deutschland besteht sowohl die freie Hausarzt- und Facharztwahl als auch die freie Wahl zwischen den Krankenhäusern. Gerade im Hinblick auf die Fachärzte wird zunehmend eine Zwei-Klassen-Medizin diskutiert, da aufgrund besserer Abrechnungsmöglichkeiten Privatversicherten vielfach zügigere Termine und kürzere Wartezeiten als GKV-Versicherten eingeräumt werden (ASISP, 2012: 22). Darauf dürfte sich die Qualitätsdifferenz in der Versorgung von GKV- und PKV-Patienten aber auch weitgehend beschränken.

Die Ärztedichte liegt in Deutschland bei 3,7 Ärzten pro 1000 Einwohner (OECD, 2012). Aufgrund fehlender Praxismachfolger ausscheidender Ärzte wird ein Mangel an (Haus-)Ärzten in ländlichen, strukturschwachen Gebieten erwartet. Um auch zukünftig eine wohnortnahe, bedarfsgerechte und flächendeckende medizinische Versorgung gewährleisten zu können, ist 2012 das Versorgungsstrukturgesetz in Kraft getreten. Weiter regelt eine Kette von Strukturreformgesetzen seit 2000 Möglichkeiten einer Integrationsversorgung dergestalt, dass unter anderem qualitätsgesichert ein nahtloser Übergang von der Krankenhausbehandlung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische (Einrichtungen und Dienste nach SGB XI also einschließende) Versorgung gewährleistet werden soll. Explizit seit 2008 besteht für Versicherte ein Leistungsanspruch auf ein Versorgungsmanagement. Alle Leistungserbringer, also Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, sind gesetzlich verpflichtet, für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten zu sorgen. Ziel der seit 2000 schrittweise forcierten Evolution der integrierten Versorgung (Schulz-Nieswandt, 2010) als vertraglich festgehaltenes Professions-, einrichtungs- und sektorenübergreifendes Leistungsprozessgeschehen ist die Sicherung bzw. Steigerung der Qualität der Patientenversorgung sowie eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung (Sachverständigenrat, 2010). Dies ist vor allem für komplexe Bedarfslagen (nosologische Schnittflächen von chronischen Erkrankungen, Multimorbidität, Formen der Behinderung sowie Hilfe- und Pflegebedürfnissen etc.) im Alter relevant. Die integrierte Versorgung ist, obwohl in Deutschland seit der Gesundheitsreform 2000 gesetzlich verankert und stufenweise nachgebessert, doch in vielen Bereichen in der praktischen Umsetzung noch nicht weit vorangeschritten (Schulz-Nieswandt, 2010). Gerade für Ältere und chronisch Erkrankte fehlt es an der Verfügbarkeit, in ländlichen Gebieten an der Erreichbarkeit passungsgerechter Versorgungsstrukturen. Das Thema ist in der aktuellen Diskussion präsent, was das siebte nationale Gesundheitsziel «Gesund älter werden» belegt (Ziegelmann, 2012: 25).

Im Prinzip handelt es sich hierbei um Formen prozessbedingter Risikoselektion (unabhängig von der Universalität des Versicherungsprinzips, zumal hier auch noch die Risikostrukturausgleichsprozesse konstitutiv sind). Fehl- und Unterversorgung bestehen parallel zu Formen der Überversorgung. Brüchigkeit in der Versorgungspraxis ist das Kennzeichen dieses fragmentierten Leistungsge-

schehens, das aus der Logik des (nach dem Kausalprinzip) gegliederten Sozialrechts, aus der Logik der sektoralen Abschottungen, aber auch aus der kulturellen Logik der fehlenden Multidisziplinarität der Professionen resultiert. Die Einföhrung der DRG-Regime im stationären Sektor hat die Schnittstellenmanagementprobleme nicht verringert, sondern die Notwendigkeit integrierter Versorgung nochmals pointiert.

Die Basis des Gesundheitswesens in Österreich (Hofmarcher/Rack, 2006; Hofmarcher, 2013) ist ein auf einer Pflichtversicherung begründetes Sozialversicherungsmodell, so dass fast die gesamte Bevölkerung (98%) über die soziale Krankenversicherung abgesichert ist. Die Zuordnung zu einem Krankenversicherungsträger ist im Gegensatz zu Deutschland und der Schweiz nicht frei wählbar, sondern erfolgt nach Berufsgruppen (Arbeiter, Angestellte, Selbstständige, Landwirte, Eisenbahner und Bergleute, Beamte) und dem Beschäftigungsort oder Wohnort. Österreich hat sich im Vergleich zu Deutschland (in den 90er-Jahren des 20. Jahrhunderts) immer noch nicht von dieser berufsständischen Fragmentierung gelöst.

Die soziale Krankenversicherung wird zum überwiegenden Teil über einkommensabhängige Beiträge finanziert. Der Beitragssatz (2013: 7,65%) wird auf Bundesebene festgelegt und etwa hälftig vom Arbeitgeber übernommen. Im Jahre 2013 liegt die Höchstbeitragsgrundlage für abhängig Beschäftigte bei 4440 Euro monatlich.

Die Versicherten müssen bei nahezu allen Leistungen der Krankenversicherung Zahlungen leisten. So fallen Rezeptgebühren, einkommensgestaffelte Kosten für Krankenhaus- und Rehabilitationaufenthalte für die ersten 28 Tage im Kalenderjahr, Selbstbeteiligungen für Heilchelfe sowie für Sehhilfen an. Durch den Abschluss einer privaten Krankenzusatzversicherung besteht die Möglichkeit, diese zusätzlichen Kosten für die medizinische Versorgung zu verringern. Für sozial Bedürftige und chronisch Erkrankte bestehen Ausnahmeregelungen von Selbstbeteiligungen oder Zuzahlungen.

Ähnlich zu Deutschland besteht in Österreich die freie Arztwahl unter den mit der jeweiligen Krankenkasse in einem Vertragsverhältnis stehenden Ärzten. Das Burgenland mit 6,1 ärztlichen Vollzeitäquivalenten (VZÄ) und die Steiermark mit 5,7 VZÄ pro 10 000 Einwohner weisen die höchste Versorgungsdichte an niedergelassenen Allgemeinmediziner auf, die gerade für die ältere Bevölkerung als primäre Ansprechpartner von zentraler Bedeutung sind. In Wien liegt dieser Wert mit 4,27 VZÄ pro 10 000 Einwohner deutlich niedriger, jedoch wird in der Hauptstadt die mit Abstand höchste Facharztdichte erreicht (Winkler et al., 2012).

Das Angebot von Akutbetten liegt in Österreich bei 55 Betten pro 10 000 Einwohner (OECD, 2012a), wobei große regionale Unterschiede vorliegen. Das Burgenland hält 43 Betten pro 10 000 Einwohner vor, während in Salzburg 74 Betten pro 10 000 Einwohner zur Verfügung stehen. Damit weist Österreich im OECD-

Vergleich insgesamt einen überdurchschnittlich hohen Wert auf. Allerdings ist für einige Regionen Österreichs aufgrund topografischer Rahmenbedingungen eine Erreichbarkeit der Krankenanstalten unter 30 Minuten nicht gewährleistet. Es handelt sich hierbei um Regionen, in denen bereits heute der Anteil der über 80-jährigen Bevölkerung überdurchschnittlich hoch ist (BMASK, 2009). Zusätzlich zu den Betten in Krankenanstalten gibt es in sechs Bundesländern ein Angebot in der Akutgeriatrie/Remobilisation. Auch hier schwankt die Bettenichte von 1,7 Betten in der Steiermark und in Tirol bis zu 5,3 Betten pro 10 000 Einwohner in Kärnten. Weiterhin stehen österreichweit 252 Einrichtungen der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung zur Verfügung (2010). Die Versorgungsangebote sind auf verschiedene Bedürfnislagen abgestimmt und reichen von Hospizteams und mobilen Palliativteams bis hin zu stationären Hospizen und Palliativstationen (Winkler et al., 2012). Der 2012 erschienene Endbericht «Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich» weist bezüglich des Gesundheitszustands der über 64-jährigen Bevölkerung Österreichs nach, dass nahezu alle Mortalitätsraten, Krankheitsdaten sowie die Risikofaktoren einem Ost-West-Gefälle unterliegen (Winkler et al., 2012). Entsprechend der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2012 eine verbindliche Grundlage für die integrierte Gesundheitsstrukturplanung. Ziel ist es, überregional und sektorenübergreifend die Versorgung der Patienten sicherzustellen und das Nahtstellenmanagement zwischen den an der Versorgung beteiligten Akteuren zu verbessern (Gesundheit Österreich GmbH, 2012). In Bezug auf ein patientenorientiertes Aufnahme- und Entlassungsmanagement wurden von der Bundesgesundheitsagentur im Jahre 2012 Qualitätsstandards beschlossen, die vom Gesundheitsministerium als Bundesqualitätsleitlinie zur österreichweiten Anwendung empfohlen werden.

In der Schweiz (Meyer, 2008; Kocher/Oggier, 2010; Bailly et al., 2008) wurde 1996 die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) als Pflichtversicherung für die gesamte Bevölkerung eingeführt. Insgesamt existieren in der Schweiz 61 privatrechtlich organisierte OKP-Versicherer (2013). Innerhalb ihres Wohnkantons haben die Versicherten die freie Wahl zwischen den dort angebotenen Versicherungen, für diese besteht hingegen Kontrahierungszwang. Da eine Mitversicherung von Familienangehörigen aufgrund der Kopfpauschale nicht vorgesehen ist, muss jedes Familienmitglied individuell versichert werden. Der nicht einkommensabhängige Versicherungsbeitrag wird vom Versicherer für den jeweiligen Kanton einheitlich festgelegt, wobei zwischen Kindern (0–18 Jahre), jungen Erwachsenen (19–25 Jahre) und Erwachsenen differenziert wird. Zwischen den einzelnen Versicherungen und den Kantonen kommt es dabei zu deutlichen Unterschieden in der Prämienhöhe von bis zu 75% (OECD, 2011: 42). Eine Beteiligung des Arbeitgebers existiert nicht. Einkommensschwache Personen erhalten eine Unterstützung durch den Kanton, die Prämienverbilligung. Aufgrund des

starken Anstiegs der Prämien in den vergangenen Jahren ist ein Drittel der Versicherten auf Prämienverbilligungen angewiesen (Santésuisse, 2011).

Zusätzlich zur Kopfpauschale müssen sich die Versicherten mit einer Franchise, Zuzahlungen und mit Spitaltaxen an den Kosten ihrer individuellen Gesundheitsleistungen beteiligen. Franchise bedeutet, dass die Versicherten pro Kalenderjahr sämtliche anfallenden Krankheitskosten bis zu einer Höhe von 300 Schweizer Franken selbst zahlen müssen, bevor die OKP greift. Weiterhin müssen die Versicherten, sobald sie den Betrag der Franchise erreicht haben, zusätzlich Zuzahlungen von 10 % der Krankheitskosten übernehmen. Diese Zuzahlungen sind auf eine Höhe von maximal 700 Schweizer Franken beschränkt, so dass die Zahlungen jährlich bei bis zu 1000 Schweizer Franken liegen können.

Um in den Genuss eines Prämienrabattes in der OKP zu kommen, können Versicherte freiwillig eine höhere Franchise entrichten oder sich in alternative Versicherungsmodelle, wie z. B. HMO-Modelle, Hausarzt-Modelle oder Teilmodele, einschreiben und dadurch eine Einschränkung bei der Wahl der Leistungserbringer in Kauf nehmen. Seit 2005 haben sich die Versicherten vermehrt für Modelle der integrierten Versorgung entschieden. Im Jahre 2010 waren bereits 45,6 % der Versicherten eingeschrieben, wobei der Anteil aufgrund der kantonalen Aufteilung der Versicherer und somit auch des Angebots integrierter Versorgungsmodelle regional stark schwankt. Während im Kanton Wallis 27,7 % der Bevölkerung Mitglied eines Hausarztnetzes oder einer HMO sind, liegt dieser Anteil im Kanton Obwalden mit 59,8 % doppelt so hoch.

Der gesetzlich verbindliche Leistungsumfang in der Schweiz weist im Vergleich zu Deutschland und Österreich einen geringeren Umfang auf: Zahnärztliche Behandlung sowie Lohnfortzahlung im Krankheitsfall sind im Leistungskatalog nicht inbegriffen, sondern können nur über eine ergänzende private Versicherung abgedeckt werden. Insgesamt ist in der Schweiz der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben für Gesundheit höher als in den beiden Vergleichsländern. Während private Gesundheitsausgaben in Deutschland und Österreich 23,2 % (OECD, 2012a) bzw. 23,8 % (OECD, 2012a) ausmachen und somit unter dem Durchschnitt der OECD-Länder (27,8 %) lagen, nahmen private Gesundheitsausgaben in der Schweiz über ein Drittel (34,8 %) der Gesamtausgaben ein (OECD, 2012b).

Alle drei Länder stehen vor ähnlichen zukunftsgerichteten Aufgaben: Aufgrund der im Zuge des demografischen Wandels zunehmenden Anzahl älterer Menschen und des sich ändernden Krankheitspanoramas (Zunahme chronischer Erkrankungen, Alterskrankheiten wie Alzheimer-Demenz, Multimorbiditäten etc.) entstehen neue Herausforderungen an eine adäquate gesundheitliche Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe. Die Gesundheitsversorgung älterer Menschen muss darauf ausgerichtet sein, eine möglichst lange Phase der Gesundheit zu erreichen und Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern bzw. zu mindern. Es geht also

um den Gewinn behinderungsfreier zusätzlicher Lebenserwartung. Im Vordergrund steht die Erhaltung der Selbstständigkeit und der selbst definierten Lebensqualität (Kuhlmeij/Tesch-Römer, 2012; Kümpers/Heusinger, 2012).

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist in allen drei Ländern durch die Pflichtversicherung garantiert. Der Kontrahierungszwang (man blicke etwa auf die Gesundheitsreformdebatten in den USA) der Kassen erweist sich dabei als fundamental bedeutsam. Allerdings zeigt sich, dass bisher nicht immer adäquat auf die speziellen Bedürfnisse und Probleme älterer Menschen geantwortet wird. Zu nennen sind an dieser Stelle ein sich abzeichnender Mangel an Hausärzten gerade im ländlichen Raum, ein Mangel an geriatrisch ausgebildeten Ärzten, ein noch nicht ausreichend ausgeprägtes Entlassungsmanagement sowie durch die fehlende Vernetzung der verschiedenen Akteure hervorgerufene Drehtüreffekte. Dem ist zu begegnen mit Formen der Managed Care sowie durch Case Management zur Begleitung und Koordination der Behandlung chronisch Kranker und zur Vermeidung brüchiger Patientenpfade (Schulz-Nieswandt, 2013b). Der zunehmende Anteil älterer Bevölkerungsgruppen und der damit steigende Bedarf der Integration und Koordination der Gesundheitsversorgung erfordert eine Geriatrisierung der Medizin. Insgesamt nehmen die Bedeutung altersgerechter Prävention und Rehabilitation, palliativer Versorgung sowie die Versorgung von an Alzheimer-Demenz Erkrankten und die Betreuung am Lebensende zu. Weitere Bausteine sind der wohnortnahe Einbezug begleitender Maßnahmen der sozialen Integration (Verfügbarkeit sozialer Dienste, Dienste der Haushaltshilfe [auch der Hauswirtschaft], quartiersbezogene Versorgung). Die Verwirklichung inklusiver kommunaler Lebenswelten als Überwindung der sozialräumlichen Exklusion durch Institutionalisierung und Hospitalisierung ist noch weitgehend unerreicht; die Probleme der wohnumfeldzentrierten «Normalisierung» des Wohnens des Homo patiens (Schulz-Nieswandt, 2013a) erweisen sich bei tieferer Betrachtung (Schulz-Nieswandt, 2012, 2012a, 2013a) auch als Probleme der kulturellen Grammatik im Umgang mit dem radikal Anderen des Homo patiens.

Insgesamt ist festzuhalten, dass Deutschland, Österreich und die Schweiz über sehr gut funktionierende, aber auch teure Gesundheitssysteme verfügen. Die Wichtigkeit der integrierten Versorgung im Sinne eines transsektoralen und multidisziplinären Leistungsprozessgeschehens der Versorgung wurde in allen drei Ländern erkannt, jedoch unterscheiden sich die Länder im Stand der Umsetzung.

6.6 Langzeitpflege

Im Jahre 1995 wurde in Deutschland die Soziale Pflegeversicherung als fünfte Säule des Sozialversicherungssystems eingeführt, um eine finanzielle Grundversicherung gegen das Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten und eine

Abhängigkeit von Leistungen der Sozialhilfe zu verringern. Diese Reform trug entschieden zur Entwicklung eines komplex regulierten Pflege-Quasi-Marktes bei. Ziel ist es, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben der Pflegebedürftigen zu ermöglichen. Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, welche organisatorisch den Krankenkassen zugeordnet sind. Aufgabe der Pflegekassen ist die Sicherstellung (nicht kollektivvertragsrechtliche Bedarfplanung) der pflegerischen Versorgung der Versicherten (im justiziablen Einzelfall) durch Leistungen (Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Pflegekurse, Wohnraumanpassungen, Pflegehilfsmittel etc.) bei häuslicher, teilstationärer und vollstationärer Pflege, wobei die Pflegeversicherung als plafondierte Grundsicherung lediglich die pflegerische Grundversorgung absichert. Entsprechend dem Grundsatz der Pflegeversicherung «häusliche/ambulante vor stationärer Pflege» spielen Familienangehörige in der Pflege die entscheidende Rolle. Von den zirka 2,34 Millionen pflegebedürftigen Personen in Deutschland (2009) werden 69 % ambulant und hiervon wiederum etwa zwei Drittel von Familienangehörigen versorgt. Laut Sozialgesetzbuch XI wird der Grad der Pflegebedürftigkeit über drei Pflegestufen abgebildet, über die das Ausmaß der gesetzlichen Unterstützung definiert wird (von 235 Euro bei ambulanter Versorgung in Pflegestufe I bis zu 1918 Euro bei Härtefallregelungen in der stationären Versorgung bei Pflegestufe III). (Beträchtliche) Residualkosten werden nach einer Bedürftigkeitsprüfung im Bedarfsfall von den Sozialhilfeträgern übernommen. Seit 2012 besteht für abhängig Beschäftigte, die im häuslichen Umfeld einen Angehörigen pflegen, die Möglichkeit, Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen. Für einen Zeitraum von maximal 2 Jahren kann die Arbeitszeit auf 15 Wochenstunden reduziert werden, bei erhöhtem Anspruch auf Familienpflegezeit existiert nicht. Es gelten jedoch spezielle Kündigungsschutznormen. Mit dem 2012 beschlossenen Pflege neuaustrichtungsgesetz wurde, ähnlich dem Rentensystem, eine staatliche Förderung von privaten Pflegezusatzversicherungen manifestiert. Neben der Diskussion um die künftige Finanzierung der Langzeitpflege steht die Debatte um die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, gerade in Hinblick auf zunehmende Demenzerkrankungen, im Zentrum des Diskurses. Ein weiterer Diskussionspunkt ist der arbeits- und/oder aufenthaltsrechtliche Status von schätzungsweise 150 000 (Neuhaus et al., 2009) ausländischen, meist aus Osteuropa stammenden HaushaltsarbeiterInnen und/oder Pflegekräften (Hitzemann et al., 2012; Larsen et al., 2009; Scheiwe/Krawietz, 2010; Moser/Pinhard, 2010).

Das kommunale Governance-Problem bleibt mit Blick auf die Vernetzungsaufgabe aber ein weitgehend ungelöstes Problem.

Langzeitpflege in Österreich (Stöckl, 2011; zum Alter in Österreich vgl. auch Knapp/Spitzer, 2010, sowie Weber et al., 2005) stellt, ähnlich den beiden anderen

Ländern, ein recht komplexes, sektorübergreifendes und fragmentiertes System dar. Die Kompetenzen in dem Politikfeld sind, ähnlich wie im föderalen System in Deutschland, geteilt zwischen Bund, Bundesländern und Kommunen. Im Bundesverfassungsgesetz sind die Minimalanforderungen an Pflegedienstleistungen bundesweit festgelegt, die Implementierung erfolgt hingegen in den einzelnen Bundesländern (Sozialhilfegesetz, Alten- und Pflegeheimgesetz). Die Leistungen sind zweigeteilt und umfassen Geld- und Dienstleistungen. 1992 wurde das so genannte Pflegegeld eingeführt, das seit 2012 im Kompetenzbereich des Bundes konzentriert ist. Es werden insgesamt sieben Stufen der individuellen Pflegebedürftigkeit unterschieden, die einen nicht bedürftigkeitsgeprüften Anspruch an Geldleistungen in Höhe von 154,20 bis 1665,80 Euro (2011) implizieren. Bei Bedarf an 24-Stunden-Pflege kann eine zusätzliche Unterstützung gewährt werden. Mit diesem Pflegegeld soll die/der Pflegebedürftige in die Lage versetzt werden, erbrachte formelle und informelle Pflegedienstleistungen von privaten oder öffentlichen Anbietern zu vergüten. Im Jahre 2011 erhielten zirka 430 000 Personen in Österreich Pflegegeld. 58 % der Pflege werden im häuslichen Umfeld von Familienangehörigen geleistet. In 24 % der Fälle werden Leistungen von Familienangehörigen mit denen professioneller Pflegedienstleister kombiniert. 2 % der häuslichen Langzeitpflege beruhen auf einer 24-Stunden-Pflege, die durch private Träger bereit gestellt wird und in großem Ausmaß auf Pflegekräften aus Osteuropa basiert. Lediglich 16 % der Pflegebedürftigen nutzen das Angebot institutionalisierter, also stationärer Pflege. Die traditionell starke Rolle der Familie bei der Ausübung von Pflegedienstleistungen erklärt den geringen Grad der institutionalisierten Pflege in Österreich. Mit dem Hausbetreuungsgesetz (2007) hat Österreich ein Modell geschaffen, das einen großen Teil der bis dahin illegalen osteuropäischen HaushaltsarbeiterInnen und Pflegekräfte legalisiert, indem die Möglichkeit geschaffen wurde, sich als selbstständige PersonenbetreuerInnen zu registrieren. Diese Möglichkeit wurde bislang von etwa 40 000 BetreuerInnen genutzt, was die Schwarzarbeit in diesem Sektor, Schätzungen zu Folge, um über 80 % reduziert hat (Schneider/Dauer, 2012). Über den Aufbau eines mit Bundes- und Landesmitteln finanzierten Pflegefonds sollen bis 2016 insgesamt 1,3 Milliarden Euro für den Auf- und Ausbau von bedarfsgerechten Dienstleistungsangeboten im Bereich der Langzeitpflege zur Verfügung gestellt werden.

In der Schweiz (Höpflinger et al., 2011; Fluder et al., 2012) liegt die Verantwortung für die Langzeitpflege bei den regionalen Autoritäten, im Wesentlichen bei den Kommunen, teilweise auch bei den Kantonen. Das System finanziert sich sektorübergreifend aus der gesetzlichen Krankenversicherung sowie dem Altersversicherungssystem (AVS-AI). Die Krankenversicherung leistet neben der Kostenübernahme für die medizinische Versorgung auch partiell die Kostenübernahme für Pflegeleistungen im ambulanten oder im stationären Bereich bis zu einem Gesamtpauschalbetrag von 2 Milliarden Schweizer Franken jährlich. Die restlichen Kosten

werden von der öffentlichen Hand sowie den Versicherten selbst getragen. Im Rahmen der Renten- und Invaliditätsversicherung können im Fall von Invalidität, für den Kauf von (Pflege-)Dienstleistungen, Leistungen in Höhe zwischen 1256 und 20318 Schweizer Franken abgerufen werden. Darüber hinaus können ergänzende Beihilfen (aus der Rentenkasse) gewährt werden, die nicht an vorherige Einzahlungen in die Versicherung geknüpft, aber bedürftigkeitsgeprüft sind. Eine Finanzierungsreform 2011 hat eine zusätzliche private Beteiligung an den Pflegekosten in Höhe von bis zu 20 % der Zahlungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung maximal jedoch 7884 Schweizer Franken pro Jahr, eingeführt. Zwei Drittel der Pflegeeinrichtungen werden von der öffentlichen Hand oder Organisationen des Dritten Sektors betrieben, ein Drittel rein privatwirtschaftlich. Die ambulante Pflege ist auf lokaler oder kantonaler Ebene organisiert, im Wesentlichen durch private oder gemeinwirtschaftliche Anbieter. Die 600 gemeinnützigen Spitex-Organisationen, die dem Spitex (spitalexterne Hilfe) Verband Schweiz angehören, sind der größte Anbieter von ambulanten Pflegedienstleistungen in der Schweiz und beschäftigen zirka 31 000 Personen im Kontext der häuslichen Pflege. Etwa 40 % der Gesamtkosten für Langzeitpflege werden von der öffentlichen Hand und etwa 60 % privat getragen. Ungefähr 21 % der gesamten Schweizer Bevölkerung leistet informelle Pflege entweder für Kinder oder Erwachsene.

Im Vergleich zeigen die drei analysierten Länder einige Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede im Ausmaß des Risikos Langzeitpflege sowie bei der Absicherung gegen dieses Risiko. Föderale Strukturen (und damit alle Probleme der vertikalen Politikverflechtung in einem solchen Mehr-Ebenen-System) sowie wohlfahrtspluralistische Strukturen kennzeichnen die Länder (zu CH und A: Obiger, 2002). Der Grad des «Familialismus» in der (dominant risikoprivatisierenden) Logik der Problembewältigung (Bauer/Büscher, 2008; Kunstmann, 2010; Karrer, 2009; zu A: Appelt et al., 2010) ist ausgeprägt und erinnert mitunter eher an südeuropäische Policyfeld-Typen oder an katholische Muster in Polen oder Irland. Deutschland, Österreich und die Schweiz sind in ähnlichem Ausmaß von den Risiken Pflegebedürftigkeit und Pflegedefizit betroffen. Dies impliziert dann auch entsprechende Gender-Ordnungen (Heintze, 2012; Pfau-Effinger, 2009) im Sinne der Rollenfeminisierung der Pflegeaufgabenlasten. Die zunehmende Bedeutung des «neuen» sozialen Risikos Langzeitpflege lässt sich sozialmorphologisch anhand demografischer Entwicklungen, gesellschaftlicher Veränderungen der Arbeits-, Wohn- und Lebensformen und der zu erwartenden Änderung des Gesundheitszustands älterer Personen aufzeigen. Daten der OECD (Colombo et al., 2011) und der WHO (2012) folgend, weisen alle drei Länder einen im Ländervergleich sehr hohen Anteil älterer Menschen (65 Jahre und älter) an der Bevölkerung auf 20 % (D), 17,3 % (A) und 17,3 % (CH). Dieser Anteil wird sich in Zukunft deutlich erhöhen. Auch das Verhältnis älterer Personen gegenüber Personen im arbeitsfähigen Alter wird sich deutlich verändern. Darüber hinaus wird sich die

durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt erhöhen. Im Zuge gesellschaftlicher Veränderungen gewinnen Vereinbarkeitsfragen, z. B. mit Blick auf Pflegeleistungen und Erwerbsarbeit (Keck, 2012; Reuß et al., 2012; Bold/Deußen, 2013), zunehmend an Relevanz. Ein weiterer Faktor, der den zukünftigen Bedarf an Langzeitpflege beeinflusst, ist die Prävalenz von Morbidität und Pflegebedürftigkeit, wenn auch der Umfang dieser Entwicklung unklar ist. Obwohl das Risiko von einer Reihe individueller und umweltbedingter Faktoren abhängt, steigt die Wahrscheinlichkeit von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität mit dem Alter. So wird sich die Zahl demenzerkrankter Menschen in den kommenden Jahrzehnten mit großer Wahrscheinlichkeit deutlich erhöhen. In Deutschland und Österreich z. B. wird eine Verdoppelung auf bis zu 2,8 Millionen bzw. 200 000 demenzerkrankte Menschen bis zum Jahr 2050 erwartet. Für die Schweiz wird gar eine Steigerung von 111 000 auf 266 000 demenzerkrankte Menschen im gleichen Zeitraum erwartet. Ceteris paribus werden sich für alle drei Länder im Wesentlichen zwei Effekte aus diesen Bedingungen ergeben: Die Zahl der Menschen, die der Langzeitpflege bedürfen, wird sich erhöhen. Gleichzeitig wird die Verfügbarkeit des familiären Pflegepotenzials abnehmen.

Das entsprechende Risikomanagement beruht in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf einer ähnlichen Logik, wenn sich auch Finanzierung, Steuerung sowie Reichweite und Qualität der Leistungen unterscheiden. Das Prinzip der Subsidiarität lässt sich in allen drei Ländern verorten, was sich unter anderem in dem großen Anteil der erbrachten Pflegedienstleistungen im häuslichen Umfeld manifestiert. Neben dieser Gemeinsamkeit lässt sich hingegen unterscheiden, dass das System der Langzeitpflege in der Schweiz stärker als in Deutschland und in Österreich durch professionelle ambulante und stationäre Dienste ausgeprägt ist. Entsprechend weist die Heimquote – der Anteil der über 65-Jährigen, die stationäre Langzeitpflege in Anspruch nehmen – für die Schweiz (2008: 6,4 %) ein höheres Niveau auf als in Österreich (2009: 4,8 %) und Deutschland (2006: 3,7 %), bei ähnlichen öffentlichen Gesamtausgaben von 0,9 % (D), 1,1 % (A) und 1,3 % (CH) des BIP (Colombo et al., 2011). Bei vergleichbaren Gesamtausgaben unterscheiden sich hingegen die Hauptinstrumente der Finanzierung des Pflegesystems. Die Finanzierung beruht in Deutschland im Wesentlichen auf der Sozialen Pflegeversicherung, in Österreich auf Steuerentnahmen und in der Schweiz auf der Krankenversicherung. Auf Grund der unterschiedlichen Konstruktionslogik dieser Finanzierungssysteme ergeben sich unterschiedliche Verteilungseffekte. Auffallend in der Kostenstruktur ist weiterhin, dass die Schweiz den größten Anteil an privaten Zahlungen im OECD Ländersample hat: über 50 % der Gesamtausgaben, im Vergleich zu 27 % in Deutschland. Auch bei den Lösungssätzen, die systembedingten Kostensteigerungen kurz- und mittelfristig auszugleichen, verfolgen die drei Länder verschiedene Wege. In Deutschland werden 2013 die Beiträge zur Pflegeversicherung erhöht und eine staatliche Förderung privater

Pflegeversicherung wird eingeführt. In Österreich wird ein staatlicher Fonds finanziert, der die Entwicklung des Pflegesystems bis 2016 garantieren soll. In der Schweiz wurde kürzlich ein Mechanismus eingeführt, über den sich aller Wahrscheinlichkeit nach das Ausmaß privater Zuzahlungen erhöhen wird. Auch das spezifische Mischungsverhältnis von Geld- und Sachleistungen ist in den einzelnen Pflegesystemen unterschiedlich. Geldleistungen beschränken sich in der Schweiz auf Leistungen aus der Renten- und Invaliditätsversicherung. Über die Krankenversicherung werden ausschließlich Sachleistungen im Fall von Langzeitpflege angeboten. Anbieter werden direkt von staatlicher Hand zur Erbringung von Dienstleistungen subventioniert. Österreich hingegen stellt einen großen Anteil der Leistungen über das Pflegegeld zur Verfügung. In Deutschland (dazu auch die «Pflegestatistik» in Statistisches Bundesamt, 2013) wählen etwa zwei Drittel aller zu Hause pflegenden Haushalte die Option Geldleistung und nur eine Minderheit optiert für Sachleistungen bzw. für eine Kombination aus beiden Formen. In allen drei Systemen sind Geldleistungen nicht nach dem Prinzip der Vollkostendeckung konzipiert, so dass eine Ko-Finanzierung aus privaten Mitteln den Regelfall darstellt. Mögliche Residualkosten werden in allen drei Ländern von staatlicher Seite durch bedürftigkeitsprüfende sozialpolitische Instrumente abgedeckt. Das niedrigere Maß an direkt an die Pflegebedürftigen geleisteten Pflegegeldzahlungen führt in der Schweiz dazu, dass das Marktprinzip in diesem Politikfeld vergleichsweise gering ausgeprägt ist. Ausgeglichen wird dies jedoch partiell durch den im internationalen Vergleich sehr hohen Anteil an privaten Zuzahlungen. In der Schweiz ist zirka ein Drittel aller stationären Pflegeeinrichtungen privatwirtschaftlich organisiert, in Deutschland sind es hingegen 40 % der stationären und 62 % der ambulanten Institutionen. Das Subsidiaritätsprinzip, die starke Bedeutung der Familie in der Pflege, die Zahlung von Geldleistungen, aber auch sich wandelnde gesellschaftliche Strukturen führen zu einem Trend der Externalisierung von Pflegeaufgaben von der Familie hin zu bezahlten Pflegekräften auf grauen Märkten. Der Umgang mit Care Migration («live-ins» oder Pendelmigration) stellt für alle drei Länder eine große Herausforderung dar. Schätzungen gehen für Deutschland von bis zu 150 000 und für Österreich von bis zu 40 000 (De Roit et al., 2008) ausländischen Haushaltshilfen und Pflegekräften aus. Für die Schweiz liegen nur Schätzungen für die Zahl ausländischer Haushaltshilfen («sans papier») vor, die eine Zahl in der Größenordnung von 90 000–100 000 nennen (Unia, 2007). In Deutschland und der Schweiz stellt die Arbeit von Haushaltshilfen und/oder Pflegekräften aus dem Ausland bislang meist einen Verstoß gegen Rechtsvorschriften dar und ist somit in vielerlei Hinsicht problematisch. Durch die Novellierung der Gewerbeordnung und die Verabschiedung eines Hausbetreuungsgesetzes schafft Österreich seit 2007 Raum für die Legalisierung vielfältiger Formen von Pflegemigration. Aber auch in diesem Kontext bleiben noch viele Herausforderungen, wie z. B. die Entwicklung nachhaltiger Migrations- und

Bewältigungsstrategien oder die Thematisierung neuer transnationaler Lebensformen. Qualitätsmanagement ist überall ein chronisches Thema, damit aber auch Bürokratisierung und die Probleme, die aus einer notwendigen, aber immer auch ambivalenten Regulierungsregimeentwicklung resultieren.

Ferner ergeben sich Schnittflächen zu der Problematik der transsektoralen und multidisziplinären Integrationsversorgung in der Medizin sowie Fragen der Ausdifferenzierung bedürfnis- und bedarfsgerechter Wohnformen im Alter (D: Literatur in Schulz-Nieswandt et al., 2012; A: BMASK, 2009; 71 ff.; CH: Höpflinger, 2009), vor allem wiederum jenseits der verkürzten Dichotomie von privater Häuslichkeit einerseits und stationärer Langzeitinstitutionalisierung andererseits.

6.7 Migration und Alter

Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund betrug 2010 in Deutschland 15,7 Millionen, was einem Anteil an der Bevölkerung von 19,3 % entspricht. Personen mit Migrationshintergrund sind mit 35 Jahren durchschnittlich jünger als die Referenzgruppe ohne Migrationshintergrund mit 45 Jahren. Im Jahre 2010 waren 3,6 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund zwischen 45–64 Jahren, 1,5 Millionen über 65 Jahre alt. Der Großteil befindet sich jedoch in der Altersgruppe der 20- bis 45-Jährigen. Der Bereich der Hochaltrigkeit gewinnt erst allmählich an Bedeutung (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012).

Die heutige Situation der älteren und alten Menschen mit Migrationshintergrund ist als Ergebnis der spezifischen Einwanderungsgeschichte Deutschlands zu sehen, hier vor allem die Anwerbeabkommen mit den Ländern des Mittelmeerraums Mitte der 50er-Jahre bis Anfang der 70er-Jahre des 20. Jahrhunderts (1955 Italien, 1960 Spanien, 1960 Griechenland, 1961 Marokko, es folgten Portugal, Tunesien und Jugoslawien, wobei Marokko und Tunesien weitestgehend unbedeutend blieben). Diese Gruppe umfasste im Zeitraum von 1955 bis 1973 zirka 9,5 Millionen Menschen. Die «Gastarbeiter» sollten nach einem Rotationsprinzip nach Deutschland kommen, das einen ein- oder zweijährigen Aufenthalt vorsah. Die Ölkrise markierte 1973 einen Anwerbestopp; ab diesem Zeitpunkt war eine Zuwanderung aus den Anwerbeländern nur noch im Rahmen des Familiennachzugs möglich (Schimany/Baykara-Krumme, 2012: 43 ff.).

Es kann sogar von einem Altern in der Migration gesprochen werden, da 90 % der Angehörigen der ehemaligen Anwerbestaaten seit über 30 Jahren in Deutschland leben. Je früher die Anwerbeabkommen geschlossen wurden, desto länger ist die Aufenthaltsdauer (italienische Herkunft durchschnittlich 30,1 Jahre, türkische Herkunft 26,1 Jahre) und desto älter sind die entsprechenden Personen der ersten Migrantengeneration. Hinsichtlich der regionalen Verteilung gilt Migra-

tion als ein Phänomen der alten Bundesländer (15,2 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in den alten Bundesländern gegenüber 590 000 Menschen in den neuen Ländern im Jahre 2010). Im Gendervergleich zeigt sich die Gruppe der Migranten balanciert, wobei hier aber auch wieder das Herkunftsland entscheidend ist. Eine Feminisierung des hohen Alters in der Gruppe mit Migrationshintergrund ist zu beobachten, fällt jedoch deutlich schwächer aus als in der Referenzgruppe ohne Migrationshintergrund (Schimany/Baykara-Krumme, 2012: 62 ff.).

In Österreich lebten im Jahre 2011 rund 1,6 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, was etwa 18,9% der Gesamtbevölkerung ausmacht. Statistisch wird dabei in Migranten der ersten Generation (ca. 1,15 Millionen Personen) und Migranten der zweiten Generation (ca. 415 000 Personen) unterteilt. Zahlenmäßig sind die Altersgruppen der 33- bis 44-Jährigen mit Migrationshintergrund am stärksten besetzt. Hier zeigt sich der Gender-Vergleich ausgeglichen. Zahlenmäßig weniger bedeutend sind die Altersgruppen der 45- bis 59-Jährigen sowie der über 60-jährigen Personen mit Migrationshintergrund. In beiden Altersklassen überwiegt der Frauenanteil mit zunehmendem Alter jedoch deutlicher (Statistik Austria, 2012). Im Vergleich ist die Gruppe der in Österreich geborenen inländischen Bevölkerung mit durchschnittlich 42 Jahren älter als die Personen ausländischer Staatsangehörigkeit mit durchschnittlich 35 Jahren, aber mit Varianzen in den verschiedenen Herkunftsländern: durchschnittlich rund 44 Jahre für die deutsche Bevölkerung, rund 51 Jahre für Italiener, hingegen weisen Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien durchschnittlich 40 Jahre und aus der Türkei rund 36 Jahre auf (Statistik Austria, 2012a).

Innerhalb der hier betrachteten Thematik Migration und Alter sind die dominierenden Herkunftsländer die Türkei und das ehemalige Jugoslawien als Resultat der Anwerbeabkommen der 1960er-Jahre. In Österreich setzte die Nachfrage nach Gastarbeitern erst später ein, da zunächst das Arbeitskraftpotenzial aus strukturschwachen Regionen geschöpft wurde. Erste Anwerbungen italienischer und spanischer Gastarbeiter blieben erfolglos, da Nachbarländer zu diesem Zeitpunkt bereits als etablierte Anwerbeländer galten und ein höheres Lohnniveau hatten. Bedeutsam sind somit die Abkommen mit der Türkei (1964) und dem ehemaligen Jugoslawien (1966), das erste geschlossene Anwerbeabkommen mit Spanien (1962) scheidete. Auch hier war nach dem Vorbild der Schweiz ein Rotationsprinzip vorgesehen, das den ausländischen Arbeitnehmern einen Aufenthalt von einem Jahr erlaubte. Bis zum Höhepunkt im Jahre 1973 sind so rund 265 000 Menschen nach Österreich eingewandert. Anfang der 1970er-Jahre des 20. Jahrhunderts kam es zu verstärktem Familiennachzug, die Beschränkungen 1974, unter anderem vor dem Hintergrund der ökonomischen Krise, führten jedoch zu einer Verfestigung bestehender Migrationsverhältnisse und zu weiteren Familiennachzügen (Statistik Austria, 2009: 21 ff., Reinprecht, 2006: 9 ff.).

Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Schweiz (D'Amato/Getbet, 2005) umfasste im Jahre 2012 34,7% der ständigen Wohnbevölkerung im Alter von 15 Jahren und älter (Bundesamt für Statistik, 2012). Für die Thematik Migration und Alter sind zahlenmäßig zwei größere Migrantengruppen zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen die ausländischen Arbeitnehmer, die zum großen Teil aus Italien angeworben wurden und auch das heutige Bild der Bevölkerung mit Migrationshintergrund prägen, sowie die Gruppe der Flüchtlinge, die im Zeitraum von 1950 bis 1995 im Rahmen humanitärer Aktionen und Programme als (Kontingents-)Flüchtlinge in die Schweiz gekommen sind, so beispielsweise aus Ungarn (1956), aus der ehemaligen Tschechoslowakei (1968) sowie Flüchtlinge aus Tibet (1962), aus Uganda (1972), Chile (1973) und Indochina (1979/80). Für diese Bevölkerungsgruppen liegen jedoch kaum Analysen hinsichtlich ihrer jeweiligen spezifischen Lebenslagen vor. Im Jahre 2010 sind in der Schweiz 161 Herkunftsländer zu verorten, wobei sich die Literatur vordergründig mit den so genannten Gastarbeitern und hier mit der zahlenmäßig größten Gruppe der Italiener beschäftigt (Bundesamt für Migration, 2012).

In historischer Perspektive handelt es sich um zwei Phasen der Anwerbung, die das heutige Bild der älteren und alten Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz prägen. Zum einen wurde das erste Anwerbeabkommen mit Italien bereits 1948 geschlossen. Grundlage war hier, auch für spätere Anwerbeabkommen, das Saisonierstatut von 1934, welches für Gastarbeiter einen maximalen Aufenthalt von 9 Monaten in der Schweiz vorsah. Nach dem Rotationsmodell war eine erneute Einreise erst wieder zur nächsten Saison möglich. Ein Familiennachzug war nicht vorgesehen. Dieses Modell wurde Mitte der 60er-Jahre des 20. Jahrhunderts gelockert, so dass unter anderem ein Familienzuzug um 1970 möglich wurde. Die zweite Etappe der Arbeitsmigration ist im Zeitraum 1960 bis 1990 durch Anwerbung aus dem früheren Jugoslawien gekennzeichnet. Diese beiden Phasen der Anwerbung spiegeln sich in der heutigen Bevölkerungszusammensetzung der älteren und alten Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz deutlich wider, wobei die Personen der zweiten Etappe jünger sind und erst ein kleiner Anteil der ehemaligen Saisoniers im Rentenalter ist (Hungerbühler/Bissegger, 2012: 19 ff.).

In der Gruppe der über 65-Jährigen sind im Jahre 2010 Italiener mit rund 57 000 Personen zahlenmäßig deutlich am stärksten vertreten, gefolgt von je rund 7 000 Spaniern und Personen aus Serbien, Bosnien und Herzegowina sowie Kroatien. Der Bereich der Hochaltrigkeit (80+) ist auch hier (noch) nicht bedeutsam, zudem ist die Hochaltrigkeit ähnlich zur Referenzgruppe der Schweizer verstärkt weiblich besetzt (Hungerbühler, 2012: 198). Auch hier gilt, dass der Personenkreis mit Migrationshintergrund durchschnittlich jünger ist als die Gruppe ohne Migrationshintergrund. Im Jahre 2010 waren etwa 20% der Schweizer Bürger 65 Jahre und älter, während diese Altersgruppe innerhalb der ausländischen Bevölkerung nur etwa 7,7% ausmachte (Bundesamt für Statistik, 2012).

Im Vergleich wird deutlich, dass die Thematik der Migration im Hinblick auf die demografischen Veränderungen aller westlichen Industriegesellschaften stark an Bedeutung gewonnen hat – dies jedoch verstärkt vor dem Hintergrund schrumpfender Gesellschaften und eines bevorstehenden Arbeitskräftemangels. Assoziationen zur Migration sind meist an die Vorstellung junger Migranten geknüpft. Die Problemstellung Alter und Migration wird hingegen zögerlicher bearbeitet, und das in allen drei betrachteten Ländern. Die Problemlagen scheinen (noch) nicht höchste Dringlichkeit erfahren zu haben, was zum einen an dem (relativ gesehen) geringen Anteil älterer Migranten an der jeweiligen Gesamtbevölkerung liegt, die zudem ein (noch) relativ niedriges Durchschnittsalter im Vergleich zu den jeweiligen Referenzgruppen der einheimischen Bevölkerung aufweisen. Zum anderen wird dies auch begründet mit der generell zögerlichen Auseinandersetzung mit der Thematik (Dietzel-Papakyriakou, 2012). Europa verfolgte weitestgehend ein Gastarbeitersystem (Oltmer et al., 2012), der Aufenthalt im jeweiligen Land sollte begrenzt sein, und ein stationäres Altern war nicht vorgesehen. (Hungerbühler/Bisegger, 2012: 17). Ein direkter Ländervergleich wird durch un einheitliche Definitionen bzw. statistische Erfassung des Personenkreises erheblich erschwert, so dass oft nur Strukturen und Trends aufgezeigt werden können (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2010: 140 ff.). In allen drei betrachteten Ländern handelt es sich im vorliegenden Kontext um die so genannten Gastarbeiter der ersten Generation, die vor dem Übergang ins Rentenalter stehen oder bereits berentet sind. Je früher die Anwerbeabkommen der einzelnen Länder geschlossen wurden, desto älter ist die heutige Bevölkerungsgruppe der älteren und alten Personen mit Migrationshintergrund (D 1955 mit Italien, A nennenswert 1964 mit der Türkei, CH schon 1948 mit Italien). Hinsichtlich der Daten- und Forschungslage wird eine Homogenisierung in der Diskussion/Analyse der Gruppe der Migranten stark kritisiert, wobei besonders die erste Migrantengeneration durch große Heterogenität geprägt ist (BMFSFJ, 2005: 391). Eine differenzierte Betrachtung einzelner Bevölkerungsgruppen ist meist nur für die zahlenmäßig stark vertretenen Herkunftsländer möglich, zahlenmäßige Randgruppen werden nicht erfasst.

Hinsichtlich der gängigen Inklusionsmerkmale weisen die älteren und alten Migranten Referenzgruppen eine schlechtere ökonomische Situation auf, sie sind häufiger von Armut bedroht, ihre jeweilige gesundheitliche und wohnliche Situation ist schlechter, was auch für den Bildungsstand und die Teilhabechancen gilt (für D: z. B. Özcan/Seifert, 2006, und Heinrich-Böll-Stiftung, 2012; für A: Reimprecht, 2006, sowie Rasky, 2009; für CH: Hungerbühler/Bisegger, 2012). Zentrale Ergebnisse der ländervergleichenden Studie «Minority Elderly Care in Europe» (inkl. D und CH, jedoch ohne A), zeigen unter anderem in Deutschland präkärere Lebenslagen für die türkischstämmige Bevölkerung im Vergleich zu italienischen und russisch-sprechenden Bevölkerungsgruppen. In der Schweiz gilt

dies für die Bevölkerungsgruppen des ehemaligen Jugoslawiens, die im Vergleich zu den italienischen und spanischen Bevölkerungsgruppen deutlich schlechter gestellt sind (Patel, 2003). Deutlich werden hier jedoch nur Trends und allgemeine Zuschreibungen, die Zusammenhänge sind komplex, zumal verlässliche Erhebungen und Analysen nur für die zahlenmäßig am stärksten vertretenen Gruppen erhoben werden. Der gerontologischen Forschung fehlen indes theoretische Erklärungsansätze hinsichtlich eines möglichen doppelten (oder dreifachen) Diskriminierungsrisikos (BMFSFJ, 2010: 94 ff.), zudem wird immer wieder die starke Homogenisierung in der Diskussion bzw. Analyse der Gruppe der Migranten kritisiert.

Die Frage des Rückkehrverhaltens der älteren und alten Migranten wird in allen drei Ländern gleichermaßen gestellt und analysiert, unter anderem vor dem Hintergrund der Bereitstellung, Nutzung und Akzeptanz (kultursensibler) Altenarbeit und der Pflegearrangements (D: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012; A: Kienzl-Plochberger, 2005; CH: Kohn/Hungerbühler, 2012).

Statistische Probleme zur Erhebung der Rückkehrer erlauben jedoch nur eine vorsichtige Einschätzung. Für alle drei Länder lassen sich folgende Trends ableiten: Je länger der Aufenthalt in einem Land ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die ehemals Zugewanderten im Land bleiben («Verbleib trotz Rückkehrabsicht»). Nimmt die Mobilität gesundheitlich oder materiell bedingt ab, verbleiben Zugewanderte ebenfalls im Gastland. Weit verbreitet ist auch die Pendelmigration, die vor allem bei berenteten Arbeitsmigranten zu beobachten ist. Zum einen werden infrastrukturelle Vorteile des Gastlandes genutzt, zum anderen wird so die Entscheidung (bleiben oder gehen) offen gelassen. Dies wird in der Literatur auch als «Rückkehrillusion» bezeichnet (BMFSFJ, 2005: 438 ff.). Aber auch hier sind die Motive vielfältig und die Zusammenhänge komplex, so dass an dieser Stelle erneut die Homogenisierung der doch sehr heterogenen Gruppen der Personen mit Migrationshintergrund kritisiert werden muss.

Unter dem Aspekt der sozialen Ungleichheit in der Dialektik von Belastungsrisiken und Bewältigungschancen in den Lebenslagen älter werdender Menschen mit Migrationshintergrund erweist sich das Thema als Querschnittsproblem in den Bereichen der Alters(einkommens)-, Gesundheits- und Pflegeabsicherung. Zum großen Teil handelt es sich, die prekären Bildungsbiografien reflektierend, um Sozialschichtprobleme, zum Teil aber auch um Versorgungsprobleme, die kultur- und gendersensibel (Schweizerisches Rotes Kreuz, 2011) anzugehen sein werden.

6.8 Bürgersolidarität: Freiwilliges Engagement und Sozialkapital

Über die Bedeutung des Freiwilligen bzw. Bürgerschaftlichen Engagements herrscht in Deutschland, der Schweiz (Stadelmann-Steffen et al., 2007; Helmig et al., 2010) und Österreich (Salcher, 2005) Übereinstimmung: Beim Bürgerschaft-

lichen Engagement mit anderen für andere geht es um das Entstehen von Sozialkapital und gesellschaftlichen Zusammenhalt. Angesiedelt im Dritten Sektor sind die Formen des bürgerschaftlichen Engagements in den vergangenen zwei Jahrzehnten zu einem wichtigen Aktionspart im Welfare-Mix geworden. Zum bürgerschaftlichen Engagement zählen sowohl das individuelle Ehrenamt als freiwillige Fremdhilfe als auch selbstorganisierte Selbsthilfe auf Gegenseitigkeitsbasis (Schulz-Nieswandt/Köstler, 2011: 75); somit werden darunter auch Handlungsformen der sozialen und gesundheitsbezogenen Selbsthilfe subsumiert (Schulz-Nieswandt, 2011; Borgetto/Klein, 2007).

Bürgerschaftliches Engagement ist freiwillig, nicht auf Gewinn ausgerichtet, gemeinwohlorientiert, es findet im öffentlichen Raum statt und wird in der Regel gemeinschaftlich bzw. kooperativ ausgeübt (für D: Enquete Kommission Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements, 2002: 86; für A: BMASK, 2008: 10; für CH: Nadai, 2004: 17). Sich zu engagieren ist demnach keine staatsbürgerliche Verpflichtung. Die Tätigkeit wird nicht bezahlt, so dass kein materieller Nutzen entsteht.

Unterschiede in den Ländern gibt es in der Begrifflichkeit und in den Akzenten der gesellschaftspolitischen Debatte um das bürgerschaftliche Engagement. Zum bürgerschaftlichen Engagement gibt es eine Fülle von Studien, die verschiedene Definitionen, was freiwilliges bzw. bürgerschaftliches Engagement beinhaltet, zugrunde legen, aber auch recht unterschiedliche Methoden für die Messung der Freiwilligentätigkeit verwenden (was die Vergleichbarkeit der Zahlen erschwert). In Deutschland erfasst der Freiwilligen survey, eine als Telefonsurvey durchgeführte Längsschnittstudie, das bürgerschaftliche Engagement. Die Begriffe «Bürgerschaftliches Engagement» und «Freiwilliges Engagement» werden synonym verwendet (Gensicke et al., 2006: 41). Unterschieden wird zwischen Personen, die «gemeinschaftlich aktiv» sind und jenen, die «freiwillig engagiert» sind. Gemeinschaftlich aktiv ist eine Person, wenn sie Vereinsmitglied ist und dort aktiv ist (z. B. Sport treibt). Ein freiwilliges Engagement übt eine Person aus, wenn sie gemeinschaftlich aktiv ist und eine formelle Funktion ausübt oder informelle Hilfstätigkeiten leistet (BMFSFJ, 2010a: 12–14). Insgesamt setzt der Freiwilligen survey demnach den Maßstab des Organisationsgrads freiwilligen Engagements eher gering an. So werden auch Tätigkeiten als Engagement bezeichnet, die in weniger organisierten Kontexten ausgeübt werden, wie in selbstorganisierten Gruppen, Initiativen und Projekten. Private Unterstützungsleistungen in Familie und Freundeskreis werden nicht zum Engagement gezählt, da der öffentliche Charakter der Aktivität nicht gegeben ist.

Die Ergebnisse des Freiwilligen surveys 1999–2004–2009 zeigen für das Jahr 2009, dass 36 % der bundesdeutschen Bevölkerung ab 14 Jahren freiwillig engagiert sind; zusätzlich wird ein Engagementpotenzial auf hohem Niveau konstatiert (BMFSFJ, 2010b: 127). Der Bereich Sport und Bewegung stellt den größten Engage-

mentbereich dar, allerdings ist in den vergangenen Jahren ein Zuwachs des sozialen und gesundheitlichen, des jugendbezogenen, des kulturellen und umweltbezogenen Engagements zu beobachten. Allgemein ist in den vergangenen 20 Jahren in Deutschland der Umfang des bürgerschaftlichen Engagements gestiegen. Betrachtet man das Engagement nach Altersgruppen, so zeigt sich die Dominanz der Altersgruppe der 40- bis 49-jährigen; 42 % dieser Altersgruppe engagieren sich (BMFSFJ, 2010b: 17). Ähnliche Ergebnisse beim Engagement der verschiedenen Altersgruppen zeigen die schweizerischen (BFS, 2011: 7) und österreichischen Statistiken (BMASK, 2008: 56). Aber auch die Altersgruppen der Vorruheständler und Rentner sind in allen drei Ländern auf hohem Niveau engagiert. In der Statuspassage des Rentneintritts werden Engagements aufgenommen, weitergeführt und/oder intensiviert. Erst gesundheitliche Einschränkungen lassen die Engamentquoten im Alter zurückgehen.

In der Schweiz etabliert sich der Begriff bürgerschaftliches Engagement noch zögerlich, wird aber eher als deutscher Import angesehen (BSF, 2004: 8), und es dominieren die Begriffe «Freiwilligenarbeit», «bénévolant» und «volontariato» für die verschiedenen Bereiche und Engagementformen. Das Schweizer Bundesamt für Statistik unterscheidet im Rahmen der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung 2010 institutionelle (auch: formelle) und informelle Freiwilligenarbeit. Ein Drittel der Schweizer Wohnbevölkerung übt 2010 mindestens eine der beiden Formen der Freiwilligenarbeit aus. Institutionelle Freiwilligenarbeit beinhaltet unbezahlte, freiwillige Tätigkeiten, die im Rahmen eines Vereins, einer Organisation oder einer Institution erbracht werden (Sportklubs, kulturelle Vereine, sozial-karitative Organisationen, kirchliche Institutionen, Interessenvereinigungen, politische Institutionen und öffentliche Dienste) (BFS, 2011a: 7). Im Jahre 2010 führte jeder fünfte Schweizer Bewohner (19,9 %) mindestens eine institutionelle Freiwilligenarbeit aus, das Engagement in Sportvereinen dominiert Männer (23,0 %) engagieren sich dabei häufiger als Frauen (16,9 %) (BFS, 2011: 4). Insgesamt ist der Anteil freiwillig Tätiger in der deutschsprachigen Schweiz deutlich größer als in den französischen und italienischen Sprachgebieten. Ebenso gibt es große kantonale Unterschiede und ländliche Gebiete und kleinere Gemeinden weisen im Verhältnis mehr freiwillig Tätige auf als städtische Gebiete und größere Gemeinden (BFS, 2011a: 17). Den Bereich der informellen Freiwilligenarbeit dominieren die Frauen (22,7 % Frauen gegenüber 13,9 % Männer) (BFS, 2011: 4). Unter informeller Freiwilligenarbeit fallen alle unbezahlten, freiwilligen Tätigkeiten für andere Haushalte, die nicht in einem organisierten Rahmen stattfinden, sondern auf privater Initiative basieren, wie das Betreuen der Kinder von Verwandten oder Bekannten, Pflegeaufgaben oder andere Dienstleistungen für Verwandte oder Bekannte, Nachbarschaftshilfe (BFS, 2011a: 9). Im Jahre 2010 lag die Quote der informellen Freiwilligentätigkeit bei 18,4 %.

In Österreich wird, wie in der Schweiz, der Begriff «Freiwilligenarbeit» genutzt. Dabei wird Freiwilligenarbeit definiert als «eine Leistung, die freiwillig und ohne Bezahlung für Personen außerhalb des eigenen Haushaltes erbracht wird» (BMASK, 2008: 10). Demnach muss eine Leistung erbracht werden, die zum Nutzen der Gemeinschaft oder anderer haushaltsfremder Personen beiträgt. Die bloße Mitgliedschaft in einem Verein ist keine Freiwilligenarbeit. 43,8 % der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren leisteten 2006 in irgendeiner Form Freiwilligenarbeit; bei den Männern waren dies 47,1 % und bei den Frauen 40,7 %. Unterschieden wird zwischen formeller und informeller Leistung. Formelle Freiwilligenarbeit sind Tätigkeiten, die institutionell eingebunden sind, hier lag die Quote 2006 bei 27,9 %. Informelle Freiwilligenarbeit wird dann mit Nachbarschaftshilfe gleichgesetzt und erfolgt ohne jeden institutionellen Rahmen (Haushaltsarbeiten, Einkauf, Kinderbetreuung, Gartenpflege), aber die im eigenen Haushalt geleistete unbezahlte Haus- und Familienarbeit zählt nicht darunter, hier lag die Quote 2006 bei 27,1 % (BMASK, 2008: 16).

Bei der Frage nach den Motiven der sich Engagierenden zeigen sich in allen drei Ländern gleichgerichtete Tendenzen, das Engagement muss in erste Linie Spaß machen, man möchte mit anderen Menschen etwas bewegen (D: BMFSFJ, 2010b: 117; A: BMASK, 2008: 113; CH: BFS, 2011: 8; für Personen im Alter von 50 und mehr Jahren: Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) bei: Erlinghagen et al., 2006: 135). Dominant ist demnach, dass die Motivationsbasis oft persönliche Nutzenkomponenten beinhaltet: Es sind Aspekte der Selbst- und Mitbestimmung, Selbstverwirklichung, Sinnuche und -erfahrung, des gemeinsamen Schaffens und Erlebens. Gemeinschaftlich wird sich engagiert, im Sinne einer Orientierung auf das Wohl der Mitglieder der Gruppe.

Das Engagement der älteren Bevölkerung betrachtend, zeigen die Ergebnisse des SHARE (bei dem sich Deutschland, Schweiz, Österreich beteiligen) einige individuelle Einflussfaktoren für bürgerschaftliches Engagement, die auch in den länderspezifischen Statistiken bestätigt werden: Das Engagement steigt mit dem Bildungsstatus, ist bei in einer Partnerschaft Lebenden höher als bei alleine Lebenden, ist korreliert mit dem Gesundheitsstatus und sinkt in der Gruppe der 75-jährigen und Älteren (Hank/Erzlinghagen, 2009: 173).

Es wurde bereits erwähnt, dass Engagementformen der Selbsthilfe zum bürgerschaftlichen Engagement zählen. In allen drei Ländern ist die Selbsthilfebewegung präsent und ein bedeutender Faktor der Hilfe zur Selbsthilfe der BürgerInnen untereinander: 70 % der Selbsthilfeszusammenschlüsse in Deutschland werden dem Gesundheitsbereich zugerechnet, die anderen 30 % engagieren sich in sozialen Bereichen. Die Zahl der Selbsthilfegruppen, in denen auf der Mikroebene die eigentliche Selbsthilfearbeit stattfindet, wird auf 70 000–100 000 geschätzt (es gibt keine amtliche Statistik), wobei zirka 40 000 Selbsthilfegruppen von den auf der Mesoebene vororteten 263 Selbsthilfekontaktstellen Unterstüt-

zung erhalten (NAKOS, 2010: 11). Als politische Verbände agieren auf der Makroebene die BAG SH (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen), die DAG SHG (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen) und der Paritätische Gesamtverband.

In der Schweiz hat sich die Stiftung KOSCH als Dachorganisation der regionalen Selbsthilfekontaktstellen etabliert und fördert auf verschiedenen Ebenen die Selbsthilfebewegung mit ihren Kontaktstellen und zirka 2000 Selbsthilfegruppen (KOSCH, 2011: 7). In Österreich bildet die ARGE Selbsthilfe Österreich, ein Zusammenschluss themenübergreifender Selbsthilfe-Dachverbände und -Kontaktstellen und themenbezogener, bundesweit tätiger Selbsthilfeorganisationen, die Zentrale für die Förderung der Selbsthilfebewegung, die sich in den regionalen, themenbezogenen, zirka 1600 Selbsthilfegruppen und -organisationen manifestiert (ARGE Selbsthilfe Österreich, 2011: 5).

Beim bürgerschaftlichen Engagement entsteht Sozialkapital, das dann den Wert (Ertrag) von Investitionen (von Ressourcen) in Netzwerke darstellt (Schulz-Nieswandt/Köstler, 2011: 140). Sozialkapital ist somit eine Investition in den sozialen Zusammenhang der Menschen, der sich als Vernetzung definiert. Netzwerke sind ein System von Reziprozitäten (Stegbauer/Häufling, 2011: 113), also des Erlebens von Gegenseitigkeitshilfen. Die Tätigkeiten des bürgerschaftlichen Engagements sind nicht selbstlos, sondern es werden Eigeninteressen mit Gemeinwohlinteressen verbunden. Tragend und nachhaltend ist die Entfaltung demokratischer Kompetenzen. Die BürgerInnen gestalten das eigene Umfeld mit, setzen eigene Interessen durch, nehmen aber auch auf gemeinschaftliche Interessen Rücksicht. Informelle Lernprozesse steuern Empowermentprozesse, indem BürgerInnen gemeinsam etwas entstehen lassen, etwas erreichen, Defizite oder Konflikte beheben und Verantwortung übernehmen.

Das Thema der sozialen Ungleichheit im Zugang zu und in der Nutzung von Sozialkapital der sozialen Netze entwickelt sich erst jüngst zu einem mehr beachteten Thema in der Sozialtheorie und Sozialforschung. In der Lebenslagenverteilung im Alter spielt dieses Potenzial in allen Ländern offensichtlich eine grundlegende Rolle im Welfare-Mix der Versorgungssicherstellung. Auch hier zeichnet sich das Thema der sozialkapitaltheoretisch orientierten Engagementforschung als Querschnittsthema ab, denn es geht um die Inklusion im Sinne der Chance einer Teilhabe an den ökonomischen, politischen, sozialen und kulturellen Gütern und Dienstleistungen der Gesellschaft. Dabei steht der kommunale Kontext im Zentrum der Debatte (Schulz-Nieswandt/Köstler, 2012). Rechtsphilosophisch gilt dieses Grundrecht bis ins höhere und hohe Alter hinein ungebrochen.

6.9 Die Relevanz für die Soziale Arbeit und die Alterspflege

Soziale Arbeit und Altenpflege erhalten aus der dargelegten alterssozialpolitikwissenschaftlichen Analyse wichtige Impulse für die eigene Perspektivität auf die soziale Wirklichkeit.

Die ökonomischen Ressourcen im Alter stellen eine grundlegende Rahmenbedingung für die personale Lebensqualität dar. Daher ist Einkommensarmut im Alter ein wichtiges Thema. Gerade Deutschland wird wohl infolge der brüchigen Erwerbskarrieren bestimmter Kohorten infolge der Deutschen Einheit neue Armutsprobleme im Alter bekommen; und die Prekarität bildungsferner Schichten mit Migrationshintergrund infolge eines entsprechenden Versagens des deutschen Bildungswesens wird sich ebenfalls im Alter zum Ausdruck bringen.

Dennoch sind die empirischen Zusammenhänge zwischen Einkommen einerseits und Lebensqualität sowie Lebenszufriedenheit andererseits (als personale Erlebnisgeschehnisse) komplexer und zum Teil von «Wohlfahrtsparadoxien» geprägt. Soziale Arbeit und Alter (Aner/Karl, 2010) ist daher ein zunehmend reflektiertes Handlungs- und Interventionsfeld, das multidimensional ist (Kleiner, 2012).

Im Schnittbereich von komplexen Bedarfslagen infolge von Erkrankungen, Behinderungen und funktionellen Beeinträchtigungen gibt es einerseits um Care Management der institutionellen Versorgungslandschaft, andererseits um Case Management innerhalb des Prozessgeschehens dieser Versorgungslandschaften, wodurch sich (in allen der hier behandelten drei Ländern vergleichbare) Herausforderungen der transektoralen Fallsteuerung und der lokalen Netzwerkarbeit ergeben. Dies gilt auch in Grenzsituationen im Feld der palliativen Care-Arbeit in Medizin und Pflege; epidemiologisch in den Vordergrund rücken bekanntlich die Alzheimer-Problematik und damit aufwändige Prozesse der Betreuung. Das Thema der Situation des älteren Menschen im Krankenhaus sei nochmals angeführt (Schilling, 2003). Ungelöste (z. T. verbraucherschutzrechtliche) Betreuungsrechtsfragen kommen hinzu. Die Wohnformenproblematik rückt immer mehr in den Mittelpunkt der Lebensqualitätsdebatte im hohen Alter.

Diese komplexen Entwicklungen sind sowohl für die Soziale Arbeit als auch für die Altenpflege hochrelevant. Beide Handlungsfelder zentrieren sich um die personale Autonomie und um deren Sicherstellung im Lebenslauf bis ins hohe Alter hinein. Beide Handlungsfelder sind heute im Lichte der fachlichen Diskurse in der Lage, die Relativität von Autonomie zu reflektieren, da die menschliche Eingebundenheit in soziale Figuren als räumlich und zeitlich ebenso konstitutiv abgesehen wird, wie hermeneutisch die Biographiegebundenheit einer immer narrativen Konzeptualisierung von Identität der Person.

Es darf hier (ohne noch weitere vertiefende fachliche Spezialliteratur anzuführen) zumindest kurz die (wissenschaftstheoretisch nicht triviale) Idee einer «guten»

Pflege kontextualisiert werden. Hierbei spielen Rahmenbedingungen eine Rolle. Dazu gehört (in Deutschland) der Finanzierungsmix der Pflege als Zusammenspiel von ökonomischen Ressourcen der Haushalte, der Pflegeversicherung als platonierter Grundversicherung und dem Sozialhilferegime. Auch die Schnittbereiche zu anderen Leistungsrechtsfeldern (z. B. der Eingliederungshilfe bei Behinderung) sind zu beachten. Zu den Randbedingungen regulatoriver Regime gehören ferner das Qualitätsmanagement und andere Aufsichts- und Prüfinstitutionen und -praktiken. Um das Prozessgeschehen «guter» Pflege zu verstehen, bedarf es eines kultur- und sozialwissenschaftlichen, auch psychologischen Blicks auf die Einrichtungen und deren Eigenlogik, auf die habituellen Handlungslogiken der diversen Professionen sowie auf die nicht spannungsfreien Kooperationen mit dem bürgerschaftlichen Engagement. Andere Themen schließen sich an: etwa die Frage nach einer kultursensiblen Pflege angesichts von Migrationshintergründen der Menschen oder Fragen der medizinischen Versorgung (etwa der HeimbewohnerInnen). Insgesamt interessiert im Kontext von Rahmenbedingungen ökonomischer und rechtlicher Art im Kern die «Kultur» der Pflege und des Pflegeprozessgeschehens, immer im Lichte der personalen Erlebnisgeschehnisse.

«Gelingendes» Alter(n) hängt somit einerseits von dem Funktionsnexus von Erwerbs- und Versicherungsbiographien, makroökonomischen Systemtrends im Wechselspiel zur jeweiligen Logik des Wohlfahrtsstaates ab, andererseits von der Praxis als Kultur der institutionellen Prozesse, die eine personale Autonomie verbürgen sollen. Dies ist nicht einfach als «(monadisches) Glück» des isolierten Individuums zu verstehen. Die personale Autonomie ist anthropologisch angesichts der Seinsverfassung des Menschen so nicht verstehbar: Personales Sein ist dialogisch immer (existenzial) als Lebensführung des Individuums an ein gelingendes soziales Miteinander gebunden.

Beide Handlungsfelder sind auch im Lichte neuer ökonomischer Finanzierungsregime zu verorten. Die Einführung von Pauschalvergütungsregimen, wie den DRGs, spielt in Deutschland (Schulz-Nieswandt, 2010) und nun auch in der Schweiz eine zentrale Rahmenrolle. Auch Österreich hat seit längerem Erfahrungen mit den Risikoselektionseffekten von Pauschalvergütungen im stationären und ambulanten Bereich sammeln können, sofern diese sektoral fragmentiert aufgestellt sind. Experimente mit der «Virtualisierung» der Krankenhausleistungen durch vernetzte häusliche Care-Arrangements sind hier ebenso durchgeführt worden wie die Home-Health-Care-Modelle in Deutschland und der Schweiz. Erst vor diesem Hintergrund wird die besondere Bedeutung von Schnittstellenmanagementproblemen deutlich; hier ist (und war) die Rolle der Sozialen Arbeit ganz elementar angesiedelt (Gruel/Mennemann, 2006).

Das fragmentierte System vor allem der Einrichtungen und Dienste im Gesundheits- und Sozialwesen bedarf angesichts komplexer Bedarfslagen zunehmend einer qualifizierten Beratungsinfrastruktur. In Deutschland sei hierbei auf die

neuer, aber kontrovers bleibende Einführung z. B. von Pflegestützpunkten verwiesen. Hier liegen vor allem im wettbewerblichen Altenpflegesystem ausgeprägte Steuerungsprobleme auf der lokalen Ebene vor; die in wenigen Bundesländern implementierten regionalen Pflegekonferenzen (in NRW gibt es auch regionale Gesundheitskonferenzen) erscheinen derzeit als einziges Instrument der koordinierten Steuerung, was jedoch, sofern die spätrliche Forschung hier etwas aussagt, nur sehr unterschiedlich effektiv gelingt.

Der internationale Aufstieg der (bunten) Case-Management-Diskurse und -Praktiken validiert diese herausragende Bedeutung von Fallberatung und -steuerung (vgl. www.dgcc.de/in/D; www.oegcc.at/in/A; www.netzwerk-cm.ch/in/CH). Geragogische Perspektiven infolge der Thematisierung einer Sozialpädagogik für alle Lebensalter (Böhnisch, 2012), auch im Modus des Diskurses über lebenslanges Lernen (Leipold, 2012), haben an Bedeutung und Aufmerksamkeit gewonnen. Sinnfindungsfragen im Rahmen der Zeitverwendungsmodalitäten (Meyer, 2008; Burzan, 2002) stellen sich im Sinne eines gelingenden aufgabenorientierten Alterns im Rahmen von Rollenübernahmen ebenso wie Fragen der aspektreichen Versorgung angesichts der besonderen Risikogruppe der Hochaltrigen (Petzold et al., 2010), auf die sich die Altenberichterstattung sowohl in Deutschland wie auch in Österreich bereits fokussiert hatte.

Bei all diesen Dimensionen und Aspekten der (lebens[ver]laufabhängigen) Lebenslagen im Alter spielt die diagnostische Berücksichtigung der (ökonomischen, kulturellen, sozialen, rechtlichen, ökologischen, personalen) Ressourcen-situation der Personen eine konstitutive Rolle. Die «Capability»-Perspektive (Schulz-Nieswandt, 2006a) rückt die rehabilitative Logik der Alterssozialpolitik in den Mittelpunkt; pflegepräventive Aspekte (präventiver Hausbesuch «ab 70» oder Patientenedukationsprogramme (bei chronisch Kranken) kommen hinzu. Coping-Arrangements im Alter sind dabei transaktional wirksame Settings von Wohnen und Wohnumfeldern, Netzwerken und Kompetenzen.

Zusammenarbeitskulturprobleme im multidisziplinären Sinne (Schulz-Nieswandt, 2010) zwischen den verschiedenen, hierarchisch geordneten Professionen (Medizin, Pflege, Heilpädagogik etc.) liegen überall vor; tendenziell andersartige Arbeitswelten, wie in der Geriatrie, werden daher von den dominanten Medizinsparten oft auch abschätzig interpretiert. Auch Gender-Ordnungskonflikte (maskuline Kampfflogik der Medizin versus Pflege als «verlängerte Mütterlichkeit») spielen geradezu archaisch wohl eine tiefengrammatische Rolle.

Nicht nur im Bereich der Engagementpolitik (Schulz-Nieswandt/Köstler, 2012) muss sich die Sozialarbeit/Sozialpädagogik immer wieder selbstkritisch der je eigenen Tradition einer Dialektik von Autonomieförderung einerseits und sozialer Kontrolle/Disziplinierung andererseits vergewissern. Diese betrifft die Instrumentalisierung des Engagements als gesellschaftlicher «Lückenbüsser» ebenso wie die Angehörigenunterstützung (und Feminisierung der Lastverteilung) im

Lichte der Gefahr einer Risikoprivatisierung (Dammert, 2009; Kunstmann, 2010; Karrer, 2009) durch Entprofessionalisierung. Auch gewollte «Normalisierungsprogramme» sind immer auch «Normierungsprozesse». Hierbei geht es nicht darum, gegen diese Policy-Praktiken zu votieren, sondern sie nur immer wieder neu kritisch zu hinterfragen.

Im Fall von Österreich ist weiter oben der Themenkreis Palliative Care und Hospizversorgung angesprochen worden. Hier zeichnet sich ein Querschnittsthema ab, das auch für die Soziale Arbeit relevant ist (Student et al., 2007). Es handelt sich um eine internationale Bewegung (Gronemeyer et al., 2004), wobei in Deutschland das Thema (Jordan, 2007; Thömmen, 2013) so sozialgesetzlich aufgegriffen worden ist, dass eine Teilfinanzierung für stationäre und ambulante Hospizarbeit durch die GKV gewährleistet wird; aber ohne Integration des bürgerschaftlichen Engagements wäre hier vieles gar nicht möglich. Im Schnittbereich von Medizin und Pflege kommen Professionen (der sozialen Arbeit) mit freiem Engagement also zusammen.

6.10 Schlussfolgerungen

Die drei Länder zeichnen sich durch sehr ähnliche Herausforderungen des sozialen Wandels aus, weisen sozialstaatsarchitektonisch verwandte, wenngleich hinsichtlich einzelner Bausteine zum Teil anders akzentuierte Muster (der Finanzierung: Sozialbeiträge versus Steuern, Krankenversicherung versus Pflegeversicherung etc.) auf, haben ähnliche kollektive Bewältigungsreaktionsmuster, thematisieren in Diskursen wie in der sozialpolitischen Praxis die gleichen sozialen Probleme, erweisen sich alle als nicht statisch, sondern (innerhalb gewisser Pfadkorridore) als entwicklungsbereit und -fähig im Sinne ständiger Reformen (Lessenich, 2003; Jochem, 2009), experimentieren mit Veränderungsideen und können insgesamt aus einer relativ einheitlichen Kultur als System normativer Programmcodes (Solidarität und Selbstverantwortung, Subsidiarität und Förderalität, Wohlfahrtspluralismus/Trägervielfalt, Familialismus und entsprechende Genderordnungen: Pfau-Effinger, 2009) heraus verstanden werden.

6.11 Debatten und Kontroversen

Auch die Debatten und Kontroversen sind in Deutschland, Österreich und der Schweiz eigentlich recht ähnlich. Es geht um soziale Gerechtigkeit und Chancenverteilung (wobei zunehmend auch Bildung als zentraler Vektor des sozialen Entwicklungsgeschehens begriffen wird), Qualität der Versorgung, um (finanzielle) Nachhaltigkeit, Effizienz und Effektivität, um die ubiquitäre «Demografialisie-

«ung» aller Themen und Diskurse, um die Auswirkungen der Globalisierung, vor allem mit Blick auf das Migrationsgeschehen. Es geht um Werte-Mix, also um Akzentuierungen innerhalb des Kräftefeldes von Freiheit, Gleichheit, Solidarität (als Erbe der Französischen Revolution). Damit zeichnen sich Diskurse über Gewichtungen von architektonischen und normativen Bausteinen in einem relationalen Gefüge ab, das als Sozialstaatsidee begrifflich zum Ausdruck gebracht wird; eine gewollte Erosion der Idee als solche steht in den Ländern nicht an.

Reflexion

- Wie empfinden Sie das Verhältnis von institutioneller Vertraulichkeit und kritischer Hinterfragung der Qualität der Versorgung und des Leistungsgeschehens?
- Welches Verhältnis haben Sie zu der Kritik des dem System impliziten Familialismus und der Feminisierung in der Rollenlastverteilung in den Care-Sektoren?
- Welche eigenen Wertvorstellungen und Balancen haben Sie im Kopf mit Blick auf Zielkonflikte, wie sie im Korridor zwischen kollektiver Solidarität und individueller Eigenverantwortung als Freiheitspostulat zum Ausdruck gebracht werden?
- Wie dramatisch sehen Sie den sozio-demografischen Wandel? Und welche Bilder machen Sie sich vom Alter?
- Welche Sicht auf Menschen mit Migrationshintergrund ist wirksam? Ressource oder Last?

6.12 Literatur

- Andreas H.-J., Hörstermann K. (2012). Lebensstandard und Deprivation im Alter in Deutschland – Stand und Entwicklungsperspektiven. Zeitschrift für Soziale Arbeit, 58, 209–234.
- Aner K., Karl U. (2010). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Appelt E. et al. (2010). Who Cares? Betreuung und Pflege in Österreich. Innsbruck: Studien Verlag.
- ARGE Selbsthilfe Österreich (2011). Jahresbericht 2010. Klagenfurt.
- ASISP (2012). Annual National Report 2012. Pensions, Health Care and Long-term Care. Germany. www.socialprotection.eu/files_db/1215/asisp_ANR_12_Germany.pdf, [22.01.2013].
- ASISP (2012a). Annual National Report 2012. Pensions, Health Care and Long-term Care. Austria. www.socialprotection.eu/files_db/1200/asisp_ANR_12_AUSTRIA.pdf, [22.01.2013].

