
2016

Strukturen und Reformen der Altenhilfe und Pflege im internationalen Vergleich

Ingo Bode

Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung

Expertisen zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung

Herausgegeben von

Jenny Block, Christine Hagen und Frank Berner

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1 Die Infrastruktur der organisierten Altenhilfe im Regimevergleich	7
1.1 Die einzelnen Länder	7
1.1.1 Frankreich	7
1.1.2 Belgien	14
1.1.3 England	20
1.1.4 Kanada	26
1.1.5 Norwegen	33
1.2 Vergleich und länderübergreifende Tendenzen	39
2 Koordination im ambulanten Versorgungszusammenhang: Erfahrungen aus Québec und Norwegen	47
2.1 Québec	48
2.2 Norwegen	51
3 Schlussfolgerungen für Deutschland	54
Literaturverzeichnis	60

Einleitung

Die Altenhilfe beziehungsweise die Pflege älterer Menschen sind im Zuge des fortschreitenden sozialen und demografischen Wandels zu einem zentralen Topos der öffentlichen Debatte sowie der Sozialpolitik avanciert. Gleichzeitig begreifen spätmoderne Gesellschaften die Gewährleistung beziehungsweise Aufrechterhaltung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung bei physischen oder mentalen Beeinträchtigungen zunehmend als etwas, wofür öffentliche Instanzen (wenigstens subsidiär, also dann, wenn andere soziale Einheiten – nach Maßgabe bestimmter Mindesterwartungen – leistungsunfähig werden) Verantwortung zu übernehmen haben, und zwar im Kontext des *lokalen Gemeinwesens*. Dies impliziert angesichts des typischen Organisationsaufbaus der meisten Staatsgebilde, dass kommunale Gebietskörperschaften die entsprechenden Interventionen durchführen, steuern oder wenigstens begleiten. Das Thema des Siebten Altenberichts ist Ausdruck dieser Grundorientierung, sieht doch der Bericht die Kommunen in der Mitverantwortung für den Aufbau und die Sicherung von Lebensräumen, in denen ältere Menschen, auch bei eingeschränkten körperlichen oder gesundheitlichen Fähigkeiten, autonom und sozial integriert leben können.

Dabei ist die Art und Weise, wie dies geschieht oder geschehen kann, maßgeblich von überörtlichen Rahmenbedingungen abhängig. Denn die soziale Daseinsvorsorge erfährt in entwickelten Gesellschaften einen Prozess *translokaler Institutionalisierung*, und zwar durch Normierungen qua Gesetz oder Verwaltungsakt auf der nationalen oder wenigstens föderalen Ebene. Gleichzeitig sind Hilfen für Menschen, die Unterstützung benötigen, Bestandteil dessen, was in der Sozialpolitikforschung häufig als „gemischte Wohlfahrtsproduktion“ beziehungsweise „welfare mix“ bezeichnet wird (Evers und Olk 1996; Klie und Roß 2005; Wendt 2010). Sowohl die oben genannten translokalen Institutionalisierungsprozesse als auch die verschiedenen Formen der Wohlfahrtsproduktion – konkret etwa: die Einbindung nicht staatlicher Leistungserbringer oder von Familien beziehungsweise Privaten – erweisen sich dabei in hohem Maße als kulturspezifisch. Länder und Regionen sind historisch der Ort, an dem Systeme der Altenhilfe entstanden sind und weiterentwickelt werden. *Internationale Unterschiede* sind somit hochwahrscheinlich.

Allerdings: Im Zuge technischer, wirtschaftlicher, politischer und sozialer Globalisierungsprozesse gibt es Phänomene eines grenzüberschreitenden Institutionentransfers beziehungsweise dessen, was als „policy learning“ bezeichnet wird (May 1992). So zeigen sich auch im Bereich der Altenhilfe – auch unabhängig von europäischen Harmonisierungsbestrebungen – *partielle transkulturelle Angleichungsprozesse* (Pavolini und Ranci 2008; Bode 2008; Bode u. a. 2013): Zu nennen wären hier beispielsweise länderübergreifende Veränderungen im „gender-Modell“ oder aber die Verbreitung bestimmter (neuer) Ordnungsideen¹, etwa die einer stärker marktförmigen Koordination sozialer Dienste. Damit wird die

¹ Diese Dynamik wird beispielsweise von neoinstitutionalistischen „world polity“-Theorien beschrieben und als fortschreitender globaler Harmonisierungs- beziehungsweise Isomorphietrend begriffen (Meyer 2009; differenzierend: Bode u. a. 2013; Bode 2015).

Perspektive auf Zustände und Entwicklungen jenseits der Grenzen relevant für Akteure, die bestehende Institutionen der sozialen Daseinsvorsorge und von ihnen geprägte Strukturen im eigenen Land weiterentwickeln beziehungsweise ausländische Erfahrungen für die einheimische Praxis nutzbar machen wollen.

Der Blick über den Tellerrand soll sich dabei vor allem auf die Träger und ihr Umfeld richten: Altenhilfe findet heute maßgeblich in und durch Organisationen statt, welche wiederum in einen spezifischen (öffentlich moderierten) Ordnungsrahmen einerseits und in kulturspezifische Praktiken der individuellen beziehungsweise gemeinschaftlichen Lebenswelt (v. a. in der Familie) andererseits eingebettet sind. Aus der Perspektive des politischen Systems, aber auch der einzelnen Bürger², stellt sich die öffentlich regulierte und koordinierte Altenhilfe als *Infrastruktur* dar, deren Zuschnitt für Art und Qualität der Hilfeleistungen von zentraler Bedeutung ist. Der Begriff der Infrastruktur bündelt dabei all jene Regelungen und Praktiken, die das konkrete gesellschaftliche Arrangement der Altenhilfe prägen; ihre analytische Durchdringung hilft, dessen „innere Chemie“ zu erfassen und in Bezug auf strukturelle Besonderheiten zu charakterisieren. Im Hinblick auf die Verhältnisse in anderen Altenhilfesystemen erschließen sich somit mögliche Variationen in diesem gesellschaftlichen Arrangement und – wenigstens in Teilbereichen – auch Optionen für die Weiterentwicklung der im eigenen Land bestehenden Strukturen.³

In der vorliegenden Expertise sollen der institutionelle Rahmen sowie die organisatorische Basis der Altenhilfe in anderen entwickelten Ländern qualitativ beschrieben und Gegenstand einer aus deutscher Perspektive „gefilterten“ komparativen Betrachtung werden. Dabei liegt der Schwerpunkt auf ambulanten Unterstützungsformen. Obwohl der Heimsektor für die Altenhilfe von zentraler Bedeutung ist und (auch) hierzulande starken Transformationstendenzen unterliegt (Brandenburg u. a. 2014), wird von vielen (internationalen) Experten und politisch Verantwortlichen angenommen, dass die zentralen Weichenstellungen für eine zukunftsfähige Altenhilfe im außerstationären Bereich erfolgen beziehungsweise erfolgen müssen. Auf diesen Bereich konzentriert sich diese Expertise, wobei die international weit verbreitete Unterscheidung von „*social care*“ einerseits und „*nursing*“ andererseits zugrunde gelegt wird, um so das gesamte Spektrum zwischen lebensweltbezogener Unterstützung – im Weiteren bezeichnet als *soziale Altenhilfe* – und körperbezogener (*behandlungs- und grundpflegerischer*) Versorgung zu

² Der Einfachheit halber wird im Weiteren meist die männliche Form zur Bezeichnung beider Geschlechter verwendet. Die Originalbezeichnung für Institutionen und Dispositive in den verschiedenen Altenhilfesystemen wird mit angegeben, sofern es sich um international geläufige Sprachen handelt (Englisch und Französisch).

³ Wobei man hier Vorsicht walten lassen muss: Spezifische Elemente eines gegebenen nationalen Arrangements lassen sich nicht einfach in andere Systeme „verpflanzen“; es gibt in einem gegebenen Ordnungsrahmen institutionelle und kulturelle Komplementaritäten, die dafür sorgen, dass solche Elemente nach dem Transfer keine Wurzeln fassen: Ein typisches Beispiel wäre die abrupte Einführung des (in Nordeuropa weit verbreiteten) kommunalen *Case managements* in das deutsche Altenhilfesystem – dieses würde sowohl bei maßgeblichen intermediären Akteuren (Pflegekassen; Wohlfahrtsverbände) als auch seitens der Pflegefamilien kaum Legitimität gewinnen, weil hier jeweils eigene Steuerungsambitionen ausgebildet sind.

erfassen.⁴ Soweit zum Verständnis der entsprechenden Infrastruktur erforderlich, wird auch auf die Situation in der stationären Versorgung sowie Programme im Bereich der Transferleistungen (*cash for care*) eingegangen.⁵

Skizziert werden, jeweils getrennt für die betrachteten Länder,

- die rechtliche Regulierung der nichtstationären Dienste und der Pflegeangebote,
- Art und Finanzierung öffentlich moderierter Unterstützungsleistungen,
- die Trägerlandschaft sowie die verschiedenen Formen der Leistungserbringung,
- Strukturen und Mechanismen zur Koordination der Leistungserbringung,
- das Zusammenwirken von professionell erbrachten Leistungen einerseits sowie in Familien- oder informellen Beziehungsnetzwerken erbrachten Leistungen andererseits.

Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Rolle von Marktmechanismen innerhalb der verschiedenen Altenhilfesysteme. In Deutschland werden sie häufig unter dem Begriff der „Ökonomisierung“ (Slotala 2011; Sünderkamp 2011; Bode 2013b) abgehandelt. Die diesbezüglich beobachteten Phänomene hängen – wenigstens im ambulanten Versorgungskontext – maßgeblich damit zusammen, dass öffentlich refinanzierte Unterstützungsleistungen vermehrt im Rahmen eines Trägerwettbewerbs angeboten werden (Gingrich 2011; Brennan u. a. 2012; Bode u. a. 2013). Dabei zeigen sich erhebliche Unterschiede in der Reichweite und in den Formen dieser Vermarktlichung. Übergeordnet ist die Frage nach der Art und Weise, wie sich ein (ambulantes) Altenhilfesystem *koordiniert*, vor allem im Hinblick auf die Beziehungen zwischen Nutzern, Verwaltern und Leistungserbringern, zwischen verschiedenen Versorgungssegmenten oder zwischen Kostenträgern und Anbietern. Die mit dieser Expertise vorgelegte vergleichende Skizze resümiert, wie sich diesbezüglich die Verhältnisse in einigen anderen Ländern der westlichen Welt darstellen und was sich daraus vor allem im Hinblick auf Prozesse und Probleme der Systemkoordination (einschließlich der Verzahnung zwischen informeller und formeller Sorge) ergibt.

⁴ International gibt es andere Differenzierungslinien, die im Weiteren indes übergangen werden: domestic aid, home help, personenbezogene Hilfe (personal care) und paramedizinische Versorgung (siehe etwa Genet u. a. 2012: 9f.). In Deutschland sind die Unterscheidungen anders: Hier wird die Grundpflege häufig mit haushälterischen Hilfen „zusammengedacht“; in der Pflegeversicherung sind beide – jedenfalls institutionell – zusammengeführt. Gleichzeitig ist „kostenträgertechnisch“ die (kurzzeitige) Behandlungspflege *kein* Bestandteil der Altenhilfe.

⁵ Diese Programme spielen für die lebensweltbezogene Unterstützung von Senioren in vielen Ländern eine zentrale Rolle (Ungerson und Yeandle 2007; Triantafillou u. a. 2010; Pfau-Effinger und Rostgaard 2011; Kröger 2013); Sie finanzieren verbreitet informelle, oft familiär organisierte Hilfeleistungen, werden seitens der Leistungsempfänger aber auch zum „Einkauf“ einzelner Dienstleistungen verwendet. Vielfach reizen sie private Lösungen an, die den Verzicht auf öffentliche beziehungsweise beruflich organisierte Interventionen implizieren.

Die Expertise ist wie folgt aufgebaut: Im ersten Abschnitt wendet sich die Darstellung den Verhältnissen und Entwicklungen in einer Reihe ausgewählter westlicher Länder zu, und zwar unter Berücksichtigung der für sie charakteristischen institutionellen und (wohlfahrts-)kulturellen Rahmenbedingungen. Konkret handelt es sich um Frankreich, Belgien, England, Kanada und Norwegen. Damit werden wesentliche in der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung klassischerweise differenzierte Regimetypen in die Betrachtung mit einbezogen, wobei sich das Augenmerk auch auf interessante Variationen *innerhalb* dieser Typen richtet. Im sogenannten korporatistischen Regime betrifft dies Belgien und Frankreich, im liberalen England und Kanada. Norwegen steht stellvertretend für den nordischen Regimetypp, wobei gerade bei Letzterem *regimeinterne* Besonderheiten nicht übersehen werden dürfen (Meagher und Szebehely 2013; Heintze 2013). Die daran anschließende komparative Betrachtung orientiert sich an den oben genannten fünf Untersuchungsaspekten und fokussiert auf substanzielle und prozedurale Ordnungsprinzipien sowie die in der Fachliteratur schwerpunktmäßig diskutierten Funktionsprobleme in der Infrastruktur der Altenhilfe, und zwar gefiltert nach Aspekten, die aus deutscher Perspektive besonders interessant erscheinen.⁶

Bezogen auf die „Gretchenfrage“ der Systemkoordination werden in einem zweiten Abschnitt die Entwicklungen in zwei der betrachteten Regionen vertiefend dargestellt: Norwegen und Québec (Kanada). Hintergrund dieser Auswahl ist der Umstand, dass es in diesen geografischen Räumen – eine Nation und eine Provinz mit Selbstverwaltungsautonomie – sehr spezifische und für die fachliche Betrachtung interessante Strukturmerkmale und Entwicklungsdynamiken gibt, welche in der internationalen und erst recht in der deutschen Diskussion stark unterbelichtet sind. Hier kann ebenfalls auf eigene Forschungsarbeiten aus der jüngeren Vergangenheit rekurriert werden (Bode 2006a, 2008; Bode und Firbank 2009). Das Schlusskapitel enthält generelle Schlussfolgerungen mit Bezug auf aktuelle Diskussionen in Deutschland.

Die für diese Expertise verarbeiteten Informationen basieren auf einer aktuellen Rezeption vorliegender Studien⁷ sowie einer Sekundärauswertung eigener (komparativer) Forschungsprojekte aus der jüngeren Vergangenheit (Bode 2004, 2008; Dagavre u. a. 2012; Bode u. a. 2013; Bode und Streicher 2014). Hinzu kommen erste Befunde einer aktuellen Pilotstudie zur Vernetzung in sozialen Diensten, die die Situation in Québec und Norwegen mit der deutschen vergleicht und auch die

⁶ Bei der Analyse bilden Strukturen und Reformen der Altenhilfe beziehungsweise des Pflegesektors in Deutschland die implizite Vergleichsfolie. Jedoch wird erst am Ende der Expertise genereller diskutiert, welche Erfahrungen aus dem Ausland im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Altenhilfe hierzulande besonders lehrreich sein könnten.

⁷ Zurückgegriffen werden konnte einerseits auf eher länderbezogene und andererseits systematisch vergleichende Untersuchungen (bezüglich Letzterer u. a.: Theobald u. a. 2013; Heintze 2013; Meagher und Szebehely 2013; Dagavre u. a. 2012; Costa-Font 2011; Haberkern 2009; Emilsson 2009; Pavolini und Ranci 2008; 2013). Im Sinne besserer Lesbarkeit wird darauf verzichtet, jede einzelne Beobachtung mit Quellenangaben zu belegen. Die Nachweise konzentrieren sich auf besonders markante Aussagen beziehungsweise Termini aus einschlägigen Untersuchungen.