- Bailly A., Bernhardt M., Cabella M. (2008). Für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Eine umfassende Vision. 2., rev. u. erw. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bauer U., Büscher A. (2008). Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2012). 9. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin. www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/IB/2012_06_27-neunter-lagebericht.pdf?__blob=publication, [02.11.2012].
- Becker J., Haller-Benze G. (2012). Einstellungen zur Rentenpolitik – Akzeptanz, Funktions- und Reformdimensionen. Sozialer Fortschritt, 61, 306–312.
- Böhnisch L. (2012). Sozialpädagogik der Lebensalter. 6., überarb. Auflage. Weinheim: Beltz-Juventa.
- Bold S., Deußen M. (2013). Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. München: Hampp.
- Bonoli G., Häusermann S. (2011). Switzerland: Regulating a Public – Private Heritage of Multi-pillar Pension Governance. In: Ebbinghaus B. (Ed.): The Varieties of Pension Governance: Pension Privatization in Europe. Oxford: Oxford University Press.
- Borgetto B., Klein M. (2007). Rehabilitation und Selbsthilfe. Abschlussbericht des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Forschungsprojekts «Kooperation und Vernetzung von Rehabilitationskliniken und Selbsthilfegruppen/Selbsthilfeorganisationen. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Brandt M. (2009). Hilfe zwischen Generationen. Ein europäischer Vergleich. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Bundesamt für Gesundheit (Schweizerische Eidgenossenschaft) (2013). www.bag.admin.ch, [22.01.2013].
- Bundesamt für Gesundheit (Schweizerische Eidgenossenschaft) (2013a). Informationen zur Krankenversicherung. www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/index.html?lang=de, [22.01.2013].
- Bundesamt für Migration (2012). Migrationsbericht 2011. Bern. www.bfm.admin.ch/content/dam/data/migration/berichte/migrationsbericht-2011-d.pdf, [02.11.2012].
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2010). Migrationsbericht 2010. Berlin. www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2010.pdf?__blob=publicationFile, [02.11.2012].
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012). Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Berlin. www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile, [02.11.2012].
- Bundesamt für Sozialversicherungen (Schweizerische Eidgenossenschaft) (2013). Einträge zu «AHV» und «Berufliche Vorsorge und 3. Säule». www.bsv.admin.ch/themen/ueberblick/00003/index.html?lang=de, [22.01.2013].
- Bundesamt für Statistik (BSF) (2004). Bericht zur Freiwilligenarbeit in der Schweiz. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (BSF) (2011). Freiwilligenarbeit in der Schweiz. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (BSF) (2011a). BSF Aktuell: Freiwilligenarbeit in der Schweiz. Unterschiede nach ausgewählten regionalen Gliederungen. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (BSF) (2012). Die Bevölkerung der Schweiz 2011. Neuchâtel. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/04.html, [24.01.2013].
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2009). Sozialbericht 2009. Berlin.

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2013). *Lebenslagen in Deutschland. Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAASK) (2009). *Hochaltigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme*. Wien.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAASK)/Bundesanstalt Statistik Österreich (2008). *Struktur und Volumen der Freiwilligenarbeit in Österreich*. Wien.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2005). *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen*. Berlin. www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/fuenfter-altenbericht-property=pdf;bereich=rwb=true;pdf, [21.01.2013].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2010). *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft*. Berlin. www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-sechster-altenbericht-property=pdf;bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true;pdf, [21.03.2013].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2010a). *Freiwilligen-survey 2009 - Methodenbericht zur repräsentativen Erhebung*. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2010b). *Hauptbericht des Freiwilligen-survey 2009 - Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004-2009*. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (Deutschland) (2013). *Informationen zur GKV*. www.bmg.bund.de/krankenversicherung.html, [22.01.2013].
- Bundesministerium für Gesundheit (Österreich) (2013). www.bmgf.gv.at, [22.01.2013].
- Burzan N. (2002). *Zeitgestaltung im Alltag älterer Menschen*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Busse R., Riesberg A. (2005). *Gesundheitssysteme im Wandel*. Deutschland. Berlin: MWV.
- Busse R., Blümel M., Ognyanova D. (2013). *Das deutsche Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen*. Berlin: MWV.
- Carigiet E. et al. (2006). *Wohlstand durch Gerechtigkeit. Deutschland und die Schweiz im sozialpolitischen Vergleich*. Zürich: Rotpunktverlag.
- Colombo F. et al. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing.
- D'Amato G., Gerber B. (Hrsg.) (2005). *Herausforderung Integration. Städtische Migrationspolitik in der Schweiz und Europa*. Zürich: Seismo.
- Dammert M. (2009). *Angehörige im Visier der Pflegepolitik. Wie zukunftsfähig ist die subsidiäre Logik der deutschen Pflegeversicherung?* Wiesbaden: VS-Verlag.
- Da Roit B., Le Bihan B., Österle A. (2008). *Long-Term Care Policies in Italy, Austria and France: Variations in Cash-for-Care Schemes*. Social Policy & Administration, 41, 653-671.
- Deindl C. (2010). *Finanzielle Transfers zwischen Generationen in Europa*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Deutsche Rentenversicherung (2013). *Informationen zur GRV*. www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/0_Home/home_node.html, [22.01.2013].
- Dietzel-Papakyriakou M. (2012). *Ein Blick zurück nach vorn: Zwei Jahrzehnte Forschung zu älteren Migrantinnen und Migranten*. In: Baykara-Krumme H., Schirmany P., Motel-Klingenberg A. (Hrsg.). *Viele Welten des Alters. Ältere Migranten im alternden Deutschland*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Ebbinghaus B., Gronwald M. (2011). *The Changing Public-Private Pension Mix in Europe: From Path Dependence to Path Departure*. In: Ebbinghaus B. (Ed.). *The Varieties of Pension Governance: Pension Privatization in Europe*. Oxford: Oxford Univ. Press.
- Eberle T. S., Inhof K. (2006). *Sonderfall Schweiz. Zürich: Seismo.*
- Enquete-Kommission (2002). *Bericht, Bürgerchaftliches Engagement. Auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft*. Schriftreihe Band 4. Opladen: Leske + Budrich.
- Erlinghagen M., Fiank K. (2006). *The Participation of Older Europeans in Volunteer Work*. Ageing & Society 26, 567-584.
- Erlinghagen M., Hank K., Wagner G. G. (2006). *Freiwilligenarbeit der älteren Bevölkerung in Europa*. DIW Wochenbericht, 10, 133-137.
- European Commission (2012). *Pension Adequacy in the European Union 2010-2050*, Annex 7 Country Profiles. www.ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=en&moreDocuments=yes [22.01.2013].
- Fehmel T. (2008). *Von der Schweiz lernen? Neue Forschung zur Geschichte des Schweizer Systems sozialer Sicherung*. Zeitschrift für Sozialreform, 54, 3, 329-337.
- Fischer R. (2011). *Freiwilligenengagement und soziale Ungleichheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Flüder R. et al. (2012). *Ambulante Alterspflege und -betreuung*. Zürich: Seismo.
- Gensicke Th., Picot S., Geiss S. (2006). *Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004. Ergebnisse der repräsentativen Erhebungen zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Gesundheit Österreich GmbH (2012). *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012*. www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH_1071/CMS_1136983382893/oestg_2012_text_ohne_matrizen.pdf, [08.02.2013].
- GHK (2010). *Volunteering in the European Union*. DG EAC. Brüssel.
- GKV Spitzenverband (2013). *Informationen zur GKV*. www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung.jsp, [22.01.2013].
- Grüel M., Mennermann H. (2006). *Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung*. München: Reinhardt (UTB).
- Gronemeyer R. et al. (2004). *Helfen am Ende des Lebens. Hospizarbeit und Palliative Care in Europa*. Wuppertal: hospizverlag.
- Haberkm K. (2009). *Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Hagen K., Lamping W. (2013). *Eine restriktive Produktregulierung gehört auf die politische Agenda: Systematisierung und Diskussion von Reformvorschlägen zum Rester-Sparen aus verbraucher- und sozialpolitischer Sicht*. Sozialer Fortschritt, 62, 43-51.
- Haller M. (2008). *Die österreichische Gesellschaft. Sozialstruktur und sozialer Wandel*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Hank K., Erlinghagen M. (2009). *Dynamics of Volunteering in Older Europeans*. The Gerontologist, 2, 170-178.
- Heggli R. (2012). *Sozialalmannach 2013. Das Caritas-Jahrbuch zur sozialen Lage der Schweiz*. Schwerpunkt: *Bildung gegen Armut*. Luzern: Caritas-Verlag.
- Heinrich-Beil-Verlag (2012). *Altern in der Migrationsgesellschaft. Dossier*. www.migration-boell.de/web/integration/47_3099.asp, [31.10.2012].
- Heintze C. (2012). *Auf der Highroad - der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland*. Friederich Ebert Stiftung. *WisoDiskurs. Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik*. Bonn.

- Helmig B., Lichtsteiner H., Gmür M. (2010). Der Dritte Sektor der Schweiz. Länderstudie zum Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project (CNP). Bern: Haupt.
- Hitzmann A., Waldhausen A., Schirilla A. (2012). Pflege und Migration in Europa. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Höpflinger F. (2009). Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter. Age Report 2009. Zürich: Seismo.
- Höpflinger F., Beyer-Oglesby L., Zumbunn A. (2011). Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hofmarcher M.M. (2013). Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. Berlin: MWV.
- Hofmarcher M.M., Rack H.M. (2006). Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich. Berlin: MWV.
- Holtmann D. (2012). Die Sozialstruktur der Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich. Potsdam: Universitätsverlag Potsdam.
- Hradil S. (2006). Die Sozialstruktur Deutschlands im internationalen Vergleich. 2. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Hungerbühler H. (2012). Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz: Vielfältige Biografien – vielfältiges Altern. In: Soziale Sicherheit CHSS des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV, 4, 198–202.
- Hungerbühler H., Bisegger C. (2012). «Und so sind wir geblieben ...». Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Nationales Forum Alter und Migration und Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM (Hrsg.). www.ekm.admin.ch/content/dam/data/ekm/dokumentation/materialien/mat_alter_d.pdf, [17.01.2013].
- Huster E.-U., Boeckh J., Mogge-Großhann H. (2012). Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Igel C. (2011). Großeltern in Europa. Generationensolidarität im Wohlfahrtsstaat. 2. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Isfort M. et al. (2012). Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Köln: DIP/Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln.
- Immerfall S., Therborn G. (2010). Handbook of European Societies. Social Transformations in the 21st Century. New York: Springer.
- Jochims S. (2009). Reformpolitik im Wohlfahrtsstaat. Deutschland im internationalen Vergleich. Berlin: LIT.
- Jordan J. (2007). Hospizbewegung in Deutschland und den Niederlanden. Frankfurt a. M.: Campus.
- Karrer D. (2009). Der Umgang mit dementen Angehörigen. Über den Einfluss sozialer Unterschiede. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Kaufmann P.-X. (2006). Varianten des Wohlfahrtsstaats. Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich. 5. Auflage. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Keck W. (2012). Die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Beruf. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kehrl Chr., Knöpfel C. (2006). Handbuch Armut in der Schweiz. Luzern: Caritas-Verlag.
- Kienzl-Ploching K. (2005). Zur Situation älterer Migrantinnen in Wien. (Befragung und Beratung von Migrantinnen [55+] im Rahmen des EQUAL Projekts IIS). www.medienwissenschaft.at/migration_beweg/wp-content/uploads/2011/05/Reinprecht-Ploebberger-IIS-Studie_2005.pdf, [21.01.2013].
- Kirchen-Peters S. (2012). Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern. Saarbrücken: ISO.
- Kleina T., Wingenfeld K. (2007). Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Bielefeld: IPW.
- Kleiner G. (2012). Alter(n) bewegt. Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Klenk T. et al. (2012). Abkehr vom Korporatismus? Der Wandel der Sozialversicherungen im europäischen Vergleich. Frankfurt a. M.: Campus.
- Klinger C., Knapp G.-A., Sauer B. (2007). Achsen der Ungleichheit. Zum Verhältnis von Klasse, Geschlecht und Ethnizität. Frankfurt a. M.: Campus.
- Knapp G., Spitzler H. (2010). Alter, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Lebenslagen und soziale Ungleichheit von alten Menschen in Österreich. Klagenfurt: Hermagoras.
- Kocher G., Oggier W. (2010). Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kohn J., Hungerbühler H. (2012). Spitex-Dienste. Nutzung und Einstellung zu Spitex bei der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. www.alter-migration.ch/data/132/Bericht%20Spitexnutzung.pdf, [10.01.2013].
- KOSCH Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz (2011). Jahresbericht 2010. Basel.
- Kümpers S., Heusinger J. (2012). Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kuhlmeier A., Tesch-Römer C. (Hrsg.) (2012). Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen der Selbständigkeit und Selbstbestimmung im Alter. Göttingen: Hogrefe.
- Kunstmann A.-C. (2010). Familiäre Verbundenheit und Gerechtigkeit. Pehlende Perspektiven auf die Pflege von Angehörigen – Eine Diskursanalyse. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Larsen C., Joost A., Heid S. (2009). Illegale Beschäftigung in Europa. Die Situation in Privathaushalten älterer Personen. München-Mering: Hampp.
- Leipold B. (2012). Lebenslanges Lernen und Bildung im Alter. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lessenich St. (2003). Dynamischer Individualismus. Kontinuität und Wandel im deutschen Sozialmodell. Frankfurt a. M.: Campus.
- Levy R. (2009). Die schweizerische Sozialstruktur. Zürich: Rüegger.
- Maier-Rigaud R. (2009). Global Pension Policies. Programs, frames and paradigms of the World Bank and the International Labour Organization. Berlin: Duncker & Humblot.
- Mau S., Schöneck N.M. (2013). Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. 2 Bde. 3., grundl. überarb. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Meyer Chr. (2008). Altern und Zeit. Der Einfluss des demographischen Wandels auf Zeitstrukturen. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Meyer K. (Hrsg.) (2008). Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mocckli S. (2012). Den schweizerischen Sozialstaat verstehen. Zürich: Rüegger.
- Möhring K. (2013). Altersarmut in Deutschland und Großbritannien: Die Auswirkungen der Rentenreformen seit Beginn der 1990er. In: Vogel C., Motel-Klingebiel A. (Hrsg.). Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden: VS-Verlag.
- Moser J. (2008). Der schweizerische Wohlfahrtsstaat. Zum Ausbau des sozialen Sicherungssystems 1975–2005. Frankfurt a. M.: Campus.
- Moser V., Pinhard I. (2010). Care – Wer sorgt für wen? Opladen – Farmington Hill: Barbara Budrich.
- Nadai E. (2004). Begrifflichkeit im Themenfeld Freiwilligenarbeit. In: Münzel G., Heeb S. G., Nadai E., Kadishi B., Schön-Bühlmann J. (Hrsg.). Studie zum Bericht zur Freiwilligenarbeit in der Schweiz. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BSF).
- NAKOS (2010). Selbsthilfe im Überblick, Zahlen und Fakten 2008. Berlin.

- Neuhaus A., Isfort M., Weidner F. (2009). Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltsmitgliedern. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. Köln. www.dip.de, [30.10.2012].
- Obiger H. (2002). Föderalismus und wohlfahrtsstaatliche Entwicklung. Österreich und die Schweiz im Vergleich. Politische Vierteljahrschrift, 43, 2, 235–271.
- Obinger H., Tólos E. (2006). Sozialstaat Österreich zwischen Kontinuität und Umbau. Wiesbaden: VS-Verlag.
- OECD (2011). OECD-Berichte über Gesundheitssysteme. Schweiz. www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8111165e.pdf?expires=1359077411&id=id&accname=ocid41021573&checksum=96BCAB4E8328DA29458962C41CA340A0, [22.01.2013].
- OECD (2011a). Pensions at a Glance 2011: Retirement-Income Systems in OECD and G 20 Countries. Country profiles. www.oecd.org/els/social/pensions/PAG, [22.01.2013].
- OECD (2012). OECD-Gesundheitsdaten 2012. Deutschland im Vergleich. www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/BriefingNoteDEUTSCHLAND2012inGerman.pdf, [22.01.2013].
- OECD (2012a). OECD-Gesundheitsdaten 2012. Österreich im Vergleich. www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/BriefingNoteOSTERREICH2012inGerman.pdf, [22.01.2013].
- OECD (2012b). OECD Health Data 2012. How does Switzerland compare. www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/BriefingNoteSWITZERLAND2012.pdf, [22.01.2013].
- OECD (2012c). OECD.Statextracts. www.stats.oecd.org/, [30.10.2012].
- Özcan Y., Seifert W. (2006). Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland. Experten zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung. Münster: LIT.
- Olmert J. et al. (2012). Das «Gastarbeiter»-System. Arbeitsmigration und ihre Folgen in der Bundesrepublik Deutschland und Westeuropa. München: Oldenbourg.
- Patel N. (2003). Minority Elderly Care in Europe. London: Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity (PRIAE).
- Pensionsversicherungsanstalt (Österreich) (2013). Daten zur Gesetzlichen Pensionsversicherung. www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/start/startWindow?action=2&p_menuid=5179&p_tabid=1, [22.01.2013].
- Petzold H., Horn E., Müller L. (2010). Hochaltrigkeit. Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Pfau-Effinger B. (2009). Kulturelle Grundlagen des Wandels von Wohlfahrtsstaaten. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 34, 3, 3–21.
- Pförtner T.-K. (2013). Armut und Gesundheit in Europa. Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Rasky E. (2009). Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Wien: Facultas.
- Reinprecht C. (2006). Nach der Gastarbeit. Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft. Wien: Braumüller.
- Reuyß St. et al. (2012). Pflegeensemble Arbeitszeiten. Berlin: edition sigma.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, 2 Bde. Baden-Baden: Nomos.
- Salcher M. (2005). Non-Profit-Organisationen in Österreich. Einblicke und Ansichten zum «Wohltätigen-Sektor». Innsbruck: Studien Verlag.
- Santésuisse (2011). Zahlen und Fakten, Stand September 2011. www.santesuisse.ch/user_content/editor/files/Publikationen/zahlen_und_fakten_sept_2011_de.pdf, [08.02.2013].

- Schewe K., Krawietz J. (2010). Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Schilling A. (2003). Ältere Menschen im Krankenhaus. Kassel: Universitätsdruckerei Kassel.
- Schimany P., Baykara-Krumme H. (2012). Zur Geschichte und demografischen Bedeutung älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Baykara-Krumme H., Schimany P., Motel-Klingebiel A. (Hrsg.). Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Schmähl W. (2012). Von der Rente als Zuschuss zum Lebensunterhalt zur «Zuschuss-Rente». Weichenstellungen in 120 Jahren «Gesetzliche Rentenversicherung». Wirtschaftsdienst, 92, 304–313.
- Schmidt M. G. et al. (2007). Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Schneider J., Dauer L. (2012). Hinter verschlossenen Türen. Mabuse: Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, 37, 34–36.
- Schölkopf M. (2010). Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und die europäische Sozialpolitik. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schulz-Nieswandt F. (2003). Die Kategorie der Lebenslage – sozial- und verhaltenswissenschaftlich rekonstruiert. In: Karl F. (Hrsg.). Sozial-, sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie. Weinheim: Juventa.
- Schulz-Nieswandt F. (2006). Sozialpolitik und Alter. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulz-Nieswandt F. (2006a). Chancengleichheit und Sozialstaat. Archiv für Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 37, 4–18.
- Schulz-Nieswandt F. (2007). Lebenslauforientierte Sozialpolitikforschung. Gerontologie und philosophische Anthropologie. Schnittflächen und mögliche Theorieklammern. In: Wahl H.-W., Mollenkopf H. (Hrsg.). Altersforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Berlin: AKA.
- Schulz-Nieswandt F. (2008). Alter und Lebenslauf. Ein Beitrag zur philosophischen Anthropologie in sozialpolitischer Absicht. In: Auer K., Karl U. (Hrsg.). Lebensalter und Soziale Arbeit: Ältere und alte Menschen. Hohengehren: Schneider.
- Schulz-Nieswandt F. (2008a). Die Alter(n)berichterstattung der Bundesregierung. Diskurs der Altersbilder und implizite Anthropologie. In: Ferring D. et al. (Hrsg.). Soziokulturelle Konstruktion des Alters. Transdisziplinäre Perspektiven. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Schulz-Nieswandt F. (2010). Wandel der Medizinkultur? Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt F. (2011). Gesundheitsselfhilfegruppen und Selbsthilforganisationen in Deutschland. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt F. (2011a). «Europäisierung» der Sozialpolitik und der sozialen Daseinsvorsorge? Eine kultursoziologische Analyse der Genese einer solidarischen Rechtsgenossenschaft. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt F. (2012). Gemeinschaftliches Wohnen im Alter in der Kommune. Das Problem der kommunalen Gastfreundschaftskultur gegenüber dem homo patiens. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt F. (2012a). Der homo patiens als Outsider der Gemeinde. Zur kulturellen und seelischen Grammatik der Ausgrenzung des Dämonischen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45, 593–602.
- Schulz-Nieswandt F. (2012b). Gerechtigkeit und Gesundheitswesen im Kontext einer allgemeinen Theorie der Sozialpolitik. In: Brandenburg H., Kohlen, H. (Hrsg.). Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Stuttgart: Kohlhammer.

- Schulz-Nieswandt F. (2013). Zur Implementation von innovativen Pilotprojekten in der Versorgungs- und Wohnlandschaft älterer Menschen: kulturelle Grammatik und systemische Choreographie. In: Karl F. (Hrsg.). *Transnational und translational – Aktuelle Themen der Alterswissenschaften. Reihe Soziale Gerontologie*, Bd. 3. Berlin: LIT.
- Schulz-Nieswandt F. (2013a). Der leidende Mensch in der Gemeinde als Hilfe- und Rechtsgenossenschaft. Berlin: Düncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt F. (2013b). Transsektorale Integrationsversorgung als Problem des Gestaltwandels der Kultur professioneller Handlungsskripte – eine Mehr-Ebenen-Analyse. In: Häller M., Meyer-Wölbers H., Schulz-Nieswandt F. (Hrsg.). *Alterswelt und institutionelle Strukturen*. Würzburg: Königsbäusen & Neumann.
- Schulz-Nieswandt F., Köstler U. (2011). *Bürgerschaftliches Engagement im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulz-Nieswandt F., Köstler U. (2012). Das institutionelle und funktionale Gefüge von kommunaler Daseinsvorsorge und bürgerschaftlichem Engagement. Ein anthropologischer Zugang zu einem sozialmorphologisch komplexen Feld in sozialpolitischer Absicht. In: *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, 35, 465–478.
- Schulz-Nieswandt F., Köstler U., Langenhorst E., Marks H. (2012). *Neue Wohnformen im Alter. Wohnungsgemeinschaften und Mehrgenerationenhäuser*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulz-Nieswandt F. et al. (2009). *Generationenbeziehungen. Netzwerke zwischen Gabebereiterschaft und Gegenseitigkeitsprinzip*. Berlin: LIT.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.) (2011). *Transkulturelle Public Health. Ein Weg zur Chancengleichheit*. Zürich: Seismo.
- Stadelmann-Steffen L., Freitag M., Bühlmann M. (2007). *Freiwilligen-Monitor Schweiz 2007*. Zürich: Seismo.
- Statistik Austria (2009). *Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich. Modul Arbeitskräfteerhebung 2008*. www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/2/publdetail?id=2&listid=2&detail=534. [21.01.2013].
- Statistik Austria (2012). *Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung*. www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html. [21.01.2013].
- Statistik Austria (2012a). *Migration und Integration 2012*. www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/2/publdetail?id=2&listid=2&detail=636. [21.01.2013].
- Statistisches Bundesamt (2013). *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden. www.destatis.de. [21.01.2013].
- Stegbauer C., Häußling R. (2011). *Handbuch Netzwerkforschung*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Stöckl E. (2011). *Die Reform der österreichischen Pflegesicherung. Europäische Pflegesicherungsmodelle im Vergleich*. Wien: ÖGB Verlag.
- Student J.-Ch., Mühllum A., Student U. (2007). *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. 2. Auflage*. München: Reinhardt (UTB).
- Tálos E. (2005). *Vom Siegeszug zum Rückzug. Sozialstaat Österreich 1945–2005*. Innsbruck: Studien Verlag.
- Thönnissen M. (2013). *Sterbeorte in Deutschland. Eine soziologische Studie*. Frankfurt a. M.: Lang.
- Unia. (2007). *Factsheet Hausangestellte in der Schweiz*. www.unia.ch/index.php?id=2702. [30.10.2012].
- Verwiebe R. (2011). *Armut in Österreich*. Wien: new academic press.
- Weber G. et al. (2005). *ESAW – Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter. Hauptergebnisse unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Österreich*. Wien: Facultas.
- Wengler A. (2013). *Ungleiche Gesundheit. Zur Situation türkischer Migranten in Deutschland*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Winkler P., Pochobradský E., Wirtl C. (2012). *Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich*. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). www.bmg.gvat/cms/home/attachments/6/2/1/CH1104/CMS1201520486131/seniorenbericht.pdf. [08.02.2013].
- World Health Organization (WHO) (2012). *Data and statistics*. www.who.int/research/cni/. [30.10.2012].
- Ziegelmann P. (2012). *Das Nationale Gesundheitsziel «Gesund älter werden». Gesundheitsförderung und Prävention in einer älter werdenden Gesellschaft*. *Informationsdienst altersfragen*, 39, 25–29.

Die geplanten und bereits erschienenen Bände in der Übersicht:

Modul I: Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik

- Gesundheitsökonomie
- Clarissa Kurscheid/Andreas Beivers: »Gesundheits- und Sozialpolitik«

Modul II: Betriebswirtschaftslehre und Management in stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen

- Winfried Zapp/Julia Oswald/Uwe Bettig/Christine Fuchs: »Betriebswirtschaftliche Grundlagen im Krankenhaus«
- Logistik, IT, Facility Management und Services
- Rechnungswesen und Finanzierung
- Controlling und Reporting
- Personalwirtschaft
- Qualitäts- und Risikomanagement
- Marketing und Öffentlichkeitsarbeit

Modul III: Gestaltung von Managementsystemen in Gesundheitseinrichtungen

- Normatives Management und Strategie
- Leadership und Führung
- Netzwerke und Strukturen
- Projektmanagement

Modul IV: Recht in der Gesundheitswirtschaft

- Unternehmensrecht im Krankenhaus

Inhalt

Wichtiger Hinweis
 Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
 Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind. Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2014

Alle Rechte vorbehalten
 © W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
 Umschlagabbildung: © Yuri Arcurs - Fotolia.com, © istockphoto.com/Abel Mitja Varela,
 © BK - Fotolia.com, © michaiejung - Fotolia.com
 Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:
 ISBN 978-3-17-022610-4

E-Book Formate:
 pdf: ISBN 978-3-17-023866-4
 epub: ISBN 978-3-17-025962-1
 mobi: ISBN 978-3-17-025963-8

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Vorwort zur Reihe 11
 Herausgeberinnen und Autoren 13
 1 Architektur des Buches 17
 2 Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland 19
 Clarissa Kurscheid und Andreas Betvers
 2.1 Die Ursprünge der Gesundheitspolitik und Sozialpolitik in Deutschland 19
 2.2 Die Gesundheits- und Sozialpolitik seit Ende des Zweiten Weltkriegs 22
 2.3 Strukturmerkmale der Gesundheits- und Sozialpolitik 25
 2.4 Ausgaben- und Steuerungsprobleme am Beispiel der Gesundheitsversorgung 27
 2.5 Sozialstaat zwischen Umbau und Reformen 29
 2.5.1 Gestaltungsprinzipien für eine Wettbewerbsordnung 30
 2.5.2 Die ordnungspolitische Konzeption für eine Neugestaltung 32
 2.5.3 Privateigentum 34
 2.5.4 Vertragsfreiheit und Wettbewerbsaufsicht 34
 2.5.5 Wettbewerbsfreie Preissteuerung und Markttransparenz für die Nachfrager 35
 2.5.6 Offener Marktzutritt für die Anbieter 36
 2.5.7 Umsetzung des Sozialprinzips 36
 2.5.8 Versicherungsfremde Leistungen 36
 2.6 Blick auf die Probleme – Fazit und Ausblick 37
 Fragen zum Text 38
 Literatur 38
 3 Gesundheitspolitik – Herausforderungen für die Zukunft 41
 Eva-Marie Torhorst
 3.1 Zusammenfassung 41
 3.2 Einleitung 42
 3.3 Problemfelder der Gesundheitsversorgung 43

9 Europäisierung der Gesundheits- und Sozialpolitik

Remi Maier-Rigaud, Michael Sauer, Frank Schulz-Nieswandt

9.1 Einleitung

Die Gesundheits- und Sozialpolitik »europäisiert« sich zunehmend (Schulz-Nieswandt 2011a; 2012a). Die nationalen Sozialschutzsysteme werden immer mehr in die Richtung auf eine »geteilte Kompetenz« im europäischen Mehr-Ebenen-System der EU als Verfassungsvertragsverbands getrieben (Franzius 2010). Explizit ist dies im Feld der Strukturfondspolitik, implizit aber insgesamt, wie noch zu zeigen sein wird, im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in der Verbraucherpolitik.

In marginaler Bedeutung begleiten sozialpolitische Aspekte die Europäische Integration bereits seit den römischen Verträgen. Die Bedeutung sozialpolitischer Aspekte nahm seit der Einheitlichen Europäischen Akte zu und verfestigte sich ständig mit den Stufen der vertieften Integration zum Binnenmarkt und zur Währungsunion, und im Zuge der Erweiterung.

Die sozio-ökonomische Entwicklungsheterogenität nahm aber in diesem widerpruchsvollen Prozess stetig zu. Partielle Wohlstandskonvergenzen wurden dominiert von steigenden Wohlstandsdisparitäten. Volkswirtschaftlich zeichnete sich eine gravierende Sub-Optimalität des wirtschaftlichen Integrationsraums ab. Die politische Demokratiedefizite forderten eine legitimatorische Krise, eine europäische Öffentlichkeit hat sich nur defizitär herausgebildet, eine kollektiv geteilte europäische Kultur der sozialen Einbettung der Prozesse ist nur rudimentär erkennbar, Tempo, aber auch Richtung der Entwicklungen der Subsysteme des Sozialsystems führen zu erkennbaren und spürbaren Ungleichzeitigkeiten und Unvereinbarkeiten (Schulz-Nieswandt 2012a). Als solidarische Hilfenossenschaft bleibt die europäische Rechtsgenossenschaft demnach fragil.

9.1.1 Dimensionen einer »Europäisierung« der Gesundheits- und Sozialpolitik

Das Spektrum relevanter Policy-Felder und Themengebiete, an und in denen sich die »Europäisierung« beobachten und erläutern lässt, sind vielfältig (Schulz-Nieswandt 2011a). Sie werden nachfolgend auch nicht alle behandelt. Es geht um das koordinierte Arbeits- und Sozialrecht, um Gender Mainstreaming, den Sozialdialog, um die Offene Methode der Koordinierung (OMK), um die Dienstleistungen von allgemeinem (wirtschaftlichem oder nicht-wirtschaftlichem) Interesse

(DA(WI)), um den Regional- und Sozialfonds innerhalb der Strukturfondspolitik (EFRE und ESF), um Vergründlichstendenz, um Verbraucherschutz, Public Health-Fragen etc. Lehenslanges Lernen und die allgemeine *governance*-tiale *Dispositivierung* von *Employability* (vor allem angesichts des mit dem demografischen Wandel verbundenen Prozesses der Schrumpfung des Erwerbspersonpotenzials) sind ebenfalls bedeutsam geworden. Und die einzelnen Felder und Dimensionen sind hochgradig verschachtelt und interdependent.

So findet sich beispielsweise der freie Zugang zu den DA(WI) auch als soziales Grundrecht der Grundrechtscharta von Nizza, die namentlich Primärrecht im Rahmen des Reformvertrags wurde (Schulz-Nieswandt und Maier-Rigaud 2005). Der freie Zugang zu den Dienstleistungen von allgemeinem Interesse und zu den Sozialschutzsystemen ist aber auch eines der drei Oherziele der OMK (freier Zugang, hohe Qualität, Nachhaltigkeit).

Der Schwerpunkt der nachfolgenden Darlegung wird der Verbraucherschutz sowie die OMK sein. Hinzu kommen noch Aspekte der Kohäsionspolitik. Die OMK gehört zu den breiter erforschten Strategien der EU, um eine durchaus zu vermutende schlechtere Harmonisierung der Sozialschutzsysteme herbeizuführen. Sie resultiert insbesondere aus der Tatsache, dass die EU-Kommission keine direkte Gemeinschaftskompetenz in der Reform der sozialen Sicherung der EU-Staaten hat und daher gerade dieses softe Instrument nutzt. Ansonsten wirkt die Kommission in ihrer effizienten Selbstaufstellung als *epistemische Gemeinschaft* (Schulz-Nieswandt 2013a) aber im Rahmen exekutiver Rechtsschöpfung durch beständiges Drängen auf die Binnenmarkt-Kompatibilität der sozialpolitischen Praxis ein. Es wird daher auf die DA(WI) gesondert eingegangen. Der Verbraucherschutz ist ein besonders dynamisch aufkommendes Politikfeld und reflektiert eine soziale Dimension des Binnenmarkt-Projekts. Regulationstheoretisch kann bewerbliche Steuerungsmechanismen in allen Lebensbereichen drängt, aber nicht »neo-liberal« ist. Es geht um regulierte Märkte.

Die Politikmechanismen der EU-Kommission folgen einem spezifischen Muster. Auf (rechtsdogmatisch umstrittene) Mitteilungen folgen Grün- und Weißbücher, sodann eine Richtlinie. Auch Verordnungen sind möglich. Konsultationen werden dazwischen geschaltet und verweisen auf eine spezifische Diskursmethode der Kommission. Es bleibt kontrovers, ob diese Konsultationen einem demokratischen Öffnungsmodus folgen oder ob es eher eine Art von *kolonialer* (Schulz-Nieswandt 2013a) Politik- und Verwaltungspraxis ist, die ethnografisch das Feld erkundet, um es *hegemonial* zu gestalten.

9.1.2 Sozialmodell-Denken

Die EU-Politik versteht ihre Binnenmarkt-Politik als ergänzt durch ein europäisches Sozialmodell. Mit Blick auf die OMK könnte man in ganz langer Sicht vermuten, es würde dabei auch um die Reduktion der realtypologisch fasstbaren Vielfalt der mitgliedstaatlichen Wohlfahrtsstaatsregime auf ein Modell gehen. Aber in kurz- und vor allem mittelfristiger Sicht verfolgt die EU-Politik der

Kommission als »Hüterin der Verträge«, ebenso wie der oftmals rechtschöpfende EuGH (wenngleich nicht einheitlich in der Klarheit der Linien der Rechtsprechung), eine andere *Gestaltung* (die Positionen des politisch gestärkten EU-Parlaments sind natürlich heterogen). Es geht darum, den EU-Nationalstaaten als Gewährleistungsstaat (Franzios 2009; Krajewski 2011) zu etablieren, der regulierte Märkte oder Quasi-Märkte, bzw. Wettbewerbsurrogate implementiert, um die anerkannten öffentlichen Aufgaben privat(isiert) zu lassen. Der Wohlfahrtsstaat wird zum Kontraktmanager im Ausschreibungswettbewerb der Dienstleistungsmärkte. Vergleichende Ziele (Beschäftigung, Umwelt, Diversity etc.) sind dabei durchaus erlaubt.

Qualitätsmanagement im Kontext einer Transparenzpolitik sowie einer Antikorruptionspolitik gehören ebenso zu dem regulativen Rahmen wie die Fundierung der Marktchancen durch die Charta der wirtschaftlichen, politischen und sozialen Grundrechte, die Menschenrechtskonventionscharakter aufweist (Eichenhofer 2012). Die Unionsbürgerschaft fundiert dergestalt im Rahmen der *Quasi-Konstitutionalisierung* durch die Verträge (Franzios 2010) eine doppelte Staatsbürgerschaft, die eine »Vergrundrechtlichkeit« im Zuge dieser Europäisierung induziert. Deshalb wird nochmals gesondert auf die Grundrechtsproblematik eingegangen.

9.1.3 Das Mehr-Ebenen-System des Verfassungsvertragsverbundes

Die EU ist als Rechtsregime und Institutionengefüge ein politisches System, das von horizontaler Politikverflechtung auf allen Ebenen des vertikalisierten Mehrebenen-Systems geprägt ist. Insofern ist mit Blick auf eine Morphologie der Staatlichkeit der beteiligten modernen Gesellschaften von einer komplizierten *Hybridität* auszugehen.

Einerseits dominierten völkerrechtlich codierte Vertragsstrukturen, die einen *Intergouvernementalismus* zum Ausdruck bringen, andererseits emergierten zunehmend Elemente einer supra-nationalen Staatlichkeit, die politische Partnerschaftsstrukturen oberhalb der Nationalstaatlichkeit der völkerrechtlich verknüpften Nationalstaaten anzeigen.

9.1.4 Die Emergenz der geteilten Kompetenz

Die EU hat im Lichte von Art. 168 i. V. m. Art. 153 EUV an sich keine eigenständige Kompetenz im Gesundheits- und Sozialwesen als Teil der nationalen Sozialschutzsysteme. Hier gilt im Grunde das Subsidiaritätsprinzip nach Art. 5 EUV. Dennoch hat sich das Gesundheitswesen – wie andere Bereiche der Sozialpolitik auch – zu einem Gebiet der geteilten Kompetenz im Mehr-Ebenen-System der EU als Verfassungsvertragsverbund entwickelt (Franzios 2010). Und dies liegt in der Dynamik des Binnenmarkt(rechts) begründet. Dem Binnenmarkt korrespondiert ein europäisches Sozialmodell, welches auch mit Bezug auf den Begriff der »so-

zialen Marktwirtschaft« in Art. 3 (3) EUV fundiert ist. Aber der Binnenmarkt ist grammatisch nach den obersten Rechtsprinzipien der Gleichbehandlung und der Transparenz organisiert und insofern ergeben sich für die nationalen Traditionen der Art und Weise der Sozialschutzpolitik funktionale *spill-over-Effekte* des Binnenmarktgeschehens auf eben diese nationalen Traditionspfäde.

9.1.5 Reine und unreine Gewährleistungsstaatlichkeit

Gerade der deutsche Typus des Sozialstaats, nicht nur in der Gesundheits- und Pflegepolitik, sondern z. B. gerade auch in die Jugendhilfepolitik oder in der Eingliederungshilfe, ist EU-rechtlich sensitiv und *vulnerabel*, da er auf einem Gewährleistungsstaatsmodell (Franzios 2009; Krajewski 2011) aufbaut, der durchaus der Logik des europäischen Sozialmodells analog ist – aber eben nicht im Detail und in der puristischen Reinheitskultur (Schulz-Nieswandt 2013a), wie sie aus dem europäischen Regime der Binnenmarktkonformität nationaler Sozialpolitikpraxis resultiert.

9.1.6 Der Algorithmus des Beihilferegimes

An dem komplizierten Algorithmus des europäischen Beihilferegimes⁴¹ lässt sich diese transformationsantreibende Diskrepanz erkennen. Wie sieht die Grammatik des komplizierten Ablaufschemas dieses Beihilferegimes aus? a) es gilt zunächst die De-minimis-Verordnung. Trifft der Tatbestand zu, liegt keine Beihilfe vor; b) trifft der Tatbestand nicht zu, gelten die Altmark-Kriterien; c) werden diese nicht erfüllt, findet eine Überprüfung statt; d) daraus kann sich eine Meldepflichtigkeit ergeben; e) daraus wiederum kann sich ein Verbot der Beihilfe ergeben.

Das Europäische Beihilferecht hat die Praxis der sozialen Dienstleistungsmärkte bereits nachhaltig altagswirksam verändert.

9.1.7 Erosionen an allen Ecken

Ebenso erkennbar ist der latente Druck zum obligatorischen Ausschreibungswettbewerb, der sich aus dem ökonomischen Gebiet der *Public Utilities* ausdehnt auf die Felder sozialer Dienstleistungen. Nur als Reaktion auf den öffentlichen

⁴¹ Aufbauend auf dem Altmark-Urteil des EuGH von 2003 und dem Monti-Kroes-Paket von 2005 umfasst das Almunia-Paket alle beihilferechtlichen Regelungen die Ausgleichleistungen für die Erbringung von DA[W] betreffend. Neben dem einschlägigen Beschluss und der De-minimis Verordnung gehört hierzu der »Qualitätsrahmen« für DA[W] (Europäische Kommission 2011a). Der Tatbestand der Beihilfe wird in Art. 107 AEUV geregelt, die Anmeldepflichtigkeit in Art. 108 Abs. 3 AEUV, die Genehmigungspflicht in Art. 108 Abs. 2 AEUV, die Rechtfertigung bei gemeinwirtschaftlichen Verpflichtungen in Art. 106 Abs. 2 AEUV.

Druck ist der Wasserbereich (Laskowski 2010) aus der Dienstleistungskonzessionsrichtlinie (vorerst) herausgenommen worden. Das noch dominierende, wenigstens z. T. auch an den Rändern (persönliche Budgets etc.) bröckelnde sozialrechtliche Dreiecksverhältnis im deutschen Kollektivvertragssystem bietet zwar immanent Wettbewerbsprozesse, aber der puristische Reinheitskultur der Marktöffnungsideen der EU-Kommission genügen diese Wettbewerbsspielräume nicht. So wäre auch ein Kassensystem im SGB V-Bereich ohne regionalisierte Niederlassungsplanung und somit ohne ein entsprechendes Zulassungsverfahren wettbewerblich denkbar. Der ambulante Sektor des SGB XI wäre hier ein Vorbild. Diese Marktöffnung schließt Regulierung im Sinne des Verbraucherschutzes keineswegs aus, im Gegenteil. Die Marktdiebstahl der EU-Kommission sind hochgradig auf Qualitätssicherung abstellende regulierte Märkte.⁴²

9.1.8 Offene Zukunft, erkennbare Konturen

Insofern besteht im Vertragstextgefüge der EU eine architektonische Hierarchie. Der Binnenmarkt dominiert, wenigstens das Sozialmodelldenken daneben tritt. Aber die Dominanz des Wirtschaftsraumdenkens wird nicht durch eine neue Dominanz des Sozialraumdenkens abgelöst. Die genaue Grammatik des »daneben Hinzutretens« ist noch unklar. Ergänzung? Komplementarität? Einbettung? Wird das Wirtschaftssystem mit dem Sozialsystem derart verwoben, dass der Binnenmarkt zu einem dominanten Subsystem eines übergeordneten Denkens einer Wirtschaftssozialordnung (Schulz-Nieswandt 2012a) wird?

9.2 Grundrechte

Die Geschichte der europäischen Sozialpolitik zeichnete sich lange Zeit als arbeitnehmerzentriert aus und reflektierte somit den Funktionalismus der Binnenmarktfokussierung. Das koordinierende Sozialrecht z. B. erweist sich so gesehen im Wirtschaftsraum als effizienztheoretisch begründet, da sonst Migrationshemmnisse die optimale Faktorallokation verhindern. Die Grundrechtscharta von Nizza zu aus dem Jahre 2000 brachte eine paradigmatische Wende (Schulz-Nieswandt 2003) und fand nun im Reformvertragsgeschehen Eingang in das Primärrecht.

Paradigmatisch ist dieser Wandel deshalb, weil die gestiftete Unionsbürgerschaft nunmehr in einer trinitarischen Architektur *vergrundrechtlicht* wird so Richtung auf menschenrechtskonventionelle (Eichenhofer 2012), politische

42 Auch die Diskussion um die Krankenhausfinanzierung im Rahmen der Landeskrankenhausbedarfsplanung der Länder ist in langer Sicht ebenso noch nicht aus der EU-Rechts-Kompatibilitätsprüfung heraus wie die Frage der Defizitabgeltung kommunaler Krankenhäuser (Schulz-Nieswandt und Mann 2010).

wirtschaftliche und soziale Grundrechte (Schulz-Nieswandt et al. 2006). Und die sozialen Grundrechte beziehen sich auf die Lebenslagen aller Phasen im Lebenszyklus des Menschen (Schulz-Nieswandt 2006) und bedingen somit eine Bevölkerungs- und nicht nur arbeitsmarktorientierte Sozialpolitik, wenigstens die *gouvernementale Dispositivierung* zur Humankapital-fundierten Employability durchaus auf eine Tiefengrammatik der Sichtweise auf die Altersklassen in der Lebensspanne (Kindheit/Jugend, mittleres Erwachsenenalter, nachberufliche Phase) verweisen. Dennoch tendieren die sozialen Grundrechte zu einer transökonomischen Bedeutung der Teilhabechancen an den wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und politischen Gütern der Gesellschaft. Das sich rechtsphilosophisch zum Ausdruck bringende Denken in Capabilities kann demnach nicht neo-liberal verkürzt werden zur Selbstbefähigung der BürgerInnen zum unternehmerischen Selbst. Insofern ordnet sich dieses grundrechtliche Denken der Teilhabe systematisch ein in die neuere, vor allem von der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) forcierten Rechtsphilosophie der sozialen Inklusion (Schulz-Nieswandt 2013b; 2012d).

Für die Thematik der DA(W) stellen sich so Fragen nach der Gewährleistung der Einrichtungen und Dienste der sozialen Infrastruktur im Sozialraum: Wie werden – parallel zur Idee der Universalienleistungen (Aubin 2013) – Zugänglichkeit, Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Akzeptabilität sichergestellt? Eine besondere Herausforderung (Schulz-Nieswandt 2013c; Schulz-Nieswandt und Köstler 2012) stellt die schrittweisenmanageriale Integration und formale bzw. informelle Vernetzung der Versorgungsprozesse dar (Schulz-Nieswandt 2010a; 2013d).

9.3 DA(W)

Die DA(W) sind zum einen Zentrum der Diskurs-, Politik- und Rechtsentwicklung eines binnenmarktkonformen Sozialmodells geworden, weil hier, anders als in den Transferleistungsbereichen der modernen Sozialstaaten, die Grundfreiheiten im Binnenmarkt besonders offensichtlich wirksam werden, die sich auf die Faktorenfreizügigkeit im ökonomischen Transaktionsraum festmachen. Arbeit, Kapital, Güter und Dienstleistungen sind die Bereiche der Grundfreiheiten der Freizügigkeiten, an denen die allokative Effizienz eines Marktes hängt. Und diese Grundfreiheiten/Freizügigkeiten werden quasi schon »vergrundrechtlicht«, ein Problem, das auf bedenklreiche ideologische Überhöhungen wirtschaftlicher Interessen (naturrechtliche Metaphysik der Ordnung des possessiven Individualismus) verweist (Schulz-Nieswandt 2013a).

9.3.1 Differenz von DAI und DA(W)?

Soziale Dienstleistungen (Schulz-Nieswandt 2010b) weisen einen Marktbezug auf. Und insofern sind die Träger der Einrichtungen und Dienste funktionelle

Unternehmen im Sinne der Rechtsprechung des EuGH. Auch Transfersysteme sind, wie Beispiele aus dem koordinierenden Sozialrecht (z. B. Leistungsexport in der Alterssicherung bei WanderarbeitnehmerInnen oder, wenn auch zeitlich begrenzt, die Pflegedienstleistungen) zeigen, ebenso von den Effizienzimperativen der Allokationslogik eines Binnenmarkts betroffen; aber im Bereich der Dienstleistungen ist der transformative Anpassungsdruck auch institutionell (sozialstaatsarchitektonisch) tiefgreifend. Es geht einerseits um Nicht-Diskriminierung in der grenzüberschreitenden Anbieterlandschaft, andererseits um die Nicht-Diskriminierung in der grenzüberschreitenden Patientenmobilität. Die Vielfalt der Problemlagen sind bereits seit längerem systematisch erschlossen worden (Schulz-Nieswandt und Maier-Rigaud 2008).

Zielkonflikte ergeben sich in Deutschland gerade aus der Gewährleistungsstaatspraxis und somit aus der Delegation der Erledigung der Aufgaben an freie und private, zum Teil auch öffentliche Träger, die im begrenzten Wettbewerb stehen, einerseits und Sozialplanungspraktiken öffentlicher oder öffentlich-rechtlicher Körperschaften andererseits. Die Richtliniendebatte (Europäische Union 2011a) zur Regelung der grenzüberschreitenden Patientenmobilität (Schulz-Nieswandt 2012a, S. 107–108) zeigt die ungelösten Probleme, die zwischen vergrundrechtlichten Grundfreiheiten der Freizügigkeiten (hier das Recht auf anmelde- und/oder genehmigungsfreier grenzüberschreitender Inanspruchnahme (mobilität), ambulanten und vor allem stationären Kapazitätsplanungserfordernisse) und finanzwirtschaftlichen Planungsrisiken der Kassen (doppelte Zahlungsströme bei Kopfpauschalvergütungen an die Vertragsärzte im Kollektivvertragswesen) bestehen.

So schützt das neuere EU-Vertragswesen z. B. zunächst durchaus die (deutsche, verfassungsrechtlich verankerte) Tradition der kommunalen Selbstverwaltungswirtschaft in Art. 4 (2) EUV, ein Sachverhalt, der etwa für den großen Bereich der öffentlichen, insbesondere der kommunalen Krankenhäuser wettbewerbs- und vor allem beihilferechtlich von Belang ist (Schulz-Nieswandt und Mann 2010).

Dennoch soll die Art der öffentlichen sozialen Daseinsvorsorge binärem markt(rechts)konform erfolgen. Daraus resultiert die ganze Problematik der Dienstleistungen von allgemeinem (wirtschaftlichem) Interesse, zuletzt im Licht des »Qualitätsrahmens« reguliert (Europäische Kommission 2011a). Vor allem der Art. 14 AEUV i. V. m. Protokoll Nr. 26 fundiert das Recht der EU-Staaten auf Betreiben der sozialen Daseinsvorsorge im Sinne der DA(W). Dennoch unterliegen die sozialen Dienstleistungen im Lichte eines EU-rechtlich präferierten Gewährleistungsstaatsmodells dem komplizierten Beihilferegime. Der Staat wird als »Pflichtenheftmanager« im Sinn eines wohlfahrtsstaatlichen Kontraktmanagers konzipiert (Schulz-Nieswandt 2013a), wenn er öffentliche Aufgaben zur Erledigung an regulierte Märkte delegiert, dabei gemeinwirtschaftliche Aufgabenkomponenten gemäß Art. 106 (2) AEUV durchaus anerkennend (vgl. auch Schulz-Nieswandt 2011a; 2011c). Am Horizont der sozialen Märkte taucht das Modell des obligatorischen Ausschreibungswettbewerbs wie in den ökonomischen Märkten der *Public Utilities* auf (Schulz-Nieswandt 2010c).

An diesem Trend zur binnenmarktcompatiblen Gewährleistungsstaatlichkeit ändert auch das soziale Grundrecht des Unionsbürgers auf freien Zugang zu den DAI (Art. 14 AEUV i. V. m. Protokoll Nr. 26) nichts, auch nicht, obwohl genau dieses Grundrecht des Art. 36 der Grundrechtscharta nunmehr in Art. 6 EUV genannt wird. Die EU-Kommission legt die Idee des freien Zugangs ohnehin wohlfahrtsökonomisch sehr eng als Problem der Affordability aus, womit die Theorie der niedrigsten Preise als Schutz vor überhöhter Abschöpfung der Konsumentenrente präferiert wird, die nicht einmal einer modernen Theorie der Konsumenten-Preis-Qualitätswettbewerbs entspricht, abgesehen davon, dass unter Qualität recht komplexe gesellschaftliche Gestaltungsanliegen präferiert werden können.

Insofern (Schulz-Nieswandt 2010d) ist eine hinsichtlich der Binnenmarkt-rechtswirksamkeit relevante Unterscheidung zwischen Dienstleistungen von öffentlichem Interesse a) wirtschaftlicher Art (DAWI) einerseits und b) nicht-wirtschaftlicher Art (DAI) andererseits problematisch, denn es sind keine Tatbestände auszumachen, die nicht markttechnisch möglich sind.

9.3.2 Differente Verständnisse von Marktversagen

Damit wird deutlich, dass die in neoklassischer Tradition stehenden Formen der Begründung des Marktversagens nicht ausreichend sind, um die anstehenden Fragestellungen zu beantworten. Märkte müssen hinsichtlich der allokativen und distributiven, aber auch sittlichen, auf die soziale Integration bezogenen Wirkungen politisch bewertet werden. Das wohlfahrtsrechtliche Konzept der Externalitäten als direkte Interdependenz der Wohlfahrtsfunktionen der figurativ verketterten Akteure wäre somit semantisch komplex auszulagen. Effizienz ist nicht zu eng marktwirtschaftlich zu bestimmen. Es geht um gesellschaftliche, semantisch komplexe Effektivität (Mühlenkamp und Schulz-Nieswandt 2008; Schulz-Nieswandt 2012c).

9.3.3 Hybridizitäten und Ambivalenzen

Die gesamte Situation ist höchst hybrider Natur und daher voller Ambivalenzen. Von einem widerspruchsfreien Ordnungsgleichgewicht der Gesamtsituation kann nicht gesprochen werden. Gesundheitspolitik gehört einerseits zu den weitgehend souveränen Freiräumen der EU-Staaten. Aber die Arten und Weisen der nationalen Governance-Regime müssen andererseits zur Logik des Binnenmarktes (Freizügigkeiten als Grundfreiheiten und entsprechende Gleichbehandlungen sowie Transparenzen) passen.

9.3.4 Quasi-Märkte: Regulierter Privatisierungs-Liberalismus

Dennoch ist das ökonomische Modell nicht neo-liberal; die Unionsbürger haben soziale Grundrechte (u. a. auf freien Zugang zu den DA(W)) und zu den Sozial-

schutzsystemen), die Sozialschutzsysteme sollen zudem nachhaltig und von hoher Qualität sein (Ziele der OMK). Die EU-Kommission treibt, teilweise im Rahmen einer eigenen exekutiven Rechtschöpfung (und – jedoch widersprüchlich – vorab; es geht um die Öffnung der Märkte (Wettbewerb »in« Märkten [auf verschiedenen Stufen der Wertschöpfungsketten] bzw. Wettbewerb »um« Märkte), aber diese Marköffnung erfolgt im Rahmen einer regulativen und dadurch erschaffenen (Schulz-Nieswandt 2013a) erst Quasi-Märkte (Ausschreibung, Betrauung etc.). Rechtliche Regime der Marktschöpfung ersetzen zunehmend Vorstellbares von Marktversagen (etwa bei Risiko Selektion), jedoch nicht gänzlich. (Schulz-Nieswandt 2011b und 2011c mit Bezug auf das Monopol der Berufsgenossenschaften).

9.4 Verbraucherschutz

9.4.1 Entstehung und Aufgaben der Europäischen Verbraucherpoltik

Die Verbraucherpoltik ist ein vergleichsweise junges Politikfeld der EU.⁴³ Zuerst legte die Europäische Kommission bereits 1975 ein Aktionsprogramm zum Schutz der Verbraucher vor, jedoch wurde Verbraucherpoltik erst im Zuge der Politik zur Vollendung des Binnenmarktes auf der Grundlage der Einheitlichkeit Europäischen Akte (1987) zu einem zentralen Thema. In der Folge wurde 1989 der Dienst »Verbraucherpoltik« geschaffen, der 1997 – unter dem Eindruck der europaweiten BSE-Epidemie – zu einer eigenständigen Generaldirektion »Verbraucherpoltik und Gesundheitsschutz« ausgebaut wurde. In dieser werden außerdem Gegenstandsbereiche wie z. B. Nahrung, Tiere und Pflanzen aufgrund ihrer engen Verzahnung mit Verbraucher- und Gesundheitsfragen reguliert. Bestimmte Politikbereiche sind unter dem Dach einer Generaldirektion zusammengefasst und es ergeben sich vielfältige Schnittmengen zwischen Verbraucher- und Ge-

43 Einen Überblick über das Politikfeld findet sich bei Maier-Rigaud (2011) und Groß-Hüttmann (2011). Ausführliche Analysen finden sich bei Davies (2011) und in vergleichender Perspektive bei Strüeck (2006). Einen Überblick über die jährlichen Entwicklungen im Bereich der Gesundheits- und Verbraucherpoltik findet sich seit vielen Jahren im Jahrbuch der Europäischen Integration. Zuletzt: Schulz-Nieswandt und Maier-Rigaud (2013).

sundheitspolitik insbesondere im Bereich von *public health*. Dies ist bereits unmittelbar aus Titel XV »Verbraucherschutz« des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) ersichtlich. Dieser beginnt mit einer Beschreibung der verbraucherpolitischen Ziele:

»Zur Förderung der Interessen der Verbraucher und zur Gewährleistung eines hohen Verbraucherschutzniveaus leistet die Union einen Beitrag zum Schutz der Gesundheit, der Sicherheit und der wirtschaftlichen Interessen der Verbraucher sowie zur Förderung ihres Rechtes auf Information, Erziehung und Bildung von Vereinigungen zur Wahrung ihrer Interessen« (Art. 169, Absatz 1 AEUV).

Im Rückblick auf die Entwicklung des Politikfeldes lassen sich zwei Faktoren identifizieren, die immer wieder die europäische Verbraucherpoltik vorantreiben haben. Zum einen die Binnenmarktintegration, die über *spill-over-Effekte* auch in vielen anderen Politikbereichen präsent ist und als zentraler Antrieb für die politische und soziale Integration in der EU zu bezeichnen ist. Zum zweiten ist ein spezifischeres Charakteristikum der europäischen Verbraucherpoltik, dass durch Krisenmomente und Skandale (z. B. BSE und Lebensmittelskandale) immer wieder Integrations- und Regulierungsschübe ausgelöst wurden (Große Hüttmann 2011). Dabei ist zu beachten, dass die Binnenmarktintegration ein in den europäischen Verträgen verankerter Antrieb für die Entwicklung der europäischen Verbraucherpoltik ist und somit eine andere Qualität besitzt, als die krisengetriebenen und medial verstärkten Reformimpulse. Zu den in Art. 169, Absatz 1 AEUV genannten Verbraucherschutzzielen trägt die Union durch Maßnahmen »im Rahmen der Verwirklichung des Binnenmarktes« und durch »Maßnahmen zur Unterstützung, Ergänzung und Überwachung der Politik der Mitgliedstaaten« (Art. 169, Absatz 2 AEUV) bei. Damit hat die EU in der Verbraucherpoltik nur insoweit Kompetenzen, als die Maßnahmen dem Binnenmarkt oder den Mitgliedstaaten dienen, bzw. deren Politik kontrollieren. Die beiden Bereiche, in denen die EU Verbraucherschutzmaßnahmen ergreifen kann, sind insofern wichtig zu unterscheiden, da nur die erstgenannten Maßnahmen der Binnenmarktverwirklichung eine Vollharmonisierung zulassen, während die Maßnahmen zur Unterstützung, Ergänzung und Überwachung der Mitgliedstaaten dem Mindestharmonisierungsprinzip folgen, d. h. strengere Schutzmaßnahmen auf der Ebene der Mitgliedstaaten erlauben (Art. 169, Absatz 4 AEUV).

Folglich ist die europäische Verbraucherpoltik in doppelter Hinsicht als eine flankierende Politik konzipiert: Zum einen soll sie der Zersplitterung des Binnenmarktes in nationale Märkte entgegenwirken. Sie ist insofern flankierend, als sie ähnlich wie die Wettbewerbspoltik die Funktionsfähigkeit des Binnenmarktes für Verbraucher und Unternehmer verbessern soll. Damit trägt sie substantziell zu einem Einzelhandelsbinnenmarkt mit 500 Millionen Verbrauchern bei, deren Ausgaben über die Hälfte des BIP der EU ausmachen. Zum anderen kommt der flankierende Charakter darin zum Ausdruck, dass die europäische Verbraucherpoltik an nationale Verbraucherpoltik andockt, damit im weitesten Sinne koordinierend wirkt und auch dem Subsidiaritätsprinzip unterliegt.

Dem Subsidiaritätsprinzip folgend ist Verbraucherschutz⁴⁴ und öffentliche Gesundheit⁴⁵ ebenso wie die überwiegende Zahl der Politikbereiche in Art. 4 des AEUV als ein Bereich geteilter Zuständigkeit zwischen EU und Mitgliedstaaten charakterisiert. Darüber hinaus ist Verbraucherschutz im Vertragstext der EU dezidiert als Querschnittsaufgabe oder horizontale Politik definiert, die in vielen anderen Politikbereichen präsent ist. Die Berücksichtigung von Verbraucherschutz in anderen Politikfeldern ist in Art. 12 AEUV festgelegt: »Den Erfordernissen des Verbraucherschutzes wird bei der Festlegung und Durchführung der anderen Unionspolitiken und -maßnahmen Rechnung getragen.«

Ein Grund, weshalb insbesondere die Kommission die Bereiche öffentliche Gesundheit und Verbraucherschutz in den Vordergrund ihrer Aktivitäten rückt, ist die Abwesenheit von harten Kompetenzen im Bereich der Systeme der sozialen Sicherheit (Art. 153, Absatz 4 AEUV).⁴⁶ Gleichwohl ist ein anderer europäischer Einfluss auch auf die nationalen Gesundheitssysteme spürbar. Bürger sind zunehmend als Verbraucher und Patienten relevante Akteure im Integrationsprozess, die beispielsweise durch Klagen vor dem EuGH die europäische Gesundheitspolitik vorangetrieben haben wie das Beispiel der Patientenmobilitätsrichtlinie (Europäische Union 2011a) deutlich macht (Eigmüller 2012, S. 272–276).

Im Bereich Verbraucherschutz geht die EU in ihrem Bestreben nach einer Angleichung der Rechtsvorschriften zur verbesserten Funktionsfähigkeit des Binnenmarktes von »einem hohen Schutzniveau« aus (Art. 114, Absatz 3 AEUV). Auch wenn dies vertraglich nicht explizit festgelegt wurde, so ist die Stärkung der Verbraucherdimension in allen binnenmarktbezogenen Politikbereichen über die primär ökonomischen Vorteile hinaus auch akzeptanzfördernd für die politische Integration. Ein zentrales Beispiel für dieses Bestreben ist die im Dezember 2009 in Kraft getretene Richtlinie über die Rechte der Verbraucher, die eine Erleichterung des grenzüberschreitenden Einzelhandels anstrebt. Diese neue Richtlinie vereinheitlicht den verbraucherpolitischen Besitzstand, indem vier Richtlinien zusammengeführt wurden. Statt der ursprünglich von der Kommission angestrebten Vollharmonisierung auf der Grundlage von Art. 169, Absatz 4 AEUV wurde

44 Auf die Unterschiede zwischen Verbraucherpolitik und Verbraucherschutz wird hier nicht näher eingegangen. Es sei nur auf den Beitrag von Mäcklitz (2012) verwiesen, der in der Verwendung des Begriffs »Verbraucherpolitik« auf europäischer Ebene eine qualitative inhaltliche Neuausrichtung identifiziert. Seit den 1970er Jahren sei zunehmend auf Verbraucherrechte abgestellt worden, die die Binnenmarktintegration stärken sollen. Dabei wurde der Schutzcharakter von Verbraucherpolitik für schwächere, schutzbedürftige Verbraucher durch die EU vernachlässigt.

45 In einigen Bereichen der öffentlichen Gesundheitspolitik kann bezweifelt werden, ob entsprechend des Subsidiaritätsprinzips tatsächlich ein Tätigwerden auf europäischer Ebene erforderlich ist. Dies gilt beispielsweise für die Bekämpfung des Alkoholkonsums im Rahmen des Europäischen Alkohol- und Gesundheitsforums, in dem *best practice* Erfahrungen im Bereich der Prävention diskutiert werden. Anders sieht es bei Maßnahmen in diesem Bereich aus, die einen Verhaltenskodex für die Alkoholwerbung auf EU-Ebene anstreben (Lindner 2013, S. 50–54).

46 Jedoch bestehen »weiche« Steuerungsmöglichkeiten. Vgl. den Abschnitt zur OMK weiter unten.

eine Mischung aus Voll- und Mindestharmonisierung umgesetzt, mit der Folge, dass in einzelnen Bereichen strengere nationale Standards erlaubt sind. Eine der wesentlichen Neuerungen ist ein europaweit einheitliches Widerrufsrecht von 14 Kalendertagen bei Fernabsatz- und Haustürgeschäften. Der langwierige Weg zum Kompromiss, wie er in der Richtlinie über die Rechte der Verbraucher gefunden wurde, spiegelt grundverschiedene Vorstellungen über die Funktion von Verbraucherpolitik wider. Hinter der Forderung einer Vollharmonisierung steht das ökonomische Ziel eines wachstumskräftigen Binnenmarktes. Indem Unternehmen sich nicht mehr mit einer Vielzahl von nationalen Einzelvorschriften beschäftigen müssen, wird die grenzüberschreitende Aktivität erleichtert und der Einzelhandelsbinnenmarkt gestärkt. Die Forderung einer Mindestharmonisierung folgt primär dem Schutzgedanken vulnerabler Verbraucher, reduziert aber auch die Einpassungsfunktionen bei der Umsetzung von Richtlinien in nationales Recht (Tamm 2013, S. 61; Tonner und Fangerow 2012). Es soll nicht zugelassen werden, dass aus einer ökonomischen Harmonisierungslogik heraus das Verbraucherschutzniveau in einzelnen Mitgliedstaaten nach unten angepasst wird.

Aktuelle Initiativen und Programme der europäischen Verbraucherpolitik lassen keine grundlegende Neuausrichtung erkennen, auch wenn beispielsweise vom Vorschlag einer überarbeiteten Tabakrichtlinie wichtige Impulse zu erwarten sind (vgl. nächster Abschnitt). Im Mai 2012 hat die Europäische Kommission eine Europäische Verbraucheragenda verabschiedet (Europäische Kommission 2012a). Hierin werden die strategischen verbraucherpolitischen Vorhaben der amtierenden Kommission bis zum Ende ihrer Amtszeit Ende 2014 beschrieben. Im Zentrum stehen eine Stärkung von Verbraucherkompetenz und -vertrauen, um das Potenzial des Binnenmarktes auszuschöpfen und einen Beitrag zur EU-Wachstumsstrategie Europa 2020⁴⁷ zu leisten. Auch wenn der AEUV keinen großen genuin motivierten Verbraucherschutzspielraum lässt, verdeutlicht die Europäische Verbraucheragenda, dass die europäische Verbraucherpolitik ähnlich wie die Kohäsionspolitik überwiegend ökonomisch motiviert ist.

Mittelfristig ist das neue Verbraucherprogramm für die Gestaltung der europäischen Verbraucherpolitik maßgeblich. Das neue Verbraucherprogramm für 2014 bis 2020 wird Ende 2013 verabschiedet werden und sieht laut Kommissionsvorschlag ein Gesamtbudget von 197 Millionen Euro vor (Europäische Kommission 2011b). Das Programm ist finanziell deutlich schlechter ausgestattet als das korrespondierende Aktionsprogramm im Bereich Gesundheit. Hauptziel ist, die europäischen Bürger in die Lage zu versetzen, die Vorteile des Binnenmarktes für sich nutzen zu können. Damit zielt die europäische Verbraucherpolitik wiederum primär auf eine Befähigungsstrategie für Konsumenten von Gütern und Dienstleistungen auf grenzüberschreitenden Märkten ab. Im Einzelnen soll dies über vier Einzelziele gelingen: Erstens soll die Produktsicherheit über eine verbesserte Marktüberwachung insbesondere durch das Schnellwarnsystem für gefährliche Verbraucherprodukte (RAPEX) gesteigert werden. Zweitens wird eine

47 Siehe auch S. 168, Fußnote 65.

Verbesserung der Verbraucherinformation und Verbraucherbildung z. B. durch die Unterstützung von Verbraucherorganisationen angestrebt. Drittens soll der Rechtsschutz durch eine Konsolidierung der Verbraucherrechte und eine Stärkung europaweiter alternativer und Online-Streitbeilegungsverfahren verbessert werden.⁴⁸ Viertens zielt die Kommission auf eine effektive Rechtsdurchsetzung durch eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den nationalen Durchsetzungsbehörden (CPC-Net) und innerhalb des Netzes der Europäischen Verbrauchernetzen (ECC-Net).

9.4.2 Europäische Verbraucherpolitik zwischen Paternalismus und Lobbyismus anhand der Beispiele Regulierung des Tabakkonsums und Lebensmittelkennzeichnung

Die Regulierung des Tabakkonsums ist ein Beispiel für die Überschneidung zwischen Verbraucherschutz und öffentlicher Gesundheitspolitik insbesondere aufgrund der negativen Externalitäten. Auf europäischer Ebene existieren in diesem Bereich verschiedene Regulierungen: Vom Werbeverbot der Werberichtlinie, die im Sinne einer Mindestharmonisierung höhere Standards einzelner Mitgliedsstaaten erlaubt, Richtlinien zum Arbeitsschutz und zur Besteuerung bis hin zu verschiedenen Empfehlungen (Strünck 2006, S. 253–257; Britton und Bogdanowicz 2013). Obwohl effektive Politikmaßnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums eindeutig identifiziert und mit geringen Kosten der Implementierung verbunden sind (z. B. Preisregulierung und Medienkampagnen), fehlt in vielen europäischen Ländern der politische Wille, diese einfachen Maßnahmen zu ergreifen (Britton und Bogdanowicz 2013, S. 1593).

Ein wichtiger Schritt, diese Lethargie zu überwinden und eine größere Anstrengung an die Vorgaben der WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) (Weltgesundheitsorganisation 2003) zu erzielen, wurde nun mit einem

48 Die zwei von der Kommission 2011 vorgeschlagenen Rechtsakte zur Stärkung außergerichtlicher Streitbeilegung wurden Anfang 2013 von Parlament und Rat angenommen (Europäische Kommission 2013a). Die Richtlinie über alternative Streitbeilegung (AS) sichert die flächendeckende Verfügbarkeit von außergerichtlichen Streitbeilegungstellen im Falle von Streitigkeiten zwischen einzelnen Verbrauchern und Unternehmen in allen Sektoren mit Ausnahme der Bereiche Gesundheit und Bildung. Die mit der Verordnung über Online-Streitbeilegung (OS) geschaffene europaweite Online-Plattform ermöglicht, bei Problemen in Bezug auf grenzüberschreitende Online-Einkäufe, eine Beschwerde online einzugeben. Diese Maßnahmen sollen Verbrauchern ermutigen, bei Problemen tätig zu werden und kostengünstige und schnelle außergerichtliche Lösungen zu finden (Schulz-Nieswandt und Maier-Rigaud 2013). Die diskutierte Einführung von Verfahren, die kollektive Schadensersatzansprüche auf europäischer Ebene ermöglichen, ist hingegen in weite Ferne gerückt. Damit besteht weiterhin ein ungleicher Rechtszugang, je nachdem ob kollektive Schadensersatzansprüche in dem Mitgliedsland in dem ein Kauf getätigt wurde bestehen oder nicht (Benöhr 2013).

aktuellen Vorstoß der Europäischen Kommission gemacht. Der Kommissionsvorschlag für eine Überarbeitung der Tabakrichtlinie (Europäische Kommission 2012b) von 2001 zielt darauf ab, bestehende Bestimmungen zu aktualisieren, aber auch die in vielen Bereichen uneinheitliche Regulierung des Binnenmarkts zu harmonisieren. In Bezug auf Inhaltsstoffe soll das bestehende obligatorische Meldesystem insbesondere im Hinblick auf ein einheitliches elektronisches Meldeformat weiterentwickelt werden. Die uneinheitliche Handhabung von Zusatzstoffen durch die Mitgliedstaaten soll durch ein europaweites Verbot ersetzt werden. Dieses schließt charakteristische Aromen wie Frucht oder Schokolade sowie mit Energie (z. B. Koffein) oder einem gesundheitlichen Nutzen (z. B. Vitamine) assoziierte Zusatzstoffe in Tabakerzeugnissen aus. Harmonisierung wird auch im Bereich Kennzeichnung und Verpackung angestrebt. So müssen kombinierte Bild-Text-Warnhinweise 75% der Fläche einnehmen und auf beiden Seiten der Verpackung erscheinen. Darüber hinaus sollen Informationsbotschaften über schädliche Stoffe in Tabak und Informationen zur Raucherentwöhnung auf den Verpackungen obligatorisch werden. Werbung sowie Aussagen beispielsweise zu Geschmack oder Gesundheit (etwa »light« oder »weniger schädlich«) sollen sowohl auf Packung als auch auf Produkten untersagt werden. Insgesamt werden Produktaufmachungen angestrebt, die die Eigenschaften des Erzeugnisses widerspiegeln. Weitere Regelungsbereiche betreffen die Rückverfolgung von Tabakerzeugnissen entlang der Lieferkette, die Aufrechterhaltung des Verbots von Tabak zum oralen Gebrauch, die Anmeldepflicht für neuartige Tabakerzeugnisse sowie die Vereinheitlichung der Vorschriften über Arzneimittel zur Raucherentwöhnung.

Am Beispiel des Überarbeitungsvorschlags für die Tabakrichtlinie zeigt sich eine im Politikfeld öffentliche Gesundheit klassische Form der demeritorischen Regulierung⁴⁹. Gemäß Art. 114 AEUV soll ein hohes Gesundheitsschutzniveau etabliert werden, was in diesem Fall eine Regulierung beinhaltet, die sowohl den suchterzeugenden Eigenschaften von Nikotin, als auch den negativen Gesundheitsfolgen des Konsums Rechnung trägt. Es wird mit dem Überarbeitungsvorschlag eine differenzielle Strategie⁵⁰ verfolgt, die das besondere Vulnerabilitätsprofil von Jugendlichen berücksichtigt und gleichzeitig weniger restriktiv ist bei Erzeugnissen, die vorwiegend von älteren Verbrauchern konsumiert werden. So werden beispielsweise Ausnahmen vom Verbot von Erzeugnissen mit charak-

49 Das Konzept der demeritorischen Güter geht auf den Finanzwissenschaftler Musgrave (1910–2007) zurück (Musgrave 1969). Demeritorische Güter sollen nach dem Urteil der politischen Entscheidungsträger in größerem oder geringerem Umfang bereitgestellt werden, als es den Präferenzen der Bürger entspricht. Dies kann durch Konsumzwang, Verbot oder pretiale Lenkung erreicht werden. Die neoklassische Ökonomie sieht die Meritokratie als paternalistische Politik an, da sie in die über die individuelle Zahlungsbereitschaft der Bürger am Markt zum Ausdruck kommenden Präferenzen lenkend eingreift.

50 Unter einer differenziellen Strategie wird eine Verbraucherpolitik verstanden, die Verbrauchertypen mit unterschiedlichen Verhaltensmustern und Fähigkeiten berücksichtigt (Micklitz et al. 2010).

teristischem Aroma bei Zigarren, Zigarillos und Pfeifentabak gerechtfertigt, da diese primär von älteren Konsumenten nachgefragt werden. Insgesamt folgen die vorgeschlagene Richtlinie überwiegend einem Informationsmodell mit stärkeren meritokratischen Zügen, das den Verbrauchern bewusste und informierte Kaufentscheidungen ermöglichen soll. Paternalistische Maßnahmen sind nur bei vulnerablen Gruppen wie Kindern und Jugendlichen vorgesehen. Damit ist der Vorschlag im Einklang mit dem Stand der Meritokrati-Forschung, die gerade differenzielle Paternalismusintensitäten für vertretbar und mit dem normativen Individualismus für vereinbar hält (Kirchgässner 2012, insbesondere S. 3 und 9). Verhältnismäßige ökonomische Studien untermauern die Revitalisierung der Meritokratie, denn sie legen nahe, dass Verhalten nicht nur eine Funktion der Informationsintensität ist, sondern von multiplen, auch situativen Faktoren abhängt. Diese grundlegenden Einsichten legen auch den Überlegungen der Kommission zugrunde; neue Formen der *smart regulation* anzuwenden (Europäische Kommission 2012a). Die Verhaltensökonomik kann somit sowohl die verhaltensökonomische Problemdiagnose schärfen, als auch Hinweise auf die geeignete Instrumentenwahl im Falle politischer Regulierung geben (Sturm 2013, S. 34–36). Der Vorschlag einer überarbeiteten Tabakrichtlinie ist ein Beispiel für eine solche *smart regulation*.

Der Rat hat den Richtlinienvorschlag der Kommission nach kleineren Änderungen angenommen.⁵¹ Ob das Europäische Parlament dem Vorschlag folgen wird, ist hingegen eine offene Frage. Grundsätzlich werden die Interessen von Verbrauchern im Gegensatz zu den konzentrierteren Industrieinteressen als diffus gesehen. Hieraus ergibt sich entsprechend der klassischen Analyse kollektiver Handlung von Olson a priori eine vergleichsweise schlechtere Organisierbarkeit von Verbraucherinteressen. Die These von Trumbull besagt, dass diffuse Interessen nicht unbedingt schwächer sein müssen als konzentrierte Interessen. Werden unterschiedliche Gruppenziele (pragmatisch vs. idealistisch) hinzugezogen, so zeigt sich, dass auch bei diffusen, aber pragmatischen Interessen – wie sie typischerweise bei Verbrauchern vorliegen – eine effektive Einflussnahme auf politische Entscheidungsprozesse erzielt werden kann (Trumbull 2012, S. 7–11). Entscheidend für den Erfolg dieser Interessengruppen ist, ob sie über legitimierte Narrative und *framing* die breite Unterstützung in der Bevölkerung oder zumindest eine Deutungshebel sicherstellen können (Trumbull 2012, S. 26–29) und des politischen Systems, wie das der EU, eine Vielzahl von Zugangspunkten für Interessengruppen, von denen überwiegend diffuse (Verbraucher-)Interessen profitieren (Strünc 2006, S. 48). Dies ist auch für den Bereich der Tabakregulierung auf europäischer Ebene gültig (Strünc 2006, S. 271).

Es wird aber noch diskutiert, woran es liegen mag, dass in manchen Fällen die Verbraucherinteressen sich eben doch nicht durchsetzen. So zum Beispiel bei

51 So hat der Rat eine Reduktion der ursprünglich geplanten kombinierten Bild-Text-Warhinweise, die 75% der Fläche von Vorder- und Rückseite einnehmen sollten, auf nunmehr 65% reduziert (Rat der Europäischen Union 2013).

der 2011 erlassenen EU-Verordnung zur Lebensmittellkennzeichnung (Europäische Union 2011b). Nach mehrjähriger Kontroverse wurde die bislang freiwillige Nährwertkennzeichnung auf Lebensmitteln verbindlich, allerdings konnte sich die plakativere Lösung einer einfach zu verstehenden und gut lesbaren Ampelkennzeichnung nicht durchsetzen. Dies verwundert zunächst vor dem Hintergrund verhaltensökonomischer Erkenntnisse, denen zufolge die Ampelkennzeichnung Verbrauchern hilft, gesündere Lebensmittel zu identifizieren (Bornmeier und Westerhoef 2009, Hagen 2010). Während der Kommissionsvorschlag noch weitgehend den Vorstellungen von Verbrauchergruppen und Gesundheitsaktivisten entsprach, wurde durch den Rapporteur für den zuständigen Ausschuss des Europäischen Parlaments der Vorschlag industriefreundlich abgewandelt und durch das Parlament schließlich angenommen (Kurzer und Cooper 2013, S. 725–729). Neben den individuellen ideologischen Präferenzen des Rapporteurs scheint das *framing* durch Verbrauchergruppen anders als im Tabakbereich nicht stark genug gewesen zu sein, um die öffentliche Meinung zu mobilisieren (Kurzer und Cooper 2013, S. 736).

Diese beiden Beispiele illustrieren unterschiedliche Muster europäischer Verbraucherpolitik. Die Lebensmittellkennzeichnung ist durch erfolgreiches Lobbying von Seiten der Lebensmittelindustrie geprägt und weist entsprechend keine bis wenige paternalistische oder meritokratische Züge auf, und das trotz eindeutiger verhaltensökonomischer Anhaltspunkte für die Vorteile einer Entscheidungshilfe für Verbraucher. Die vorgeschlagene Tabakregulierung hingegen ist verhaltensökonomisch informiert und folgt einem sanfteren sowie differenziellen Paternalismus. Sollte am Ende die Tabakrichtlinie in ähnlicher Form vom Europäischen Parlament angenommen werden, so wäre dies voraussichtlich auch ein Erfolg von Verbraucherinteressen gegenüber den wirtschaftlichen Interessen der Tabakindustrie.