Altenhilfe einbezieht.⁸ Wertvolle Einsichten in aktuelle Entwicklungen konnten überdies aus einem europäischen Forschungsnetzwerk zur Entwicklung sozialer Dienste gewonnen werden, an dem der Autor als Mitglied des Managementkomitees aktiv beteiligt ist.⁹

1 Die Infrastruktur der organisierten Altenhilfe im Regimevergleich

Die nachfolgende Analyse beleuchtet die Infrastruktur der (ambulanten) Altenhilfe und deren institutionelle beziehungsweise kulturelle Einbettung an den Beispielen Frankreichs, Belgiens, Englands, Kanadas und Norwegens. Das Kernziel der Darstellung besteht darin, die Situation in den einzelnen Ländern in deren Gesamtzusammenhang zu umreißen und auf der Folie der deutschen Verhältnisse fassbar zu machen, wobei es auch um aktuelle Transformationstendenzen geht. Am Ende des Kapitels steht ein qualitativer Vergleich der vorgefundenen Strukturen und Entwicklungstendenzen. Zur Untermauerung dieses Vergleichs wird auf statistische Angaben international vergleichender Studien zurückgegriffen (Huber u. a. 2009; Triantafillou u. a. 2010; Colombo u. a. 2011; Genet u. a. 2012). Allerdings sind, wie in diesen Studien meist selbst betont wird, die entsprechenden Daten nur bedingt aussagekräftig, weil die Erhebungsgrundlagen differieren und es in bestimmten Ländern funktionale Äquivalente für Interventionsformen gibt, die *nicht* dem Bereich der Altenhilfe beziehungsweise der „long-term care“ zugerechnet werden. Die Kerninformationen sind zudem in einer Synopsis zusammengefasst.

1.1 Die einzelnen Länder

1.1.1 Frankreich

Wichtige Besonderheiten aus deutscher Perspektive

In Frankreich gibt es eine längere Tradition haushaltsnaher Dienste, während die grundpflegerische Versorgung – wenigstens im Vergleich zu Deutschland – lückenhafter erscheint (Le Bihan und Martin 2010; Genet u. a. 2012: 57). Die Beteiligung von Familienmitgliedern an der häuslichen Pflege wird weniger stark vorausgesetzt als hierzulande: Öffentliche Transfers werden nicht zur „Entschädigung“ von Lebenspartnern verwendet und fließen auch sonst eher selten an Familienangehörige; Kinder werden von Sozialhilfebehörden nicht zur Mitfinanzierung von Sachleistungen für ihre Eltern herangezogen. Ungeachtet dessen sind Familien in

⁸ Konkret: das Projekt „Comparing local networks in social services“ (CLONES), Laufzeit 2014-2015, gefördert durch die Regionalregierung von Nordland und den Forschungsverbund ARIMA. Kooperationspartner sind Prof. Johans Tveit Sandvin (Bodø) und Prof. Oscar Firbank (Montréal).

⁹ Konkret: das sogenannte COST action network IS1102 „COHESION – social services, welfare state and places“ (2011-2015). Bei der Ausfertigung dieser Expertise wurden Hinweise unter anderem von Dr. Laurent Fraisse (Paris), Prof. Sue Yeandle (Leeds) und Prof. Signy Vabo (Oslo) herangezogen, die an diesem Netzwerk teilnehmen.

die Organisation der häuslichen Pflegeversorgung stark eingebunden (Souillier und Weber 2011; Le Bihan 2012).

Im Hinblick auf die Infrastruktur der Altenhilfe ist häufig von einer „fragmented policy“ (Le Bihan und Martin 2010: 393) die Rede. Stationäre Pflege wird aus verschiedenen Töpfen finanziert, wobei – für den behandlungspflegerischen Teil – die Krankenversicherung auch langfristiger zuständig ist.¹⁰ Hauswirtschaftliche Dienste (*aide à domicile*) und paramedizinische (Behandlungs- und Grund-)Pflege (*soins à domicile*) sind institutionell voneinander separiert. Letztere obliegt freiberuflich tätigen examinierten Pflegekräften (*infirmiers libéraux/infirmières libérales*), die von den Krankenkassen vergütet werden. Zunehmend gibt es auch kommunale oder gemeinnützige Pflegedienste („*services de soins infirmiers à domicile*“, SSIAD) in diesem Versorgungsbereich. Das bereits in den 1950er Jahren Gestalt annehmende Hilfesystem für die hauswirtschaftliche Versorgung wurde lange Zeit durch die Renten- und Krankenkassen gefördert (mit Stundenkontingenten). Seit 2003 ist das Hilfesystem – im Zuge der Einführung der sogenannten „*Allocation personnalisée d'autonomie*“ („personalisiertes Autonomiegeld“, APA) – sukzessive umgebaut worden, was dazu geführt hat, dass die Grenzen zwischen haushaltsbezogenen und grundpflegerischen Interventionen zunehmend verschwimmen.

Leistungen, die nicht explizit die paramedizinische Versorgung betreffen, werden heute von einer Pflegekasse getragen, welche nicht als Sozialversicherung, sondern als Fonds organisiert ist, in den eine von den Arbeitgebern zu entrichtende Solidaritätsabgabe fließt, die die abhängig Beschäftigten allerdings durch Mehrarbeit (in Form der Streichung eines Feiertags) „gegenfinanziert“ haben. Seit 2013 zahlen auch Rentner 0,3 Prozent ihrer Bezüge in diese Kasse. Wie in Deutschland gibt es formalisierte Begutachtungen, die indes haushaltsnahe Versorgungsleistungen vergleichsweise ausgiebig berücksichtigen. Seit Anfang des Jahres 2014 steht eine Pflegereform auf der sozialpolitischen Agenda: Leistungen für die ambulante Versorgung sollen stufenweise ausgebaut werden, was aber an der Gesamtarchitektur wenig ändern wird.¹¹ Bemerkenswert ist die Bedeutung von Privatversicherungen (teilweise betrieblicher Art) für die Pflegeversorgung: drei Mio. Franzosen haben unter anderem Anspruch auf Tagegelder im Falle einer Pflegeabhängigkeit (Le Bihan und Martin 2010: 396ff.); der dadurch abgedeckte Anteil an den Gesamtausgaben für Pflege bleibt insgesamt überschaubar (1 %) und fällt erheblich niedriger aus als etwa in den USA (7 %) (Colombo u. a. 2011: 248).

¹⁰ Für die sogenannten Hotelkosten fällt eine hohe Selbstbeteiligung an (ersatzweise springt – bei Überforderung der Nutzer – die Sozialhilfe ein).

¹¹ Der erste Reformschritt bezieht sich auf die Dynamisierung der oben genannten Transferleistung APA; für die Mehrheit der Leistungsempfänger soll die Leistung um 50 Euro angehoben werden; bei schweren Fällen soll es mitunter bis zu 600 Euro mehr geben. Zwischenzeitlich war die Einführung eines fünften Sozialversicherungszweigs erwogen worden; derzeit wird dieser Plan nicht weiter verfolgt.

Die rechtliche Regulierung der nichtstationären Dienste und der Pflegeangebote

Die Regulierung des Altenhilfesystems in Frankreich ist Sache des Zentralstaats, der mit Gesetzen und Verordnungen das Gros der Rahmenbedingungen festlegt – wobei Verbände „hinter den Kulissen“ darauf erheblichen Einfluss ausüben können (Bode 2009). Allerdings sind die *Départements* und deren Verwaltung (*Conseil général*) mittlerweile für die Sicherstellung und Operationalisierung des staatlichen Versorgungsauftrags zuständig (Bode und Streicher 2014). Dies erfolgt, was die Schnittstelle zur stationären Versorgung betrifft, seit kurzem in Kooperation mit den regionalen Krankenhausagenturen (*Agences régionales de l'hospitalisation*, ARH). Die *Départements* bestimmen anhand nationaler Normenraster die Höhe der Hilfen für die Leistungsempfänger. Auf die grundpflegerische Versorgung nehmen die Krankenkassen Einfluss, zum Beispiel bei Verhandlungen über Einzelleistungsvergütungssätze mit den freiberuflichen Krankenschwestern und über Pauschalen für grundpflegerische Spezialdienste (Pflegestationen mit paramedizinischer Ausrichtung, SSIAD). Diese Spezialdienste erhalten dann von den Kassen Zuwendungen: einerseits eine Grundfinanzierung, andererseits nach Pflegeintensität gewichtete Kopfpauschalen (Genet u. a. 2012: 48).

Was die Regelungen zur Angebotsqualität betrifft, so gibt es in Frankreich kein mit dem deutschen „Schulnotensystem“ vergleichbares Reglement zur Prüfung und Ausweisung von Qualitätsdaten. Allgemein sind die Auflagen zur Qualitätssicherung durch ein Gesetz von 2002 verschärft worden, welches regelmäßige Inspektionen sowie Akkreditierungsverfahren (u. a. mit Zulassungen auf Zeit) für Leistungserbringer einführte; auch Anbieter haushaltsnaher Dienste müssen, soweit sie ihre Leistungen „fragilen“ Personenkreisen (wie Seniorinnen und Senioren) anbieten, spezifische Anforderungen *in puncto* Strukturqualität erfüllen. Trotz nationaler Standards wird die Qualitätssicherung regional offenbar unterschiedlich praktiziert (Genet u. a. 2012: 83ff.).

Art und Finanzierung öffentlich moderierter Unterstützungsleistungen

Die öffentlich moderierte Unterstützung für pflegebedürftige Seniorinnen und Senioren lässt sich unterteilen in paramedizinische Sachleistungen (die Teile der in Deutschland als Grundpflege bezeichneten Versorgung abdecken) und in zweckgebundene Transferleistungen, die *de facto* nicht als Pflegegeld im Sinne der deutschen Gesetzgebung fungieren. Das „personalisierte Autonomiegeld“ (APA) stellt vielmehr eine Transferleistung zur Finanzierung der sozialen Altenhilfe dar, wenngleich faktisch in diesem Rahmen auch grundpflegerische Leistungen erbracht werden. Der Geldtransfer ist zweckgebunden, wobei Wahlfreiheit im Hinblick auf die in Anspruch genommenen Leistungen besteht. Die APA kann allerdings (anders als in Deutschland) nicht zur Beschäftigung von im Haushalt lebenden Familienmitgliedern eingesetzt werden (zu den Konditionen vgl. Tabelle 1); allgemein beschäftigt weniger als ein Zehntel der Leistungsempfänger Angehörige. Der Normalfall ist die Inanspruchnahme von professionellen Diensten auf Empfehlung der zuständigen Pflegebehörden bei den *Départements*. Diese sind auch die

Kostenträger für die Leistungen; allerdings gewährt die Zentralregierung Ausgleichszahlungen. Die Behörden setzen Stundensätze fest, die den Trägern der sozialen Altenhilfe (in freier oder bisweilen auch gewerblicher Trägerschaft) für die Leistungserbringung vergütet werden. Je nach Einkommenssituation wird Nutzern eine Eigenbeteiligung abverlangt, die im Schnitt circa 100 Euro pro Kopf und Monat beträgt.

Tabelle 1: Transfersystem Frankreich

Leistung	Zielgruppe	Bedarfsprüfung	Leistungsniveau	Sonstiges
Personalisiertes Autonomiegeld (APA)	60+	Stark progressive Eigenbeteiligung	530-1.235 € (2009)	Nutzung nach Empfehlungsplan; nicht für Ehepartner; selten genutzt für Familienangehörige

Quelle: Colombo u. a. 2011; eigene Ergänzungen.

Für die Finanzierung (eher) paramedizinischer Leistungen sind die beitragsfinanzierte Krankenversicherung sowie – zur Abdeckung der hier anfallenden Selbstbeteiligung – die betrieblichen, genossenschaftlichen oder privaten Zusatzkassen zuständig, wobei (anders als in Deutschland) nur Letztere miteinander konkurrieren. In der ambulanten Grundpflege (im internationalen Sprachgebrauch: „*home nursing*“) fallen die für die Krankenversorgung in Frankreich üblichen Eigenbeteiligungen an; diese können beträchtlich sein – allerdings gibt es eine Universalversorgung für Einkommenschwache sowie für die Mehrheit der abhängig Beschäftigten Kosten-erstattungen seitens der oben genannten Zusatzversicherungen (Details in: Bode 1999).

Hinzu kommen freiwillige Leistungen dieser Zusatzkassen sowie der kommunalen Sozialämter, wobei Letztere selten pflegebezogene Bedarfe sondern eher Freizeitangebote und Ähnliches betreffen. Relevant sind zudem Steuerfreibeträge; diese wurden lange Zeit auf die sogenannten Dienstleistungsschecks („*chèque emploi service universel*“, CESU) konzentriert. Bei Letzteren handelt es sich im Kern um ein Instrument zum Vorabzug gewöhnlicher Lohnnebenkosten; ihre Einführung in den 1990er Jahren diente vor allem beschäftigungspolitischen Zwecken. In der einfachsten Variante fungiert der Scheck als „Anmeldehilfe“ bei den Sozialkassen; sein Einsatz erübrigt die Abwicklung aller mit einer Einstellung verbundenen sozialversicherungsrechtlichen und steuerlichen Formalitäten. Der CESU kann aber auch als Zahlungsmittel eingesetzt werden. Phasenweise sind die über den Scheck abgewickelten Dienstleistungen (durch niedrige Sätze bei den Sozialabgaben) staatlich massiv subventioniert worden; die Optionen zur steuerlichen Absetzung wurden im weiteren Verlauf indes eingeschränkt, was einen Rückgang des über die Schecks abgewickelten Dienstleistungsvolumens nach sich zog. Die Voucher werden mitunter auch bei Beschäftigungsförderungsbetrieben („*entreprises d'insertion*“ bzw. „*associations intermédiaires*“) eingelöst, die ihrerseits staatliche

Subventionen erhalten. Die Regierung hat parafiskalische Kostenträger (z. B. Zusatzversicherungen etc.) und Arbeitgeber animiert, die Schecks für mutmaßliche Nutznießer (und deren Familien) einzukaufen und anschließend vergünstigt oder kostenlos auszugeben.¹²

In der Eigenlogik des Systems (bzw. der leistungsgewährenden Instanzen) besteht Vollversorgung (und keine Teilkaskoabsicherung): Allerdings wird die mögliche Leistungsobergrenze häufig nicht erreicht; die Bewilligungen liegen meist ein Drittel unter ihr; zudem werden viele Anträge wegen einer als zu geringfügig befundenen Pflegebedürftigkeit abgelehnt. In diesem Fall bestehen Ansprüche auf Haushaltshilfeszuschüsse der Sozialkassen. Französische Experten gehen von einer signifikanten Versorgungslücke aus; laut Umfragen wird weniger als die Hälfte der von den Senioren artikulierten Versorgungsbedürfnisse durch das Altenhilfesystem befriedigt. Darauf will die aktuelle Regierung reagieren und die Leistungsobergrenzen anheben.

Trägerlandschaft und Formen der Leistungserbringung

Die Verwaltung des französischen Altenhilfesystems obliegt – soweit es nicht die paramedizinische Versorgung betrifft – den *Départements* und dort angesiedelten Spezialbehörden. Für die Leistungen der Sozialkassen – vor allem der Krankenversicherung, aber (im Bereich kleiner Hilfen für haushaltsnahe Dienste) auch der Rentenversicherungen – sind die als nationale Einheitsorganisationen aufgestellten, von Sozialpartnern paritätisch verwalteten Träger zuständig. In den letzten Jahren ist den oben genannten regionalen Krankenausagenturen (ARH) die Aufgabe übertragen worden, die Koordination der verschiedenen (para)medizinischen Versorgungsleistungen sicherzustellen, soweit stationäre Episoden auftreten.

Aufseiten der Leistungserbringer übernehmen die freiberuflichen Krankenpflegekräfte („*infirmier généraux/infirmières générales*“) sowie die in den letzten Jahren mit Unterstützung verschiedener Träger geschaffenen Grundpflegedienste (SSIAD) den Großteil der grundpflegerischen Leistungen im ambulanten Bereich. Viele Träger der sozialen Altenhilfe haben sich in diesem Fall gleichsam als „Kombi-Dienstleister“ neu aufgestellt. Bei den haushaltsnahen Diensten dominieren die freigemeinnützigen Träger, die meist als Vereine („*associations d'aide à domicile*“) verfasst sind und lose gekoppelten nationalen Dachverbänden angehören. In der Tendenz begreifen sich diese heute als sozialwirtschaftliche Betriebe, was auch darin zum Ausdruck kommt, dass die bei der Vermittlung und Anleitung von Hilfen lange Zeit federführenden ehrenamtlichen Kräfte ins zweite Glied gerückt sind und Platz gemacht haben für hauptberufliche Manager.

¹² Es gibt bestimmte Vergünstigungen bei den Sozialabgaben, die neben jene steuerlichen Abschreibungsmöglichkeiten treten, die vor allem für Besserverdienende interessant sind. Die staatlichen Subventionen haben in der Vergangenheit bis zu 50 Prozent des Umsatzes in diesem Sektor abgedeckt.