9.5 Offene Methode der Koordinierung

Auf der Sondertagung des Europäischen Rates am 23.–24. März 2000 in Lissabon einigte sich der Europäische Rat auf ein strategisches Ziel für die EU, nämlich »das Ziel, die Union zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum in der Welt zu machen – einem Wirtschaftsraum, der fähig ist, ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einem größeren sozialen Zusammenhalt zu erzielen« (Europäischer Rat 2000, Absatz 5). Zur Umsetzung dieser globalen Strategie, der sog. Lissabon-Strategie, wurde zeitgleich ein Verfahren identifiziert, welches seither als *Offene Methode der Koordinierung* (OMK) firmiert. Das Zustandekommen der Lissabon-Strategie ist im Lichte der spezifischen Akteurskonstellation zu sehen: 2000 war ein Großteil der Regierungen der EU-Mitgliedstaaten sozialistisch, sozialdemokratisch oder sozialliberal geprägt, was sich positiv auf die Inklusion

sozialpolitischer Themen im intergouvernementalen Verhandlungsprozess der EU auswirke. Weiter erhöhte sich die Perzeption gegenüber externen (z. B. im Kontext der Globalisierung⁵²) und internen (z. B. im Kontext fiskalpolitischer Beschränkungen, dem demografischen Wandel oder soziostrukturelle Veränderungen) Herausforderungen, welche sozialpolitischen Handlungsbedarf für die EU-Mitgliedstaaten determinieren. Bei der Adressierung dieser Problemlagen stehen die EU-Mitgliedstaaten vor einem (Sozialpolitik-)Dilemma: Einerseits beziehen sich die Herausforderungen auf klassische Kernbereiche nationaler Wohlfahrtsstaaten, bei denen die Mitgliedstaaten zögern, Kompetenzen an die supranationale EU-Ebene zu übertragen. Andererseits ist zu bezweifeln, dass einzelne Akteure über ausreichende Kenntnisse, Informationen und Macht verfügen, die komplexen Problemlagen alleine adäquat zu lösen (Héritier 2001, S. 2). Vor diesem Hintergrund wurde die OMK als ein Verfahren eingeführt, welches »(...) den Mitgliedstaaten eine Hilfe bei der schrittweisen Entwicklung ihrer eigenen Politik sein« (Weidenfeld und Wessels 2011, S. 443) soll. Mit der OMK wurde ein Instrument geschaffen, mit dem die beschränkte Reichweite des EU-Sozialrechts (insbesondere im polymorphen und komplexen Feld der Gesundheitspolitik⁵³) partiell umschifft werden kann, und zwar in der Absicht, jene Politikfelder zu thematisieren, in denen die EU keine direkten Rechtssetzungskompetenzen besitzt. Die OMK verfügt somit über das Potenzial, im Einklang zur sozialpolitischen Gesamtstrategie der EU, Fortschritte zu initiieren und zu modernisieren, welche durchaus – teleologisch gewollte – schleichende Harmonisierungsprozesse auslösen können (Schulz-Nieswandt 2012a, S. 100; Schulz-Nieswandt et al. 2010, S. 130), allerdings grundsätzlich die Vielfalt nationalstaatlicher Gepflogenheiten zu berücksichtigen haben. Die OMK ist somit ein zentrales Element zur Steuerung sozialpolitischer Reformen in der EU (Weishaupt 2013, S. 61).

Folgend wird die OMK knapp – unter Verweis auf weiterführende Literatur⁵⁴ – in ihrer Logik als softes Steuerungsinstrument, in ihrer Genese sowie in ihrer Struktur skizziert. Abschließend erfolgt eine kurze Bewertung des Instruments.

52 Globalisierung in einem allgemeinen Verständnis kann beschrieben werden als ein grenzüberschreitender, Zeit und Raum verdichtender Prozess (Deacon 2007). Ein Maß der Vielzahl der Globalisierungsdefinitionen herausgegriffener Versuch, ein breites Verständnis des Begriffs zu fundieren stammt von Held et al. (Held et al. 1999, S. 5), die Globalisierung als »(...) the widening, deepening and speeding up of world-wide inter-connectedness in all aspects of contemporary life« definieren.

53 Lamping und Steffan (2009, S. 1361) bezeichnen die EU-Gesundheitspolitik als »chaotisch« (einem Kunstbegriff aus den Wörtern »chaos« und »order«) vor dem Hintergrund der geteilten Kompetenz in der Sozialpolitik. In diesem Kontext ist folgendes Zitat der Europäischen Kommission (2004, S. 16) zu verstehen: »Respecting national responsibility for health systems does not mean doing nothing at European level«.

54 Vgl. allgemein zur OMK z. B. Heidenreich und Zeitlin (2009), Preunkert (2009), Kössger (2008), Dawson (2008), Höchstreiter und Zeitlin (2007), Zeitlin et al. (2009), Borrás und Greve (2004), Borrás und Jacobsson (2004), Schäfer (2004) oder Göbel (2002).

9.5.1 Steuerungslogik

In ihrer Logik ist die OMK als neue und/oder softere Form des Regierens in der EU zu bezeichnen und von der klassischen, hierarchischen Form der Gesetzgebungsprozesse (Gemeinschaftsmethode) zu unterscheiden. Eberlein und Kerwer (2002, S. 2) beschreiben neue Regierungsformen wie folgt: »They build on participation of private actors in policy formulation, relying on broad consultation and substantive input. Policy-making follows a procedural logic in which there is joint target setting and peer assessment of national performances under broad and unsanctioned European guidance.« Anhand der Kriterien Steuerungslogik, Kernelemente und Sanktionsmöglichkeit werden die Funktionslogik und Hauptunterschiede zwischen neuen und klassischen Regierungsformen in folgender Tabelle dargestellt.

Tab. 1: Neue und klassische Regierungsformen

Kriterien	Neue Regierungsformen	Klassische Regierungsformen
Steuerungslogik	freiwilliges, reziprokes Lernen	Gewaltmonopol
Kernelemente	Freiwilligkeit, Integration, Flexibilität, Vielfalt der beteiligten Akteure	Zentralisierung, funktionale Segmentierung, vertikale Strukturen
Sanktionsmöglichkeiten	weiche Sanktionen: Pranger-Mechanismen via »naming & shaming«	harte Sanktionen: z. B. Vertragsverletzungsverfahren
Beispiel	OMK	Gemeinschaftsmethode: Verordnungen, Richtlinien und Entscheidungen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Best und Boosaert (2002, S. 3), Héritier (2001, S. 3 und 33), Pochet (2002, S. 36) sowie Trubek und Mosher (2001, S. 9–10).

Jachtenfuchs (2001, S. 255) unterstreicht, dass die Entscheidungsfindungsprozesse der EU weniger von einer Dichotomie, sondern von einer Koexistenz der beiden Formen des Regierens geprägt sind und sich somit eher ergänzen als ausschließen. Die OMK als bekanntestes Beispiel neuer Regierungsformen ist mit den Worten Wincotts (2003, S. 535) zu beschreiben als »[...] one range of new policy instruments that characteristically eschew the Community method. They are non-binding – they do not use formal, typically legal, sanctions (that is, they are »soft« rather than »hard«) – but involves codes of conduct, benchmarking and inter-state »co-operation« rather than construction and enforcement of formally binding laws«. Als spezifische Charakteristika und Trennlinien, die die OMK auch von anderen Formen der weichen Steuerung unterscheidet, identifizieren Borrás und Jacobsson (2004, S. 188) folgende sieben Merkmale der OMK als einen auf Lernerfolge (1) zielenden zwischenstaatlichen (2), iterativen Prozess (3), der verschiedene Politikbereiche (4), Entscheidungsebenen (5) und zivilgesellschaftliche

Akteure (6) miteinander verknüpft, dessen politische Kontrolle allerdings auf der obersten Ebene angesiedelt ist (7). Die OMK basiert dabei auf der Erstellung von gemeinsamen, EU-weiten Leitlinien, einschließlich konkreter Fahrpläne, der Festlegung von Indikatoren und Benchmarks, um den Vergleich zwischen Nationalstaaten untereinander zu fördern, der Umsetzung von Leitlinien in den nationalstaatlichen Kontext, sowie der Erstellung von nationalen Berichten auf deren Basis – unter Zuhilfenahme der erstellten Statistiken – eine Bewertung und gegenseitige Prüfung (*peer review*) möglich ist, die dann zum gegenseitigen Lernen beitragen soll (Europäischer Rat 2000, Absatz 37).

9.5.2 Genese

Obwohl der Beschluss über die Einführung der OMK als neues Verfahren auf den Europäischen Rat von Lissabon 2000 zurückzuführen ist, können Vorläufer in früheren Koordinierungsverfahren auf EU-Ebene, nämlich dem Luxemburg- und dem Cardiff- und dem Köln-Prozess identifiziert werden.⁵⁵ Seit ihrer Einführung wurde die OMK in verschiedenen Bereichen implementiert und entsprechend adaptiert. Folgerichtig ist nicht von einer OMK⁵⁶ zu sprechen. Die Ausgestaltung des Verfahrens bedarf somit einer politikfeldspezifischen Analyse. In Folge des Lissabon-Gipfels wurde zunächst 2000 eine OMK im Bereich der sozialen Eingliederung⁵⁷ eingeführt, es folgten 2001 die OMK im Bereich der Alterssicherung⁵⁸ und 2004 die OMK im Bereich Gesundheit und Langzeitpflege.⁵⁹ Mit dem Ziel, diese drei Prozesse zu vereinfachen und zu vereinfachen, wurde durch den Europäischen Rat 2006 eine neue gestraffte OMK *Sozialschutz und soziale Eingliederung* geschaffen, die die drei Bereiche thematisch umschließt. Für die Mitglieder hat dieses *streamlining* den Vorteil, dass sie nur alle drei Jahre einen deutlich kürzeren Nationalen Strategiebericht für Sozialschutz und soziale Eingliederung mit drei fachspezifischen Kapiteln verfassen müssen. Mit dem Lissabonner Vertrag wurde eine vertragliche Basis für die OMK *Soziales* geschaffen. Art. 5, Absatz 3 AEUV (Europäische Union 2008) besagt: »Die Union kann

55 Der Luxemburg-Prozess (benannt nach dem Europäischen Rat von Luxemburg) beschreibt die Koordinierung zur Umsetzung der Europäischen Beschäftigungsstrategie (EBS, vgl. z. B. Kröger (2010), Umbach (2009) oder Raveaud (2007)). Der Cardiff-Prozess umfasst zwei unterschiedliche Koordinierungsprozesse, den horizontalen Einbezug von Umweltschutz bei der Formulierung und Implementierung von Lösungen in allen Politikbereichen einerseits und die Innovationsfähigkeit von Märkten in der EU andererseits. Der Prozess *op Kolsch* betrifft die Koordinierung der Wirtschaftspolitik.

56 Andere Bereiche, in denen die Verfahrenslogik der offenen Koordinierung zur Anwendung kommt, sind z. B. die Politikfelder Wirtschaftspolitik, Beschäftigung, Haushaltskonsolidierung, Bildung, Unternehmenspolitik, Information, Forschung und Entwicklung, Nachhaltige Entwicklung, Migration, Besteuerung, Tourismus, Einwanderung und Jugendpolitik.

57 Vgl. zur OMK *Armut* z. B. Kröger (2009).

58 Vgl. zur OMK *Alterssicherung* z. B. Natali (2009 und 2011).

59 Vgl. zur OMK *Gesundheit und Langzeitpflege* z. B. Greer und Vanhercke (2010), GVG (2010 und 2005) oder Flear (2009).

Initiativen zur Koordinierung der Sozialpolitik der Mitgliedstaaten ergreifen«, wodurch allerdings im Einklang mit Art. 151 und 153 AEUV keine Veränderung in Hinblick auf die Kompetenzverteilung zwischen EU und den Mitgliedstaaten impliziert wird. Eine Konkretisierung der sozialpolitischen Koordinierungsbefugnisse findet sich in Art. 156 AEUV in Zusammenspiel mit Art. 160 AEUV.

9.5.3 Prozess

Der Prozess der OMK *Soziales* läuft analog zur OMK *Beschäftigung* (im Sinne des Art. 148 AEUV), allerdings mit einigen Unterschieden, die folgend dargelegt werden sollen. Der Prozess ist dabei als ein iteratives, mehrfach reflexives Regulierungsverfahren (Trubek und Trubek 2007) zu fassen. Auf Vorschlag der Kommission legt der Rat mit qualifizierter Mehrheit gemeinsame Ziele (allerdings keine Leitlinien) und Zeitpläne fest, welche die Mitgliedstaaten in der Formulierung und Implementierung ihrer Sozialpolitik berücksichtigen sollen. Neben den Zielen, welche für die drei Bereiche formuliert werden, existieren für die OMK *Soziales* allgemeingültige Ziele.⁶⁰ Die Ziele im Bereich Gesundheit (und Langzeitpflege)⁶¹ sind die Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung des freien Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen und die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten (1), die Erhaltung bzw. Steigerung der Qualität der Versorgung (2) sowie die Gewährleistung der langfristigen finanziellen Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme (3).⁶² Auf die Formulierung der Ziele folgt die Definition entsprechen-

60 Übergreifende Ziele sind die Förderung von sozialem Zusammenhalt, die Gleichbehandlung von Frauen und Männern, die Chancengleichheit durch angemessene, nachhaltige und zugängliche Sozialschutzsysteme und Maßnahmen der sozialen Eingliederung, die Interaktion mit den Lissabon-Zielen, der Einbezug der EU-Strategie für nachhaltige Entwicklung, Transparenz, *good governance* und die Beteiligung von Interessengruppen.

61 Ziele im Bereich der sozialen Ausgrenzung sind die Bekämpfung von Kinderarmut, die aktive Eingliederung der am meisten benachteiligten Gruppen in Gesellschaft und Arbeitsmarkt, die Gewährleistung von angemessenen Wohnraum, die Überwindung der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen, Migranten und anderen von Diskriminierung betroffenen Gruppen, sowie die Bekämpfung von Überschuldung bzw. von Formen finanzieller Ausgrenzung. Ziele im Bereich der Alterssicherung sind die Gewährleistung des Zugangs zu angemessenen Renten für alle Personen unter Berücksichtigung der finanziellen Nachhaltigkeit der Alterssicherungssysteme, sowie die Erhöhung der Transparenz und Information in Bezug auf die Alterssicherung (Europäische Kommission 2008, S. 10–11).

62 Ein verbesserter Zugang zu Gesundheitssystemen drückt sich u. a. aus in verkürzten Wartezeiten, der universellen Absicherung der Bevölkerung gegenüber dem sozialen Risiko Krankheit, der Reduzierung von regionalen Disparitäten oder in der Reduzierung von Kultur- und Sprachgrenzen bei der Inanspruchnahme von Leistungen. Ein verbesserter Qualitätsangebot ist u. a. im Lichte von patientenorientierten und evidenzbasierten Angeboten, dem verstärkten Einsatz von Präventionsmaßnahmen sowie der verbesserten Integration von Versorgungsleistungen zu sehen. Der Aspekt der Nachhaltigkeit zielt u. a. auf den Mangel an medizinischem und pflegerischem Personal und den einsetzenden transnationalen Migrationsbewegungen, dem Verhältnis von ambulanter und stationärer sowie von primärer und sekundärer Versorgung, dem Einsatz von (gerischen) Arzneimittel und den Effizienzreserven von Präventionsmaßnahmen.

der quantitativer und qualitativer Indikatoren durch den Ausschuss für Sozial-
schutz.⁶⁵ In nationalen Strategieberichten (*National Strategic Reports*) bewerten
die Mitgliedstaaten die Situation im Hinblick auf die drei Bereiche der OMK. So-
ziales und legen dar, welche Strategien sie verfolgen, um die für den festgelegten
Zeitraum geplanten Ziele zu erreichen. In einem weiteren Schritt erstellen Kom-
mission und Rat jährlich den gemeinsamen Bericht über Sozialschutz und soziale
Eingliederung in der EU (*Joint Report on Social Protection and Social Inclu-
sion*)⁶⁶ in der Absicht, erzielte Fortschritte zu bewerten. Im Gegensatz zur OMK
Beschäftigung sieht die OMK Soziales nicht vor, dass der Rat (auf Vorschlag
der Kommission) Empfehlungen zur Anpassung nationaler Handlungen abgeben
kann. Der Europäische Rat nutzt den Sozialschutzbericht als Quelle zur grund-
legenden politischen Orientierung für die Schlussfolgerungen auf seiner Früh-
jahrstagung. Obwohl die zukünftige Ausgestaltung der OMK im Kontext der In-
tegration in die Europa 2020-Strategie (Europäische Kommission 2010a)⁶⁷ noch
ungewiss ist, zeichnen sich wesentliche Änderungen (Rat der Europäischen Union
2011) ab. So ist davon auszugehen, dass der Name OMK Soziales in dieser Form
nicht mehr in Gebrauch sein wird, selbst wenn Inhalte und Gliederung beibehal-
ten werden. Die gemeinsamen Berichte werden grundsätzlich nicht mehr verfasst
und durch Berichte des Ausschusses für Soziale Sicherheit ersetzt. Der Umfang

63 Aktuell existieren 34 Indikatoren, welche die einzelnen Ziele multidimensional zu er-
fassen versuchen. Allerdings werden nur neun dieser Indikatoren für internationale Ver-
gleiche herangezogen. Beispiele für Indikatoren sind der Anteil der krankenversicherten
Bevölkerung, Impfraten, Gesundheitsausgaben oder Sterblichkeitsraten (Europäische
Kommission 2013b).

64 Vgl. für den letzten Bericht aus dem Jahr 2010 Rat der Europäischen Union (2010).

65 *Europa 2020* ist die auf zehn Jahre ausgerichtete, auf Wachstum zielende Nachfolgestra-
tegie zur Lissabon-Strategie, die durch den Europäischen Rat im Juni 2010 verabschiedet
wurde. Als Ziele der Strategie werden Beschäftigung und Wachstum identifiziert und
zwar ein Wachstum, das gleichzeitig intelligent, nachhaltiger und integrativer Natur
sein soll, operationalisiert in folgenden fünf Zielvorgaben: Beschäftigungsquote (75%),
Investitionen in Forschung und Entwicklung (3% des BIPs), 20-20-20 Umweltziele (Stre-
gerung der Energieeffizienz um 20%, Erhöhung des Anteils erneuerbarer Energien auf
20% und Reduzierung der Treibhausgasemissionen um 20% gegenüber 1990), Redu-
zierung der Quote vorzeitiger Schulabgänger auf unter 10%, Erhöhung des Anteils der
30 bis 34-jährigen mit Hochschulabschluss auf mindestens 40% sowie die Reduzierung
der Zahl derer, die von Armut und sozialer Ausgrenzung betroffen oder bedroht sind,
um 20 Millionen. Zwar ist die *Europa 2020-Strategie* klar auf Wachstum ausgerichtet,
die nationale Gesundheitspolitik wird allerdings in dieser Wachstumslogik subsumiert.
Vertikell zur Umsetzung der Ziele ist eine Neuausrichtung der wirtschaftspolitischen Ko-
ordination, u. a. durch die Einführung eines *Europäischen Semesters*, ein definierter
jährlicher Zyklus der wirtschaftspolitischen Koordinierung auf EU-Ebene, der u. a. köber-
krete länderpezifische Empfehlungen enthält (Europäische Kommission 2010a). Die un-
tegriterten Leitlinien (Europäische Kommission 2010b), die der Strategie zugrunde liegen,
besitzen mit Leitlinie Nr. 10 (neben Leitlinie Nr. 7 bis 9, die sich auf Beschäftigungs- und
Bildungspolitik beziehen) sozialpolitischen Bezug, ohne dabei allerdings das Politikfeld
Gesundheit (genauso wie die Politikfelder Alterssicherung und Langzeitpflege) direkt
anzusprechen. Die Jahreswachstumsberichte nehmen allerdings direkt den Bezug zur na-
tionalen Gesundheitspolitik als Wachstumsbereich und können gesundheitsbezogenen
Reformempfehlungen enthalten (Europäische Kommission 2013c).

und somit die administrative Belastung der zukünftig freiwillig verfassten nationa-
len Strategieberichte wird verkürzt werden (Weishaupt 2013, S. 78). Ob diese
Änderungen und die Integration der OMK Soziales in die Europa 2020-Strategie
eine Aufwertung sozialpolitischer Koordinierung bedeuten oder ob ihre Auto-
nomie und Eigenständigkeit untergraben wird, bleibt abzuwarten (Natali 2010).

9.5.4 Mechanismen

Die Mechanismen, die bei der Umsetzung der OMK zur Anwendung kommen,
können sich je nach Blickwinkel und Betonung der Gewichtung in den Verhält-
nissen der Wirkrichtung (sozialisierende *top-down*- oder diskursive *bottom-up*-
Effekte) stark unterscheiden. Folgende Mechanismen lassen sich grundlegend
identifizieren: Peer pressure (1): über die Vermeidung negativer Schlagzeilen (*na-
ming & shaming*) wird ein sanfter Veränderungsdruck ausgeübt. Im Prozess der
Diffusion (2) wird die OMK als funktional ablaufender Prozess betrachtet. Wei-
ter kann die OMK Diskurse (3) über gemeinsame Probleme, Herausforderungen,
Werte und Ideen anstoßen und somit zur Entwicklung einer gemeinsamen Spra-
che beitragen. Informations- und/oder Kapazitätsmängel (z. B. in der Verwaltung
kleinerer Mitgliedstaaten) können Prozesse der Nachahmung einleiten. Ähnlich
der Nachahmung, allerdings aktiver in der Perzeption, sind Prozesse des *policy
learnings*, in denen alternative Lösungen bzw. die Suche nach besten Lösungen
(*best practices, benchmarks*)⁶⁶ (4) idealerweise in den nationalen Kontext ein-
gepasst werden und somit eine institutionelle Einbettung erfahren. Zentral für
alle Mechanismen ist dabei die Methode des Vergleichens vor dem Hintergrund
eines ähnlichen Problemverständnisses und auf Basis einer gemeinsamen statisti-
schen Grundlage. Lamping und Steffen (2009, S. 1366) betonen darüber hinaus
die Entwicklung von epistemischen Gemeinschaften im Kontext der OMK durch
die Bereitstellung permanenter Austauschplattformen. Zeitlin (2009) ergänzt die
Wirkmechanismen um einen weiteren Faktor, in dem er finanzielle Anreize für
die Mitgliedstaaten anspricht, welche z. B. über das PROGRESS-Programm⁶⁷
und über die Kohäsionsfonds der EU gesetzt werden. Seit 2003 unterhält die EU
ein Gesundheitsprogramm zur Förderung gesundheitspezifischer Projekte, wel-
che die Umsetzung der OMK-Ziele unterstützen sollen. Die zweite Förderperiode
des Gesundheitsprogramms 2008-2013 umfasst ein Volumen von 321,5 Millio-
nen Euro (Europäische Kommission 2013e). Im November 2011 hat die Kom-
mission ihr drittes mehrjähriges Aktionsprogramm im Bereich der Gesundheit
vorgeschlagen (Europäische Kommission 2011c). Unter dem Titel »Gesundheit

66 Angesichts des multiplen *benchmarking* ist es durchaus unwahrscheinlich, ein nationa-
les Beispiel für ein in jeder Hinsicht eindrucksvolles Optimum zu finden. Die nationale
Bilanz ist meist gemischt. Und umso mehr dürfte es unwahrscheinlich sein, ein einzelnes
politikfeld-übergreifendes *benchmark* zu finden. Kein Land wird in toto, also in jeder
Hinsicht die »beste aller Welten« aufweisen (Schulz-Nieswand et al. 2010, S. 139).

67 Siehe hierzu auch Europäische Kommission (2013d).

für Wachstum« soll das Programm für den Zeitraum 2014 bis 2020 mit 446 Millionen Euro ausgestattet werden.⁶⁸

9.5.5 Interpretation

Bei der Interpretation der OMK⁶⁹ muss die Frage nach dem realen Nutzen der OMK (Sozialies) gestellt werden. Kann die OMK Einfluss auf die nationale Politikgestaltung geltend machen oder handelt es sich eher um ein Scharadespiel? Die Kernfragen drehen sich dabei um die Legitimität und die Effektivität der OMK. Seit ihrer Einführung wird hierbei eine kontroverse wissenschaftliche Debatte geführt.⁷⁰ Probleme hinsichtlich der Legitimität (genauso wie Lücken im Hinblick auf die öffentliche Perzeption) sind evident. Auch wenn viele Akteure (insbesondere des dritten Sektors) grundsätzlich in die OMK eingebunden werden können, ist vor allem die parlamentarische Verankerung des Verfahrens rudimentär und daher demokratiedefizitär. Problematisch ist auch die Beurteilung der Effektivität. Der flexible und multidimensionale Charakter der OMK gestaltet jegliche Evaluierung als schwierig, was einerseits als Offenheit interpretiert, andererseits aber auch als Fehlen von kausalen Zusammenhängen bemängelt werden kann. Beispielfür hierfür seien die möglichen Konflikte der Ziele im Bereich Gesundheit angeführt. Das Dilemma zugänglicher und qualitativ hochwertiger, aber gleichzeitig auch bezahlbarer Dienstleistungen ist offensichtlich und wird im Prozess der OMK nicht – z. B. über eine Rangliste der Ziele – gelöst, verbleibt somit offen und (politisch) interpretierbar. Weishaupt (2013) bestätigt in seiner Analyse moderat-kognitive und agendasetzende Effekte der OMK. Die weitverbreitete Kritik, dass die EU, quasi durch die Hintertür, versucht, die Sozialsysteme aktiv zu gestalten, umzuformen und/oder zu harmonisieren, sieht Weishaupt nicht bestätigt. Vielmehr resümiert seine Analyse darin die OMK als vertane Chance, Reformen dynamischer zu gestalten. Die negative Kritik an der OMK dreht sich wesentlich um das Argument, dass die OMK einen Mangel an Sanktionsmöglichkeiten ausweist und die Bereitschaft für gegenseitiges Lernen ohne einen »Schatten der Hierarchie« (Héritier und Lehmkuhl 2008) weitestgehend nur zu symbolischen Aktivitäten, also einem Schönheitswettbewerb führt (Eberlein und Kerwer 2009, S. 2). Allerdings lässt sich diesbezüglich auch fragen: Ist die mangelnde Verbindlichkeit eher Problem oder vielleicht auch Potenzial? Positiv ist die OMK hinsichtlich ihrer zunehmenden Verfestigung als weiches Verfahren sowie hinsichtlich der umfassenden Diskussion ihrer Ziele zu evaluieren. Empirisch lassen sich, insbesondere in den Politikfeldern Alterssicherung und Arbeitsmarktpolitik, durchaus Harmonisierungsprozesse in den Mitgliedstaaten beobachten, wobei der kausale

68 Die vier zentralen Ziele des Programms sind beschrieben in Schulz-Nieswandt und Maier-Rigaud (2012).

69 Eine umfassende Analyse der Wirksamkeit und Auswirkungen der OMK *Socialies* liefert das Public Policy and Management Institute in Zusammenarbeit mit dem European Social Observatory (2011).

70 Vgl. knapp zusammenfassend z. B. Kröger (2010) oder Vanbercke (2010).

Zusammenhang zwischen Harmonisierung und OMK nicht eindeutig belegbar ist. Dass die OMK allerdings zumindest das Potenzial besitzt, Gestaltungsspielräume für die nationale Politikformulierung zu eröffnen, ist weitgehend unumstritten. Bei voller Wahrung der nationalen Souveränität und unter Achtung des Subsidiaritätsprinzips lassen sich gemeinsame Herausforderungen thematisieren und allgemeine – im Sinne eines Europäischen Sozialmodells⁷¹ – Ziele entwickeln, und zwar Politikfelder betreffend, die nicht vergemeinschaftet sind. Dass die Wirkungswiese der OMK zunächst von der Bereitschaft der Akteure für gegenseitiges Lernen abhängt (Weishaupt 2013, S. 65), erscheint trivial, ist damit aber nicht weniger grundlegend. Lamping und Steffen (2009, S. 1374) weisen darauf hin, dass eine Bewertung der OMK eigentlich nur im Lichte anderer Einflussphären der Europäischen Sozialpolitik (z. B. über die Ausgestaltung der Grundrechte, der Rechtsprechung des EuGH oder der interregionalen Umverteilungspolitik über die Kohäsionsfonds) zu sehen ist. Über dieses Zusammenspiel generieren sich Einwirkungsmöglichkeiten auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten, die deutlich über die formal festgeschriebenen Normen der EU hinausgehen. So finden z. B. die Ziele der OMK verstärkt Berücksichtigung bei der Interpretation Europäischen Rechts durch den EuGH. Die OMK als vergleichendes und diskursives Instrument besitzt zumindest das Potenzial, Lernprozesse zu generieren. Sie stellt sicherlich kein Allheilmittel dar, die konstitutionellen Asymmetrien der Union zu lösen (Mossialos et al. 2010, S. 41). Zu berücksichtigen ist, dass die Formulierung einer EU-Gesundheitspolitik im Schnittbereich von Wirtschaftspolitik, Sozialpolitik und Gesundheitspolitik stattfindet und von unterschiedlichsten Akteuren mit jeweils spezifischen, teils widersprüchlichen Interessen beeinflusst wird. Von besonderer Bedeutung ist hierbei der Dualismus zwischen wirtschaftspolitischer und sozialpolitischer Koordinierung, der sich aktuell im Lichte der Wirtschafts- und Finanzkrise(n) spiegelt. Die diversen Anpassungsprogramme⁷², welche in direkter Linie zu den aktuellen Krisen stehen, haben weitreichende Einflüsse auf die Sozial-, insbesondere auch auf die Gesundheitspolitik, der Mitgliedstaaten. So sind z. B. die Gesundheitssysteme Griechenlands (Kremalis 2013; Kentikelenis et al. 2012; Europäische Kommission 2012d und 2012e) und Portugals (Mendes 2013; Barros et al. 2011; Europäische Kommission 2012f) von

71 Vgl. zum Europäischen Sozialmodell z. B. Alber (2010), Montanari et al. (2008), Oppen (2007), Annesley (2007), Haar und Copeland (2010), Giddens (2006), Jepsen (2005), Wickham (2002) und Scharpf (2002).

72 Im Dezember 2011 trat die Reform des Stabilitäts- und Wirtschaftspakts der EU in Form von einer Richtlinie und fünf Verordnungen (Europäische Union 2011c-h), auch als *six pack* bezeichnet, in Kraft. Mit dieser Reform wird die wirtschaftspolitische Koordinierung erweitert und werden die Interventions- und Sanktionsmöglichkeiten der EU gestärkt. Zusätzlich zu diesem (supranationalen) Reformpaket, welches für alle 27 Mitgliedstaaten verbindlichkeit besitzt, haben 25 Mitgliedstaaten einen intergouvernementalen Vertrag über Stabilität, Koordinierung und Steuerung in der Wirtschafts- und Währungsunion (Rat der Europäischen Union 2012) unterzeichnet, welcher u. a. eine Schuldenbremse einführt und allg. Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten erweitert. Allgemein Antpöhler (2012) und Schalte (2013), sowie deren Implikationen für die Gestaltung nationaler Gesundheitspolitik Lamping (2013).

einer Reihe von Anpassungsmaßnahmen betroffen, welche direkten Einfluss auf das Ausgabenniveau (im Sinne von Kostendämpfung) und/oder die Struktur der Systeme (im Sinne von Leistungseinschränkung) und in Folge dessen einen partiellen Souveränitäts- und Autonomieverlust implizieren.⁷⁵ Weiterreichende indirekte Effekte, z. B. die zunehmenden Migrationsbewegungen im Sinne eines *medical care drains*⁷⁶ von Süd- und Osteuropa in Richtung Nord- und Westeuropa sind zu erwarten bzw. bereits eingetreten. Es scheint offensichtlich, dass der sukzessiven Zunahme von Koordinierungsbefugnissen der EU im haushalts- und wirtschaftspolitischen Bereich ein Mangel an sozialpolitischer Koordinierung gegenübersteht. Es besteht daher Bedarf zur Modifizierung der *OMK Soziales*, nicht zuletzt um im Spannungsfeld zwischen ökonomischer und sozialpolitischer Koordinierung die aktuell zu beobachtende Dominanz der wirtschaftspolitischen Koordinierung zumindest partiell auszubalancieren. Dabei ist die Wirtschafts- und Finanzkrise durchaus als Chance zu begreifen, die *OMK* weiterzuentwickeln

9.6 Kohäsionspolitik

Die Kohäsionspolitik⁷⁷ (Kohäsion vom lat. *cohaerere*, zusammenhängen) der EU ist in Art. 174 AEUV (Europäische Union 2008) festgeschrieben mit dem Ziel »(...) zur Stärkung ihres [der EU, Anm. der Autoren] wirtschaftlichen, sozialen und territorialen Zusammenhalts, um eine harmonische Entwicklung der Union als Ganzes zu fördern« und somit »(...) die Unterschiede im Entwicklungsstand der verschiedenen Regionen und den Rückstand der am stärksten benachteiligten

73 Vgl. zum vielfältigen und erheblichen Einfluss der Finanzkrise auf die Europäische Gesundheitspolitik: Nguyen (2013).

74 Zu den transnationalen Phänomenen im Kontext des *medical care drains* vgl. z. B. Yeates (2012), Hitzemann et al. (2012), Connell (2010) oder Isaksen et al. (2008).

75 Im Folgenden werden die Begriffe Kohäsionspolitik, Regionalpolitik und Strukturpolitik trotz unterschiedlicher Bedeutung synonym verwendet. Im Detail bezieht sich die Strukturpolitik auf die Ausgestaltung der einzelnen Strukturfonds, während die Regionalpolitik auf den Zusammenhalt einzelner Regionen in der EU ausgerichtet ist. Die Kohäsionspolitik schließt neben der regionalen auch die soziale Kohäsion ein und stellt somit, streng genommen, eine übergeordnete Kategorie für die beiden anderen Begriffe dar. Die Instrumente der Kohäsionspolitik umfassen den Kohäsionsfond, den Strukturfonds (ESF und EFRE) sowie den Solidaritätsfonds (ESUFI). Letzterer wurde 2002 vor dem Hintergrund massiver Überschwemmungen in Deutschland, Österreich, Frankreich und der Tschechischen Republik mit der Aufgabenstellung eingerichtet, bei Naturkatastrophen solidarische Hilfe zu leisten. Der Kohäsionsfonds wurde 1994 mit dem Ziel eingerichtet, strukturschwache Mitgliedstaaten zu unterstützen den wirtschaftlichen und sozialen Rückstand zu verringern, die Maastricht-Kriterien zu erfüllen und den Beitritt zur Wirtschafts- und Währungsunion zu erleichtern. Siehe einführend zur Kohäsionspolitik z. B. Ribbege (2011), Europäische Kommission (2010c), Schröder (2008) und Leonardì (2005).

Gebiete zu verringern«. Bereits die Präambel der Römischen Verträge (genauer des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EGV), 1957) nimmt konkreten Bezug zu dem Ziel, regionale Disparitäten zu verringern. Allerdings ist die Regionalpolitik der Gemeinschaft auch mit der Einrichtung des Europäischen Sozialfonds (ESF)⁷⁸ 1958 als implizit zu charakterisieren, schlichtweg auf Grund der Tatsache, dass die Disparitäten unter den EG-Gründungsmitgliedern zunächst eher gering waren. Dies änderte sich insbesondere mit dem Beitritt Irlands und Großbritanniens, sodass die Reaktion hierauf, nämlich die Einrichtung des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)⁷⁹ 1975 als Geburtsstunde einer expliziten und vergemeinschafteten Regionalpolitik bezeichnet werden kann. Seither hat die Bedeutung der Kohäsionspolitik stetig zugenommen.⁷⁸ In der Förderperiode 2007-2013 beliefen sich die Ausgaben auf 347 Mrd. Euro (ca. 35 % der Haushaltsmittel, im Vergleich zu 5 % 1973), was den zweitgrößten Posten des EU-Haushalts darstellte. Unter sozialpolitischen Gesichtspunkten gesehen, stellt die Kohäsionspolitik das einzige und somit ein wichtiges Instrumentarium dar, über welches eine finanzielle Redistributionspolitik auf europäische Ebenen organisiert wird. Allerdings ist die Redistribution nicht, wie zumeist auf nationalstaatlicher Ebene, interpersoneller, sondern interregionaler⁷⁹ Natur, jedoch somit nicht weniger solidaritätsorientiert, da sich letztlich dahinter zumindest teilweise implizite interpersonelle Umverteilungseffekte verbergen. Die Wechselwirkung zwischen Strukturfonds- und Gesundheits- bzw. Pflege-

76 Der ESF dient der direkten Förderung von Humanressourcen und somit der Verbesserung der Beschäftigungssituation in der EU. Dabei zielt die Förderung auf die Anpassungsfähigkeit von Arbeitgeber und -nehmer, die Optimierung des Zugangs zu Beschäftigung sowie die Stärkung von Humankapital. Der ESF kann somit als Instrument zur Kofinanzierung nationaler (aktiver) Arbeitsmarktpolitik verstanden werden. Vgl. beschreibend auch Europäische Kommission (2013f). Zur Bewertung des ESF siehe z. B. Jones et al. (2008) oder Tomá, (2010).

77 Die Maßnahmen des EFRE, der als wichtigster Einzelfonds gilt, umfassen Investitionen zur Schaffung und Sicherung von Arbeitsplätzen, insbesondere bei kleinen und mittelständischen Unternehmen, Investitionen in Infrastrukturprojekte sowie die Bereitstellung von Finanzierungsinstrumenten. Vgl. Europäische Kommission (2013g).