Die Träger konkurrieren teilweise mit Angestellten in Privathaushalten, deren Beschäftigung (durch die o. g. Serviceschecks) subventioniert wird. Eine Zwischenstellung nehmen die sogenannten „*associations mandataires*“ ein, welche als gemeinnützige Makleragenturen Arbeitskräfte am freien Markt rekrutieren und zur Anstellung an Privathaushalte vermitteln, dabei aber für die Abwicklung der sozialrechtlichen Formalitäten zuständig bleiben. Ein weiterer Wettbewerber in diesem Feld sind die bereits genannten Beschäftigungsförderbetriebe. Mit der öffentlichen Förderung niedrighschwelliger haushaltsnaher Dienstleistungsangebote ist auch die Zahl kommerzieller Anbieter angestiegen. Gleichzeitig haben gemeinnützige Anbieter vermehrt Anstrengungen unternommen, neue Leistungsdomänen (Gartenpflege, EDV-Unterstützung etc.) auch in bislang fremden Terrains zu erschließen und entsprechende Marketingstrategien zu entwickeln.

Strukturen und Mechanismen zur Koordination der Leistungserbringung

Im Vergleich mit Deutschland ist die Pflegeversorgung in Frankreich weniger stark marktförmig organisiert (Bode und Streicher 2014). Nur vereinzelt konkurrieren verschiedene Leistungsanbieter (offen) um die gleiche Pflegeklientel; die Behörden, die den Leistungsempfängerinnen und -empfängern bestimmte Dienste empfehlen, setzen meist auf vertraute Kooperationspartner auf der Leistungserbringerseite. Die freiberuflich tätigen examinierten Krankenpfleger stehen zwar theoretisch in Konkurrenz zueinander, doch sind Zulassungen und Honorarmengen streng reguliert; zudem herrscht hier weithin Angebotsknappheit.

Bemerkenswert erscheint, dass viele der oben beschriebenen Versorgungsprogramme *lebensphasenübergreifend* sind und sich auf unterstützungsabhängige Personen *unabhängig* vom Alter beziehen (Genet u. a. 2012: 29). Zudem werden Anstrengungen unternommen, das Leistungsgeschehen über die vielen Träger und Versorgungsebenen hinweg institutionell zu koordinieren. Die Segmentierung der Pflegeinfrastruktur ist auch in Frankreich ein häufig anzutreffender Befund (Somme und da Stampa 2011), auch wegen der lange Zeit relativ rigiden Trennung zwischen gesundheitlichen und die häusliche Unterstützung betreffenden Versorgungsaspekten. Diese Situation soll durch neue Institutionen wie die oben genannten regionalen Krankenhausagenturen (ARS) und die sogenannten lokalen Informations- und Koordinationskomitees („*Comités locaux d'information et de coordination*“, CLIC) überwunden werden. Allerdings ist die Entwicklung der CLIC, von denen ursprünglich bis zu 1.000 eingerichtet werden sollten, mit der Übertragung der Finanzhoheit an die *Départements* offenbar ins Stocken geraten; ihre Implementation verläuft jedenfalls sehr uneinheitlich.¹³

¹³ Ein neu entdecktes Feld der interorganisationalen Koordination ist der Bereich der technischen Hilfen. Der Anfang 2014 angekündigte Reformplan sieht die Abhaltung sogenannter „*Conférences départementales des financeurs*“ vor, auf dem verschiedene Kostenträger einheitliche und gemeinsame Initiativen (Einkaufsgemeinschaften, gemeinsame Nutzerinformationen etc.) entwickeln sollen.

Auf der Ebene von Pilotprojekten gab es weitere Vernetzungsinitiativen, so etwa die sogenannten gerontologischen Gesundheitsnetzwerke, in denen multidisziplinäre Teams die Versorgung von komplexen Bedarfen moderieren sollen; sie werden probeweise aus Staatsmitteln sowie Mitteln der Krankenversicherung finanziert. Dabei besteht indes keine formale Anbindung an die stationäre Gesundheitsversorgung. Zu nennen sind ferner die Alzheimer-Häuser (*Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer*, MAIA), die sich an einem Organisationsansatz aus Québec orientieren.¹⁴ Interprofessionelle Netzwerke bestehen auch im Hinblick auf die sogenannte häusliche Krankenhausbehandlung sowie die geriatrische Versorgung (hier v. a. in Paris).

Zusammenwirken von professionell erbrachten und anderen Leistungen

Wie bereits erwähnt, ist Familienpflege in Frankreich kein politisch und kulturell etabliertes Leitbild; Angehörige oder private Netzwerke sollen weder im häuslicherisch-betreuenden noch im körperbezogenen Versorgungsbereich die Hauptrolle spielen. Der Anfang 2014 angekündigte Reformplan sieht allerdings vor, Angebote der Kurzzeitpflege (*aide au répit*) zu entwickeln, um Episoden der Hilfeentlastung zu ermöglichen. Bislang wurde die Versorgung gebrechlicher Senioren in deren Lebensumfeld hauptsächlich durch Subventionen für häusliche Hilfen gefördert. Seit Anfang der 1990er Jahre gab es wiederholt gesetzliche Maßnahmen, die auf den Ausbau von haushaltsnahen Dienstleistungen abzielten. Unter anderem wurden die Möglichkeiten zur steuerlichen Abschreibung der Lohnkosten für Privatangestellte – und später auch im Falle der Nutzung von bei professionellen Dienstleistungsanbietern beschäftigtem Personal – mehrfach ausgebaut.¹⁵ Die entsprechenden „*services à la personne*“ betreffen zwar vor allem banale Tätigkeiten wie Reinigungsarbeiten oder Einkaufsdienste. Doch wird im offiziellen Diskurs zugleich auf die „Lebensertüchtigungsfunktion“ haushaltsnaher Dienste für unterstützungsbedürftige Personen (neben Senioren auch Kinder) abgehoben, mit der (potenziell) qualitativ wertvollere Tätigkeitsformen verbunden sind beziehungsweise wären. Zeitweise ist versucht worden, tarifvertraglich sowie über Qualifizierungsprogramme das berufliche Profil der Branche zu schärfen.

Das Gros der Interventionen („*aide ménagère*“) wird indes niedrig entlohnt und meist von weiblichem Teilzeitpersonal bestritten, welches viele kurze und zeitlich auseinander gerissene Arbeitseinsätze zu erledigen hat. Infolge der Einschränkung der steuerlichen Abzugsfähigkeit der Leistungen und mit dem seitens der *Départements* ausgeübten Druck auf die Stundensätze kam es in der Branche zu Betriebsschließungen (Bode und Streicher 2014). Die dem offiziellen Diskurs inhärente Vision, soziale Altenhilfe zu einer vollwertigen Berufstätigkeit zu entwickeln, scheint in Frankreich weiterhin Zukunftsmusik.

¹⁴ Konkret: das Modell PRISMA; 2010 gab es 17 Pilotprojekte.

¹⁵ Ihren vorläufigen Höhepunkt erreichte diese Politik vor allem mit dem 2005 verabschiedeten sogenannten „Plan Borloo“, in dessen Zuge unter anderem die oben genannten Dienstleistungsschecks (CESU) eingeführt wurden.

1.1.2 Belgien

Wichtige Besonderheiten aus deutscher Perspektive

In Belgien gab es im Bereich der ambulanten pflegerischen Versorgung bereits relativ frühzeitig professionelle Dienste. Gleichzeitig scheint reine Familienpflege in Belgien vergleichsweise selten vorzukommen. Wenn die paramedizinische Versorgung im Altenhilfesystem miteinbezogen wird, fällt das Versorgungsvolumen des ambulanten Sektors heute doppelt so hoch aus wie in Deutschland (Dagavre u. a. 2012: 136). Gleichzeitig ist auch die stationäre Versorgung überdurchschnittlich stark entwickelt.¹⁶ Zu beachten ist ferner, dass der ambulante Pflegesektor eine vergleichsweise hohe gewerkschaftliche Durchdringung sowie relativ komfortable Beschäftigungsstandards aufweist (ebd.: 184f).

Im ambulanten Bereich besteht eine starke Fragmentierung. Dies betrifft zunächst die Regionalisierung des Altenhilfesystems, die im Trend eher zu- als abnimmt (Willemé 2010; Dagavre u. a. 2012). Zwar gibt es in Wallonien und Flandern ähnliche Entwicklungstrends – aber die Nordprovinz ist zum Beispiel mit der Einführung einer gesetzlichen Pflege-(Zusatz-)Versicherung zuletzt eigene Wege gegangen. In ganz Belgien wird die ambulante paramedizinische Versorgung von Spezialdiensten und selbstständigen Pflegekräften erbracht, zunehmend auch durch Kliniken (Sermeus u. a. 2010); administrativ und finanziell zuständig sind die Krankenversicherungen. In Flandern übernehmen Pflegedienste, die in diesem Versorgungssegment tätig werden, auch bestimmte haushaltsnahe Tätigkeiten.

Neben den paramedizinischen Diensten besteht ein eigenes Subsystem lebensweltbezogener Hilfen mit sozialarbeiterischer Komponente (bezogen auf die Qualifikationsprofile der Beschäftigten). Die verschiedenen Sachleistungen unterliegen spezifischen (zentral oder regional verwalteten) Vergütungs- und Kontrollsystemen (v. a. Tagespauschalen und Einzelleistungsvergütungen). Zusätzlich gibt es Dienstleistungsschecks. Anders als in Frankreich werden sie generell als vorfinanzierte Voucher ausgegeben; alle Bürger haben Anspruch auf sie, wobei Pflegebedürftige ein vierfaches Kontingent erhalten. Immerhin 7 Prozent der gesamten belgischen Bevölkerung nutzen solche Schecks. Sie sind allerdings nicht kostendeckend und werden eher von wohlhabenderen Bevölkerungsschichten eingesetzt. Den Nutzern der Altenhilfe wird insgesamt eine vergleichsweise hohe Eigenbeteiligung abverlangt; Belgien liegt im Hinblick auf Selbstzahlungen für Langzeitpflege an der europäischen Spitze der Haushalte (von Älteren).¹⁷

Die Infrastruktur der Pflegeversorgung ist insgesamt stark korporatistisch organisiert: Das sogenannte *régime de tutelle* (im wallonischen Sprachgebrauch) ähnelt also dem traditionellen Steuerungsansatz für die Wohlfahrtspflege in Deutschland. Allerdings: Durch die Schaffung eines Dienstleistungsschecksystems ist dieses

¹⁶ Über 8 Prozent der über 65-Jährigen in Flandern wohnen in Heimen.

¹⁷ Der entsprechende Wert ist dreimal so hoch wie in Deutschland (bei durchschnittlich doppelt so hohen Aufwendungen, Scheil-Adlung und Bonan 2013), was allerdings auch daran liegen kann, dass mehr Senioren überhaupt Dienste in Anspruch nehmen.

Modell für den Bereich der einfachen häuslicherischen Hilfeangebote durchbrochen worden. Das 2001 eingeführte und sich danach sehr expansiv entwickelnde System unterbindet direkte Arbeitsverträge zwischen Pflegeabhängigen und Hausangestellten.¹⁸ Für diesen Bereich sind auch gewerbliche Anbieter zugelassen.

Die rechtliche Regulierung der nichtstationären Dienste und der Pflegeangebote

Das belgische Altenhilfesystem besteht aus mehreren Leistungsarten: grundpflegerische Sachleistungen aus dem Rechtskreis der Krankenversicherung, ferner Sachleistungen für die sozialarbeitsnahe soziale Altenhilfe von in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkten Seniorinnen und Senioren sowie direkte und indirekte Geldleistungen, die staatlich festgelegt und verwaltet sind (wobei in Flandern ein zusätzliches regionales Pflegegeld gewährt wird). Hinzu kommen indirekte Transfers aus dem ebenfalls zentralstaatlich ausgestalteten System der Dienstleistungsschecks. Der Zuschnitt von Sachleistungen der sozialen Altenhilfe obliegt den Provinzen. Die Regulierung des Systems beruht mithin auf einer vielschichtigen gesetzlichen Grundlage.

Die grundpflegerische Versorgung ist im Bereich der Krankenversicherung angesiedelt, die überwiegend aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen finanziert wird. Das parafiskalische Versicherungsregime ähnelt dem deutschen, aber die auf der Ebene der Provinzen angesiedelten Kostenträger stehen nicht miteinander im Wettbewerb (Tousignant und Vaillancourt 2013: 30ff.). Was die soziale Altenhilfe betrifft, so greifen für die oben genannten Versorgungsbereiche – häusliche Sachleistungen und Dienstleistungsschecks – sehr unterschiedliche Regulierungsmodi. Im Bereich der „interventionstechnisch“ anspruchsvolleren Hilfen gibt es ein öffentlich verwaltetes Beauftragungssystem, welches jenem Kooperationsverhältnis entspricht, wie es in der Vergangenheit die deutsche Wohlfahrtspflege geprägt hat. Die Akkreditierung der Träger obliegt den Regionen, ihre Kontrahierung den Kommunen. Das Regime der Dienstleistungsschecks ist demgegenüber weit weniger dicht reguliert; die Schecks werden von öffentlichen Behörden ausgegeben und können freihändig zur Beauftragung der circa 2.000 in diesem Bereich tätigen Dienstleister genutzt werden.¹⁹

Formale Qualitätskontrollen sind in Belgien eher schwach entwickelt (Genet u. a. 2012: 51); die Kontrollsysteme überlappen sich, und Versuche, effektive Leistungsqualitäten zu bewerten, werden kaum unternommen. Allerdings kommen

¹⁸ Anders als in Frankreich lassen sich die Schecks nicht im Rahmen auf Haushaltsebene eingegangener privater Dienstverhältnisse verwenden. Die Beschäftigungsbedingungen in den Firmen sind sehr viel schlechter als in den traditionellen Sektoren der Altenhilfe. Durchschnittlich bleiben die Angestellten, die keinerlei Berufsausbildung nachweisen müssen, nur zwei Jahre in diesem Versorgungssegment.

¹⁹ Dem entspricht eine Statusdifferenzierung zwischen den Beschäftigten der jeweiligen Segmente: Der beziehungsweise dem Hauspflegeangestellten steht eine „voucher“-Kraft gegenüber, wobei Erstere(r) ein spezielles Bildungszertifikat nachzuweisen hat, während Letztere ohne Ausbildung tätig werden kann.

im Bereich der sozialen Altenhilfe Evaluationen auf der Basis von Selbsteinschätzungen zum Einsatz; in Flandern ist diese Vorgehensweise mittlerweile fest institutionalisiert. Was die grundpflegerische Versorgung betrifft, so ist ein nationaler Qualitätsrahmen geschaffen worden, der neben den häuslichen Versorgungsleistungen die akute Krankenbehandlung auch in stationären Settings betrifft. In einem Pilotprojekt zwischen 2009 und 2011 wurde eine auf diesem Ansatz aufbauende, erweiterte Form der Qualitätssicherung erprobt; geplant ist, Qualitätsindikatoren in das Vergütungssystem einzubauen.

Art und Finanzierung öffentlich moderierter Unterstützungsleistungen

In Belgien wird stark pflegebedürftigen Personen ein einkommens- und bedarfsgeprüftes nationales Pflegegeld gezahlt. Etwa 8 Prozent aller Rentner erhalten diese Leistung (in Höhe von durchschnittlich ca. 280 Euro). Das Geld kann frei verwendet werden, es gibt allerdings Hilfepläne mit empfehlendem Charakter. Die ausschließliche Übernahme von Pflegeleistungen durch Familienmitglieder ist unüblich; sehr oft wird informelle durch professionelle Pflege ergänzt. Eine neuere Lokalstudie aus Flandern weist für das „Ergänzungsmodell“ einen Inanspruchnahmegrad von 70 Prozent aus (Criel u. a. 2014: 851). Flandern gewährt zusätzlich eine nicht-einkommensgeprüfte Zusatzleistung: Bei anerkanntem Versorgungsbedarf erhalten Personen über 65 Jahre monatlich eine Pauschale aus Mitteln der regionalen Pflegeversicherung (etwa 15 Prozent der über 65-Jährigen sind anspruchsberechtigt).

Tabelle 2: (Geld-)Transfersystem Belgien

Leistungen	Zielgruppen	Bedarfsprüfung?	Leistungsniveau	Sonstiges
Pflegelastenausgleich (national)	65+	progressiv	900 - 6.200 € (2010)	Nutzung nach Empfehlungsplan; nicht für Ehepartner
Pflegeversicherungsleistung Flandern		keine	130€	

Quelle: Colombo u. a. 2011, eigene Ergänzungen.

Was die Sachleistungen betrifft, so werden im Bereich der medizinisch orientierten häuslichen Versorgung behandlungspflegerische Leistungen (*home nursing*) durch die Krankenversicherung getragen. Eine Selbstbeteiligung ist erst dann fällig, wenn die einkommensabhängige Belastungsgrenze obsolet wird. Die Kostenträger (Krankenkassen bzw. „mutuelles“) beauftragen akkreditierte Leistungserbringer mit der ambulanten Patientenversorgung nach Maßgabe bestimmter Leistungskonditionen. Die Vergütung basiert teilweise auf indikationsbezogenen Pauschalen (Sermeus u. a. 2010: 17), die die Hälfte des Leistungsvolumens abdecken. Ansonsten gibt es Leistungsentgelte, die den Komplexleistungen im deutschen

Altenhilfesystem ähneln. Gewährt werden überdies Zuwendungen zur Grundfinanzierung der Dienste (z. B. ca. 10.000 Euro monatlich für einen Dienst, der ein Dutzend examinierte Krankenpfleger beschäftigt). Schon länger werden Leitungserbringern auch Sonderbudgets für die Versorgung demenziell erkrankter Menschen gewährt – hier war Belgien lange vor Deutschland aktiv (Genet u. a. 2012: 59).

Die Abgrenzung zur sozialen Altenhilfe gilt als delikant; beispielsweise hat der Rechnungshof vor einigen Jahren moniert, die Erbringer der sozialen Altenhilfedienste seien zu wenig involviert in Aktivitäten der körperhygienischen Versorgung (Sermeurs u. a. 2010: 24). Für diese Form der Altenhilfe, die ebenfalls in Form einer öffentlichen Beauftragung verschiedener Leistungserbringer organisiert wird, werden feste Trägerbudgets festgelegt. Zuständige Kostenträger sind die Provinzen. Die Anbieter operieren auf Grundlage eines nach oben begrenzten Stundenkontingents und übernehmen in diesem Rahmen selbst die Bedarfsfeststellung (durch geschulte Sozialarbeiter). In den letzten Jahren sind auch Mittel der Beschäftigungsförderung in die Altenhilfe geflossen; mit Hilfe der Zuschüsse wird einfach qualifiziertes Personal eingesetzt, welches die Arbeit der Fachkräfte ergänzen soll (auf diese Weise werden offenbar auch die zunehmenden Budgetengpässe in diesem Versorgungssegment kompensiert).

Die stationäre Altenhilfe ist durch ein zentralstaatliches wie regionales Planungswesen hochgradig institutionalisiert und durch landesweit einheitliche Pauschalzuweisungen grundfinanziert. Mittlerweile gibt es allerdings Dezentralisierungstendenzen. Insgesamt basiert das belgische Altenhilfesystem mithin auf einem vergleichsweise universellen Versorgungsversprechen. Während behandlungspflegerische Hilfen uneingeschränkt gewährt werden, scheint die Unterstützung im Bereich der sozialen Altenhilfe *de facto* kontingentiert (in Wallonien ist dies sogar offiziell der Fall). Gleiches gilt für die Dienstleistungsschecks. Die zusätzlichen Geldleistungen mögen dazu beitragen, dass in einer europäischen Umfrage ein vergleichsweise hoher Anteil der Belgier die Kosten für die Pflegeversorgung als erschwinglich bezeichnet hat (Genet u. a. 2012: 61), wenngleich Statistiken für die ambulante Altenhilfe einen faktischen Selbstkostenanteil von gut 20 Prozent ausweisen.

Trägerlandschaft und Formen der Leistungserbringung

Auf der administrativen Seite ist auch das belgische Altenhilfesystem unterteilt in einen ambulanten paramedizinischen Sektor und den Bereich der sozialen Altenhilfe. Für das erstgenannte Segment sind Träger der Krankenversicherung zuständig. Diese operierten bislang landesweit, aber 2014 ist die entsprechende Kompetenz an Einheiten in den Provinzen übertragen worden. Für die Infrastruktur der sozialen Altenhilfe sind sogenannte Öffentliche Zentren für die allgemeine Wohlfahrt (in Flandern; „*Centre public d'action sociale*“ (CPAS) in Wallonien) zuständig, die sich um das gesamte Spektrum sozialer Dienste kümmern und mit Vertretern der Kommune einerseits und beteiligter nichtöffentlicher Instanzen andererseits besetzt sind. Die Zentren können selbst Dienstleistungen erbringen oder freie Träger beauftragen.

Wie bereits erwähnt, hat soziale Altenhilfe in Belgien eine längere Tradition. In den 1980er Jahren entwickelten gemeinnützige Träger, die an die genossenschaftlichen Sozialkassen angebunden waren (*mutuelles* im wallonischen Sprachgebrauch) und bis dato vor allem Leistungen der Familienhilfe erbracht hatten, Angebote für unterstützungsbedürftige Seniorinnen und Senioren. In diesem Sektor operieren zudem Einrichtungen der oben genannten kommunalen Wohlfahrtszentren; ein Viertel der Leistungsanbieter fallen unter diese Kategorie. Ansonsten dominieren lokal fest verankerte freigemeinnützige Träger, die auf langjährige Kooperationserfahrungen mit den Kostenträgern zurückblicken. Gleiches gilt für die Erbringer paramedizinischer Versorgungsleistungen. Allerdings hat die Einführung der Dienstleistungsschecks beziehungsweise des Vouchersystems zu einer raschen Etablierung privat-gewerblicher Anbieter geführt (Genet u. a. 2012); auch einige gemeinnützige Anbieter betätigen sich in diesem neuen Markt. Im Heimsektor finden sich ebenfalls gewerbliche Leistungserbringer (besonders in Wallonien ist ihr Anteil zuletzt deutlich gewachsen).

Strukturen und Mechanismen zur Koordination der Leistungserbringung

Die Koordination des Altenhilfesystems in Belgien obliegt vor allem den öffentlichen Wohlfahrtszentren (bzw. den CPAS in Wallonien), wobei dort intensive Beziehungen zu freien (gemeinnützigen) Trägern bestehen. Die Zentren verwenden das international gebräuchliche ADL-System (ADL: Activities of daily living) zur Feststellung des Versorgungsbedarfs, wobei sie auf Informationen der mit Hilfeempfängerinnen und -empfänger in Kontakt stehenden Leistungserbringer zurückgreifen (Colombo u. a. 2011: 232). Letztere werden gleichzeitig für die Gesundheitsverwaltung tätig (sobald es um die medizinische Versorgung geht). Bei der Falleinstufung wird auf ein relativ feingliedriges (6-stufiges) Schema rekuriert. Aufgrund bestehender Kapazitätsengpässe scheint allerdings die Bedarfsabschätzung mitunter auch von der Ressourcenlage der Kostenträger beziehungsweise den Auftragskontingenten der Anbieter abzuhängen.

Die Versorgung von als „fragil“ eingestuften Hilfsbedürftigen wird korporatistisch koordiniert: Es gibt feste Beauftragungen auf der Basis permanenter Kooperationsbeziehungen. In diesem Bereich herrscht weitgehende Stabilität – abgesehen von Kostendämpfungsprogrammen, deren Umsetzung zwischen Kostenträgern und Anbietern jeweils neu verhandelt wird. Bemerkenswert erscheint die Beteiligung der Gewerkschaften an der Regulierung des Sektors. Das über die Dienstleistungsschecks organisierte Angebot einfacher Haushaltshilfen scheint demgegenüber sehr viel stärker marktgesteuert – hier haben administrative und verbandliche Instanzen kaum „Durchblick“.

Die Koordination der Versorgungsarten untereinander wird von Genet u. a. (2012: 51) als mäßig beschrieben. Verschiedene Pilotprojekte bemühen sich um die Integration der medizinnahen Interventionsformen (ebd.: 80; Sermeus u. a. 2010). Dazu zählen hausarztzentrierte, multiprofessionell besetzte Versorgungsnetzwerke, die regionale Zusammenführung von primärärztlichen und grundpflegerischen Leistungen sowie (seit 2009) die Einrichtung von Pflegepfaden (auf Grundlage eines

Vertrags mit dem zuständigen Hausarzt). Zudem existieren Koordinationsstellen für die ambulante Altenhilfe (in verschiedenen Varianten in Flandern und Wallonien). Diese sollen in einem multidisziplinären, auch primärmedizinisch kompetenten, Team Beratungen anbieten und Hilfepläne erstellen. Da mittlerweile auch weitere, niedrighschwelligere Optionen für die lokale Altenhilfe bestehen, bleiben die Herausforderungen an die Zusammenstellung von Diensten beträchtlich. Dies gilt nicht zuletzt für die über die Dienstleistungsschecks organisierten Haushaltshilfen. Zwar brauchen hier alle Anbieter eine Zulassung. Jedoch gibt es für dieses Versorgungssegment keine Angebotsplanung; es regieren schlicht die Gesetze des Marktes.

Zusammenwirken von professionell erbrachten und anderen Leistungen

Wie bereits angedeutet, scheinen private Pflegearrangements in Belgien traditionell weniger stark verbreitet als hierzulande. Die geschlechtliche Differenzierung privater Helferrollen weicht von der in Deutschland deutlich ab – Schmid (2014: 200) spricht mit Bezug auf Belgien von einer relativ „egalitären Aufteilung intergenerationeller Unterstützung“. Ähnlich wie in Deutschland wird davon ausgegangen, dass organisierte ambulante Interventionen die informelle beziehungsweise familiäre Versorgung erleichtern (Genet u. a. 2012: 28). Aber insbesondere im Bereich der häuslicher Hilfen scheint das Angebot in Belgien über das in Deutschland hinauszureichen, wobei es Hinweise auf regionale Diskrepanzen bei der Inanspruchnahme von Diensten gibt (Demaerschalk u. a. 2013, ebenfalls mit Bezug auf Flandern). Die Belastungen für Angehörige und privat Pflegenden können erheblich sein, wie eine in einer flämischen Kommune durchgeführte Lokalstudie illustriert hat (Cril u. a. 2014).

Insgesamt sticht eine im internationalen Vergleich relativ hohe Versorgungsquote mit formalen Hilfen ins Auge. Der belgische Altenhilfesektor erweist sich dabei als vergleichsweise stark verberuflicht. Generell müssen Dienste, die als anfällig eingestufte Personen betreffen (und über bloße Haushaltshilfen hinausgehen), von gesondert ausgebildeten Fachkräften verrichtet werden. Maßgeblich ist ein Ende der 1990er Jahre zwischen Kostenträgern, Anbieterverbänden und Regionalbehörden für die soziale Altenhilfe ausgehandelter Tarifvertrag, welcher differenzierte Berufsbilder und spezifische Gehaltstabellen festlegt. Allerdings: Im Wirkungsfeld der voucherbasierten Dienste sind überwiegend unqualifizierte Kräfte beschäftigt, sodass eine „Deprofessionalisierung“ der lange Zeit als eigenes Berufsfeld geltenden sozialen Altenhilfe befürchtet wird (Bode u. a. 2013: 838).

1.1.3 England

Wichtige Besonderheiten aus deutscher Sicht

In England²⁰ gab es bereits in den 1970er Jahren kommunale Altenhilfepläne und kommunalpolitisch arrangierte Angebote für lebensweltnahe Unterstützung, welche neben die Pflegeversorgung des nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) traten. Die im englischen Sprachgebrauch „*social care*“ genannten Leistungen wurden relativ strikt von der paramedizinischen Versorgung, also dem „*nursing*“, separiert (ähnlich wie in Belgien und Frankreich) – wobei die Krankenpflege in Großbritannien traditionell eine eigenständige, primärmedizinisch intervenierende Berufsgruppe verkörpert.²¹ Vor dem Hintergrund einer im Vergleich zu Deutschland höheren Frauenerwerbsquote wurde „*social care*“ zu einer öffentlichen Dienstleistung *sui generis*. Allerdings konzentrierte sich das Angebot von Beginn an auf einkommensschwache Haushalte. Andere Pflegebedürftige sollen zwar öffentliche Begutachtungen (*assessments*) und Beratungen in Anspruch nehmen können (was der im Mai 2014 verabschiedete *Care Act* noch einmal explizit bekräftigt hat), doch sind sie bis heute, wenn es um die Finanzierung ambulanter Hilfen geht, auf privat „eingekaufte“ Dienste verwiesen. Dessen ungeachtet kam es ab Anfang der 1990er Jahre zu einem spürbaren Ausbau der ambulanten Infrastruktur, um dem bis dato ausgesprochen starken Heimsog entgegenzuwirken; mittlerweile leben vergleichsweise wenige englische Seniorinnen und Senioren in stationären Einrichtungen. Diese ambulanten „*social care*“-Anbieter übernehmen mittlerweile vielfach auch Aufgaben der Grundpflege.

Wesentlich für die Entwicklung des Altenhilfesystems ist der marktorientierte Umbau der Anbieterlandschaft. England war diesbezüglich Vorreiter in Europa. Während die grundpflegerische Versorgung – trotz zahlreicher Organisationsreformen – überwiegend in der Zuständigkeit des NHS verblieben ist, wurde die vormals rein kommunale Leistungserbringung im Bereich der sozialen Altenhilfe stark dezimiert; an ihre Stelle sind gemeinnützige und vor allem gewerbliche Angebote getreten, die sich bei den kommunalen Kostenträgern um Versorgungsaufträge bewerben (im Unterschied zum deutschen System, in dem der Wettbewerb ja einer um Leistungsempfänger ist) und ansonsten – für die Gruppe der Nicht-Anspruchsberechtigten – auf einem freien Dienstleistungsmarkt agieren. Mit der Einführung des persönlichen Budgets ist dieser Markt auch für öffentlich unterstützte

²⁰ Wenn nicht anders angegeben, beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen auf den Fall Englands. In den übrigen Teilen des Vereinigten Königreichs (v. a. Nordirland und Schottland) ist das Pflegesystem in vielerlei Hinsicht anders organisiert (Means u. a. 2002, Ruane 2012, Lewis und West 2014, für das Gesundheitswesen Hajen 2012).

²¹ Das *district nursing* ist formal für viele Leistungen der Grundpflege wie auch für die Behandlungspflege zuständig. 30 Prozent des examinierten Pflegepersonals arbeiten traditionell im Bereich der lokalen primärmedizinischen Versorgung, und zwar mit weitreichenden Interventionsbefugnissen auch jenseits ärztlicher Verordnungen.

Seniorinnen und Senioren zugänglich, wenngleich von dieser Option bislang wenig Gebrauch gemacht worden ist.²²

Die Leitidee der Wahlfreiheit scheint heute vorherrschend. Gleichzeitig gab es zuletzt verstärkt Debatten um die Unterfinanzierung der Dienste. Nachdem die Budgets schon in den Vorjahren zunehmend auf Schwerstpflegebedürftige konzentriert worden waren, ist infolge der Finanzkrise und der auf sie reagierenden Sparpolitik das Leistungsvolumen im Bereich der sozialen Altenhilfe um ein Fünftel geschrumpft – Lewis und West (2014: 9) sprechen diesbezüglich von offener Rationierung. Auffällig im internationalen Vergleich sind vielfältige Anstrengungen zur Formalisierung der Qualitätssicherung. Die Verfahren wurden mehrfach verändert, aber sie wirken vergleichsweise ambitioniert, wenngleich – was die soziale Altenhilfe betrifft – Befunde zur tatsächlichen Versorgungsqualität häufig ernüchternd ausfielen (Greengross Report 2011).

Die rechtliche Regulierung der nichtstationären Dienste und Pflegeangebote

Die Pflegeversorgung in England wird weitgehend zentralstaatlich reguliert. Das gilt zunächst für die Transferleistungen im Bereich der Altenhilfe: Personen mit starken Behinderungen beziehen eine „attendance allowance“ und Pflegepersonen, die die Versorgung übernehmen, ein (einkommensgeprüftes und nur bis zur Rente ausbezahltes) Betreuungsgeld („carer’s allowance“).²³ Es bestehen relativ restriktive Leistungsanspruchsvoraussetzungen: Nur jede zehnte Person über 65 Jahre erhält Unterstützung von Helfern, die diese Leistung beziehen.²⁴ Die Transfers sind jeweils frei verfügbar.

Tabelle 3: Transfersystem England/Großbritannien

Leistungen	Zielgruppen	Bedarfsprüfung?	Leistungsniveau	Sonstiges
Begleitungsgeld	Behinderte	nur medizinisch	270 Pfund	
Betreuergeld	65+	weitreichend	max. 320 Pfund	Nutzung Betreuer
Direktzahlung	65+	weitreichend	gemäß Begutachtung	freie Nutzung

Quelle: Colombo u. a. 2011, eigene Ergänzungen.