78 Zur historischen Entwicklung der Strukturpolitik siehe z. B. Schulz-Nieswandt et al. (2006, S. 52-71). Insbesondere mit der EU-Osterweiterung 2004 und 2007 hat die Bedeutung der Kohäsionspolitik, parallel zu den wachsenden Ungleichheiten innerhalb der Union, zugenommen. Mit der Erweiterung nahm die Bevölkerung der Union um 21 % zu, das BIP wuchs hingegen lediglich um 4 %. In den neuen Mitgliedstaaten leben 90 % der Bevölkerung in Regionen, deren durchschnittliches BIP geringer ist als 75 % des EU-Durchschnitts. In den 15 »alten« EU-Mitgliedstaaten umfasst diese Gruppe lediglich 20 %. Extremwert diesbezüglich finden sich nach unten in Nord-Ost-Rumänien (24 %) und nach oben z. B. in Inner-London (303 %). Die strukturschwachen Regionen sind gekennzeichnet durch eine geringe Produktivität, einen niedrigen Beschäftigungsstand und ein hohes Maß an sozialer Ausgrenzung. Gründe hierfür sind u. a. in der peripheren Lage, der mangelhaften Infrastruktur, dem unzureichend ausgebildeten Humankapital oder der ungenügenden Wirtschaftsstruktur mit einem großen Anteil der Landwirtschaft zu suchen. Der Zugang zu den Finanzmitteln der Kohäsionspolitik wird vornehmlich über das 75 %-Kriterium (regionales BIP im Verhältnis zum EU-Durchschnitt) definiert. Regionen, die dieses 75 %-Kriterium unterschreiten (84 Regionen in zwölf Mitgliedstaaten,

politik erschließt sich erst bei genauer Betrachtung. Über den ESF, als vordergründig arbeitsmarktpolitisches Instrument, wurden in Deutschland jüngst z. B. Projekte zur Konzeptionierung von koordinierenden Pflegedienstleistungen, zur interprofessionellen Personalentwicklung im Krankenhaus oder zur Unterstützung von Kompetenznetzwerken in der Psychiatrie gefördert. Ein weiteres Beispiel ist das vom ESF geförderte XENOS-Projekt⁸⁰, das u. a. den Zugang von Migranten zur Gesundheitsversorgung und somit die Integrationsbedingungen von Migranten in Deutschland verbessern soll. Die Weltgesundheitsorganisation (2010, S. 4) schätzt den Wert dieser indirekten Gesundheitsinvestitionen auf ca. 6 Mrd. Euro. Über den EFRE sind in der aktuellen Förderperiode Investitionen in die Gesundheitsinfrastruktur in Höhe von 5 Mrd. Euro vorgesehen, was ca. 1,5 % des Gesamtfördervolumens entspricht. Direkte Gesundheitsinvestitionen via EFRE fördern z. B. die Zugänglichkeit und die Qualität ambulanter Versorgung, den Ausbau von Krankenhäusern, die Modernisierung medizinischer Ausrüstung oder die Implementierung von eHealth⁸¹-Anwendungen (Watson 2009). Im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit wird beispielsweise die sog. Euregio(n) Maas-Rhein gefördert, was, bezogen auf den Gesundheitssektor, die beiden Projekte *EurSafetyHealth-Net EMR (MRSA)* sowie *EU-Prevent* umfasst.⁸² Für die kommende Laufzeit (2014-2020) ist eine Erhöhung der Strukturfonds um 8,5 % auf 376 Mrd. Euro geplant. Der Gesundheitszugang der Kohäsionspolitik soll insofern an Bedeutung gewinnen, als die Förderung der Gesundheitssysteme als eine Priorität des EFRE explizit genannt werden soll. Die Struktur der gesundheitsbezogenen Investitionen wird sich in der kommenden Förderperiode voraussichtlich nicht stark verändern.⁸³ Hinsichtlich der sozialpolitischen Bewertung der Kohäsionspolitik stellt sich vordergründig die Frage, inwiefern sich die regionalen Potenzialgewinne auf die Lebenslage der Bürger auswirken.⁸⁴ Zwar lässt sich eine zunehmende wachstumspolitische Instrumentalisierung der Strukturfonds im Sinne der Lissabonstrategie

plus einige Übergangsregionen) haben Zugang zur Förderung in der Kategorie Konvergenzfähigkeit, über die mehr als 80 % der gesamten, zur Verfügung stehenden Finanzmittel bereitgestellt werden. Alle anderen Regionen (168 Regionen, plus einige Übergangsregionen) haben Zugang zur Förderung der Regionalen Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung (ca. 16 % der Finanzmittel). Eine Förderung der europäischen territorialen Zusammenarbeit (ca. 2,5 % der Finanzmittel) ist in allen Regionen möglich.

⁸⁰ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013)

⁸¹ Zum eHealth-Ansatz der EU vgl. z. B. Europäische Kommission (2013b).

⁸² Siehe die Projektwebseiten für nähere Informationen: <http://www.eursafety.eu/index.html> und <http://www.euprevent.eu/>.

⁸³ Zur Ausgestaltung und geplanten Änderungen der Kohäsionspolitik in der Förderperiode 2014-2020, welche hier nicht wiedergegeben werden können, vgl. Europäische Kommission (2013i).

⁸⁴ Auf eine ökonomische Bewertung, welche u. a. das Wechselspiel zwischen Regional- und Wachstumspolitik und stattgefundenen Paradigmenwechsel offen legen könnte, muss hier verzichtet werden. Alternativ wird auf entsprechende Literatur (z. B. Becker 2009) verwiesen.

⁸⁵ Vgl. auch Viso (2010).

beobachten (Becker 2009), allerdings ist hier die These aufzugreifen, dass die (europäische) Sozial- und Wirtschaftspolitik als harmonisches Doppelgebilde im Sinne einer positiven Interdependenz verstanden werden kann. In diesem Sinne wirkt der EFRE mittelbar auf die Lebenslage der Bürger über die Weiterbeförderung von Wachstumseffekten, sog. *trickle-down-Effekten*. Die unmittelbare Wirkung des ESF als arbeitsmarktpolitikorientierte Investition in Humankapital und somit die verbesserte Chance, an Wachstumsprozessen zu partizipieren ist offensichtlich. Als umfassende Sozial- und Lebenslagenpolitik stellt die Kohäsionspolitik eine wichtige Ergänzung zu einer ökonomischen Wachstumspolitik dar und steht somit in Einklang mit dem mehrdimensionalen Wachstumsverständnis der Europa 2020-Strategie. Insbesondere vor dem Hintergrund der jüngsten Verwerfungen im Zuge der Finanz- und Wirtschaftskrise(n) existiert ein vermehrter Bedarf an Kohäsion, soll die zunehmende Spaltung in Krisengewinner und Krisenverlierer mittelfristig vermieden werden. Denn langfristig stellt die Kohäsionspolitik eine wichtige Grundlage für eine europäische Sozialpolitik und somit auch für die Akzeptanz künftiger sozialer Integrations Schritte dar. Nur eine Annäherung der Lebensverhältnisse – so unrealistisch diese momentan auch scheinen mag – macht einheitliche europäische Sozialstandards zu einem realistischen Ziel. Insbesondere der Gesundheits- und Pflegesektor kann von diesem Instrument nachhaltig profitieren, nicht zuletzt im Lichte der immensen, regionalpolitisch relevanten Herausforderungen wie z. B. der Zugänglichkeit von Dienstleistungen, dem demografischen Wandel oder von *medical- bzw. care-drain*-Prozessen.

9.7 Fazit

Institutionelle Wahlfreiheit in der Organisation des Gesundheits- und Sozialwesens wird von der EU immer weniger geboten. Die nationalen Strukturen müssen sich morphologisch immer mehr den Einheitsschemata als Resultanten des Funktionalismus der Binnenmarktlogik fügen. Das zentrale Problem bleibt somit der spannungsreiche Korridor zwischen Einheitsfiktion und Vielfaltwahrung (Franz 2010). Was im Bereich der ökonomischen *Public Utilities* nur als absolute Reinheitskultur des Inhouse-Prinzips von der EU zugelassen wird, ist im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik der Typus des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Damit geraten alle wohlfahrtspluralistischen Systeme sozialer Sicherung unter morphologischen Transformationsdruck. Diese Mutationslogik wird funktionalistisch codiert als »Modernisierung«, ist aber heteronome Transformation historisch gewachsen, oftmals kollektive Identität stiftender Wohlfahrtskulturen der Nationen. Die EU-Politik der Kommission wird daher zunehmend als *Institutionen- und Föderalismus-erodierend* eingeschätzt.

Kritisch bleibt ferner anzumerken, dass die EU-Kommission wenig Augenmerk auf die Transaktions-, insbesondere Regulationskosten dieser Quasi-Markt-

Schöpfungspolitik (Schulz-Nieswandt 2013a) legt. Es ist zu bezweifeln, ob die EU-Kommission wirklich auf dem Stand der modernen (ordnungs- und streuungstheoretisch ergebnisoffenen) institutionenökonomischen Forschung argumentiert: Suche die am wenigsten unvollkommenen Lösungen, die im Vergleich zu anderen unvollkommenen Lösungen die am wenigsten unvollkommenen ist. Hinzu kommt noch die Einsicht in die Relevanz von Meta-Präferenzen und Präferenzen zweiter Ordnung: Es geht nicht nur um die soziale Wahl zur Maximierung des Konsumgüternutzenniveaus der BürgerInnen, sondern auch um die soziale Wahl der institutionellen Ordnungen, in denen die Menschen als Wirtschafts-, Staats- und Sozialbürger leben wollen (Schulz-Nieswandt 2010d; 2012b). Im verbraucherpolitischen Bereich ist die Kommission hier weiter. Wie gezeigt werden konnte, ist beispielsweise der Vorschlag einer überarbeiteten Tabakrichtlinie mehrheitlich begründbar und entsprechend einem sanfteren Paternalismus zuzuordnen. Damit scheint sich die europäische Verbraucherpolitik, trotz enger Vorgaben in den Verträgen, zumindest in einzelnen Bereichen von der traditionell starken Prägnanz durch Krisen und Binnenmarktfunktionalismus zu lösen. Dies zeigt auch die Abwendung von der Idee der reinen Vollharmonisierung in der Richtlinie über die Rechte der Verbraucher.

Wenig verstanden wird in der EU-Politik die (in der neueren politischen Philosophie wieder klar herausgestellte) Notwendigkeit einer politischen Güterabwägung zwischen den offensichtlich dominanten Effizienzzielen eines Binnenmarktes und den nationalen, identitätsstiftenden Traditionen einer spezifischen »Wohlfahrtskultur« der Daseinsvorsorge.

Eine mögliche zukunftsige »Fallstudie« für das tiefere Verständnis der transformativen Institutionenerosion durch die *heteronome* Binnenmarktlogik wäre die Frage nach der Zukunft der Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Denkbar wäre, dass die EU-Kommission die Eingliederungshilfe in Deutschland als Ort weitbewerbsverzerrender Beihilfen erkennt. Denn die Werkstätten stehen deutlich im Marktbezug und sind Unternehmen im funktionellen Sinne, finanziert wird dieser Sektor aus öffentlichen Mitteln (Agentur für Arbeit, Sozialhilfeträger). Denkbar wäre, dass die »guten Risiken« (vor allem Fälle sozialer Behinderung) dieser »geschützten Stätten der Produktivität« in den ersten Arbeitsmarkt übergeleitet werden, was rechtsphilosophisch mit Blick auf das Gebot der Inklusion und völkerrechtlich (UN-BRK), angesichts von offensichtlichen »Fehlbelegungen« infolge der Finanzierungsanreize und der Eigenlogik der Institutionen, ohnehin zwingend wäre, und nur die »aussichtslosen Fälle« in den Werkstätten verbleiben, deren Produkte aufgrund dieser Risikoentmischung aber einen erheblichen Qualitätsverlust erleiden und als »Bastelbuden« wohl kaum noch einen relevanten Marktbezug aufweisen würden. Ob dies, rehabilitationswissenschaftlich gesehen, erwünscht ist, ist eine andere Frage. Diese »Rosinenpickerei« stellt eben eine der Formen des Marktversagens dar, die heilpädagogische Förderung verliert in den fachlich dicht betreuten und produktiv ausgerichteten Werkstätten an gesellschaftlich zugeschriebener Wertschätzung. Dem »ökonomischen Imperialismus« der Vermarktung werden erneut Absatzmärkte eröffnet, werden erneut marginalisiert.

Allerdings ist noch ein kritischer Blick auf diese Kritik an der EU-Marktschöpfungspolitik notwendig. Der Wandel hin zu regulierten Quasi-Märkten ist nicht nur exogen durch die EU bedingt; insofern wäre eine reine schulduweisende Polemik gegen Brüssel als »Ejphanie des Bösen« reduktionistisch. Marktköffnungen und Wettbewerbssteuerung sind auch hausgemachte »Modernisierungen« im Deutschland der letzten »zwei Dekaden« (Schulz-Nieswandt 2010c).

Schließlich muss auch betont werden, dass bei einer kritisch-ablehnenden Haltung gegenüber dem EU-Marktköffnungs-, Privatisierungs- und Wettbewerbsdispositiv dennoch eine Offenheit des Sektors für Kritik notwendig ist. Wenn es nicht der Stachel des wettbewerblichen Marktes sein soll, der Wandlungsfähigkeit, Innovativität und permanenten Modernisierungsdruck induzieren soll, so bleibt nur eine intrinsische Orientierung an der Idee sozial lernender Institutionen, Sektoren, Systeme und der ganzen Politik. Doch das ist nicht trivial. In diesem Lichte ist z. B. auch eine positive Seite der Logik der OMK jenseits der Harmonisierungshypothese abzugewinnen. Die Wirkmechanismen der OMK sind mannigfaltig und deren Wirkrichtung zwischen sozialisierende *top-down*- oder diskursive *bottom-up*-Effekte zu verorten. Zentral ist allen Mechanismen die Methode des Vergleichens. Kausale Zusammenhänge zwischen Harmonisierungsprozessen (z. B. im Kontext des *Flexicurity*-Paradigmas) und der OMK lassen sich nicht eindeutig belegen. Weitgehender Konsens herrscht allerdings bezüglich des Potenzials, das die OMK besitzt, Gestaltungsspielräume für die nationale Politikformulierung zu eröffnen und Lernprozesse zu generieren. Obwohl die OMK *Soziales* im Spannungsfeld zwischen ökonomischer und sozialpolitischer Koordinierung nicht mit allzu großen Erwartungen zu überfrachten ist, sind die jüngsten Krisenszenarien durchaus als Chance zu begreifen, das Potenzial der OMK, gerade auch in Hinblick auf sozial lernende Institutionen, weiterzuentwickeln.

Fragen zum Text

1. Wie stellt sich die EU-Kommission die Erstellung sozialer Dienstleistungen von allgemeinem Interesse in den nationalen Wohlfahrtsstaaten der EU vor?
2. Beschreiben Sie das Verhältnis zwischen Binnenmarkt und europäischer Verbraucherpolitik.
3. Diskutieren Sie Vor- und Nachteile des Prinzips der Vollharmonisierung in der europäischen Verbraucherpolitik.
4. Inwiefern lassen sich die neuen Vorgaben der europäischen Tabakrichtlinie demeritorisch begründen?
5. Welches sind charakteristische Elemente der Offenen Methode der Koordinierung (OMK)?
6. Wie ist die OMK hinsichtlich ihrer Effektivität zu interpretieren?

7. Inwiefern wirkt sich die Kohäsionspolitik (Strukturfondspolitik) der EU auf die Lebenslage der Bürger in der EU aus?
8. Wie hängen die Ziele der OMK, die Vergründrechtlichung und die EU-Politik der »DA(W)« zusammen?

Literatur

- Alber J (2010) What the European and American welfare states have in common and where they differ: facts and fiction in comparisons of the European Social Model and the United States. *Journal of European Social Policy* 20 (2): 102–126.
- Annesley C (2007) Lisbon and social Europe: towards a European 'adult worker model' welfare system. *Journal of European Social Policy* 17 (3): 195–205.
- Antpöhler C (2012) Emergenz der europäischen Wirtschaftsregierung. Das Six Pack als Zeichen supranationaler Leistungsfähigkeit. Zeitschrift für ausländisches öffentliches Recht und Völkerrecht 72 (2): 353–394.
- Aubin B (2013) Datensvorsorge und Universaldienst. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Barros PP, Machado SR, Simões JdA (2011) Portugal: health system review. *Health Systems in Transition* 13 (4). (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf, Zugriff am 02.06.2013).
- Becker J (2011) Die Kohäsionspolitik der Europäischen Union. Eine kritische Darstellung der Wirksamkeit. Unveröffentlichte Diplomarbeit am Seminar für Sozialpolitik der Universität zu Köln.
- Becker P (2009) The Modernization of European Cohesion Policy. SWP Research Paper 897. Berlin: Stiftung Wissenschaft und Politik.
- Benhöri I (2013) Consumer Dispute Resolution after The Lisbon Treaty: Collective Actions and Alternative Procedures. *Journal of Consumer Policy* 36: 87–110.
- Best E, Bossaert D (2002) Introduction: Making the Employment Strategy Work. In: ders. (Hrsg.) From Luxembourg to Lisbon and Beyond. Making the Employment Strategy Work. Maastricht: European Institute of Public Administration, S. 1–15.
- Bormeter I, Westenhofer J (2009) Impact of different food label formats on healthiness evaluation and food choice of consumers: a randomized-controlled study. *BMC Public Health* 9: 184–196.
- Borrás S, Greve B (2004) Concluding remarks: New method or just cheap talk? *Journal of European Public Policy* 11 (2): 329–336.
- Borrás S, Jacobsson K (2004) The open method of co-ordination and new governance patterns in the EU. *Journal of European Public Policy* 11 (2): 185–208.
- Britton J, Bogdanovica I (2013) Tobacco control efforts in Europe. *Lancet* 381: 1588–1595.
- Büchis M (2007) New Governance in European Social Policy. The Open Method of Coordination. Basingstoke, New York: Palgrave.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): XENOS Bundesprogramm. (<http://www.esf.de/portals/generator/6592/xenos.html>, Zugriff am 09.06.2013).
- Connell J (2010) Migration and the globalisation of health care. The health worker exodus? Cheltenham: Edward Elgar.
- Davies J (2011) The European Consumer Citizen in Law and Policy. Basingstoke: Palgrave.
- Dawson M (2008) The Ambiguity of Social Europe in the Open Method of Coordination. *European Law Review* 34 (1): 55–79.
- Deacon B (2007) Global social policy & governance. Los Angeles: Sage.
- Eberlein B, Kerwer D (2002) Theorising the New Modes of European Union Governance. *European Integration online Papers (EiOP)* 6 (5). (<http://eiop.or.at/eiop/texte/2002-005-a.htm>, Zugriff: 02.06.2013).

- Eichenhofer E (2012) Soziale Menschenrechte im Völker-, europäischen und deutschen Recht. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Eigmüller M (2012) Europäisierung der Sozialpolitik. Der Einfluss individueller Akteure auf den Integrationsprozess. Zeitschrift für Sozialreform 58 (3): 263–287.
- Europäische Kommission (2004) Follow-up to the high level reflection process on patient mobility and healthcare developments in the European Union. Brüssel. COM(2004) 301 final. (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2004/com2004_0301en01.pdf, Zugriff: 02.06.2013).
- Europäische Kommission (2008) Ein erneuertes Engagement für ein soziales Europa: Verstärkung der offenen Koordinierungsmethode für Sozialschutz und soziale Eingliederung. Brüssel. COM(2008) 418 final. (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0418:FIN:DE:PDF>, Zugriff: 02.06.2013).
- Europäische Kommission (2010a) EUROPA 2020. Eine Strategie für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum. COM(2010) 2020 final. Brüssel. (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:DE:PDF>, Zugriff am 02.06.2013).
- Europäische Kommission (2010b) Europe 2020. Integrated guidelines for the economic and employment policies of the Member States. (<http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/Brochure%20Integrated%20Guidelines.pdf>, Zugriff am 02.06.2013).
- Europäische Kommission (2010c) 5. Bericht über den wirtschaftlichen, sozialen und territorialen Zusammenhalt. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. (http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/official/reports/cohesion5-1/pdf/scr_de.pdf, Zugriff am 02.06.2013).
- Europäische Kommission (2011a) Mitteilung der Kommission: Ein Qualitätsrahmen für Dienstleistungen von allgemeinem Interesse in Europa. KOM (2011) 900 endg., Brüssel 20.12.2011.
- Europäische Kommission (2011b) Vorschlag für eine Verordnung über ein Verbraucherprogramm 2014–2020. KOM(2011) 707 endgültig, Brüssel 09.11.2011.
- Europäische Kommission (2011c) Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über das Programm »Gesundheit für Wachstum«, das dritte mehrjährige Aktionsprogramm im Bereich der Gesundheit, für den Zeitraum 2014–2020. KOM(2011) 709 endg., Brüssel 09.11.2011.
- Europäische Kommission (2012a) Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss Wachstum. KOM(2012) 225 endg., Brüssel, 22.5.2012.
- Europäische Kommission (2012b) Vorschlag für eine Richtlinie zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen. COM(2012) 788 final. Brüssel, 19.12.2012.
- Europäische Kommission (2012c) Commission Staff Working Document on knowledge-enhancing aspects of consumer empowerment 2012–2014. SWD(2012) 235 final. Brüssel, 19.7.2012.
- Europäische Kommission (2012d) The Second Economic Adjustment Programme for Greece. European Economy, Occasional Paper 94. Brüssel. (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2012/pdf/ocp94_en.pdf, Zugriff am 02.06.2013).
- Europäische Kommission (2012e) The Second Economic Adjustment Programme for Greece – First Review. European Economy, Occasional Paper 123. Brüssel. (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2012/pdf/ocp123_en.pdf, Zugriff am 02.06.2013).
- Europäische Kommission (2012f) The Economic Adjustment Programme for Portugal. Sixth Review. European Economy, Occasional Paper 124. Brüssel. (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2012/pdf/ocp124_en.pdf, Zugriff am 02.06.2013).
- Europäische Kommission (2013a) MEMO/13/193. Brüssel, 12.3.2013.
- Europäische Kommission (2013b) Indikatorkliste, OMK Gesundheit. (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3887&langId=en>, Zugriff am 09.06.2013).

- Europäische Kommission (2013c) Country-specific Recommendations 2013. (<http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index.de.htm>, Zugriff am 09.06.2013).
- Europäische Kommission (2013d) PROGRESS-Programm. (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=327&langId=de>, Zugriff am 02.06.2013).
- Europäische Kommission (2013e) Programm »Gesundheit«. (<http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index.de.htm>, Zugriff am 09.06.2013).
- Europäische Kommission (2013f) Europäischer Sozialfonds. (<http://ec.europa.eu/esf/home.jsp?langId=de>, Zugriff am 02.06.2013).
- Europäische Kommission (2013g) Europäischer Fonds für regionale Entwicklung. (http://ec.europa.eu/regional_policy/theme/index.de.htm, Zugriff am 02.06.2013).
- Europäische Kommission (2013h) eGesundheit. (http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/healthindex.de.htm, Zugriff am 09.06.2013).
- Europäische Kommission (2013i) Kohäsionspolitik der EU 2014-2020: Gesetzgebungsvorschläge. (http://ec.europa.eu/regional_policy/whatfuture/proposals_2014_2020.de.htm, Zugriff am 09.06.2013).
- Europäischer Rat (2000) Schlussfolgerungen des Vorsitzes. (http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/de/ec/00100-r1.d0.htm, Zugriff am: 06.05.2013).
- Europäischer Rat (2012) Vertrag über Stabilität, Koordinierung und Steuerung in der Wirtschafts- und Währungsunion. (http://european-council.europa.eu/media/639244/04_tscg.de.12.pdf, Zugriff am 04.06.2013).
- Europäische Union (2008) Konsolidierte Fassung des Vertrags über der Arbeitsweise der Europäischen Union. Amtsblatt der Europäischen Union. C115/47.
- Europäische Union (2011a) Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Amtsblatt der Europäischen Union L88/34.
- Europäische Union (2011b) Verordnung (EU) Nr. 1169/2011 des Europäischen Parlaments und des Rates betreffend die Information der Verbraucher über Lebensmittel. Amtsblatt der Europäischen Union. L 304/18.
- Europäische Union (2011c) Verordnung (EU) Nr. 1173/2011 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. November 2011 über die wirksame Durchsetzung der haushälterischen Überwachung im Euro-Währungsgebiet. Amtsblatt der Europäischen Union. L 306/1.
- Europäische Union (2011d) Verordnung (EU) Nr. 1174/2011 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. November 2011 über Durchsetzungsmaßnahmen zur Korrektur übermäßiger makroökonomischer Ungleichgewichte im Euro-Währungsgebiet. Amtsblatt der Europäischen Union. L 306/8.
- Europäische Union (2011e) Verordnung (EU) Nr. 1175/2011 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. November 2011 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1466/97 und Koordinierung der Wirtschaftspolitik. Amtsblatt der Europäischen Union. L 306/12.
- Europäische Union (2011f) Verordnung (EU) Nr. 1176/2011 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. November 2011 über die Vermeidung und Korrektur makroökonomischer Ungleichgewichte. Amtsblatt der Europäischen Union. L 306/25.
- Europäische Union (2011g) Verordnung (EU) Nr. 1177/2011 des Europäischen Parlaments über die Bescheinigung und Klärung des Verfahrens bei einem übermäßigen Defizit. Amtsblatt der Europäischen Union. L 306/33.
- Europäische Union (2011h) Richtlinie 2011/83/EU des Rates vom 8. November 2011 über die Anforderungen an die haushälterischen Rahmen der Mitgliedstaaten. Amtsblatt der Europäischen Union. L 306/41.
- Franzios C (2009) Gewährleistung im Recht. Grundlagen eines europäischen Regelungsmodells öffentlicher Dienstleistungen. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Fleat ML (2009) The Open Method of Coordination on health care after the Lisbon Strategy II: Towards a neoliberal framing? European Integration online Papers 13 (special issue): 1-16. (http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1562474, Zugriff am 06.05.2013).
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e. V. (2010) EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich: Aktuelle Entwicklungen der Offene Methode der Koordination. Bonn: nanos Verlag.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e. V. (2005) Offene Methoden der Koordination im Gesundheitswesen. Berlin: AKA.
- Giddens A (2006) Debating the Social Model. Thoughts and Suggestions. In: The Hampton Court Agenda: a Social Model for Europe. (<https://www.policy-network.net/approached-files/articles/anthony%20giddens%20hampton%20court%20agenda.pdf>, Zugriff am 04.06.2013).
- Göbel M (2002) Von der Konvergenzstrategie zur offenen Methode der Koordinierung. Baden-Baden: Nomos.
- Greer S, Vanhercke B (2010) Governing Health Care through EU Soft Law. In: Mossialos E, Hervey T, Beaten R (Hrsg.) Health System Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy. Cambridge: Cambridge University Press. S. 186-230.
- Große Hüttemann M (2011) Consumer Policy. In: Heineit H, Knodt M (Hrsg.) Policies within the EU Multi-Level System. Baden-Baden: Nomos. S. 189-204.
- Haar BP ter, Copeland P (2010) What are the Future Prospects for the European Social Model? An Analysis of EU Equal Opportunities and Employment Policy. European Law Journal 16 (3): 273-291.
- Hagen K (2010) Nährwertkennzeichnung: Die Ampel erreicht die Verbraucher am besten. Wochenbericht des DJW Berlin 22.
- Heidenreich M, Zeitlin J (Hrsg.) (2009) Changing European employment and welfare regimes: The influence of the open method of coordination on national reforms. London et al.: Routledge.
- Held D (1999) Global transformations. Politics, economics and culture. Stanford: Stanford University Press.
- Héritier A (2001) New Modes of Governance in Europe: Policy-Making without Legislation? (<http://www.coil.mpg.de/publications/new-modes-governance-europe-policy-making-without-legislation-0>, Zugriff am 02.06.2013).
- Héritier A, Lehmkühl D (2008) Introduction. The Shadow of Hierarchy and New Modes of Governance. Journal of Public Policy 28 (1): 1-17.
- Hitzemann A, Waldhausen A, Schürilla N (2012) Pflege und Migration in Europa. Transnationale Perspektiven aus der Praxis. Freiburg: Lambertus.
- Höchster K (2007) Die offene Methode der Koordination in der EU. Bestandsaufnahme, Probleme und Perspektive. Baden-Baden: Nomos.
- Isaksen LW, Devi SU, Hochschild AR (2008) Global Care Crisis: A Problem of Capital, Care Chains, or Commons? American Behavioral Scientist 52 (3): 403-425.
- Jachtenfachs M (2001) The Governance Approach to European Integration. Journal of Common Market Studies 39 (2): 245-264.
- Jepsen M (2005) The European Social Model: an exercise in deconstruction. Journal of European Social Policy 15 (3): 231-245.
- Jones G, Pemberton A, Coleman N, Edwards G, (2008) The effectiveness of European Social Fund Objective 3 Global Grants in increasing the employability of the most disadvantaged. Research Report No 473. Department for Work and Pensions, UK Government. (<http://research.dwp.gov.uk/asd/aspports2007-2008/rrep473.pdf>, Zugriff am 02.06.2013).
- Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D (2012) Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. The Lancet 378 (9801): 1457-1458.
- Kirchgässner G (2012) Sanfter Paternalismus, meritokratische Güter und der normative Individualismus. CREMA Working Paper 2012-09. Basel.
- Krajewski M (2011) Grundstrukturen des Rechts öffentlicher Dienstleistungen. Berlin: Springer.
- Kremalis D (2013) The new health budget: consequences for the national health care provision in Greece. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG)

- e. V. (Hrsg.) 14. Euroforum: Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik. Köln.
- Kröger S (2008) Soft Governance in Hard Politics. European Coordination of Anti-Poverty Policies in France and Germany. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kröger S (2009) The Open Method of Coordination: Underconceptualisation, overdetermination, de-politicisation and beyond. In: Kröger S (Hrsg.) What we have learnt: Act papers (EIoP) 13 (Special Issue 1). (<http://eiof.or.at/eiof/texte/2009-003a.htm>, Zugriff am 04.06.2013).
- Kröger S (2010) Die Offene Methode der Koordinierung: Zehn Jahre später und (klein) bisschen weiser? Sozialer Fortschritt 59 (5): 134–141.
- Karzer P, Cooper A (2013) Biased or not? Organized interests and the case of EU food information labeling. Journal of European Public Policy 20 (5): 722–740.
- Lamping W (2010) Umkämpfte Grenzen. Über das Verhältnis von Sozial- und Wirtschaftspolitik auf EU-Ebene. Sozialer Fortschritt 59 (5): 151–158.
- Lamping W (2013) EU-Finanzkrise, Solidarität und Subsidiarität: Erhalt der Gestaltungs-freiheit in der nationalen Gesundheitspolitik. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e. V. (Hrsg.) 14. Euroforum: Auswirkungen der Euro-Krise. Lamping W, Steffen M (2009) European Union and Health Policy: The »Chaordic« Dynamics of Integration. Social Science Quarterly 90 (5): 1361–1379.
- Laskowski S R (2010) Das Menschenrecht auf Wasser. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Leonardi R (2005) Kohesion Policy in the European Union. The Building of Europe. New York: Palgrave.
- Lindner U (2013) Legitimieren Meritokratie und das Subsidiaritätsprinzip die Europäische Gesundheitspolitik im Bereich des Public Health? Unveröffentlichte Masterarbeit am Institut für Soziologie und Sozialpsychologie der Universität zu Köln.
- Mater-Rigaud R (2011) Verbraucherpolitik. In: Weidenfeld W, Wessels W (Hrsg.) Europa von A bis Z. 12. Auflage. Baden-Baden: Nomos. S. 365–367.
- Mendes F (2013) Impact of the EU demand for budget cuts on the Portuguese health policy. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e. V. (Hrsg.) 14. Euroforum: Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik. Köln.
- Micklitz HW (2012) The Expulsion of the Concept of Protection from the Consumer Law and the Return of Social Elements in the Civil Law: A Bittersweet Polemic. Journal of Consumer Policy 25: 283–296.
- Micklitz HW et al. (2010) Der vertrauende, der verletzte oder der verantwortungsvolle Verbraucher? Plädoyer für eine differenzierte Strategie in der Verbraucherpolitik. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Verbraucher- und Ernährungspolitik beim BMELV. Berlin. (http://www.vzbv.de/cps/rde/x/bcr/vzbv/Strategie_verbraucherpolitik beim Wiss. Beirat BMELV, 2010.pdf., Zugriff am 24.06.2013)
- Montanari I, Nelson K, Palme J (2008) Towards a European Social Model? European Societies 10 (5): 787–810.
- Mossialos E, Hervey T, Beaten R. (Hrsg.) (2010) Health System Governance in Europe: The Role of EU Law and Policy. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mühlenkamp H, Schulz-Nieswandt F (2008) Öffentlicher Auftrag und Public Corporate Governance. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen 36 (Beihft): 26–44.
- Musgrave RA (1969) Finanztheorie. 2. Auflage. Tübingen: Mohr.
- Natali D (2009) The Open Method of Coordination on Pensions: Does it De-politicise Pensions Policy? In: West European Politics 32 (4): 810–828.
- Natali D (2010) The Lisbon Strategy, Europe 2020 and the Crisis in Between. In: Marlier E, Natali D, Dam van R (Hrsg.) Europe 2020. Towards a More Social EU? Brüssel et al.: Peter Lang.
- Natali D (2011) The pension OMC: why did it emerge and how has it evolved? In: Dietrichs U, Reiners W, Wessels W (Hrsg.) The dynamics of change in EU governance. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar. S. 80–102.

- Nguyen M-K (2013) Europäische Gesundheitspolitik unter dem Eindruck der Finanzkrise: Entwicklungstendenzen zu einer verstärkten Einflussnahme der EU? Unveröffentlichte Masterarbeit am Institut für Soziologie und Sozialpsychologie der Universität zu Köln.
- Oppeln S von (2007) Das Europäische Sozialmodell: Bilanz und Perspektiven. Berliner Arbeitspapier zur Europäischen Integration Nr. 3. (http://www.polsoz.fu-berlin.de/pol-wiss/forschung/international/europa/arbeitspapiere/2007-3_von_Oppeln_Sozialmodell.pdf, Zugriff am 04.06.2013)
- Pochet P (2002) The European Employment Strategy and the Open Method of Coordination: Mixed Results and Multiple Challenges. In: Best E, Bossart D (Hrsg.) From Luxembourg to Lisbon and Beyond. Making the Employment Strategy Work. Maastricht: European Institute of Public Administration.
- Preunkert J (2009) Chancen für ein soziales Europa? Die Offene Methode der Koordinierung als neue Regulierungsform. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Public Policy and Management Institute, European Social Observatory (Hrsg.) (2011) Analysis and Follow-up of Mutual Learning in the Context of Peer Review in the Social Protection and Social Inclusion Programme.
- Rat der Europäischen Union (2010) – Draft Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2010. 6500/10. (ec.europa.eu/social/lobServlet?docId=4665&langId=en, Zugriff am 04.06.2013).
- Rat der Europäischen Union (2012) – The Future of the Open Method of Coordination (OMC) – Endorsement of the Opinion of the Social Protection Committee. 10405/11. (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/11/st10/st10405.en11.pdf>, Zugriff am 04.06.2013).
- Rat der Europäischen Union (2013) Council agrees its position on revised EU tobacco directive. 11388/13 PRESSE 284. Luxemburg, 21.06.2013. (http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/137571.pdf, Zugriff am 25.06.2013)
- Raveaud G (2007) The European Employment Strategy: Towards More and Better Jobs? Journal of Common Market Studies 45 (2): 411–434.
- Ribbege H (2011) Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik. 2., vollst. überarb. Aufl. Berlin et al.: Springer.
- Schäfer A (2004) Beyond the Community Method: Why the Open Method of Coordination Was Introduced to EU Policy-making. European Integration online Papers (EIoP) 8 (13). (<http://eiof.or.at/eiof/pdf/2004-013.pdf>, Zugriff am 02.06.2013).
- Scharpf FW (2002) The European Social Model: Coping with the Challenges of Diversity. Journal of Common Market Studies 40 (4): 645–670.
- Schröder S (2008) The 2007–2013 European Cohesion Policy. A new Strategic Approach by the Commission? Discussion Paper C190 2008. Center for European Integration Studies, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.
- Schulte B (2013) Auswirkungen der Finanz- und Eurokrise auf die Gesundheitspolitik der Mitgliedsstaaten – der rechtliche Rahmen. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e. V. (Hrsg.) 14. Euroforum: Auswirkungen der Euro-Krise auf die nationale Gesundheitspolitik. Köln. S. 33–61.
- Schulz-Nieswandt F (2003) Eine Charta der sozialen Grundrechte im Rahmen einer EU-Verfassung. Ein Beitrag zur Diskussion im »Post-Nizza-Prozess«. Sozialer Fortschritt 52 (1): 23–29.
- Schulz-Nieswandt F (2006) Sozialpolitik und Alter. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulz-Nieswandt F (2010a) Wandel der Medizinkultur? Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt F (2010b) The dynamics of European definition policy of health and social services as services of general (economic) interests. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen 33 (1): 31–43.
- Schulz-Nieswandt F (2010c) Öffentliche Daseinsvorsorge und Existentialismus. Eine gouvernementale Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Wasserversorgung. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt F (2010d) Daseinsvorsorge und existenzielle Angst des Menschen. In: Jens U, Romahn H (Hrsg.) Methodenpluralismus in den Wirtschaftswissenschaften. Marburg: Metropolis. S. 213–45.

- Schulz-Nieswandt F (2011a) »Europäisierung« der Sozialpolitik? Eine Gegenstandsanalyse unter Berücksichtigung methodologischer Aspekte im Spiegel der Forschungsliteratur. In: Elvert J et al. (Hrsg.) Historische Mittelungen. Stuttgart: Steiner, S. 23–49.
- Schulz-Nieswandt F (2011b) Berufsgenossenschaften und Europarecht. Eine sozialökonomische Analyse. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt F (2011c) Berufsgenossenschaften und Europarecht. Eine sozialökonomische Analyse. Zeitschrift für Öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen 34 (3): 361–366.
- Schulz-Nieswandt F (2012a) »Europäisierung« der Sozialpolitik und der sozialen Daseinsvorsorge? Eine kultursoziologische Analyse der Genese einer solidarischen Rechtsgenossenschaft. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt F (2012b) Institutionelle Präferenzen der Bürger hinsichtlich der Erstellung kommunaler Daseinsvorsorgegüter – Eine tiefenpsychologische Re-Interpretation quantitativer Befragungsdaten. In: Schaefer Chr, Theuvsen L (Hrsg.) Renaissance öffentlicher Wirtschaft. Baden-Baden: Nomos, S. 119–142.
- Schulz-Nieswandt F (2012c) Der Querverbund im Kontext kommunalen Wirtschaftens. In: Bräunig D, Gotschalck W (Hrsg.) Stadwerke. Grundlagen, Rahmenbedingungen, Führung und Betrieb. Baden-Baden: Nomos, S. 181–198.
- Schulz-Nieswandt F (2012d) Gemeinschaftliches Wohnen im Alter in der Kommune. Das Problem der kommunalen Gastfreundschaftskultur gegenüber dem homo patiens. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt F (2013a) Das Privatisierungs-Dispositiv der EU-Kommission. Das ontologische Existenzial der Daseinsvorsorge, die sakrale Doxa des Binnenmarktes und die »kafkaischen« Epiphänien der Regulationskultur. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt F (2013b) Der leidende Mensch in der Gemeinde als Hilfe- und Rechtsgenossenschaft. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt F (2013c) Zur Implementation von innovativen Pilotprojekten in der Versorgungs- und Wohnlandschaft älterer Menschen: kulturelle Grammatik und symbolische Choreographie. In: Karl F (Hrsg.) Transnational und translatlational – Aktuelle Themen der Alterswissenschaften. Berlin: LIT, S. 97–118.
- Schulz-Nieswandt F (2013d) Transsektorale Integrationsversorgung als Problem des Gestaltwands der Kultur professioneller Handlungsskripte – eine Mehr-Ebenen-Analyse. In: Haller M, Meyer-Wolters H, Schulz-Nieswandt F (Hrsg.) Alterswelt und institutionelle Strukturen. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 153–168.
- Schulz-Nieswandt F, Köstler U (2012) Das institutionelle und funktionale Gefüge von kommunaler Daseinsvorsorge und bürgerschaftlichem Engagement. Ein anthropologischer Zugang zu einem sozialmorphologisch komplexen Feld in sozialpolitischer Absicht. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen 35 (4): 465–478.
- Schulz-Nieswandt F, Kurscheid C, Lee S, Wölbert S, Maier-Rigaud R, Nätche J (2006) Zur Genese des europäischen Sozialbürgers im Lichte der neueren EU-Rechtswissenschaft. Münster et al.: LIT.
- Schulz-Nieswandt F, Maier-Rigaud R (2005) Dienstleistungen von allgemeinem Interesse, die Öffentliche Methode der Koordinierung und die EU-Verfassung. Sozialer Fortschritt 54 (5/6): 136–142.
- Schulz-Nieswandt F, Maier-Rigaud R (2008) EU-Harmonisierung im Gesundheitswesen? Der Wandel der Umwelt der betrieblichen Organisationen im Gesundheitswesen. In: Greiner W, Schulenburg J-M Graf v, Vauth, Chr (Hrsg.) Gesundheitsbetriebslehre. Management von Gesundheitsunternehmen. Bern: Huber, S. 515–533.
- Schulz-Nieswandt F, Maier-Rigaud R (2012) Gesundheits- und Verbraucherpolitik. In: Weidenfeld W, Wessels W (Hrsg.) Jahrbuch der Europäischen Integration 2012. Baden-Baden: Nomos, S. 177–182.
- Schulz-Nieswandt F, Maier-Rigaud R (2013) Gesundheits- und Verbraucherpolitik. In: Weidenfeld W, Wessels W, Jopp M (Hrsg.) Jahrbuch der Europäischen Integration 2013. Baden-Baden: Nomos (im Erscheinen).
- Schulz-Nieswandt F, Mann K (2010) Das doppelte Ideologem: Inhouse, ohne Defizite oder privat? Öffentliche (kommunale) Krankenhäuser als Akteure der Daseinsvorsorge im Kontext des europäischen Rechts und des nationalen Privatisierungs-Dispositivs. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen 38 (Beihet): 120–129.
- Schulz-Nieswandt F, Mann K, Sauer M (2010) Europäische Sozialpolitik und Europäisierung der Gesundheits- und Sozialdienstleistungen – ein Abriss. Sozialer Fortschritt 59 (5): 127–143.
- Strünc C (2006) Die Macht des Risikos, Interessenvermittlung in der amerikanischen und europäischen Verbraucherpolitik. Baden-Baden: Nomos.
- Sturm, R (2013) Grenzen der Konsumentensouveränität und die Perspektiven der Meritokratik. In: Held, M, Kubon-Gilke, G, Sturm, R (Hrsg.) Grenzen der Konsumentensouveränität. Jahrbuch Normative und institutionelle Grundlagen der Ökonomik 12. Marburg: Metropolis, S. 15–39.
- Tamm M (2013) Verbraucher- und Unternehmensverhältnis. Konsumentengesetzbuch als Lösung? Sozialer Fortschritt 62 (2): 60–65.
- Tomé E (2010) European Policies to Foster Knowledge: The Case of the European Social Fund – an Introductory Study. Proceedings of the European Conference on Intellectual Capital.
- Tomer K, Fangerow K (2012) Directive 2011/83/EU on consumer rights: a new approach to European consumer law? Journal of European Consumer and Market Law 2: 67–80.
- Trubek DM, Mosher JS (2001) New Governance, Employment and the European Social Model. (<http://centers.law.nyu.edu/jeanmonnet/archive/papers/01/011501.html>), Zugriff: 02.06.2013).
- Trubek DM, Trubek LG (2005) The Open Method of Co-ordination and the Debate over »Hard« and »Soft« Law. In: Zeitlin J, Pochet P, Magnussen L (Hrsg.) The Open Method of Co-ordination on Action. The European Employment and Social Inclusion Strategies. Brüssel et al.: Peter Lang, S. 83–105.
- Trumbull G (2012) Strength in Numbers. The Political Power of Weak Interests. Cambridge (USA) and London: Harvard University Press.
- Umbach G (2009) Intent and Reality of the European Employment Strategy. Europeanisation of National Employment Policies and Policy-Making? Baden-Baden: Nomos.
- Vanhercke B (2010) Delivering the Goods for Europe 2020? The Social OMC's Adequacy and Impact Re-assessed. In: Marlier E, Natali D, Dam van R (Hrsg.) Europe 2020. Towards a More Social EU? Brüssel et al.: Peter Lang, S. 115–142.
- Verspohl I (2011) Gesundheitssystem durch die Hintertür. Der Einfluss der EU auf das deutsche Gesundheitssystem. Berlin: Friedrich Ebert Stiftung. (<http://library.fes.de/pdf-files/dfipa/08813.pdf>), Zugriff: 02.06.2013).
- Viso ML (2010) The social dimension of European cohesion policy in a 27-state Europe: an analysis of the European Social Fund. European Journal of Social Work 13 (3): 359–374.
- Watson J (2009) Health and Structural Funds in 2007–2013: Country and regional assessment. Europäische Kommission. (http://ec.europa.eu/health/health_structural_funds/docs/watson_report.pdf), Zugriff am 02.06.2013).
- Weidenfeld W, Wessels W (Hrsg.) (2011) Europa von A bis Z. 12. Auflage. Baden-Baden: Nomos.
- Weisaupt TJ (2013) Die Offene Methode der Knordinierung in der deutschen Sozialpolitik: Trojanisches Pferd, sozialpolitischer Beschleuniger oder vertane Chance? Zeitschrift für Sozialreform 59 (1): 61–84.
- Weitgesundheitsorganisation (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control. (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>), Zugriff am 23.06.2013).
- Weitgesundheitsorganisation (2010) How health systems can address health inequalities through improved use of Structural Funds. Kopenhagen: WHO Regionalbüro Europa. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf), Zugriff am 02.06.2013).