Was Sachleistungen betrifft, so besteht ein Anrecht auf Behandlungs- und Grundpflege, und zwar ohne Selbstbeteiligung. Verwaltet und erbracht wurden die

²² Lewis und West (2014: 9) gehen davon aus, dass dieses – verwaltungstechnisch preiswertere – Versorgungssegment zukünftig an Bedeutung gewinnen wird. 2011 entsprachen die für die persönlichen Budgets eingesetzten Mittel 15 Prozent der Ausgaben für die gesamte Altenhilfe.

²³ Gezahlt werden wöchentlich 66 Pfund, falls das eigene Einkommen nicht 100 Pfund pro Woche überschreitet. Die attendance allowance beläuft sich auf maximal gut 80 Pfund wöchentlich.

²⁴ Wert für 2009 (Colombo u. a. 2011: 133). Die Zahl der Anspruchsberechtigten für diese nationale Transferleistung wächst indes seit vielen Jahren.

entsprechenden Dienste bis vor kurzem durch regionale Einheiten der zentralstaatlichen Gesundheitsverwaltung (die *Primary Care Trusts*, die derzeit überführt in Hausarztgruppen werden). Nach den Plänen der 2010 angetretenen konservativ-liberalen Regierung²⁵ sollen diese Aufgaben auf der Ebene der Kommunen (*Local Authorities*) mit der sozialen Altenhilfe (*social care*) verschmolzen werden.

Letztere bildet bereits seit vielen Jahrzehnten einen eigenen Versorgungsbereich, in dem *de facto* allerdings vielfach grundpflegerische Leistungen erbracht werden. Formalrechtlich haben einkommens- beziehungsweise vermögensarme Personen²⁶ Anspruch auf diese Form der Altenhilfe; zuständig sind die Kommunen, die bei der Verwendung der entsprechenden Budgets über erhebliche Freiheiten verfügen. *De facto* sind diese Hilfen aber seit etwa Mitte der 1990er Jahre immer stärker auf Personen mit geringen Einkommen und schweren Beeinträchtigungen konzentriert worden, wobei bei der Bewilligung vor Ort häufig das Prinzip Zufall regiert.²⁷ Ab 2016 sind die Kommunen (durch den o. g. *Care Act*) allerdings dazu verpflichtet, Angebote für *alle* hilfsbedürftigen Bewohner sicherzustellen. Gleichzeitig sind die zentralstaatlichen Zuweisungen in den Jahren nach der Finanzkrise abgesenkt worden. Die Kommunen können (einkommensabhängige) Eigenbeteiligungen erheben; allerdings ist für die Zeit nach 2016 geplant, dass Nutznießer für den Fall, dass das lebenslang angefallene Leistungsvolumen einen bestimmten Schwellenwert (im Gespräch sind gut 70.000 Pfund) überschreitet, alle weiteren Hilfen kostenlos erhalten (zur entsprechenden Diskussion Humphries 2013 und Knight 2014).²⁸

Für sämtliche Sachleistungsarten bestehen Systeme der formalen Qualitätskontrolle durch Klientenbefragungen sowie Erhebungen zur Prozess- und Strukturqualität. Verantwortlich ist die *Care Quality Commission*. Zuletzt wurde überdies ein Modell (*Commissioning for Quality and Innovation, CQUIN*) erprobt, das die Angemessenheit von Hausbesuchen durch examiniertes Pflegepersonal prüft. Das Ansinnen, flächendeckend Kontrollen zur Ergebnisqualität durchzuführen und *quality ratings* zu veröffentlichen, wurde 2010 fallengelassen.²⁹ Heute besteht ein Ampelsystem für

²⁵ Umgesetzt wurden diese Pläne vor allem durch den „Localism Act“ 2011, den „Welfare Reform Act“ 2012 und die 2013 in Kraft getretene Gesundheitsreform.

²⁶ Konkret: für Haushalte mit einem Vermögen von weniger als 23.220 Pfund, und zwar dann, wenn sie als bedürftig begutachtet worden sind – wobei die *Local Authorities* festlegen können, ab welcher der vier Bedürftigkeitsstufen sie Hilfen gewähren.

²⁷ An der schon vor vielen Jahren getroffenen Diagnose, dass es in den Kommunen für die Gewährung dieser Hilfe „no consistent criteria“ (Pacolet u. a. 2000: 213) und „substantial variations“ (ebd.: 214) gebe, hat sich auch in der jüngeren Vergangenheit wenig geändert.

²⁸ Anwendung fände dann das sogenannte „Dilnot cap“, benannt nach dem Vorsitzenden einer Kommission zur Beratschlagung von Möglichkeiten zur zukünftigen Finanzierung der Altenhilfe. Der Kommissionsvorschlag aus dem Jahre 2011 lag allerdings bei 35.000 Pfund (außerdem hatte die Kommission auch ein nationales Assessment-System gefordert). Ziel der Deckelung ist die Schonung eines angesparten Vermögens.

²⁹ Auch die sogenannten „*national minimum standards*“, mittels derer eine Fachkraftmindestquote durchgesetzt werden sollte, sind heute hinfällig; viele Anbieter hatten die Vorgaben schlicht ignoriert.

Qualitätsbewertungen: Grundlagen sind 16 Indikatoren auf der Basis von Begehungen und Anbieterinformationen, welche die Anbieter zur Verfügung zu stellen haben (Rodrigues u. a. 2014). Ziel ist die Qualitätssicherung qua „naming and shaming“ (Genet u. a. 2012: 35). Allerdings gibt es – sieht man von den examinieren Fachkräften im Bereich des *nursing* ab – vergleichsweise laxen Vorschriften im Hinblick auf das Qualifikationsprofil des Pflegepersonals (Lewis und West 2014: 12ff.).

Art und Finanzierung öffentlich moderierter Unterstützungsleistungen

Das englische Altenhilfesystem ist, soweit es um öffentliche Leistungen geht, ausschließlich steuerfinanziert. Die für die Beauftragung beziehungsweise Veranlassung zuständigen lokalen Verwaltungseinheiten (die im Bereich der Altenhilfe und Pflege, wie oben erwähnt, zusehends fusionieren) erhalten vom Zentralstaat Sozialbudgets (sog. *Revenue Support Grants*), die sie nach eigenem Ermessen und auf der Basis eines festen Begutachtungsschemas einsetzen können und sollen; Einnahmen aus Kommunalsteuern ergänzen dieses Budget. Die Kommunen können also Schwerpunkte bei einzelnen sozialen Diensten setzen (z. B. auch der Jugendhilfe) und nutzen dementsprechend die ihnen zugewiesenen Mittel sehr unterschiedlich (Lewis und West 2014: 2). Leistungen für grund- und behandlungspflegerische Leistungen (*nursing*) werden aus dem zentralstaatlich verwalteten Gesundheitsbudget finanziert und – bevölkerungs- beziehungsweise morbiditätsgewichtet – auf die lokalen Verwaltungseinheiten des NHS übertragen. Allgemein besteht das Ziel, beide Budgetlinien mittelfristig zusammenzuführen und vom oben genannten Gesundheits- und Wohlfahrtsausschuss verwalten zu lassen.

Die Gewährung von Leistungen erfolgt dabei auf Grundlage medizinischer und sozialarbeiterischer Begutachtungen, wobei angestrebt wird, diese einheitlich und interdisziplinär durchzuführen (was in der Praxis immer wieder an Grenzen zu stoßen scheint). Für die Begutachtung bestehen landesweite Standards, allerdings resultieren daraus nicht zwingend feste Leistungskontingente für die Nutzer. Im Bereich der sozialen Altenhilfe wird eine erhebliche Selbstbeteiligung fällig, wenn Leistungsempfänger oberhalb der Armutsgrenze leben (Genet u. a. 2012: 61) – solche Nutzer kommen ohnehin immer seltener den Genuss entsprechender Hilfen.

Trägerlandschaft sowie Formen der Leistungserbringung

Während auf der Seite der Sozial- und Gesundheitsadministration zunehmend homogene Strukturen geschaffen worden sind, erweist sich die Trägerlandschaft im Bereich der ambulanten Leistungserbringung als relativ zerklüftet. Auf Kostenträgerseite ist die ausschlaggebende Verwaltungsebene für alle wesentlichen Versorgungsbereiche die der sogenannten Gesundheits- und Wohlfahrtsausschüsse (*Health and Wellbeing Boards*) in den Kommunen. Diese sollen unter anderem gemeinsame Begutachtungen vornehmen und für die Nutzer passgenaue Leistungspakete schnüren (Humphries und Galea 2013). Fachlich bleiben die Leistungen allerdings differenziert nach *nursing* auf der einen und *social care* auf der anderen Seite.

Was die Leistungserbringung anbelangt, so sind für behandlungs- und grundpflegerische Leistungen (also das *nursing*) mittlerweile gut 100 Eigenbetriebe zuständig, die Aufträge von den NHS-Verwaltungseinheiten (bzw. perspektivisch: den Gesundheits- und Wohlfahrtsausschüssen) erhalten. Die vertraglich an die Kostenträger gebundenen Anbieter können verschiedene Organisationsmodelle nutzen, konkret den Status eines öffentlichen „*Community Foundation Trust*“, den eines unabhängigen Sozialunternehmens, den einer Subeinheit von NHS-Einrichtungen (z. B. einem Krankenhausträger) oder aber, was historisch neu ist, den eines in privat-gewerblicher Trägerschaft operierenden Leistungsanbieters. Von den gegenwärtig bestehenden Eigenbetrieben sind allerdings nur wenige auf eigene Rechnung tätig; sehr häufig traten die aus der lokalen NHS-Verwaltung ausgegliederten Einheiten anderen Leistungsanbietern bei (v. a. Kliniken). Etwa ein Sechstel der Anbieter operiert in Rechtsform eines „*social enterprise*“ (einer Mischung aus gemeinnütziger und gewerblicher Trägerschaft) (Spilsbury und Pender 2013).

Die Versorgungslandschaft im Bereich der sozialen Altenhilfe (*social care*) ist demgegenüber stark von nichtöffentlichen Anbietern geprägt; die Mehrheit der Träger hat heute private Eigentümer.³⁰ Bemerkenswert erscheint, dass im Zuge des massiven Ausbaus des ambulanten Sektors grundpflegerische Interventionen häufig zum integralen Bestandteil des Aufgabenportfolios der sozialen Altenhilfedienste geworden sind (Lewis und West 2014: 5). Da viele Leistungen an der Sozialverwaltung vorbei erbracht werden, fehlt letzterer die Übersicht über die effektiven Versorgungsprozesse und deren Qualitätsniveau.

Strukturen und Mechanismen zur Koordination der Leistungserbringung

Sowohl die grundpflegerische als auch die lebensweltbezogene (haushälterische) Hilfe wird mittlerweile stark durch Quasimarktarrangements gesteuert, nachdem in diesen beiden Versorgungssegmenten die Planung, Vergütung und Leistungserbringung lange in einer Hand gelegen hatten (bei NHS-Behörden sowie in der lokalen Sozialverwaltung). Die Reformen seit Ende der 1980er Jahre haben zunächst im Bereich der „*social care*“ und zuletzt (seit 2013) auch für Leistungen des „*nursing*“ eine rigorose Trennung zwischen Budgetverwaltung und Leistungserbringung mit sich gebracht. Dabei besteht zwar der Anspruch eines systematischen *Case Managements*, aber die Praxis kann diesem Anspruch oft nur begrenzt nachkommen. Hinzu kommt der Trend zum persönlichen Budget, das die Verantwortung für die Steuerung der Hilfen in die Verantwortung der Leistungsempfänger legt (wenngleich diese Option bislang wenig nachgefragt wird).

Die quasimarktliche Koordination der Leistungserbringung erfolgt so, dass der Kostenträger unter miteinander konkurrierenden Kandidaten Leistungserbringer auswählt und mit diesen Preise verhandelt. Dabei hat es in der Vergangenheit sehr

³⁰ Nichtöffentliche Träger (sog. *independent provider*) waren 1993 nur für 5 Prozent der Versorgungsleistungen zuständig gewesen. 2011 lag der gleiche Wert bei 81 Prozent (Lewis und West 2014: 2).

unterschiedliche lokale Konstellationen gegeben: Kurzzeitverträge für eine kleine Anzahl von Nutzern (*spot contracts*) standen neben Arrangements, bei denen mit Anbietern größere Versorgungskontingente vereinbart wurden (*block contracts*) – letzteres scheint heute die vorherrschende, weil für die Kostenträger preiswertere Praxis. Das allgemeine Organisationsmodell für die soziale Altenhilfe sah ansonsten das Monitoring aller Leistungen sowie systematische Qualitätskontrollen vor – beides ist jedoch nur ansatzweise umgesetzt worden (Lewis und West 2014).

Im Hinblick auf die Koordination einzelner Versorgungsleistungen sollen die für behandlungs- und grundpflegerische Dienste verantwortlichen Instanzen (des *district nursing*) ihre Bedarfseinschätzungen in Absprache mit der lokalen Sozialverwaltung vornehmen.³¹ Der oben bereits genannte Aufbau von Gesundheits- und Wohlfahrtsausschüssen stellt – verbunden mit der Bereitstellung von Sondermitteln für Integrationsprojekte – einen weiteren Schritt in Richtung einer integrierten Falladministration dar (Knight 2014). Bislang waren die entsprechenden Bemühungen offenbar nicht von durchschlagendem Erfolg gekrönt. So waren die *Case Manager* für die soziale Altenhilfe eher bemüht, *einzelne* Klienten und Anbieter zusammenzubringen, während im Gesundheitssektor meist Vereinbarungen für *Gruppen* von Kliniken beziehungsweise *Patientenpopulationen* getroffen wurden. Glasby u. a. (2011) resümieren, dass die bis in die 1990er Jahre zurückreichenden Initiativen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen kommunalem Sozial- und staatlichem Gesundheitssektor sowie Versuche der Gründung gemeinsamer Administrationsstrukturen³² häufig ins Leere gelaufen sind.³³ Hudson (2011: 3) spricht diesbezüglich von einer „policy ambiguity... between the twin imperatives of collaboration and competition“.

Das neue Modell der Gesundheits- und Wohlfahrtsausschüsse soll hierzu substantielle Veränderungen bringen. Zudem gibt es diverse Anstrengungen zur Einführung integrativer Versorgungsstrukturen (z. B. *intermediate care teams*, *chronic-disease-Fachteams* etc.), aber gerade die Verzahnung mit der Standardversorgung im Gesundheitssektor gilt als schwierig. Zudem gehen die Reformbemühungen in der Gesundheits- und Pflegepolitik in Richtung erweiterter individueller Wahloptionen (ebd.: 4), und dies erschwert Koordinationsprozesse im Modus eines ganzheitlichen *Case Managements*.

Zusammenwirken von professionell erbrachten und anderen Leistungen

Auch in England sind Familien und hier vor allem die Ehepartner direkt in die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen involviert (Colombo u. a. 2011: 101). Die oben genannten Geldleistungen und auch das persönliche Budget unterstützen in begrenztem Umfang Formen der Laienhilfe im häuslichen Umfeld. Immerhin gut zwei

³¹ Unabhängig davon können Hausärzte Behandlungspflege verordnen.

³² „Personal health budgets“, „pooled budgets“, „joint strategic needs assessments“ etc.

³³ Ende der 2000er Jahre wurden nur etwa 3 Prozent aller Ausgaben im Gesundheits- und Sozialsektor über gepoolte Budgets getätigt, und diese betrafen so gut wie keine älteren Menschen.

Drittel der Bezieher des Begleitungsgeldes nehmen ansonsten keine (nichtmedizinischen) Hilfen in Anspruch (Comas-Herrera u. a. 2011: 26). Aufgrund einer hohen Frauenerwerbsquote scheinen allerdings rein informelle Pflegearrangements weniger verbreitet als in Deutschland. Angehörige sind jedoch stark in die Koordination formaler Hilfen involviert und stehen dabei vor hohen logistischen Herausforderungen – nicht zuletzt durch wechselnde Beauftragungen von Diensten seitens der Kostenträger.

Die Altenhilfe ist mithin vergleichsweise stark verberuflicht. Allerdings war sie in England schon immer ein Arbeitsfeld für gering Qualifizierte, sofern es um andere als paramedizinische Leistungen ging.³⁴ Die Beschäftigungsverhältnisse wechseln häufig, die Bezahlung ist unterdurchschnittlich. Ein „social care worker“ hat im Durchschnitt 1,6 Jobs, und die Zweitbeschäftigung erfolgt oft in einer anderen Branche (Colombo u. a. 2011: 165). Der Migrantanteil übersteigt den in anderen Branchen deutlich. Die den Sektor dominierenden privat-gewerblichen Anbieter engagieren sich noch weniger als die früheren öffentlichen Träger für die Verbesserung des Qualifikationsniveaus ihrer Beschäftigten; Fortbildungen sind rar.

Mit der Verkleinerung der Nutzergruppe in Folge der Konzentration der sozialen Altenhilfe auf stark Pflegebedürftige sowie der Sparpolitik nach der Finanzkrise wächst *de facto* der Bedarf an praktischem familiärem Engagement – man könnte diesbezüglich auch von einer Refamilialisierung der Pflege in England sprechen (Bode u. a. 2013: 846). Aufgrund der Offenheit jener Kriterien, die Gutachter bei der Einschätzung der Unterstützungsbedürftigkeit gebrechlicher Seniorinnen und Senioren im Bereich der „social care“ nutzen, ist es immer möglich, dass die Gewährung von Hilfen davon abhängt, ob aus Sicht der Behörden informelle Unterstützung im (familiären) Umfeld der Leistungsempfängerinnen und -empfänger verfügbar ist. Auf die Förderung von Familienpflege verweisen auch neuere Pilotprojekte, die auf die Unterstützung häuslicher Laienhelfer durch die Organisation temporärer Entlastungspflege und Ähnliches abzielen (*caregiver support*).

1.1.4 Kanada

Wichtige Besonderheiten aus deutscher Perspektive

Kanada weist ein vergleichsweise stark föderalisiertes Sozial- und Gesundheitswesen auf. Zwar besteht ein gesetzlich geregeltes, landesweit etabliertes Grundgerüst für die Gesundheitsversorgung. Auch existiert seit den 1990er Jahren ein landesweiter Gesundheitsförderungsplan, der auf der deklaratorischen Ebene auch Verpflichtungen für den Pflegesektor enthält (konkret etwa das Versprechen einer flächendeckenden Kurzzeitversorgung im häuslichen Umfeld ohne Kostenbeteiligung) (Colombo u. a. 2011: 57). Jedoch sind Leistungen

³⁴ Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass sich das Profil auch dieser Leistungen verändert hat. Die Zahl der speziell examinieren ambulanten Pflegekräfte (nurses) ist seit Mitte der 1990er Jahre um circa 30 Prozent zurückgegangen; stattdessen ist eine Zunahme anderer, häufig gering qualifizierter Pflegekräfte zu beobachten. Viele Beschäftigte klagen über eine extreme Arbeitsbelastung.

der Altenhilfe im engeren Sinne *de facto* nicht Teil des entsprechenden Institutionengefüges. Die Provinzen genießen sogar im Bereich der gesetzlich relativ stark kodifizierten Gesundheitsversorgung erhebliche Ermessens- und Implementationsspielräume. Faktisch prägen also die Provinzen die Versorgungsstrukturen (Jiwani und Fleury 2011: 2), sodass in Kanada ein gutes Dutzend unterschiedlicher Altenhilfesysteme nebeneinander her existieren.

Wenn es um die behandlungs- und grundpflegerische Versorgung (*nursing*) geht, liegt die Verantwortung für die Sicherstellung des Angebots bei speziellen Verwaltungsbehörden; dabei sind die *Nursing*-Dienste Teil des (föderalisierten) staatlichen Gesundheitsdienstes. Demgegenüber ist die Organisation der sozialen Altenhilfe alleinige Angelegenheit der Provinzen; die entsprechenden Dienste sind höchst unterschiedlich entwickelt beziehungsweise ausgestaltet. Die Beschreibung dieser Gemengelage als „policy mosaic“ (durch Hirdes 2001) charakterisiert die herrschenden Zustände durchaus treffend.

Tatsächlich variieren die Versorgungsniveaus innerhalb Kanadas erheblich (McAdam 2011: 6).³⁵ Wartelisten sind dabei weit verbreitet. In manchen Regionen gibt es eigene Instanzen zur Organisation der sozialen Altenhilfe: In den beiden bevölkerungsreichsten Provinzen, auf die sich die nachfolgenden Ausführungen konzentrieren, nämlich Ontario und Québec, sind spezielle Behörden gebildet worden, die sich um das Leistungsangebot kümmern. In Ontario gibt es 17 regionale „*Community Care Access Centres*“ (CCACs)³⁶, in Québec 95 Sozial- und Gesundheitszentren („*Centres de santé et de services sociaux*“, CSSSs) – wobei dort der Anspruch besteht, soziale und gesundheitsbezogene Dienste *aus einer Hand* zu organisieren (s. u.). In der französischsprachigen Provinz erbringen diese Instanzen eigene Versorgungsleistungen, in Ontario beauftragen sie gemeinnützige und kommerzielle Leistungserbringer damit. Allerdings kommt das reale Versorgungsangebot in beiden Provinzen der zunehmenden Nachfrage nach ambulanten Hilfeleistungen kaum nach; die Rationierung von Leistungen scheint der Normalfall.

Die rechtliche Regulierung der nichtstationären Dienste und Pflegeangebote

Wesentliche Bestimmungen für Geldleistungen im Pflegefall sowie die soziale Altenhilfe werden auf Provinzebene festgelegt. Menschen mit Behinderungen (auch solche im Rentenalter) erhalten einen einkommensabhängigen „*tax credit*“ beziehungsweise „*crédit d'impôt*“ (auch als Transferleistung qua negative Einkommenssteuer) zur freien Verwendung. Die Provinz Nova Scotia gewährt seit

³⁵ So zeigen sich – für den gesamten Bereich der ambulanten Pflege und für das Bezugsjahr 2008 – erhebliche Differenzen im Hinblick auf die Versorgungsquote der Gruppe 65+: von 9 Prozent in British Columbia oder Nova Scotia bis 18 Prozent in Ontario (13 Prozent in Québec).

³⁶ Die CCACs wurden 1996 eingerichtet und umfassten zunächst 43 Einheiten. Weil sie auf die Architektur der Gesundheitsverwaltung beziehungsweise der sogenannten Local Health Integration Networks (LHINs) abgestimmt werden sollten, wurde ihre Anzahl 2007 reduziert.

2009 ein „*Caregiver Benefit*“ für pflegende Privatpersonen mit geringem Einkommen. In Québec gibt es außerdem Zuschüsse zur Finanzierung von häuslicher Altenhilfe.

Tabelle 4: Das Transfersystem in Kanada

Leistungen	Zielgruppen	Bedarfsprüfung?	Leistungsniveau	Sonstiges
Betreuergeld als tax credit/crédit d'impôt (in den Provinzen)	Pflegende	weitgehend	z. B. Québec: 450-1.000 \$	Familienmitglieder jeglicher Art

Quelle: Colombo u. a. 2011, eigene Ergänzungen.

Soweit es um behandlungs- und grundpflegerische Sachleistungen geht, gelten landesweit die Prinzipien des „*Canada Health Act*“ aus dem Jahre 1984; er legt die Grundlagen für einen einheitlichen, steuerfinanzierten *staatlichen* Gesundheitsdienst fest.³⁷ Für andere Leistungen der Altenhilfe besteht ein allgemeines Unterstützungsversprechen, das in den Provinzen – bei formaler Betrachtung – relativ universell gefasst ist; zum Beispiel hat jeder Bürger in Québec einen gesetzlichen Anspruch auf bedarfsgerechte Unterstützung sowohl bezogen auf Leistungen der Behandlungs- und Grundpflege als auch im Bereich der sozialen Altenhilfe. Eine genauere Definition dessen, was dies bezogen auf das jeweilige Versorgungsvolumen bedeutet, fehlt allerdings. Festgelegt sind lediglich Maximalkontingente für die soziale Altenhilfe (*aide à domicile*). In Ontario hat die Regierung ebenfalls ein allgemeines Bekenntnis zu einer bedarfsbezogenen Versorgung abgegeben und ein *Home First*-Programm aufgelegt (Baranek u. a. 2014: 432ff.). Leistungen werden nach individueller Bedarfsabschätzung gewährt, aber eben auch im Rahmen vorhandener Budgets; Wartelisten sind (wie gesagt) üblich. Gillis (2014: 393) resümiert, dass die Versorgung trotz der kanadaweit bestehenden Ambitionen zum Aufbau eines integrierten ambulanten Altenhilfesystems auf „short-term, post-acute“-Interventionen konzentriert und häufig von anderen Versorgungssegmenten im Sozial- und Gesundheitswesen abgeschnitten ist.

Die Regelwerke für Qualitätssicherung sind unterschiedlich und insgesamt eher schwach formalisiert. Im Gesundheitswesen bilden – auf der Ebene der Provinzen (so in Québec; in Ontario laufen Vorbereitungen) – (Re)Akkreditierungsverfahren den zentralen Baustein: Leistungsanbieter müssen eine bestimmte Struktur- und Prozessqualität nachweisen, wobei ein jährliches „Updating“ erfolgt. Hinzu kommen (auch unangemeldete) Patientenbefragungen. Bezogen auf die Pflegeversorgung gibt es andere Ansätze: Im Heimsektor Ontarios müssen Anbieter Vorgaben eines „*Long-Term Care Statute*“ beachten, das neben einer Gebührenordnung für die

³⁷ Der *Canada Health Act* sieht folgende Grundprinzipien für die Gesundheitsversorgung vor: universeller Zugang, öffentliche Verwaltung, keine Selbstbeteiligung, Mitnahme von Ansprüchen (über Provinzgrenzen hinweg) und breite Bedarfsabdeckung.

Nutzer auch bestimmte prozedurale (indes offenbar schwer kontrollierbare) Standards vorschreibt (Armstrong 2013). Bei der Auswahl von Trägern für die soziale Altenhilfe in Ontario sollen Qualitätsgesichtspunkte die zentrale Rolle spielen. In Québec bestehen Dokumentationspflichten für die fraglichen Anbieter.

Art und Finanzierung öffentlich moderierter Unterstützungsleistungen

Öffentliche Leistungen für die Altenhilfe sind – soweit es die öffentlich moderierte Versorgung geht – vollständig steuerfinanziert.³⁸ Ein jüngst in Québec auf den Weg gebrachter Anlauf zur Etablierung einer „*assurance autonomie*“ (MSSS 2013) wurde nach dem Regierungswechsel im Frühjahr 2014 auf Eis gelegt.

Die Inanspruchnahme von krankheitsbezogenen Versorgungsleistungen ist grundsätzlich zuzahlungsfrei – somit besteht vom Prinzip her ein universeller Zugang zu grund- und behandlungspflegerischen Leistungen auch im ambulanten Bereich. Strukturen des *district nursing* sind in den Provinzen fest installiert, allerdings bestehen in weiten Teilen Kanadas spürbare Kapazitätsgrenzen (Aggarwal u. a. 2014). Die Refinanzierung stationärer Pflegeleistungen erscheint relativ stark systematisiert; Bewohner zahlen Nutzungsgebühren, können bei geringen Einkommen davon befreit werden. Einige Provinzen fördern die Versorgung mit Pro-Kopf-Pauschalen.

Offenbar bestehen erhebliche Engpässe, wobei sowohl in Ontario als auch in Québec vor allem die Versorgung mit Hausärzten ein Nadelöhr im Zugang zu pflegerischen Leistungen bildet.³⁹ Hingegen hängt die Finanzierung der sozialen Altenhilfe von (schwankenden) Zuweisungen an die zuständigen Sozialverwaltungen ab (in Ontario die CCACs, in Québec die CSSSs). Anders als bei Leistungen der Gesundheitsversorgung bestehen *stricto sensu* keine festen Unterstützungsansprüche („entitlements“) für Bedürftige; diese müssen Hilfen vielmehr häufig privat zukaufen (Baranek 2014). Auf jeden Fall ist eine einkommensabhängige Selbstbeteiligung zu entrichten. In Québec zahlen Nutzer für häusliche Hilfen den dafür zuständigen Sozialunternehmen Stundensätze, wobei ihnen ein Teil der entsprechenden Ausgaben von der Provinz erstattet wird.

Trägerlandschaft und Formen der Leistungserbringung

Im Hinblick auf die Architektur der Trägerlandschaft erweist sich der kanadische Pflegesektor als durchaus pluralistisch, mit Ausnahme der dem Gesundheitssektor zugerechneten Versorgungssegmente (*nursing*). In diesem Bereich gibt es auf

³⁸ Gleiches gilt für Interventionen des Gesundheitssystems. Aus dem zentralstaatlichen Steueraufkommen reicht die Regierung populationsgewichtete Budgets an die Provinzen weiter, wobei sie dabei nur wenig eigene Akzente setzen kann. Es gab zwischenzeitlich Sonderprogramme für den Ausbau der ambulanten Pflegeversorgung auf der Basis einer gesonderten Vereinbarung zwischen den Provinzen (so etwa im Jahre 2003). 1999 haben sich die Provinzen in einem sogenannten „Social Union Accord“ darauf verpflichtet, ein einheitliches Konzept zur Entwicklung des Sozial- und Gesundheitswesens zu entwickeln – allerdings hat Québec den Vertrag seinerzeit nicht unterzeichnet.

³⁹ Laut Aggarwal u. a. (2014: 262) findet jeder siebte Bürger in Ontario keinen Hausarzt. Jiwani und Fleury (2011) berichten, dass dies in Québec auf 25 Prozent der Bevölkerung zutrifft.

Provinzebene primärmedizinische Zentren, in Québec unter einem Dach mit den öffentlichen sozialen Diensten. Wie bereits erwähnt, ist auch die Administration der sozialen Altenhilfe (in den beiden großen Provinzen) relativ kompakten Organisationseinheiten zugewiesen (den CCACs in Ontario und den Sozial- und Gesundheitszentren in Québec). In der französischsprachigen Provinz ist dies mit dem Anspruch verbunden, soziale und gesundheitsbezogene Leistungen *aus einer Hand* zu verwalten und dabei Leistungen entweder selbst zu erbringen oder feste Partner damit zu beauftragen.

Was den stationären Pflegesektor betrifft, so gehört die große Mehrheit der kanadischen Heime privaten Eigentümern. Die soziale Altenhilfe wird in manchen Provinzen ebenfalls von gewerblichen Formen erbracht; anderswo dominieren gemeinnützige Organisationen. Die Beziehungen zwischen Letzteren und öffentlichen Instanzen gestalten sich unterschiedlich. In manchen Provinzen bestehen locker geknüpfte Netzwerke mit dem Ziel, einen Dialog zwischen staatlichen Behörden und gemeinnützigen Trägern zu etablieren beziehungsweise auf Dauer zu stellen (z. B. in Nova Scotia: Meyer und MacDonald 2014). Sehr viel fester institutionalisiert sind die entsprechenden Beziehungen in Québec (Vaillancourt und Thériault 2008; Jetté u. a. 2011).

Dort übernehmen gut 100 Sozialunternehmen (*Entreprises d'économie sociale en aide domestique*) den Großteil der sozialen Altenhilfe. Sie werden gestützt durch ein Subventionsprogramm der Provinz, welches Nutzer für ein bestimmtes Kontingent an Service-Stunden von Zahlungsverpflichtungen freistellt. Die Leistungserbringer haben in den letzten Jahren vermehrt mit wirtschaftlichen Problemen zu kämpfen, was sie veranlasst hat, ihr Angebotsspektrum in Richtung kommerzielle Dienstleistungen (Gartenarbeit etc.) zu erweitern (Jetté u. a. 2011). Hinzu kommen mehrere hundert Träger der Gemeinwesenarbeit, die öffentliche Zuwendungen erhalten und unter anderem Betreuungsangebote für vitalere Seniorinnen und Senioren unterbreiten.

In Ontario gibt es eine starke, gewerblich organisierte Altenhilfebranche, welche um öffentlich ausgeschriebene Versorgungsmandate wirbt. Die traditionell diesen Sektor dominierenden gemeinnützigen Anbieter haben nach Einführung eines Quasimarktes stark an Bedeutung verloren. Wie in Québec existieren außerdem kleine gemeinnützige Projekte für Seniorinnen und Senioren, die auf Unterstützung im Alltag angewiesen sind, zum Beispiel im Bereich Essen auf Rädern.