- Wickham J (2002) The End of the European Social Model: Before It Began? Briefing paper for Infowork: Accompanying Measure.
- Wincott D (2003) Beyond Social Regulation? New Instruments and/or a new Agenda for Social Policy at Lisbon? Public Administration 81 (3): 533-553.
- Yeates N (2012) Global care chains: a state-of-the-art review and future directions in transnationalization research. Global Networks 12 (2): 135-154.
- Zeitlin J (2005) Introduction: The Open Method of Co-Ordination in Question. In: Zeitlin J, Pochet P, Magnusson L (Hrsg.) The Open Method of Co-ordination on Action. The European Employment and Social Inclusion Strategies. Brussels et al.: Peter Lang, S. 19-36.
- Zeitlin J (2009) The Open Method of Coordination and Reform of National Social and Employment Policies: Influences, Mechanisms, Effects. In: Heidenreich M, Zeitlin J (Hrsg.) Changing European Employment and Welfare Regimes: The Influence of the Open Method of Coordination on National Reform. London: Routledge, S. 214-245.
- Zeitlin J, Pochet P, Magnusson L (Hrsg.) (2005) The Open Method of Co-ordination in Action. The European Employment and Social Inclusion Strategies. Brussels et al.: Peter Lang.



Wilfried von Eiff
Bernhard Greitemann
Marthin Karoff (Hrsg.)
**Rehabilitations-
management**
Klinische und ökonomische
Erfolgsfaktoren

2014, 462 Seiten,
150 Abb., 39 Tab.
Fester Einband, € 99,90
ISBN 978-3-17-022630-2

auch als
EBOOK

Veränderte Rahmenbedingungen haben im Reha-Bereich zu verstärktem Kostendruck und Wettbewerb geführt – bei zugleich steigendem Versorgungsbedarf innerhalb der Bevölkerung. Dieses Buch setzt sich mit marktstrategisch relevanten Rahmenbedingungen und Behandlungstrends auseinander und vermittelt Wissen über Management-Instrumente, die auf dem Weg zur Sicherung der Überlebensfähigkeit einer Reha-Einrichtung von Nutzen sind.

Univ.-Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff ist Leiter des Centrums für Krankenhausmanagement in Münster sowie Professor für Healthcare Management an der HHL Leipzig Graduate School of Management.
Prof. Dr. med., Dipl. oec. Bernhard Greitemann ist Ärztlicher Direktor der Klinik Münsterland und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften.
Prof. Dr. med. Marthin Karoff ist Chefarzt der Klinik Königsfeld, Ennepetal und Professor für Rehabilitationswissenschaften, Witten-Herdecke.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

W. Kohlhammer GmbH • 70549 Stuttgart
vertrieb@kohlhammer.de

Kohlhammer



Country Document 2013

Pensions, health and long-term care

Bulgaria

November 2013

Authors: Ivan Neykov (pensions) and Petko Salchev (health and long-term care)

Disclaimer: This report reflects the views of its authors and these are not necessarily those of either the European Commission or the Member States.



On behalf of the
European Commission
DG Employment, Social Affairs
and Inclusion

Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.



Table of Contents

Table of Contents	2
1 Executive Summary	3
2 Pensions	4
2.1 System description	4
2.1.1 Major reforms that shaped the current system	4
2.1.2 System characteristics.....	4
2.1.3 Details on recent reforms.....	5
2.2 Assessment of strengths and weaknesses	6
2.2.1 Adequacy	6
2.2.2 Sustainability	6
2.2.3 Private pensions.....	7
2.2.4 Summary.....	7
2.3 Reform debates	8
3 Health care	8
3.1 System description	8
3.1.1 Major reforms that shaped the current system	8
3.1.2 System characteristics.....	9
3.1.3 Details on recent reforms.....	10
3.2 Assessment of strengths and weaknesses	11
3.2.1 Coverage and access to services	11
3.2.2 Quality and performance indicators.....	12
3.2.3 Sustainability	12
3.2.4 Summary.....	13
3.3 Reform debates	14
4 Long-term care.....	16
4.1 System description.....	16
4.1.1 Major reforms that shaped the current system	16
4.1.2 System characteristics.....	16
4.1.3 Details on recent reforms in the past 2-3 years.....	19
4.2 Assessment of strengths and weaknesses	20
4.2.1 Coverage and access to services	20
4.2.2 Quality and performance indicators.....	20
4.2.3 Sustainability	20
4.2.4 Summary.....	20
4.3 Reform debates	21
5 References.....	23
Annex – Key publications	26

1 Executive Summary

The implementation of legislated pension reform started in the beginning of 2012 and included an increase in the retirement age for women and men and the contributory period needed for pension entitlement. These changes were mainly influenced by a rising deficit in solidarity insurance system, and the strong recommendation from the Council of the EU to accelerate the second stage of the pension reform.

However, after early parliamentary election in May 2013, Bulgaria is witnessing further pension policy changes. Only in the period June - October 2013 six bills were submitted to Parliament by the new Government and Members of Parliament from the ruling majority, relating to the conditions for pension entitlement, as well as with the 2013 budget of the National Social Security Institute (NSSI). Some of them have already been adopted and others are pending adoption in the coming weeks.

The main feature of these legislative initiatives is the intention of the ruling coalition dominated by the left party, to suspend the subsequent stages of the pension reform, in particular the gradual increase of the pension age and the contributory period. Along with that, some proposed amendments to the Social Security Code create more opportunities for early retirement.

It is estimated that in 2014 there will be a further increase of the NSSI budget deficit. Generally, at present most of the proposals made are related to facilitating access to the state pension system, which leads to increased scarcity of resources and the deterioration of its financial situation.

The amendments to the Health Insurance Act (2012) have dramatically changed the insurance model, where the supplementary voluntary health insurance that existed in the previous version of the law was changed and focused on insurance principles (Solvency 2 Requirements). No measures were planned and undertaken to solve this problem, which led to full monopsony of the National Health Insurance Fund (NHIF) in the disbursements for healthcare services and a marginalization of the second pillar of insurance. This in turn results in complete concentration of payments in a single payer and continuous desire for state intervention in health funding (for instance, the Ministry of Finance unreasonably takes NHIF's reserves) and the infringement of the principle of increased financial autonomy of the health sector. The healthcare system is now in a "stabilized crisis and systemic chaos".

Resources directed to prevention and health promotion policy are insufficient and constantly decreasing. State withdraws from its main function in ensuring the implementation of this policy. Allocated money and resources under that policy are used inefficiently, without setting clear priorities, target horizon, risk determinants and groups assessment and without required monitoring.

Bulgaria still has untapped potential to achieve better health of the population and prevent most of the diseases and premature mortality, respectively. This potential is in the scope of health promotion and disease prevention, particularly social and health policies at national and regional level

Even though the system for long-term care and social services in Bulgaria is in recent years considerably expanding as a result of actions aimed at deinstitutionalization and providing more community-based and family-friendly services, there are serious challenges in this area, resulting in insufficiently extensive network of community services and suppliers across the country, which for the majority of Bulgarian citizens impedes access to quality care.

2 Pensions

2.1 System description

2.1.1 Major reforms that shaped the current system

In 1999 Bulgaria carried out a large-scale pension reform and introduced a three pillar pension system, consisting of a

1. Mandatory state pension insurance, functioning on the basis of the pay-as-you-go principle (I pillar);
2. Mandatory supplementary pension insurance with universal pension funds for those born after 31 December 1959 and with occupational pension funds for persons working in the first and second category of work¹, functioning on the basis of the funded principle (II pillar);
3. Supplementary voluntary pension insurance, functioning on the basis of the funded principle (III pillar);

This pension reform has included the separation of the state public insurance budget from the state budget, the establishment of specialized funds by social risks and the introduction of tripartite management of the state insurance system.

The main aim of the reform was to improve the overall level of income protection in order to provide the pensioners with a better standard of living.

More than 12 years after the reform started, the analysis shows that most of the above objectives were fully or partially fulfilled.

Regretfully, one of the most important goals – the financial stability of the system in medium and long run – was not achieved. This fact in itself creates a risk of compromising the entire reform. Currently, the Bulgarian pension system is financially unstable and strongly dependent on the state budget.

2.1.2 System characteristics

The pension reform introduced a new formula for calculating pensions. The amount of the pension benefit depends on the insurance period, an individual pension coefficient and the average monthly insurance income in the country. The size of the individual coefficient depends on the insurance income for the period after 1996.

The insurance basis on which the insurance contributions are calculated was also enlarged including the income under employment as well as civil contracts. After 2000 a national maximum threshold and minimum branch thresholds of insurance income as well as registration of employment contracts were introduced. The possibility for early retirement was

¹ According to the ordinance for the categorisation of work for pension calculation all works and activities are divided into three categories, depending on their nature and difficulty and based on the working conditions where they are performed by the insured person. The first category includes those employed in the hardest and most hazardous production and activity conditions. Such are for example: underground and underwater works. The second category of work includes work of those employed in hard and hazardous production and activity conditions. Such are for example: ferrous and non-ferrous metals production, cement production, chemical industry, transport, etc. The third category of work covers all other works and activities not included in the first and second category. This category involves a normal degree of strain in normal working conditions.

sharply restricted. In 2000 by the re-categorisation of labour the number of those who belong to I and II category of labour and are entitled to early retirement was reduced from 700,000 to 150,000-160,000.

The second pillar (supplementary mandatory pension insurance) is funded and was launched by two types of funds: occupational funds – for working people belonging to I and II labour category entitled to early retirement, and universal funds where those born after 1959 accumulate contributions in pension fund selected by the insured.

The pay-as-you-go first pillar and the funded components of the pension model (II and III pillar) are financed by contributions by employees and employers.²

There is a contribution ceiling at BGN 2,200 (2013) which will be raised to 2,400 in 2014. The effect of this increase on contribution revenue is expected to be about BGN 36.9 million.

The principle of pension indexation was renewed recently. It will be implemented as of 1 July of the respective year by a percentage equal to 50 per cent of the consumer prices index and 50 per cent of the increase of the average insurance income in 2013.

2.1.3 Details on recent reforms

After a long political and societal debate which started in autumn 2009 and continued almost till the end of 2010 and an extensive financial and actuarial analysis, political decisions were taken to guarantee the financial stability of the pension system and ensure higher replacement rates.

The amendments to the Social Security Code in 2011 introduced short-term and long-term measures for financial stability and pensions' adequacy improvement. The implementation started in the beginning of 2012, based on which retirement age for women and men was increased - with 4 months each year until the age of 63 years for women in 2020 and 65 years for men in 2017. Along with this measure, the contributory period needed for pension entitlement was increased by 4 months of each calendar year, whereas for workers in the most popular third category of work this process will continue until reaching 37 years of service for women and 40 years for men in 2020.

However, the 2013 elections changed the situation considerably. The coalition that took over the government after the elections in May 2013, irrespective of the consensus that had been achieved, has frozen the most important measures which had been decided earlier.

The following conclusions are particularly alarming: „The Bulgarian pension system is facing an unprecedented situation and it is close to a financial collapse. It is financially unstable and at the same time ensures low rate and inadequate pensions. The revenue from insurance contributions covers not more than 50 per cent of expenditure on pensions whereas the rest of expenditure is covered by the state budget subsidies. A shortage of resources is generated

² The social insurance contributions for Pension Fund for 2013 are:

For persons born before 1 January 1960: 17.8% for workers in III category of labour; 20.8% for workers in I or II category of labour.

For persons born after 31 December 1959: - 12.8% for workers in III category of labour; - 15.8% for workers in I or II category of labour.

The distribution of contributions to the Pension Fund for 2013 is, as follows:

For persons born before 1 January 1960: - 7.9% to be paid by the insured; - 9.9% to the paid by the employer for workers in III category of labour, and 12.9% to the paid by the employer for workers in I or II category of labour.

For persons born after 31 December 1959: - 5.7% to be paid by the insured; - 7.1% to the paid by the employer for workers in III category of labour, and 10.1% to the paid by the employer for workers in I or II category of labour.

every year at the rate of 2-3 per cent of the GDP. The pension system may face the challenge to guarantee the payment of pensions in the future if no measures are undertaken including measures for raising the trust in it and also enhancing the motivation for social insurance.“

These conclusions and prognoses are contained in a Draft Law submitted by MPs from the left (which has been adopted at first reading). At the same time (in full contradiction to the conclusions above) the Draft Law “freezes” the pension reform and thousands of people have the opportunity to retire up to two years earlier than the required age and insurance period.

2.2 Assessment of strengths and weaknesses

2.2.1 Adequacy

According to Eurostat figures, poverty and material deprivation among pensioners in Bulgaria is widespread. Most vulnerable are elderly living alone, in particular women. Pensioners from ethnic minorities and people with disabilities can also be attributed to groups with serious risk of poverty and social exclusion. Low qualification combined with major gaps of the social security contributions result in lower levels of income replacement.

According to latest EU SILC indicators, the at risk-of poverty rate of older people in Bulgaria stood at 28.2% (2012). Although this represents a decrease compared to the previous year (31.2%), it is well above the EU average of around 14%. The at risk of poverty rate of elderly women (34.3%) is considerably higher than the one of men (19.3%). The aggregate replacement rate according to EU SILC is 42% (EU average 56%).³ The material deprivation rate for people 65 and over in Bulgaria has been 72.9% in 2012, the highest rate in the EU (average 17.5%).

The Aging Report projects an increase of replacement rates in the future, e.g. for an average earner from 62.3% in 2010 to 67.5% in 2050 (theoretical replacement rates). The projected increase in replacement rates is largely due to a substantial increase in income from the mandatory second pillar.

2.2.2 Sustainability

In 2012/2013, the 2011 pension reform already showed some positive trends, i.e. a substantial decrease in the number of newly granted old-age pensions by 22,6% and an increase in the effective retirement age from 61.3 (2011) years to 61.4 years in 2012.

With the new Government, the proposals made so far are related to the short and long term improvement of pensions' adequacy as well as to facilitating the access to the state pension system, but they lack funding and will further threaten the financial sustainability of the system.

The overall financial effect on the budget of the state social security only for 2014 that will result from the implementation of the proposed amendments to the Social Security Code equals to about BGN 145 million additional expenditure. However, it should be taken into consideration that expenditure in 2014 will be raised by more than BGN 300 million compared to 2013. In this relation, even without the implementation of new measures and policies towards the expenditure part of the state social security budget in 2014, the additional transfers from the state budget to the budget of the state social security in 2014 should raise by about 13% compared to 2013. It means that, for the first time, the additional transfer from the state budget to the NSSI budget will exceed BGN 2 billion.

³ http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database

Currently, the mandatory PAYG system (I pillar) is strongly dependent on the state budget. Due to the reduction of the contribution rate during previous years already more than 60 per cent of expenditure in 2013 is financed by transfers and subsidies from the state budget. The increase of state subsidies, mostly by tax revenues, in funding pensions questions its financial stability now and for the future. The substantial share of state subsidies in the social insurance funds strongly demotivates workers and their employers to pay contributions.

2.3 Private pensions

The obvious unwillingness of the governing majority to continue the development of the pension reform is reflected by a number of problems left unresolved in the second and third pillar. The most urgent of them are the following:

1. The payment of pensions from the Occupational Pension Funds/OPF/

This issue is not fully covered by the Social Security Code thus creating grounds for potential problems. The multitude of attempts to solve this issue in the course of years has led only to its postponement and complication. Under the circumstance that the OPF are envisaged, as of 2015, to start payment of pensions, it is necessary to find adequate legislative solutions consistent with the accumulation of resources of insured persons in the occupational funds, the term and the regularity of transferred insurance contributions.

2. Problems related to the collection and distribution of insurance contributions in the supplementary obligatory pension funds.

To solve these problems, packages of measures are necessary relating to:

- Improved control over the collection of insurance contributions;
- Raising the active participation of state and competent authorities in the process of forced collection of insurance liabilities;
- Timely distribution of collected contributions in the supplementary obligatory pension insurance funds.

3. Legislative framework of pension payments from the Universal Pension Funds /UPF/.

This pressing issue has been postponed in the course of time with the argument that the first supplementary pensions from these funds will be paid in 2018 at the earliest whereas the biggest part of them will be paid out only in 2023. As this affects a considerable public group, this issue cannot be postponed any more.

The Social Security Code has to provide in detail rules and procedures for pensions from the UPF, to regulate reserves of these funds as well as investments. The law amendments also have to solve the issue of survivors' rights and survivors' pensions.

2.4 Summary

The biggest problem of the Bulgarian pension system today is the inability of the public insurance (I pillar) to ensure sufficient resources for the insured after retirement. An aging population and an aggravating system dependency ratio represent serious challenges for the financial sustainability of the public system.

The expert assessments of these actions as well as the envisaged indexation of all pensions in the next year show that in 2014 there will be a new increase of the NSSI budget deficit. In

general, the proposals that are made relate to facilitating access to the state social security will increase the shortage of resources and worsen its financial situation.

The proposals under discussion are not in conformity with the major recommendations of the European Commission and other international institutions concerning the pension systems, namely, to restrict and not admit new forms of early retirement in the Bulgarian pension system, to raise the effective retirement age, to equalize the retirement age for men and women, etc.

Even though these conclusions are shared by virtually all expert circles, they do not lead to a changed position of the Government. The U-turn of the ruling coalition with regard to the pension reform is practically supported by the social partners as well.

2.5 Reform debates

After the long debate that started in the autumn of 2009 and continued almost till the end of 2010, for almost three years now there is no serious broad discussion in the society on further development of the pension model. The actions undertaken by the government after the elections in May 2013 are characterized by considerable populism and unwillingness to take into consideration the position of experts.

Those actions of the governing coalition receive direct support by trade unions and implicit consent on behalf of the major employers' organizations.

In practice the only two key debates between social partners concerning pension reforms are:

- The renewed proposal by trade unions to incriminate the non-payment of insurance contributions on behalf of the employer which was categorically rejected by the employers' organizations, and
- The insistence of the trade unions to raise contributions for the solidarity pillar by one percentage point with the aim to ensure higher revenue which, according to the employers, would lead to an increase of unemployment rates and grey economy.

3 Health care

3.1 System description

3.1.1 Major reforms that shaped the current system

The significant reforms, which started in 1989, had no considerable impact on healthcare by the end of the 90s of the twentieth century. The real change in the healthcare system began in 1999 with the adoption of the main laws governing its nature and organizational structure. The major laws regulating the healthcare system development were associated with the introduction of the health insurance model, the stipulation of the status of medical facilities as well as the place and role of professional organizations. There was further development of legislation in healthcare in the period 2003 – 2005 when the Health Act, the Transplantation

of Organs, Tissues and Cells Act and the Blood, Blood Donation and Blood Transfusion Act were adopted.⁴

In the field of social health insurance have been introduced new legally binding principles; solidarity; risk sharing; payments based on income; public nature of the insurer controlled by the insured, the employers and the state; sharing contributions between employees and employers and co-participation of state.

The development of healthcare legislation over the past 23 years can be classified into four periods:

- The first period (1991 – 1999) – a constitutional setting and amendments to delegated secondary legislation characterized by a number of repealed ordinances and guidelines and adoption of a new Drugs Act;
- The second period (1999 – 2000) – adoption of the major health insurance acts and the operation of the insurance model;
- The third period (2003 – 2005) – adoption of the common Health Act and several specialized acts;
- The fourth period – legal amendments and adoption of the required secondary legislation and its implementation into practice..

3.1.2 System characteristics

The new health model assumes a decentralized and pluralistic system of compulsory health insurance with health insurance contributions from employees and contractual relationship between the National Health Insurance Fund (NHIF) as purchaser of services and healthcare providers. NHIF acts as a single agency providing basic financial flows for health services funding to the insured persons. The National Health Insurance Fund was established in 1999 as a public institution, which conducts the mandatory health insurance for the Bulgarian citizens. NHIF was established as an independent public institution, being separated from the structure of the public healthcare system and having its own governing bodies. The key goal of the NHIF is to provide and ensure free and equal access for the insured persons to medical care by a specific type, scope and package of health services and the free choice of a provider who has contracted an agreement with the Regional Health Insurance Fund (RHIF). Through its 28 regional authorities (regional health insurance funds) it carries out the financing of the entire healthcare network of outpatient care and hospitals. Private insurers provide alternative manners of healthcare funding as well as the funding regarding those medications and treatments that have been excluded from the basic health insurance package.

The organizational structure of the Bulgarian healthcare system is determined by the interaction of public and private entities and a mixture of centralized and decentralized structures. The organization is based on primary care viewed as a primary unit (entrance) to

⁴ The endorsement of the new Constitution of the Republic of Bulgaria (1991) forms the legal framework of health legislation. Article 52 of the Constitution stipulates the new relationships, on which contemporary Bulgarian health legislation should be built. It also defines some fundamental rights for the citizens of the country, namely: 1.) the right to health insurance; 2.) the right to affordable medical care; 3.) the right to free medical services under the terms and conditions laid down by law; 4.) state protection of citizens; 5.) physical development promotion; 6.) protection from compulsory treatment; 7.) the right to health measures; 8.) the right to protection and control of the production of pharmaceuticals, biologics and medical devices, and 9.) the procedure and manner of healthcare system funding.

the system and place for a patient's first contact. The hierarchy of the system and the relationships in it are based on the so called "referral system".

Healthcare facilities are relatively autonomous. Outpatient care is provided by a single or group practices, medical and dental centers and independent medical diagnostic centers. Physicians and/or centers conclude contracts with the National Health Insurance Fund annually. Inpatient care is ensured by general and specialized hospitals, dispensaries (which were converted in 2012), nursing homes, hospices and hospitals providing services for acute care, long-term care and rehabilitation. The start of the healthcare reform at the late 90s of the twentieth century was characterized by a process of significant reduction in the number of hospital beds; however, Bulgaria still had a wide network of hospitals across the country providing easy access to hospital care, thus leading to excessive and often unnecessary use of beds.

The overall organizational and political model of the healthcare system in Bulgaria has recently been characterized by the domination of extreme neoliberal theories and practices in all areas of public health and organization of the system, representing the "market" as a panacea to

unresolved or poorly resolved problems; denying or severely underestimating the officially supported by the European Commission and the Lisbon Treaty theory and practice of social market economy, and in particular – health being considered (along with education and social protection) as the main social functions of a modern European state where market and market relations play a certain role but under state control.

Typical of the so called neo-liberal "reformist" era in healthcare are primarily the introduction of market mechanisms and the expectations that the latter would improve the provision of services. The adoption of the new legislation and the implementation of market mechanisms led to the complete transformation in the relationships and the facilities in the system, characterized by the privatization of activities within the system itself and the use or receipt of certain public resources in the market environment (the material and technical provision regarding the functioning of medical facilities remained at the expense of the state and the municipalities; preferences were obtained for the use of the property – for example lower rents for general practitioners and donations of equipment from them).

3.1.3 Details on recent reforms

During the reporting period, the key regulatory amendments in the health system covered an amendment to the Health Insurance Act, the Health Act, the Medicinal Products in Human Medicine Act, the Transplantation of Organs, Tissues and Cells Act, the Medical Facilities Act, the Blood, Blood Donation and Blood Transfusion Act.

In 2012, amendments were made to the Health Insurance Act and the Health Act envisaging that as of 1st January 2013 funding switched to the National Health Insurance Fund regarding vaccines delivery, assisted reproduction, intensive care and outpatient follow-up of patients with mental and skin-venereal diseases.

The Health Insurance Act also envisaged re-licensing of health insurance companies under the Insurance Code to joint-stock insurance companies within one year of its entry into force.

The Health Act introduced a ban on smoking in enclosed public places.

The Medical Facilities Act stipulated planning through the National Health Insurance Card and high-tech methods of diagnosis and treatment.

3.2 Assessment of strengths and weaknesses

3.2.1 Coverage and access to services

Health system funding is one of the key factors affecting its operation. Table 1 shows the main indicators and forecasts related to the financial framework of health. Data show a reduction in total health expenditure as a percentage of GDP. According to the forecast, it is expected to continue in the forthcoming years, thus influencing significantly the system operation. Although the government has recently maintained a minimum growth rate of health funding in nominal terms, the ratio of public health spending as a share of GDP is constantly decreasing at the expense of private and household costs.

The relationship between public and private health expenditure in GDP is changing towards a constant increase in the proportion of the private sector costs against public costs, with the ratio public to private spending in 2002 being 61.26/38.74, reaching 53.29/46.39 in 2012. It is forecasted that this trend will continue in the forthcoming years, whereas the share of private health costs reaches 48-49% of the total health costs, i.e. risks will increasingly be covered by household payments.

Health expenditure experiences a steady growth in the cost structure of households and individuals. While in 2000, households spent 3.6% for health, in 2011 the percentage reached 5.6%. The average health cost per Bulgarian household in 2012 was 501 BGN, while the average cost per person was 212 BGN (Figure 1), and quality medical care and services are reflected in the objective assessment of the needs of the population and proper planning of the necessary resources and programmes to meet them, respectively.

General coverage of the population with physicians in primary outpatient care in 2011 was characterized by 6.8 general practitioners (GPs) per 10 000 population, while the average population of one GP was 1508 people. In 2011, contracts with NHIF signed 4996 GPs, whereas the total number of physicians for primary care as required by the National Health Card (NHC) amounted to 5010, i.e. performance of 99.7%.

Although a new type of payment for the provision of constant 24-hour access to medical care to the insured persons was introduced in 2011, where disbursements totalled 5 180 900 lev and represent 13.27% of spending on the primary outpatient medical care, this failed to lead to enhanced quality of service and the satisfaction of both the population and the physicians themselves. Servicing citizens in need of medical care outside working hours remained the concern and responsibility of the emergency medical care system. This leads to the conclusion that the allocated funds did not have the necessary impact and failed to produce the desired result.

Generally, it can be assumed that primary healthcare fails to ensure the necessary quality and quantity of medical services to those in need, and, thus, it is not an appropriate regulator for access to specialized and highly specialized services, being inefficient from both health and social and economic point of view.

The number of inpatient healthcare facilities exceeds the EU average and it is forecasted to continue to grow in the forthcoming years, which is related to the increase in the number of beds, primarily at the expense of hospital beds in the private sector. The territorial distribution of inpatient healthcare facilities, particularly hospitals, is uneven.

Despite the ongoing signals from professional associations regarding the emigration of healthcare professionals, the number of employees in the system is increasing, with this increase forecasted to continue. There is a lack of effective human resources planning. The data registers of the Bulgarian Medical Association and the Bulgarian Association of

Healthcare Professionals show the ratio of physicians to medical specialists 1:1.45. The educational system does not meet this imbalance; rather it contributes to its deepening by preparing almost equal number of physicians and healthcare professionals.

There are regional disparities resulting in unequal access to medical care. Physicians coverage by regions ranges from 25.6 to 50.2 per 10 000 people. It is highest in areas with medical universities and university hospitals. Distribution of healthcare professionals is more balanced.

There is an increase in the average age of physicians employed in health network, with nearly half of them being in the age group 46-60 years, one fifth - over 60 years, only 5% up to 30 years of age, and one fourth - between 31 and 45 years. The same trend is valid for healthcare professionals, where about 15% of them are over 60 years. High average age of medical professionals will increase the deficit upon retirement.

3.2.2 Quality and performance indicators

Although the National Health Strategy 2008-2013 has included various indicators for assessing the quality and performance, those are not monitored and reported. The same applies to the quality indicators included in the National Framework Agreement. One of the main problems of the health system in Bulgaria is the lack of monitoring and control. The quality and the effectiveness of provided medical services are influenced by several major reasons:

- Lack of research and analysis of the population's needs of the different types of medical services and respective planning of necessary resources;
- Primary care inefficiency, predominantly referring to GPs' activity;
- Market orientation of hospitals – i.e. “induced needs” of the citizens;
- Increasing efficiency regarding the introduction of new and high-efficient technologies; reduced average duration of stay, increased utilization of beds, a high turnover of the same bed;
- Lack of sufficient regulations in the system - medical standards, resource and investment planning, etc.

3.2.3 Sustainability

Although in 2008 the health insurance contribution rate was raised from 6% to 8%, this did not lead to substantial changes in health funding. A problem facing our healthcare system in recent years has been and still is the constant level in the number of non-health insured persons. The lack of objective and publicly available data on the number of persons who fail to pay health insurance contributions make it impossible to predict in this regard. The majority of those who do not have health insurance consist of disadvantaged, marginalized groups, and, primarily, the permanently unemployed. However, in the past two years the National Health Insurance Fund (NHIF) reported over fulfilment of planned resources from health insurance contributions. The money collected for healthcare on NHIF's accounts were transferred from the reserve of NHIF to the general state budget – in 2009 they amounted to 140 million BGN; in 2010 – 1.4 billion BGN; in 2011 – 9 million BGN, and in 2012 – over 41 million BGN.

In 2009, a large part of the state-paid activities through the budget of the Ministry of Health, were redirected to be paid through NHIF's budget with no significant changes in planned funds. This continued over the next years, whereas in 2012 it was decided that all activities paid by the Ministry of Health excluding emergency care, transplantations, psychiatric care and residential medical care homes should be redirected for payment to NHIF. Particularly strong impact on the financial situation and stability of the system had the transfer of the reimbursement of all medicinal products (except vaccines and treatment of AIDS and tuberculosis) from the budget of NHIF.

In 2011, a decision was taken to convert the inpatient dispensaries (oncology, mental and skin ones) in complex centers performing specialized hospital care – 7 complex cancer centers, 12 centers for mental health and 9 inpatient skin-venereal centers. In accordance with that decision, the funding of their activity was transferred to the NHIF based on newly created rules and clinical pathways. This put a further strain on the healthcare system and among patients regarding the provision of such type of health service.

Since 1989, for Bulgaria has been typical a gradual increase in the use of original medicines, an average of 1% annually, reaching 24% for the first 6 months of the current year. For 20 years, the average value of one pack medicine in our country has reached 7.66 BGN.

Data on the size of the pharmaceutical market show an increase in sales of over 10% to 1 billion BNG in 2012, where the growth is not due to the crisis end but caused by dissatisfaction with healthcare. There is an increase in the use of usually prescribed medications. Mostly affected by the economic crisis is the food additives market, with the purchase of food supplements being a certain indicator of the end of the crisis, as experts point out.

Spending on medicinal products and medical devices directly paid by patients is very high. Of the total market costs, state funds amount to less than 40%. Thus, medication costs directly payable by patients (out-of-pocket expenses) become very high and, actually, represent more than 70% of household health costs. These costs are a particularly heavy burden for the poor. The fact that the value of consumption of poor households is significantly lower (80 BGN) than that of other households (140 BGN) shows that the poor probably skip purchasing drugs. Surveys involving Bulgarian patients actually indicate that 23% lack financial resources to buy the prescribed medications, while 56% cannot afford at least some of the prescribed drugs needed for treatment. In 2012, the funds spent on medicinal products, medical devices and consumables dropped substantially compared to 2011 when they were 164.0 million BGN, which is related to the transfer of functions and activities that are within the scope of health insurance to the National Health Insurance Fund.

The total indebtedness of the hospital medical institutions at the end of 2012 was about 360 million BGN, with 148 million BGN in arrears that make up almost half of all obligations. This trend towards retained indebtedness has been observed over the past 10 years and still is without reaching the correct economic and political solution. In the last two years, 17 municipal hospitals ceased their activity.

3.2.4 Summary

The amendments to the Health Insurance Act (2012) have dramatically changed the insurance model, where the supplementary voluntary health insurance that existed in the previous version of the law was changed and focused on insurance principles (Solvency 2 Requirements). No measures were planned and undertaken to solve this problem, which led to full monopsony the National Health Insurance Fund (NHIF) in the disbursements for healthcare services, marginalization of the second pillar of insurance. This in turn results in

complete concentration of payments in a single payer and continuous desire for state intervention in health funding (for instance, the Ministry of Finance unreasonably takes NHIF's reserves) and the infringement of the principle of increased financial autonomy of the health sector. The healthcare system is now in a "stabilized crisis and systemic chaos".

Resources directed to prevention and health promotion policy are insufficient and constantly decreasing. State withdraws from its main function in ensuring the implementation of this policy. Allocated money and resources under that policy are used inefficiently, without setting clear priorities, target horizon, risk determinants and groups assessment and without required monitoring.

Bulgaria still has untapped potential to achieve better health of the population and prevent most of the diseases and premature mortality, respectively. This potential is in the scope of health promotion and disease prevention, particularly social and health policies at national and regional level. More effective prevention can be achieved if it covers practically simultaneously several key areas: improving health determinants (social, behavioral, environmental); public involvement in healthy lifestyles; development and implementation of programmes aiming at the prevention and early diagnosis of chronic diseases, application of interdisciplinary models in their prevention, etc. Health promotion and disease prevention policy must involve all sectors of society, not only healthcare system structures (non-health sectors such as education, social sphere and more, local authorities, businesses, the media, NGOs as well as the population itself should also be taken into consideration). Only if there is such intersectoral interaction, a common position could be developed as to what and how it should be done in order to promote a healthy lifestyle, whereas this complies with the available opportunities and resources. Such an approach would allow for the healthcare system to focus not only on treatment but also on the development of the health potential of the nation and implementation from all healthcare system units of an integrated approach in the field of promotion and disease prevention. Medical services referring to consulting on healthy lifestyle should be placed as key services along with treatment and diagnostic activity of general practitioners. In our country, there were and still are a significant number of prevention-oriented national programmes. Some of them dealt with particular risk factors (smoking), others covered broad subject areas (mental health), while third emphasized on individual diseases (osteoporosis), etc. In many cases this led to a duplication of activities within the various programmes on similar thematic areas, which was unreasonable waste of the already limited financial resources. Moreover, the planning of these programmes, in most cases, lacked the development of the necessary tools for assessing their effectiveness at individual stages.

The main risks associated with healthcare system operation are the following:

- The impact of the global financial crisis is manifested by negative effects on opportunities for system resourcing and increased demand for health services by the population.
- Deteriorating staff, insufficient qualification and demotivation of healthcare professionals, particularly in emergency medical care.
- Progressive deterioration of the age structure of the medical specialists, insufficient number of students undergoing trainings and increased number of medical professionals who wish to seek professional realization abroad.

- The structures of the national health network are unevenly distributed with growing regional disparities and inequality of the population in terms of access to different types of medical care, especially with regard to primary care.
- Poor interaction and coordination between the different sectors of the system that violates the integrity of the system and thus reduces the quality and effectiveness of healthcare.
- Growing dissatisfaction among the population with the access, organization and quality of provided primary medical care.
- There is still lack of truly guaranteed 24 –hour service for the population provided by general practitioners which burdens the emergency medical care system.
- Lack of improvement in health promotion and disease prevention activities carried out by GPs.
- The operation of emergency medical care system is complicated due to the lack of a clearly defined subject of the emergency care, which often suggests that the latter is inadequately burdened with non-specific activities.
- The high frequency of hospitalizations in the country should be subject to comprehensive actions in the future as well as the need of internal restructuring with a focus on beds for continuing and long-term treatment, hospices, short duration of stays, with clearly categorized and territorially distributed hospitals.
- Essential are the specialization and optimization of hospital services “portfolio” so as to fully meet the needs of the population with the most efficient use of available resources.

3.3 Reform debates

The pharmaceutical industry and drug policy are common topics raising public controversy. For example, in 2012, it was found that the external control mechanism of the reference price failed to lead to the anticipated effect, thus causing an increase in medicines’ prices. Another emerging problem is associated with the gradual transfer of responsibility for the purchase of some expensive drugs from the Ministry of Health to hospitals. Until 2010, the Ministry of Health used to supply the expensive drugs centrally (for instance, regarding cancer diseases and haemodialysis). However, policy-makers decided that this method is inefficient due to a number of reasons, including delays in government procurement and timely delivery of the necessary medicines as well as the imposition by the administration of concrete volumes, thus leading to a shortage of these drugs. The significant number of complaints against the Ministry of Health on the outcome of the government procurement process put additional pressure, which was manifested in the undertaken changes. In 2012, a decision was made to include the expenditures for these drugs in clinical pathways and enable hospitals to purchase them in compliance with their public procurement procedures under the Public Procurement Act along with routine orders for medicines and consumables.