Strukturen und Mechanismen zur Koordination der Leistungserbringung

Die Koordination der Leistungserbringung obliegt in Kanada den bereits genannten Verwaltungseinheiten: entweder sektorenübergreifend wie bei den CSSSs in Québec oder spezialisiert wie bei der ambulanten Altenhilfebehörde in Ontario. Dort versucht man seit Mitte der 2000er Jahre, mit den sogenannten „*Local Health Integration Networks*“ Versorgungsprozesse stärker zu verzahnen (Jiwani und Fleury 2011: 7), allerdings nimmt dieses Netzwerk lediglich Aufgaben der Informationsvermittlung wahr und die Ressourcenausstattung ist spärlich. Aggarwal u. a. (2014: 262)

sprechen mit Bezug auf Ontario von einem nach wie vor fragmentierten Versorgungssystem.

Was die soziale Altenhilfe in dieser Provinz betrifft, so soll die Koordination in den CCACs erfolgen; dort sitzen Vertreter der Leistungserbringer in Beratungsgremien, doch die Rivalität der Träger erschwert offenbar gemeinsame Initiativen und nachhaltige Verständigungsprozesse (Jiwani und Fleury 2011: 8). Ansonsten fungieren die Zentren als Gatekeeper für die verschiedensten Dienste (auch stationäre); sie sind zuständig für die Begutachtung, Heimzuweisung und Qualitätskontrolle (Baranek u. a. 2014). Ferner schließen sie Verträge mit Leistungserbringern ab (in Bereichen wie soziale Betreuung, Physiotherapie, haushälterische Dienste etc.); für die verschiedenen Versorgungssegmente verfügen sie jeweils über gedeckelte Budgets, welche auf die jeweils angemeldete Nachfrage verteilt werden müssen. Zusätzlich bestehen sogenannte „*Community Support Services*“ für die Moderation und Unterstützung anderer Alltagshilfen. In diesem Bereich dominieren bilaterale Vereinbarungen zur Förderung einzelner Aktivitäten durch die Regierung.

Seit Mitte der 1990er Jahre existiert in Ontario im Bereich der sozialen Altenhilfe ein fest institutionalisierter Quasimarkt, wobei die CCACs als Käufer von Versorgungspaketen auftreten (ebd.: 424). Nachdem die Kooperation mit freien Trägern zuvor weitgehend nach dem Konsensprinzip gestaltet worden war, wurde Anfang der 2000er Jahre mit Letzterem gebrochen und der Bestandsschutz für die traditionellen Leistungserbringer aufgehoben. Infolgedessen haben sich Quasimonopole privat-gewerblicher Anbieter gebildet.⁴⁰ Zudem sind die Stundenkontingente für die Nutzer gekürzt worden; die CCACs stehen hier vermehrt vor dem Problem, eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. Gleichzeitig scheint, was das Verhältnis der Zentren zur Provinzregierung betrifft, der Druck auf Rechenschaftslegung und Leistungsdokumentation deutlich gestiegen zu sein (Jiwani und Fleury 2011: 6). Das Prinzip der „*managed competition*“ (Jetté u. a. 2011: 164) war nach seiner Einführung hoch umstritten; im Prinzip besteht es bis heute, allerdings hat es Änderungen im Regelwerk gegeben, die es sozialverträglicher machen sollten.⁴¹

In den 1980er und 1990er Jahren hat es mehrere Initiativen zur Verzahnung der verschiedenen Versorgungssegmente gegeben (z. B. eine integrierte Pflegeberatung am Telefon). Die Vielzahl und Unterschiedlichkeit der Leistungserbringer scheint solche Koordinationsbemühungen mittlerweile jedoch deutlich zu erschweren (Jiwani

⁴⁰ Gleiches gilt für die stationäre Pflegeversorgung, die ähnlich administriert wird. Die Versorgungsaufträge gehen häufig an große Heimketten; diese müssen eine ganze Reihe von Auflagen erfüllen, die jedoch in der Praxis leicht umgangen werden können (Armstrong 2013: 222f.). Für Unruhe sorgten hier mehrere Skandale, teils wegen schlechter Versorgung, teils wegen der Insolvenz eines Heimbetreibers.

⁴¹ Seit 2008 muss die Entscheidung über die Auftragsvergabe mit Qualitätsaspekten begründet werden; auch sind die Budgets deutlich aufgestockt worden. Bei der Erteilung von Aufträgen sollen die bei den Trägern bestehenden Arbeitsbedingungen explizit Berücksichtigung finden.

und Fleury 2011: 5). Es gibt allerdings seit 2005 Versuche, in der primärärztlichen Versorgung (inkl. *home nursing*) mit multidisziplinären Teams zu arbeiten.

Die Koordinationsstrukturen in Québec sollen weiter unten ausführlicher umrissen werden. Sie unterscheiden sich durchaus markant von den Verhältnissen in Ontario (und anderen Teilen Kanadas). Einerseits sind die Gesundheits- und Sozialdienste administrativ und zum Teil auch organisatorisch integriert, andererseits werden Leistungen der Altenhilfe in institutionalisierten Kooperationsbeziehungen mit gemeinnützigen Sozialunternehmen erbracht – für ein fest umrissenes Territorium, auf Dauer und im Rekurs auf ein einheitliches Subventionsschema.⁴² Allerdings gibt es in Québec auch marktförmige Beauftragungen von nicht staatlichen Leistungserbringern – und zwar im Bereich der behandlungs- und grundpflegerischen Versorgung, wo private Pflegedienste für die eigentlich zuständigen, aber oft überlasteten Gesundheits- und Sozialzentren einspringen.⁴³

Zusammenwirken von professionell erbrachten und anderen Leistungen

Ungeachtet der verschiedenen Versorgungsangebote ist die private Pflege von Nahestehenden in Kanada weit verbreitet. Es gibt Schätzungen, denen zufolge 85 Prozent aller Pflegestunden von Laien geleistet werden. Professionelle Hilfe greift meist nur ergänzend und ist überdies auf Personen konzentriert, die vor Ort über kein privates Netzwerk verfügen. Jedoch wird die Beteiligung der Familien institutionell nicht eingefordert. Mitunter wird darauf verwiesen, dass der Staat Kinder zwingen *könnte*, mittellosen Eltern im Bedarfsfall finanziell beizustehen – allerdings gibt es offenbar keine entsprechende Praxis. Ungeachtet dessen sind Angehörige in einem Land mit einer relativ hohen Gesamterwerbsquote bei der Koordination der Unterstützungsprozesse stark gefordert; für Québec gibt es Hinweise, dass vermehrt junge Familienmitglieder für ihre beschäftigten Eltern einspringen.

Die professionell Pflegenden unterteilen sich – ähnlich wie in England – in examiniertes Krankenpflegepersonal (soweit das *nursing* betroffen ist) und eher gering qualifizierte Kräfte. Letztere dominieren den Bereich der sozialen Altenhilfe: Die „*health care aids*“ stellen einen Anteil von 80 Prozent aller im Pflegesektor Beschäftigten (Berta u. a. 2013). Für sie gibt es keine nationale Ausbildungsverordnung und auch keine Anerkennung als eigene Berufsgruppe; formal sind sie den sogenannten „*registered nurses*“ unterstellt (dem examinierten Pflegepersonal), übernehmen allerdings verstärkt extrafunktionale Aufgaben (z. B. Kathetersetzen und Injektionen) (ebd.: 3). Die Personalfuktuation ist hier erheblich, wobei vor allem

⁴² 2010 boten die Sozialunternehmen circa 80.000 Personen Dienste an, wovon vier Fünftel über 65 Jahre waren. Für Québec war die Institutionalisierung dieser Form der Leistungserbringung in den 1990er Jahren ein Novum. Initiativen aus dem Feld der Akteure der sogenannten „*économie sociale*“ boten sich an, bei der Bekämpfung der Unterbeschäftigung mitzuwirken. Es gab offizielle Verhandlungen zwischen Vertretern dieser Initiativen und der Provinzregierung, und auf einem medial inszenierten Sozialgipfel wurde 1995 das Kooperationsmodell offiziell besiegelt.

⁴³ Für diese seit den 1990er Jahren praktizierte Beauftragung gibt es kein geregelttes Verfahren; offiziell gilt die Vergabe von Versorgungsaufträgen nach außen nicht als Ziel der Gesundheitspolitik – also erfolgt sie provisorisch und ad hoc.

eine Abwanderung in den Heimsektor zu beobachten ist. Die Tätigkeit in der ambulanten Versorgung gilt allgemein als wenig komfortabel: Die Beschäftigten arbeiten mehrere Schichten an einem Tag, oft für mehrere Arbeitgeber (auch außerhalb des Berufsfeldes); die Stundenzahl ist variabel und die Bezahlung hängt von der Zahl der Versorgten ab. Migranten sind in den Belegschaften überdurchschnittlich stark vertreten. In einigen Provinzen gibt es zwar regelmäßig Fortbildungsangebote für Altenpflegekräfte (Colombo u. a. 2011: 58) – insgesamt ist die Altenhilfe außerhalb der paramedizinischen Versorgung (auch) in Kanada weitgehend Einfacharbeit (Pflegehilfsarbeiten, Hauswirtschaftsdienste) geblieben.

1.1.5 Norwegen

Wichtige Besonderheiten aus deutscher Perspektive

In Norwegen kommen unterstützungsbedürftige Seniorinnen und Senioren in den Genuss einer vergleichsweise stark integrierten und breit ausgebauten Infrastruktur. Sogar die Differenzierung zwischen Alterssicherung und Pflegeversorgung ist institutionell aufgehoben: Beides ist in einer Art Volksversicherung fusioniert. Ambulante Sachleistungen sind schon lange Normalität; seit 1984 besteht ein Grundrecht auf die Versorgung im eigenen Hause.⁴⁴ Das Altenhilfesystem gilt als das großzügigste in Europa (Genet u. a. 2012: 56): Es gibt flächendeckend professionelle Dienste auch für die soziale Altenhilfe und bezüglich der Leistungsanspruchskriterien wird nicht zwischen pflegerischer und sozialer Altenhilfe unterschieden (ebd.: 59).

Grundsätzlich gelten lokale Autonomie *und* nationale Integration als zentrale Organisationsprinzipien (Vabo u. a. 2013: 163). Einerseits sorgt die Zentralregierung dafür, dass auf lokaler Ebene Dienste vorgehalten werden (gesetzlich und durch Mittelzuweisungen). Andererseits gestalten die Kommunen diese Dienste selbstständig aus; sie erheben selbst Steuern und können eigene Akzente beim Zuschnitt der entsprechenden Infrastruktur setzen. Die kulturelle Bedeutung des „welfare localism“ (Romøren u. a. 2011: 7) ist also beträchtlich. Dies hat in der jüngeren Vergangenheit auch dazu geführt, dass in einigen Teilen Norwegens Experimente mit Quasimärkten (ansatzweise vergleichbar mit dem englischen Modell) durchgeführt worden sind. Von solchen (landesintern hoch umstrittenen) Experimenten abgesehen besteht allerdings ein „annäherndes kommunales Monopol“ (Heintze 2013: 256) bei sozialen Diensten.⁴⁵

Das in den lokalen Sozialzentren bestehende traditionelle Organisationsmodell mit interprofessionellen Teams, welches in den 1980er und 1990er Jahren landesweit etabliert worden war, ist in den letzten Jahren offenbar etwas aufgebrochen worden. Zwar hat eine 2008 verabschiedete „Integrationsreform“ neue (formalisierte) Verfahren zur Vertiefung intersektoraler Zusammenarbeit eingeführt, doch haben neue Steuerungsansätze Einzug gehalten, welche eine stärkere Ausdifferenzierung

⁴⁴ Im Weltmaßstab gab es solche Leistungen zuerst in Nordeuropa (Triantafillou u. a. 2010: 7).

⁴⁵ Heintze (2013) zufolge ruft man in den norwegischen Kommunen bei Überforderungssymptomen schnell nach dem Zentralstaat – aber nicht nach der privaten Wirtschaft.

beziehungsweise Separierung der unterschiedlichen Versorgungsprozesse provozieren (Vabo 2012; Vabo u. a. 2013). Die Erwartungen der Bevölkerung an die öffentliche Versorgung bewegen sich auf hohem Niveau: In den 1990er Jahren gab es gar eine als Altenrevolte bezeichnete Sozialbewegung, die die Regierung zu beträchtlichen Zusatzinvestitionen in den Altenhilfesektor veranlasste. Anschlussfähig scheint in der norwegischen Bevölkerung auch die Forderung nach einem leichteren Eintritt in die stationäre Pflege – so plädiert die rechtspopulistische Fortschrittspartei, seit 2013 Partner in der Koalitionsregierung, für ein Recht auf Heimversorgung unabhängig von Begutachtungen.

Rechtliche Regulierung der nichtstationären Dienste und der Pflegeangebote

Die gesamte Versorgung von unterstützungsbedürftigen Seniorinnen und Senioren ist in Norwegen über das Gesundheits- und Sozialgesetz geregelt – bis heute gilt, dass das Land „kein eigenständiges Pflegesicherungssystem“ (Edvartsen 1999: 325) aufweist. Die die Altenpflege (im weitesten Sinne) betreffenden Versorgungsformen und -ansprüche werden in Norwegen also zentralstaatlich festgelegt. Dies betrifft nicht nur das 1984 verabschiedete Grundrecht auf ambulante Hilfen im Falle offensichtlicher Gebrechlichkeit, sondern auch Bestimmungen, die die Inanspruchnahme dieses Rechts betreffen. Das Gesetz schreibt vor, dass die Kommunen bedarfsdeckende Dienste anzubieten haben⁴⁶; in Vereinbarungen zwischen dem Staat und den Kommunen wird die integrierte Administration der Altenhilfe konkret ausbuchstabiert und unter Beteiligung von Gesundheits- und Sozialberufen ins Werk umgesetzt. Dabei besitzen – wie bereits angemerkt – die lokalen Gebietskörperschaften erhebliche Selbstverwaltungsrechte (Edvartsen 1999); viele sozialstaatliche Programme sind zuerst in „welfare municipalities“ (Hanssen u. a. 2001) aufgelegt worden, bevor sie dann auf nationaler Ebene institutionalisiert wurden.

Für grund- und behandlungspflegerische Leistungen gilt Kostenfreiheit, für die übrigen Hilfen gibt es Selbstbeteiligungsgrenzen. Nach dem Sozialdienstgesetz von 1991 haben die Bürger das Recht auf individuelle Begutachtungen sowie ausführliche Benachrichtigungen über deren Ergebnisse (gegen die dann wiederum Berufung eingelegt werden kann). Auch bestimmte Grundprinzipien für die Organisation der Dienste vor Ort sind gesetzlich geregelt.⁴⁷ Festgelegt ist ebenfalls für ganz Norwegen, dass über die Aufnahme in ein Heim spezifische lokale Ausschüsse entscheiden (Heintze 2013: 328).

Landesweit gibt es zudem Bestimmungen zur Qualitätssicherung. Die kommunalen Dienste sind verpflichtet, das Leistungsgeschehen ausführlich zu dokumentieren, wobei ein nationales Informationssystem zu nutzen ist, in dem auch Indikatoren für die vorgehaltene Inputqualität enthalten sind. Zudem prüft ein nationales Gesundheitsaufsichtsgremium die Strukturqualität der verschiedenen Einrichtungen. Seit

⁴⁶ Theoretisch können die Bürger dabei auch auf einer 24-Stunden-Versorgung bestehen (Heintze 2013: 393). Faktisch müssen allerdings die Kommunen mit dem auskommen, was ihnen als Budget zur Verfügung steht.

⁴⁷ So wurde 1992 eine Klausel in das Gesetz für die Gesundheitsaufsicht von 1984 aufgenommen, der zufolge alle Sozial- und Gesundheitsdienste ein internes Auditsystem unterhalten müssen.

2003 ist darüber hinaus ein internes Qualitätsmanagement für alle Träger verpflichtend.⁴⁸ Auf Ergebniskontrollen hingegen wird verzichtet; zudem wird die konkrete Personalausstattung im oben genannten Informationssystem unvollständig abgebildet (Vabo u. a. 2013: 189).