The transition process was disorganized and many hospitals were found to have paid higher price compared to the price that the Ministry had received earlier in centralized tenders.

Subject of considerable criticism and debate is the implementation of the policy regarding the provision of medicines and medical devices, not to its content. Discussions indicate that the

content of many existing legislative acts as well as the undertaken actions comply with the standards of good practice. For example, the criteria to include a drug in the Positive Drug List (PDL) and pricing are not public and transparent, with the decision-making process not being transparent as well. Based on this, the credibility to the respective commissions is low and likely to remain so unless transparency grows sufficiently so as to satisfy the society. The necessary measures will be: performance of full and transparent audit of the existing positive list in order to provide a system with the best efficiency of input resources and significant enhancement of public confidence in the legitimacy of these processes, and last but not least contributing to the continued improvement of decision-making transparency.

Another problem stemming from this policy is the increase in the levels of self-treatment requiring additional control of the allocation of drugs from pharmacies. The factors influencing the increased levels of self-treatment are as follow: inappropriate prescription of drugs by general practitioners and specialists, non-compliance with patients' financial status, prescription mainly of expensive originals under the influence of the marketing policies of pharmaceutical companies, and last but not least – the ever-changing levels of reimbursement by NHIF with constantly increasing self-participation of patients in their purchase, who prefer avoiding the costs and time to consult their GPs.

4 Long-term care

4.1 System description

4.1.1 Major reforms that shaped the current system

The long-term care system in Bulgaria has expanded considerably in recent years as a result of actions aimed at deinstitutionalisation and provision of more community-based services and services in family environment. Despite some progress, the institutionalisation of people with disabilities and elderly people is still predominant. Care is provided mainly in homes for elderly people, homes for elderly people with disabilities, specialised hospitals for continued treatment and rehabilitation and hospices.

In order to improve coordination and integration of social services and ensure equal access to quality social services for people from vulnerable groups, a qualitatively new approach to development and provision of social services through regional and municipal planning on the basis of the analysis of the needs of social services was introduced in 2010. The new approach aims at establishing social services that meet the specific needs of the target groups not only in the municipalities, but also at the district level. The regional and municipal planning provides better involvement of all stakeholders in planning, designing and provision of services.

As part of the implementation of the Concept of Deinstitutionalisation and Prevention of Social Exclusion of People Living in Institutions the Agency for Social Assistance has developed a Plan for reforming the specialised institutions for elderly people and people with disabilities 2010-2011, which outlines concrete measures and activities for the reformation of 14 specialised institutions for adults with disabilities. In 2011 under the process of deinstitutionalisation and in order to improve the quality of life in institutions for elderly people and people with disabilities, 12 specialised institutions were abandoned and 28 new community based services of residential type were established. 150 people were deinstitutionalised and accommodated in community based social services of residential type.

As of July 2012, the number of specialised institutions is 163 with a capacity of 11,326 places.⁵

The transition from the traditional institutional care in Bulgaria to community based services and family based services is mainly realised by expanding the range of services such as Day Care Centres, Social Rehabilitation and Integration Centres, Protected Housing, and the development of the model for services provided at home (personal assistant, social assistant, domestic assistant, domestic social patronage). In 2011 the number of community based social services for elderly people was 329 with a capacity of 6,876 places, while in July 2012⁴ there was a certain increase in the number of these services, reaching 370 with a capacity of 8,043 places.

4.1.2 System characteristics

As laid down in a number of important policy documents, the philosophy of the system of long-term care (LTC) in Bulgaria is ostensibly based on the principle of solidarity, equity and access of all clients in need. Its objective is to improve the quality of life of disabled children and elderly people with impaired activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) by means of providing conditions for effective exercise of their right to independent living and social inclusion and for reduced dependence on institutional care.

Although there is no specific legislation for long-term care only, the issue is addressed in a number of policy acts – the Social Assistance Act (SAA) (and the Regulations for its implementation), the Disabled People’s Protection, Rehabilitation and Social Integration Act (and the Regulations for its implementation), Ordinance No. 4 on the Terms and Conditions for Social Service Provision, the Ordinance on the Criteria and Standards for Social Service and the Health Insurance Act, which provides a basis for the services rendered as part of the national mandatory health insurance system.

Depending on the specific case, LTC is provided by the state, the municipal authorities and private providers through the systems of social insurance and social welfare. The system is multifaceted depending on the type of provider involved; it is in a phase of transition and reforms aimed at strengthening the processes of decentralization and focusing on the needs of the individual care recipients. The main target groups of long-term care are people with impairments (disability) and elderly people (65+). Services are provided in residential institutions, at home, or in an environment that is close to the family (day care centers).

Currently, LTC services in Bulgaria incorporate two tiers of medical and social services, and each tier is regulated by different bodies and legislation. At the same time the respective legislation also targets other categories of people, and there is no clear framework with respect to the LTC system only, which makes it difficult to integrate the services needed by the recipients of LTC.

At first sight, this system seems to be well-integrated and work well, but in reality its operation is often compromised due to inadequacies in human resources and relevant facilities or due to systematic objectives and subjective impediments. In particular, this is the case in remote regions and villages of the country, which are often left to cope on their own because family physicians or social workers usually live and work in town and are unable to respond quickly to emergencies or organize regular home-based LTC. Occasionally long periods of time elapse before such patients can even be placed in specialised public institutions; LTC arrangements are often impossible, so such clients usually have to stay and receive LTC in hospitals. In most cases the hospital authorities show understanding for their plight, but

⁵ The National concept to promote active aging in BULGARIA (2012-2030) , <http://www.mlsp.government.bg/bg/docs/indexstr.htm>

nowadays this is becoming increasingly difficult due to financial constraints and the inability to account for. Currently, many hospitals, including acute hospitals (hospitals for active treatment) are responsible for long-term care patients who could receive higher quality services at lower cost in an environment better adapted to this purpose. It is difficult, however, to determine in quantitative terms the volume of the care given and the capacity of the healthcare system engaged in such activities⁶.

Although since 2010 legislation for another organizational form of long-term care (home for medical and social care) has been adopted to implement continuous medical observation and specific care for individuals of all ages with chronic illnesses, specific care at homes for people with chronic incapacitating diseases, and medical and social problems, at present such homes have not yet been established, and there is no public funding for their activities.

The financial resources for social services development and support are provided from three main sources: the state budget, the local budgets and the incomes of the beneficiaries.

Social services are financed by the state budget with the help of different mechanisms:

- Targeted transfers to the municipalities towards the support of the services which are delegated as state activity; these transfers are determined (since 2003) on the basis of the so-called “financial support standards per one place” (since 2008 these standards are unified, i.e. they cover the total support and salary costs);
- Targeted national programmes fully financed by budget means (for example the Programme “Assistants for People with Disabilities”, which also has the characteristics of a subsidised employment programme);
- The Social Assistance Fund under the Ministry of Labour and Social Policy, funding a small number of low-budget projects of municipalities, natural persons, and legal entities registered in the Register of the SAA;
- Grant schemes for the delivery of social services within the framework of the OPHRD. The municipalities provide funds from their own revenues (i.e. within the framework of their budgets) for local social services (social services at home, public kitchens, and pensioners’ and disabled people’s clubs). This means that the amount and quality of social services provided by local authorities greatly vary depending on the municipal budget.

For an increasingly ageing population increased public spending on **long-term care** will also be required as adults and the elderly will constitute the fastest growing social group in the society in the coming future.

Even though the system for long-term care and social services in Bulgaria is in recent years considerably expanding as a result of actions aimed at deinstitutionalization and providing more community-based and family-friendly services, there are serious challenges in this area,

⁶ Beside the general health system, health care system provides long-term care for patients with mental disorders within the specialized psychiatric system, including 12 state psychiatric hospitals (SPHs), 12 mental health centers (MHCs) and psychiatric wards within the multiprofile hospitals for active treatment (acute hospitals). The total number of psychiatric hospital beds is 1755. Since 2010 by changing the Law for Healthcare Institutions (LHI) the opportunity has been given to the SPHs to register social services under the Social Assistant Agency. So far, social services have been provided only in two SPHs (one day care center and one sheltered home); one further SPH is currently applying for the provision of social services. In the end of 2011, Bulgaria had a total of 49 hospices with 790 beds, which are funded primarily by private funds.

resulting in insufficiently extensive network of community services and suppliers across the country, which for the majority of Bulgarian citizens impedes access to quality care.

4.1.3 Details on recent reforms in the past 2-3 years

In recent years, no significant reforms in the field of long-term care can be reported. Only more effective measures can be observed in the de-institutionalization of children in orphanages. Given the challenges imposed by the ageing of the Bulgarian population, special emphasis is placed on:

- the improvement of long-term care services and development of innovative cross-sector services;
- adoption of measures aimed at providing comprehensive support to families who care for dependent family members;
- the improvement of the quality of life of elderly people, people with disabilities, people with mental disorders, etc.

In order to achieve these goals, Bulgaria has initiated the development of National Strategy for Long-Term Care with the participation of all stakeholders. The main objective of the Strategy is to create conditions for independent and dignified life for the elderly people and people with disabilities by improving access to social services and their quality, expanding the network of these services in the country, deinstitutionalisation and promoting an interaction between health and social services. The implementation of the strategy will provide a complex support to families who care for elderly family members and family members with disabilities.

The specific objectives include:

1. Developing and offering a network of social services according to the needs of elderly, people with physical disabilities, people with mental disorders and people requiring palliative care: not only fixed, such as day centers, social rehabilitation and integration etc., but mobile forms of social services provided in people's homes;
2. Legislative regulation of a wide range of fixed and mobile services in the community for people in the target groups and their families, relying on the best practices and applying innovative approaches;
3. Ensuring sustainable financing of long term care services;
4. Improving coordination mechanism between the systems of social and health care;
5. Gradually restructuring and reducing the capacity of specialized institutions for the elderly, people with physical disabilities, people with mental disorders and people requiring palliative care and transforming them into new forms of community services;
6. Gradually restructuring the system for inpatient treatment of patients with mental disorders and the development of deinstitutionalization;
7. Implementation and provision of sustainable funding for palliative care.

This strategy has not yet been adopted, and continues to be a project. An Action plan for its implementation will be developed following the adoption of the Strategy. The activities will be funded through the state budget and the European structural funds for the next programming period.

4.2 Assessment of strengths and weaknesses

4.2.1 Coverage and access to services

There is no national definition of “need of care”; instead, specific eligibility criteria are defined in different pieces of legislation for the different types of services.

Assessment of needs is individual and normally based on an application to the respective welfare service. The applicant is assessed on a number of criteria which vary depending on the type of service. Generally, the minimum eligibility criteria are defined in the legislation (the Regulations for the implementation of the respective law) and they are nation-wide and binding. These may include the applicant’s income, property status, family status, potential care providers (friends or relatives), type and severity of the disability, etc. The severity of disability is assessed by independent bodies. In the case of disabled children aged 16 and under, for example, these are the Regional Expert Consultative Panel, and the Central Expert Consultative Panel⁷, and for adults – the Territorial Expert Consultative Panel and the National Expert Consultative Panel⁸.

At the same time, since there is still a high demand for institutional care, especially for the elderly, people with physical disabilities, people with mental disorders and people in need of palliative care increase, and capacities of existing forms and programs are insufficient.

4.2.2 Quality and performance indicators

To improve the quality of care of older people, people with physical disabilities, people with mental disorders and people requiring palliative care it is necessary to improve the facilities, the structure and professional capacity of staff, and to increase control on compliance with the criteria and standards for the delivery of social and health services. Further efforts towards improving the coordination between social and healthcare systems are necessary in order to achieve practical results and to provide qualitative and affordable integrated services for elderly people, people with physical disabilities, people with mental disorders and people in need of palliative care.

4.2.3 Sustainability

Against the background of an ageing population⁹ the formal and informal LTC services seem highly inadequate. In most cases the care for elderly sick parents is an immeasurably heavy burden on their offspring, especially for those working in strenuous jobs. In such cases the only solution is placing the parent in a home for the elderly or in a hospice, or hire a professional care. Some elderly people are abandoned to their fate and meagre pensions and live alone without proper care or help. Placement in an institution is often difficult or very expensive, if the institution is private. Currently the number of available public homes for the elderly in the country is quite inadequate, considering the growing number of elderly people increasingly dependent on LTC. In many cases one has to stay on a waiting list for at least half a year in order to be placed in an elderly home. The situation is being aggravated by a deteriorating health due to the long timespan without any care. Most elderly people cannot

⁷ Ordinance 19, MoH

⁸ The major eligibility criteria for placement in residential institutions include: 1) Disability degree above 70%, or 2nd group disability; 2) Impaired ADL and IADL (and absence of income to hire an assistant); 3) Absence of close relatives (parents, spouse, children, guardians and trustees), or impossibility of these relatives to take care of him/her (due to advanced age, caring for other disabled people, bad relations, etc.);

⁹ At the end of 2012, Bulgaria’s population numbered 7 282 041 people, 2,208,400 (30,4%) of whom were pensioners

afford payments for care as their pensions are well below the poverty threshold. Thus, thousands of elderly people in Bulgaria are compelled to live in sickness and poverty¹⁰.

4.2.4 Summary

Despite the government's announced measures and strategies, there has been no significant improvement. The existing national programmes fail to meet the growing demand for LTC services or for improvement of their quality, largely due to the limited financial resources for their implementation (especially at local level). While the community-based forms of LTC are hailed with enthusiasm as a major vehicle of de-institutionalisation, in fact their efficiency and accomplishments have not been studied in depth. Moreover, they seem to be ridden by a lack of resources and staff problems. Another missing element in the puzzle is the lack of an operating LTC system linking the different units of the system and permitting the efficient exchange of data and information.

Urgent measures are necessary to establish a viable network of different types of LTC services on the basis of well-defined and developed quality standards and efficient central and local mechanisms of supervision as an alternative to the expensive placement in specialised institutions and treatment in hospitals. The key to the solution of this problem is to develop mechanisms for the provision of types of service that are considerably less expensive than hospital and specialised institutions. To that end the informal long-term care givers should be formally recognised and supported

4.3 Reform debates

In late 2009 the political debate on LTC has intensified. The initiative was undertaken by the NGO sector and the National Social Security Institute (NSSI). LTC was for the first time defined as “a social risk” also in terms of social insurance¹¹. It was suggested that the solution to the problem should be sought along the lines of establishing special schemes for social security (through the system of social and health insurance). Awareness about the fact that “Bulgaria needs a new concept for LTC, legislative and institutional solution, as well as financial provisions, bound with the state budget, the social insurance funds and the social programmes”¹² was raised. Some of the measures proposed include: LTC to be integrated in the social security system as a mandatory social security risk; establishment of an independent LTC fund; financing LTC from public funds, or an insurance fund and fees from the families of persons in need; increase of the health insurance fee so that LTC and palliative care are covered, etc.

For the first time the European Charter for Family Carers was promulgated in Bulgaria, too.

Bulgaria's priorities in the field of social services as a component of the long-term care development policy are:

- To extend the range of services targeted specifically at elderly people and people living alone, people with disabilities and others and improving their quality of life;
- Transition from institutional care to services permitting such people to live in their community and family environment;

¹⁰ More than 330,000 pensioners live alone in Sofia (which has a population of about two million), but there are only 6 homes for the elderly and only one municipal establishment providing meals and some limited care at home, serving some 1,900 people over the age of 60 or people with 71% disability.

¹¹ Concept for the development of long-term care (draft). Ministry of Health (2012)

¹² Mitigating the Economic Impact of an Aging Population: Options for Bulgaria. Document of the World Bank 78979, 2013

- To reduce the number of people using services in specialised institutions for social services delivery and reduce the number of the institutions themselves through the development of a modern network of community services;
- To create incentives for informal carers by providing financial support and replacements for certain periods of time;
- To strengthen the capacity of the LTC system by providing education and training of staff and involving young people.

5 References

- ADEMOV, H., (Minister of Labour and Social Policy) (2013): The stability of the insurance system should not be achieved with the efforts of only one generation, statement before the Parliament, Sofia, retrieved on 1 November 2013 at <http://www.mlsp.government.bg/bg/news/news.asp?newsid=3302&catid=12>
- ANNUAL REPORT OF THE MINISTER OF HEALTH, "The state of public health in 2011 and implementation of the national health strategy." Годишен доклад на Министъра на здравеопазването „Състоянието на здравето на гражданите през 2011 г и изпълнение на националната здравна стратегия“.
- ANNUAL REPORT OF THE MINISTER OF HEALTH, "The state of public health in 2012 and implementation of the national health strategy." – Draft (ЊСРНА)
- ANNUAL REPORT ON THE IMPLEMENTATION OF THE NHIF BUDGET FOR 2011 AND 2012 Годишен отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2011 г.
- ATANASOVA, D. (2006). Citizen participation in decision-making related to health. - Social Medicine, N 3, pp. 18-22 Атанасова, Д. (2006). Гражданско участие във вземането на решения, свързани със здравеопазването. – Социална медицина, N 3, с. 18-22.
- CHERNEVA, K., (2013): Rearrangement, article, retrieved on 20.09.2013 at http://www.capital.bg/politika_i_ikonomika/bulgaria/2013/09/20/2144989_pensionna_reforma_prenarejdane/
- CHOBANOV, P., (Minister of Finance) (2013): I expect criticism by the IMF because of the halted pension reform, interview, Sofia, retrieved on 31 October 2013 at <http://www.faktor.bg/ikonomika/biznes/13975-chobanov-ochakvam-kritiki-ot-mvf-zaradi-spryanata-pensionna-reforma.html>
- COUNCIL OF MINISTERS. (2012). Strategic Report of the Republic of Bulgaria, 2012. December 2012. Министерски съвет. (2012). Стратегически доклад на Република България, 2012. Декември 2012.
- DELICHEVA, E. (2008). Conceptual model of the competitiveness of the health system. - Health Economics and Management, N 1, pp. 9-15. Делчева, Е. (2008). Концептуален модел на конкурентоспособността на здравната система. – Здравна икономика и мениджмънт, N 1, с. 9-15.
- ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL (2012): Active ageing and solidarity between generations, Opinion, Sofia, retrieved on 1 October 2013 at <http://www.esc.bg/bg/activities/opinions>
- ECONOMIC RESEARCH INSTITUTE AT BAS. (2012). Annual Report 2012. Economic Development and Policy in Bulgaria: Ratings and expectations focused Health. Sofia Goreks Press, 131 pp. Институт за икономически изследвания при БАН. (2012). Годишен доклад 2012. Икономическо развитие и политика в България: Оценки и очаквания с фокус Здравеопазване. София, Горекс Прес, 131 с.
- EUROPEAN COMMISSION, INTERNATIONAL MONETARY FUND, ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT, UNITED NATIONS AND THE WORLD BANK. (2009). System of National Accounts 2008. New York.
- EUROSTAT. (2013). Labour Costs in the EU-27. – Eurostat, News Release 54/2013, 10 April 2013.

- GANEV, K. (2005). Measurement of total factor productivity: Growth Accounting for Bulgaria. - Discussion Papers 48, National Bank Ганев, К. (2005). Измерване на общата факторна производителност: Счетоводство на икономическия растеж за България. – Дискусионни материали 48, БНБ.
- GUTSUZYAN, M., (2013): The pension reform in the „freezer“ until 2016, article, Sofia, retrieved on 31 October 2013 at <http://www.trud.bg/Article.asp?ArticleId=2406671>
- ILIEV, I., PETROVA NIKOLOVA, R., 2012, Age friendly goods and services – an opportunity for social and economic development. Social services and employment for the elderly, (Warsaw, 29-30 October 2012). Comment paper Bulgaria Peer Review on age friendly goods and services, Poland 2012
- KUZNETSOVA, D. (2013). Problems of medical training through the eyes of the students. - Policies, N 1, an electronic journal Кузнецова, Д. (2013). Проблемите на обучението по медицина през погледа на студентите. – Политики, N 1; електронно списание - <http://politiki.bg/?cy=262>
- NATIONAL SOCIAL SECURITY INSTITUTE (2013): Analysis of old age and contributory service pensions for the period 2000-2012 (publication), 10 October 2013, Sofia, can be retrieved in Bulgarian language at <http://www.noi.bg/aboutbg/st/analyses/2468-analizpensii2000-2012>
- NATIONAL STATISTICAL INSTITUTE (2013): Statistical Yearbook 2012 (book), 13 September 2013, Sofia, can be retrieved in English language at <http://www.nsi.bg/otrasal-publikaciaen.php?n=398&otr=52>
- RANGELOVA, R. (2008). Criticism of the Concept and Measure of total factor productivity. - Economic thought piece. 3, pp 30-49. Рангелова, Р. (2008). Критика на концепцията и измерителя за общата факторна производителност. – Икономическа мисъл, бр. 3, стр. 30-49.
- SALCHEV, P. et al. (2011). Primary health care in Bulgaria - facts and analyzes. Institute "Open Society", pp. 55-74. Салчев, П. и колектив. (2011). Първичната здравна помощ в България – факти и анализи. Институт „Отворено общество”, с. 55-74.
- SURUDJIISKA, D., (2013): The „freezing“ of the pension reform may be valid for 2 years, article, Sofia, retrieved on 31 October at <http://novanews.bg/news/view/2013/10/31/61084>
- THE EUROPEAN HEALTH REPORT. (2005). Public Health Action for Healthier Children and Populations. World Health Organization.
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. (2006). The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen.
- ZACHARIEV B., VILAMOVSKA, A. M. (2013). Trends and Challenges in medical education. - Policies, N 1, an electronic journal Захариев, Б. Виламовска, А. М. (2013). Тенденции и предизвикателства пред медицинското образование. – Политики, N 1; електронно списание - http://politiki.bg/?cy=264&lang=1&a0i=224015&a0m=readInternal&a0p_id=1035
- ANNUAL REPORT OF AGENCY OF SOCIAL ASISTANCE
- MITIGATING THE ECONOMIC IMPACT OF AN AGING POPULATION: Options for Bulgaria Poverty Reduction and Economic Management. Document of the World Bank N 78979

NATIONAL STATISTICAL INSTITUTE – www.nsi.bg

NATIONAL CENTER OF PUBLIC HEALTH AND ANALYSES –
www.ncpha.government.bg

MINISTRY OF HEALTH – www.mh.government.bg

HEALTH ACT. (2004). Закон за здравето. (2004).

HEALTH INSURANCE ACT. (1999). Закон за здравното осигуряване. (1999).

HEALTH ESTABLISHMENTS ACT. (1999). Закон за лечебните заведения. (1999).

DECREE № 5 OF MINISTERS of 10.01.2013 laying down volumes and prices of medical services under Art. 55, para. 2, Item 2 of the Health Insurance Act 2013 Постановление № 5 на МС от 10.01.2013 г. за приемане на обемите и цените на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване за 2013 г.

Annex – Key publications

[Pensions]

DOMELAND D., KOETTL J., ILIEVA S., AJWAD M., DANCHEV P., DE LAAT J., GEGINAT C., BASSET R., COUFINHAL A., DIMOVA A., RAGGLA., KUPETS O., KEYFETS I., SHOPOV G., ZVINENIE A., ONDER H., PESTIEU P., ABELS M., SALCHEV P., DIMITROVA D., VICHEV M., LEY E., BOGETIC Z., ONAL A., SAMIR KC. Mitigating the Economic Impact of an Ageing Population: Options for Bulgaria. 08/2013; Publisher: World Bank, Washington D.C., Editor: Doerte Domeland

ILIEV, B., VRACHOVSKI D., JORDANOV P., ERUSALIMOV R., VASILEV V., PANTELEEVA S., PANEVA A., IN Scientific Research Almanac, Volume 16 , 2012; D. A. Tsenov Academy of Economics - Svishtov

Insurance and social security in the context of the economic profile of social security in a market economy

A widespread understanding connects the individual, respectively social security, too, with reaching the state of a guaranteed opportunity for meeting a particular level of socially accepted human needs in all life situations, including ones caused by contingent risks accompanying one's daily life. Presented in such a way, this security has distinct economic dimensions. In a market economy, social insecurity of individuals increases. This brings to the foreground problems related to individuals' security. Those who are competent to solve these problems are insurance companies, as well as pension and health insurance companies, whose activities in the outlined trend are the subject of the current research, first of its kind for the Bulgarian theory and practice.

SHOPOV, G., 2013, Social Reforms in Bulgaria – examples, prerequisites, research, Bulgarian Academy of Sciences

Political and economic context for undertaking reforms – the example of the pension reform:

- Macro political context
- Specific context for policy formulation
- The determining moments in the political context
- The realization and role of politicians, and the way they think

TSANEVA P., 2013, "Economic thought" Magazine, issue 2, 100-119.

Characteristics of investment activity of pension funds in Bulgaria

[Health care]

HRISTIAN GRIVA, SALCHEV P., ATANASOV P., KUNDURDJIEV T., DIKOVA K. Analysis of the situation and problems of the functioning of the municipal hospital and the reasons for their closure. Sofia, retrieved on 09/2013 from

<http://ncpha.government.bg/pechat/305-дирекция-“класификационни-системи”/857-анализ-на-състоянието-и-проблемите-на-функционирането-на-общинските-мбл-и-причините-за-закриването-им.html>;

TODOR FINKOV, PETKO SALCHEV. Epr unlimited – brief epr overview and prognosis, bulgarian perspective. Bulgarian Journal of Public Health 06/2013; V(2):148-152.

http://ncpha.government.bg/files/BJPH_br2_2013.pdf

SALCHEV P., ATANASSOV P., DIMITROVA T., GRIVA C. (2013), Economic analysis and evaluation of the effectiveness of hospital care services in bulgaria by using the data envelopment analysis for the period 2010-2012. Journal of Public Health Dentistry (Impact Factor: 1.19). 06/2013; V(2):96-129. http://ncpha.government.bg/files/BJPH_br2_2013.pdf

SALCHEV P. Тема на фокус "Политики в здравеопазването – икономически анализ и оценки".05/2013; ISBN: 978-954-616-2311- retrieved from:
https://www.researchgate.net/publication/236951091The_Spotlight_Health_policies_-_economic_analysis_and_assessments.?ev=prf_pub

The Spotlight, "Health policies - economic analysis and assessments.

In the book: Annual Report 2013. Economic developments and policies in Bulgaria: estimates and expectations., Edition: I, Chapter: The Spotlight "Health policies - economic analysis and assessments.", Publisher: GoreksPres, Editors: Iskra Beleva, Mitko Dimitrov, pp.115-156

DIMITROV P., SALCHEV P. IN Bulgarian Journal Of Public Health 03/2013; Vol.5 (1):3-15. http://ncpha.government.bg/files/BJPH_br1_2013.pdf

ZACHARIEV B. VILAMOVSKA, A. M. (2013). Тенденции и предизвикателства пред медицинското образование. – Политики, N 1; електронно списание retrieved from http://politiki.bg/?cy=264&lang=1&a0i=224015&a0m=readInternal&a0p_id=1035

Trends and Challenges in medical education. - Policies, N 1, an electronic journal

KUZNETSOVA, D. (2013). Проблемите на обучението по медицина през погледа на студентите. – Политики, N 1; електронно списание Retrieved from <http://politiki.bg/?cy=262>

Problems of medical training through the eyes of the students. - Policies, N 1, an electronic journal

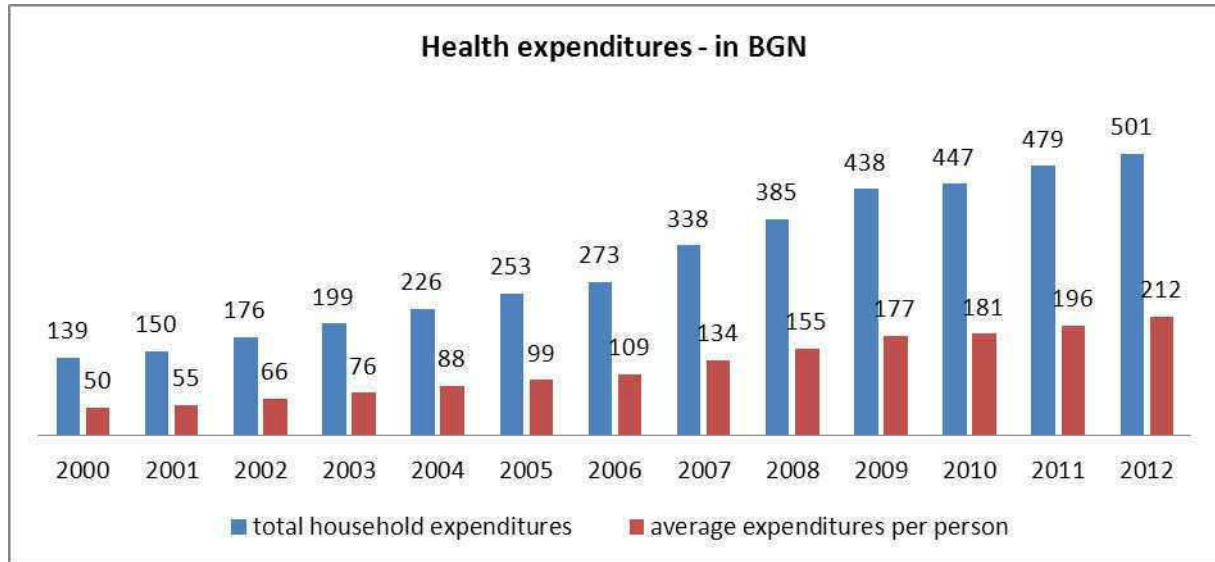
SALCHEV P. (2013) Българското здравеопазване в "окото на урагана" на икономическата криза Social Medicine 05/2013; retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/236846159_Bulgarian_healthcare_in_the_eye_of_the_hurricane_of_economic_crisis_\(_____\)?ev=prf_pub](https://www.researchgate.net/publication/236846159_Bulgarian_healthcare_in_the_eye_of_the_hurricane_of_economic_crisis_(_____)?ev=prf_pub)

Bulgarian healthcare in "the eye of the hurricane" of economic crisis

DIMOVA A, ROHOVA M, MOUTAFOVA E, ATANASOVA E, KOEVA S, PANTELI D, VAN GINNEKEN E. (2012) Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition, 2012, 14(3):1–186. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/169314/E96624.pdf

Annexes

Figure 1 Health expenditures



Source: MF, Salchev

Table 1 Health network and beds in 2011 and 2012

Types of healthcare facilities	2011		2012	
	Number	Beds	Number	Beds
Inpatient healthcare facilities (hospitals) - total	315	44811	312	45 726
Multi-profile hospitals	120	25500	114	24 912
Multi-profile hospitals for active treatment	119	25460	113	24 872
Specialized hospitals	76	7837	73	7 755
Specialized hospital for active treatment	39	3837	37	3 700
Specialized hospital for long-term treatment and aftercare	5	241	5	251
Specialized hospital for long-term treatment, aftercare and rehabilitation	13	935	12	980
Specialized hospital for rehabilitation	19	2824	19	2 824
Psychiatric hospitals	12	2448	12	2 438
Private hospitals	89	5799	92	6 916
Healthcare facilities providing outpatient care (consistent with the healthcare facilities' reports)				
Outpatient primary medical care – individual practices	3569	-	3 575	-
Outpatient primary dental care – individual practices	4850	-	5 046	-
Outpatient primary medical care – group practices	219	-	223	-
Outpatient primary dental care – group practices	264	-	300	-
Outpatient facilities providing specialized medical care – individual practices	2858	-	3 050	-
Outpatient facilities providing specialized dental care – individual practices	62	-	76	-
Outpatient facilities providing specialized medical care – group practices	146	-	149	-

Outpatient facilities providing specialized dental care – group practices	1	-	1	-
Medical centers	559	617	575	588
Dental centers	49	6	49	7
Medical and dental centers	35	38	33	15
Diagnostic and consultative centers	121	263	121	228
Independent medical-diagnostic and medical-technical laboratories	1006	-	1 026	-
Other medical and healthcare facilities				
Comprehensive cancer centers	7	1152	7	1 144
Centers for skin-venereal diseases	10	100	8	80
Mental health centers	12	1328	12	1358
Emergency medical care centers	28	-	28	-
Independent centers for transfusion haematology	4	-	4	-
Residential medical care homes for children	31	3756	30	3 624
Hospices	49	790	41	802
National centers without beds	7	-	7	-
Regional Health Inspectorate (RHI)	28	-	28	-
Sanatoriums	4	674	1	244

Source: National Center of Public health and analyses

Table 2 Policies and programmes' expenses (in compliance with the budget of first-level budget spending authorities), 2010 – 2012

Policies and programmes	Report for 2010 (in thousand lev)	Report for 2011 (in thousand lev)	Report for 2012 (in thousand lev)
Policy in the field of PROMOTION, PREVENTION AND PUBLIC HEALTH CONTROL	93 705.4	113 843.7	112 772.3
Programme 1 “Health Control”	19 219.8	21 504.90	27 284.8
Programme 2 “Non-communicable Diseases Prevention”	9 205.6	9 019.8	8 630.9
Programme 3 “Prevention and Surveillance of Communicable Diseases”	60 151.9	77 944.7	74 517.9
Programme 4 “Secondary Prevention of Diseases”	3 644.7	3 625.2	0
Programme 5 “Drug Demand Reduction”	1 483.4	1 848.1	2 338.7
Policy in the field of DIAGNOSIS AND TREATMENT	348 222.8	497 067.3	345 060.9
Programme 6 “Outpatient Care”	4 845.9	3 058.1	3 641.3
Programme 7 “Inpatient Hospital Care”	91 817.4	244 429.3	137 462.3
Programme 8 “Dispensaries”	15 697.8		
Programme 9 “Emergency Medical Care”	76 903.5	84 102.4	110 053.2
Programme 10 “Transplantation of Organs, Tissues and Cells”	3 298.4	4 067.1	4 782.9
Programme 11 “Provision of Blood and Blood Components”	12 115.8	16 150.1	14 106.5
Programme 12 “Medical and Social Care for Disadvantaged Children”	30 893	33 418.7	32 991.1
Programme 13 “Expert Investigation of the Degree of Disability and Permanent Disability”	6 689.9	7 480.2	6 130.8
Programme 14 “Haemodialysis”	49 913.9	62 209.1	0
Programme 15 “Intensive Care”	55 648.8	42 152.3	35 892.8
Policy in the field of MEDICINAL PRODUCTS AND MEDICAL DEVICES	141 099.0	94 745.4	12 752.5

Programme 16 “Affordable and Quality Medicines and Medical Devices”	141 099.0	94 745.4	12 752.5
Programme 17 “Administration”	7 857.2	12 442.9	9 531.6
Total expenses of the first level budget spending authority	590 794.4	718 099.3	480 117.3

Source: MoH, Salchev

Table 3 Government expenditure on LTC according to government expenditure data (BGN) - 1€ = 1,9853 BGN

	Capacity			Expenditures			Expenditures per capacity		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
LTC Institutional									
Homes for elderly	5,318	5,427	5,462	30,014,946	31,621,851	31,036,724	5,644	5,827	5,682
Homes for adults with disabilities	4,159	3,734	5,317	40,346,110	39,072,828	37,765,306	9,701	10,464	7,103
Centers for social rehabilitation and integration	1,958	2,547	3,139	4,754,425	5,833,034	6,682,367	2,428	2,290	2,130
LTC community-based									
Domestic social patronage, public canteens	38,030	38,390	38,554	43,228,311	45,540,252	46,569,962	1,137	1,186	1,208
Clubs for pensioners, disabled people	n.a.	n.a.	n.a.	6,283,563	7,476,566	6,584,993	n.a.	n.a.	n.a.
Daycare for elderly	1,388	1,413	1,423	2,493,591	2,760,346	3,030,603	1,797	1,954	2,130
Daycare for adults and children	2,376	1,913	3,388	15,877,149	17,799,745	18,706,607	6,682	9,305	5,521
LTC home-based									
Foster care for children and adults	627	993	1,286	5,897,778	8,889,981	11,377,950	9,406	8,953	8,848
Shelters	875	959	941	5,415,328	5,975,322	6,488,754	6,189	6,231	6,896
Total	54,731	55,376	59,510	154,311,201	164,969,925	168,248,266	2,819	2,979	2,827

Source: Administrative data.

Source: Mitigating the Economic Impact of an Aging Population: Options for Bulgaria. World Bank Document 78979

Box 1 Schemes of social assistance

1. Scheme “Care in family environment for independent and decent living of people with different types of disabilities and people living alone – activities “Social Assistant” and “Domestic Assistant” /phases I, II and III/ – the scheme covers the period from 2007 to 2013. Its total budget (European and national co-financing) is EUR 21.7 million. The social services are provided by non-governmental service providers.
2. Scheme “Improvement of the service "Personal assistant" for people with disabilities and people who live alone” /phases I and II/ - the scheme covers the period from 2007 to 2013. The total budget of the scheme is EUR 18.8 million. The service is provided by the Agency for Social Assistance in partnership with municipalities.
3. Scheme “Alternatives” – the scheme covers the period from 2010 to 2013. The total budget of the scheme is EUR 30.6 million. The service is provided by the Agency for Social Assistance in partnership with municipalities

Table 4 Number of social services (specialized institutions and social services) for adults by July 31, 2012 ¹³

№	Type	Number	Capacity
Specialized institutions for adults			
1	Nursing homes for adults with mental retardation	27	2210
2	Nursing homes for adults with mental disorders	15	1102
3	Nursing homes for adults with physical disabilities	22	1345
4	Nursing homes for adults with sensory disorders	4	148
5	Nursing homes for adults with dementia	14	836
6	Nursing homes for the elderly	81	5685
Total:		163	11326

№	Type	Number	Capacity
Community based social services for adults			
1	Day centers for adults with disabilities	60	1672
2	Day centers for elderly people	52	1499
3	Centers for social rehabilitation and integration for adults	61	2092
4	Social-educational centers	9	509
Total:		182	5772

№	Type	Number	Capacity
Community-based social services - residential care facilities for adults			
1	Protected homes	117	1047
2	Supervised homes	16	100
3	Transitional homes	9	80
4	Centers for family-type accommodation for adults	32	402
5	People's crisis centers	3	36
6	Temporary accommodation centers for adults	11	611
Total:		188	2276
Total community based social services for adults, including those of the residential type:		370	8048

¹³Source: Ministry of Labour and Social policy, Salchev

Table 5 Annual funding for the maintenance of a person shall be¹⁴

	Institution type	A uniform expenditure standard for 1 person
1	Nursing homes for adults with mental retardation	BGN 5 940 (3 037 €)
2	Nursing homes for adults with mental disorders	BGN 6 570 (3 359 €)
3	Nursing homes for the elderly with dementia	BGN 7 110 (3 635 €)

Table 6 Total annual allowance¹⁵

	Institution type	Total annual allowance
1	Nursing homes for adults with mental retardation	BGN 13 953 060 (7 134 086 €)
2	Nursing homes for adults with mental disorders	BGN 8 205 930 (4 195 625 €)
3	Nursing homes for the elderly with dementia	BGN 5 993 730 (3 064 545 €)
4	Total	BGN 28 152 720 (14 394 257 €)

¹⁴ Source: Ministry of Labour and Social policy, Salchev

¹⁵Source: Ministry of Labour and Social policy, Salchev

This publication is commissioned by the European Union Programme for Employment and Social Solidarity – PROGRESS (2007-2013)

This programme is implemented by the European Commission. It was established to financially support the implementation of the objectives of the European Union in the employment, social affairs and equal opportunities area, and thereby contribute to the achievement of the Europe2020 Strategy goals in these fields.

The seven-year Programme targets all stakeholders who can help shape the development of appropriate and effective employment and social legislation and policies, across the EU-27, EFTA-EEA and EU candidate and pre-candidate countries.

For more information see:

<http://ec.europa.eu/progress>