Art und Finanzierung öffentlich moderierter Unterstützungsleistungen

Wie bereits erwähnt, erweist sich das wohlfahrtsstaatliche Engagement für die Pflegeversorgung in Norwegen als vergleichsweise großzügig. Dabei basiert das entsprechende Unterstützungssystem fast ausschließlich auf Sachleistungen. Ein lange Jahre bestehendes Pflegegeld wurde Anfang der 1990er Jahre abgeschafft. Allerdings: Es gibt eine Art Sachleistungersatz für den Fall, dass es in einer Kommune nicht gelingt, ausreichende professionelle Dienste zur Verfügung zu stellen, zum Beispiel in abgelegenen Gegenden oder bei Schwerstpflegebedürftigen. In diesem Fall schließen die Kommunen einen „Quasiarbeitsvertrag“ mit privat Pflegenden ab (auch Familienangehörige), die dann das Gehalt eines im Sektor beruflich Tätigen beziehen (Triantafillou u. a. 2010: 30). Dies geschieht freilich nur in sehr wenigen Fällen.

Für die Sachleistungen besteht seit vielen Jahrzehnten ein staatlich verwaltetes Versorgungssystem. Dieses wurde in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg durch nationale Förderprogramme entwickelt: Die Kommunen erhielten staatliche Mittel, mit denen sie die Hälfte der Kosten für ambulante Dienste und 75 Prozent der Ausgaben für die Heimversorgung refinanzieren konnten. Mitte der 1980er Jahre wurde dieses Zuwendungssystem durch Pauschalbudgets für Sozialdienste ersetzt, was ein stagnierendes Versorgungsangebot sowie eine Verlagerung von stationären zu ambulanten Pflegeleistungen zur Folge hatte. Damit einher ging ein Prozess administrativer Dezentralisierung, wodurch die Kommunen die alleinige Zuständigkeit für die Gestaltung der Pflegeinfrastruktur erhielten (Vabo u. a. 2013: 165). In den 1990er Jahren wurden erneut zweckgebundene Finanztitel geschaffen, die die ansonsten gewährten Pauschalzuweisungen aufstockten. Im nachfolgenden Jahrzehnt erhielten die sozialen Dienste noch einmal einen kräftigen Wachstumsschub.⁴⁹ Heute werden die Dienste etwa zur Hälfte aus einer prozentual auf das Primäreinkommen erhobenen Kommunalsteuer finanziert, welche alle Einkunftsarten erfasst. Hinzu kommen die Gelder vom Zentralstaat, der auf die progressiv ausgestaltete nationale Einkommenssteuer zurückgreift.⁵⁰

⁴⁸ In den Diensten werden zur Administration dieses Systems häufig auf Instrumente wie die „Balanced Scorecard“ und in diese eingebaute prozedurale Standards zurückgegriffen.

⁴⁹ Heintze (2013: 183) nennt eine landesweite Steigerungsquote von 50 Prozent für die Zeit von 2004 und 2010. Das Personal in der Pflege wurde im gleichen Zeitraum um 20 Prozent aufgestockt. Auf Schuldenabbau wird gegenwärtig verzichtet (allerdings gibt es ein umfangreiches Staatsvermögen aus den Erträgen der öffentlichen Mineralölindustrie).

⁵⁰ Dabei ist der Anteil der lokalen Gebietskörperschaften in den 2000er Jahren sukzessive zurückgegangen. 2009 lag er nur mehr bei 44 Prozent der lokalen Sozial- und Gesundheitsbudgets.

Tabelle 5: Transfersystem Norwegen

Leistungen	Zielgruppen	Bedarfsprüfung?	Leistungsniveau	Sonstiges
Betreuergeld als Ersatz für professionelle Betreuung	Isolierte Pflegebedürftige	nein	1.700 €	Restriktive Gewährung

Colombo u. a. 2011, eigene Ergänzungen.

Für die Inanspruchnahme von Angeboten der sozialen Altenhilfe fallen Eigenbeteiligungen an, wobei Bezieher niedriger Einkommen kaum mehr als 20 Euro je Monat zu entrichten haben. Die Selbstbeteiligung an den Kosten einer Heimunterbringung kann 85 Prozent der Alterseinkünfte erreichen; bestehendes oder aufgelöstes Vermögen bleibt unangetastet und Angehörige werden nicht belangt (Heintze 2013: 331). Mit demografisch bedingt steigender Nachfrage und der budgetierten Finanzierung, die einer Ausgabendeckelung gleichkommt, geht allerdings ein wachsender Spardruck einher; Folgen sind der Ausbau von (kostengünstigeren) ambulanten Angeboten, eine Konzentration der Ausgaben auf schwere Fälle sowie neue Arrangements des betreuten Wohnens auf der Basis intensiver ambulanter Hilfen. Die Zahl der Empfänger von Grundpflegeleistungen ist deutlich angestiegen, die Gewährung von Leistungen der sozialen Altenhilfe demgegenüber rückläufig.

Trägerlandschaft und Formen der Leistungserbringung

Öffentliche Träger sind in Norwegens Altenhilfesystem der Normalfall; der Staat gilt als „unternehmerisch aktiv“ (Heintze 2013: 488) und im Bereich der sozialen Daseinsvorsorge als erste Versorgungsinstanz. Wie bereits erwähnt, werden die Angebote der Altenhilfe durch integrierte Organisationseinheiten auf kommunaler Ebene sichergestellt. Die örtlichen Einrichtungen für die primärärztliche, grund- und pflegende sowie soziale beziehungsweise häusliche Versorgung arbeiten in Teamstrukturen unter einem Dach. Die paramedizinische Versorgung wird – ähnlich wie in angelsächsischen Gesundheitssystemen – nach Maßgabe des „*district nurse model*“ organisiert (Clancy u. a. 2013). Die Versorgungskapazitäten sind hier wie in der sozialen Altenhilfe beträchtlich. Administrative Reorganisationsprozesse, die sich an Maximen der Neuen Steuerung (bzw. des New Public Management) orientierten, haben aber offenbar dazu geführt, dass die Abläufe in den verschiedenen Versorgungsbereichen heute als stärker fragmentiert erfahren werden (s. u.).

Ungeachtet der Dominanz der öffentlichen Hand spielen in der Geschichte des norwegischen Sozialsektors gemeinnützige Organisationen durchaus eine Rolle, beispielsweise im Bereich der stationären Altenhilfe. Sie sind eng an ihre Kommune gebunden und erhalten stabile öffentliche Zuwendungen (Jacobsen und Mekki 2012: 128). Mittlerweile gibt es vereinzelt auch private Pflegedienste, so in Bergen und in

Oslo (ebd.: 136f.). Dort werden öffentliche Versorgungsaufträge über Ausschreibungen vergeben.⁵¹ Ferner gibt es vier private Pflegeheimketten im Land. Die im Herbst 2013 angetretene Mitte-Rechts-Regierung will zusätzliche Wahloptionen für die Bürger schaffen. Insofern gibt es ansatzweise einen Trend zu pluralistischeren Angebotsstrukturen.

Bisherige Erfahrungen mit Versuchen, privat-gewerbliche Anbieter stärker in das Versorgungssystem einzubauen, zeigen aber, dass dahingehend große Vorbehalte in der norwegischen Bevölkerung bestehen. Ende der 1990er Jahre bildete sich eine einflussreiche Allianz von Reformgegnern; mit einer sogenannten „Wohlfahrtsstaatskampagne“ traten sie damaligen Umbauplänen auf nationaler Ebene lautstark entgegen. Die nachfolgende Regierung erklärte nationalen Privatisierungsprojekten eine klare Absage (Vabo 2012: 188).

Strukturen und Mechanismen zur Koordination der Leistungserbringung

In der international vergleichenden Literatur zur Infrastruktur der Pflegeversorgung wird häufig darauf verwiesen, dass in Norwegen eine außerordentlich weitreichende Integration der verschiedenen Versorgungsbereiche anzutreffen ist (Genet u. a. 2012: 29). Die entsprechenden Anstrengungen wurden seit den späten 1980er Jahren intensiviert und fanden in der oben genannten Koordinationsreform 2008 ihren vorläufigen Höhepunkt. Teamstrukturen sowie die Sicherstellung einer 24-Stunden-Versorgung gehören heute zum Standardprogramm der kommunalen Sozial- und Gesundheitszentren. Freie niedergelassene Hausärzte sind direkte Vertragspartner der Kommunen, und die Langzeitpflege ist Teil des Primärversorgungssystems; allerdings bewegt sich das Klinikwesen *außerhalb* dieses Versorgungszusammenhangs (Romøren u. a. 2011).⁵²

Nach der Jahrtausendwende wurden administrative Steuerungsformen implementiert, die zu einer Differenzierung der verschiedenen Leistungssegmente in der Altenhilfe geführt haben. Das neue Reglement sieht eine verwaltungstechnische Trennung von Bezahlung und Bedarfsfeststellung einerseits und Leistungserbringung andererseits vor, aber auch die Steuerung von Diensten über Verträge und Kennziffern. Die Nutzung solcher Instrumente scheint in den Kommunen allerdings sehr unterschiedlich auszufallen. Das Modell der Ausschreibung von Diensten mit anschließender Delegation der Leistungserbringung an Dritte, durch die die Koordination des Altenhilfesystems stärker marktförmig wird, kommt nur in einigen

⁵¹ Laut Vabo u. a. (2013: 190) werden landesweit circa 5 Prozent der Dienste von nicht-kommunalen Akteuren erbracht. Im Raum Oslo nehmen immerhin 25 Prozent der Nutzer Dienste privat-gewerblicher Anbieter in Anspruch.

⁵² Lange Zeit gehörten die Hospitäler den Kommunen, bevor sie zunächst den 19 Distrikten und später dem Zentralstaat zugeschlagen wurden. Reformen in den 2000er Jahren brachten dann eine Zentralisierung der Eigentums- und Kontrollrechte. Es entstanden vier staatliche „Krankenhauskonzerne“, die für die Administration der Leistungserbringung zuständig und lose mit dem Gesundheitsministerium verkoppelt sind (Bode 2013 a: 307ff.). Es gab also eine sektorinterne Dezentralisierung, aber die Grenzen zum Sozialsektor *stricto sensu* wurden nicht aufgebrochen.

wenigen Gebietskörperschaften zur Anwendung (zu weiteren Details siehe Kapitel 2).

Zusammenwirken von professionell erbrachten und anderen Leistungen

Wie in anderen Teilen Skandinaviens gehört auch in Norwegen eine öffentlich verantwortete Erbringung sozialer Dienste zum Selbstverständnis des Wohlfahrtsstaates. Kulturell besteht die Erwartung, dass Menschen, die ihr alltägliches Leben nur noch eingeschränkt selbst organisieren können, Anspruch auf öffentliche Unterstützung haben. Dementsprechend wird die Rolle von Familien beziehungsweise privaten Netzwerken nicht darin gesehen, regelmäßig die Alltagsorganisation und gegebenenfalls auch die körperliche Pflege für diesen Personenkreis zu übernehmen. Vielmehr gilt traditionell die Maxime der ökonomischen Unabhängigkeit von der Verwandtschaft und von der Gemeinde (Jacobsen und Mekki 2012: 127); gleichzeitig besteht eine gewisse Skepsis gegenüber gemeinschaftlich organisierten Versorgungsformen.⁵³ Das hängt sehr wahrscheinlich mit der Struktur der in Nord-europa typischen Geschlechter- und Generationenbeziehungen zusammen (Schmid 2014): Soziale Reproduktion ist weitgehend verberuflicht, Vollerwerbstätigkeit bei beiden Geschlechtern die Normalerwartung, und das Prinzip der Trennung von Familie und Geldangelegenheiten kulturell fest verankert. Dementsprechend gehen 70 Prozent der pflegenden Familienangehörigen einer Beschäftigung nach (Gautun und Hagen 2010). Die verfügbaren öffentlichen Leistungsangebote scheinen freilich wenig daran zu ändern, dass die private Unterstützung von Pflegebedürftigen in deren häuslichen Umgebung eine erhebliche Alltagsbelastung darstellen kann: Jedenfalls bezeichnen in Umfragen 75 Prozent der Betroffenen die Koordination von Berufstätigkeit und Pflege als problematisch (ebd.).

Gleichzeitig ist die Verberuflichung der Altenhilfe in Norwegen weit vorangeschritten: In den ambulanten und stationären Einrichtungen ist eine Fachkraftquote von 70 Prozent der Normalfall (Heintze 2013: 394). Der Personaleinsatz in der Pflege fällt im internationalen Vergleich ausgesprochen hoch aus.⁵⁴ Die gewerkschaftliche Durchdringung auch des ambulanten Sektors erscheint außerordentlich stark. Aufgaben der sozialen Altenhilfe werden allerdings vielfach auch von ungelernten Kräften übernommen. Mit der steigenden Nachfrage scheinen nicht nur mehr examinierte, an (Fach)-Hochschulen ausgebildete Pflegekräfte rekrutiert zu werden, sondern auch niedrig qualifizierte Altenhelfer (Gautun und Hagen 2010: 133).

⁵³ Symptomatisch ist die Formulierung von Jacobsen und Mekki (2012: 134), die feststellen, dass die Norweger der „somehow romantic idea about social resources in the neighbourhood“ wenig abgewinnen können, wenn es um die Sicherstellung der Versorgung im Alter geht.

⁵⁴ Die Personalquote für die Versorgung von über 80-Jährigen liegt beispielsweise bei 40 Prozent (Colombo u. a. 2011: 45).

1.2 Vergleich und länderübergreifende Tendenzen

Betrachtet man die Struktur und Entwicklung der fünf Altenhilfesysteme im Vergleich, so fallen Gemeinsamkeiten, aber auch markante Unterschiede ins Auge. Den in allen Ländern offenkundigen Herausforderungen begegnen diese Systeme in je eigener Weise. Der langfristige Trend zur formal organisierten Versorgung greift überall, wenn auch mit unterschiedlicher Reichweite. Es wächst das Bewusstsein dafür, dass – wie auch diverse internationale Studien konstatieren (Colombo u. a. 2011: 13; Genet u. a. 2012: 26) – die Verfügbarkeit informeller beziehungsweise familiärer Hilfe zunehmend prekär wird. Ersatz aus privaten Netzwerken scheint kaum in Sicht: Europaweit werden in aller Regel hauptsächlich Ehepartner und Eltern gepflegt (wobei dies in niedrigeren Schichten häufiger der Fall ist); Nachbarn und Freunde sind eher am Rande beteiligt. Für die betroffenen Familien wirken häusliche Pflegearrangements außerdem oft destabilisierend: Wenn intensiv gepflegt werden muss (mindestens 20h pro Woche), gehen die betroffenen Haushalte dabei länderübergreifend ein höheres Armutsrisiko ein (Colombo u. a. 2011: 93ff.).

In den meisten Ländern gibt es eine Präferenz für die häusliche Versorgung. Unterstellt wird, dass dies dem Willen der Pflegebedürftigen entspricht, und die Selbstbestimmung der Nutzer gilt verbreitet als normative Referenzfolie für Pflegepolitiken (Genet u. a. 2012: 28). Entsprechend kommt es zu einer *Expansion der ambulanten Altenhilfe*, wobei deren Wachstum – wenigstens bis zum Ausbruch der Finanzkrise – in Kanada, England und Belgien besonders stark ausfällt. Die Substitution stationärer durch häusliche Versorgung greift vor allem bei leichter Pflegebedürftigkeit; der Trend ist eindeutig, wenngleich er in Belgien, Frankreich und Norwegen weniger markant scheint als in Deutschland (Colombo u. a. 2011: 301). Aufgrund der rasch steigenden Nachfrage erfolgt indes eine Konzentration der Hilfen auf schwerere Fälle. Insofern gibt es auch regressive Tendenzen, die für die Betroffenen nicht unproblematisch sind – so etwa in den Niederlanden, wo das Volumen ambulanter Hilfen zurückgefahren worden ist, ein „return to the family“ aber *keine* realistische Option zu sein scheint (Grootegeld und van Dijk 2012). Etwas anderes kommt hinzu: Die „Ambulantisierung“ der Altenhilfe vollzieht sich teilweise über den Mechanismus der Pflegegeldzahlungen (*cash-for-care*). Da Letztere Laienpflege auch dann anreizen, wenn dies für alle Beteiligten überlastend beziehungsweise nicht sachgerecht ist, gelten sie nicht selten als „ambivalent mechanism“ (Triantafillou u. a. 2010: 8).

Auch das *Beschäftigungsregime in den Altenhilfesystemen* weist eine gewisse Ambivalenz auf. In vielen Ländern ist ambulante Pflege zwar ein normales Berufsfeld (geworden), doch ist dieses Regime – was die Arbeitszeitorganisation, Vergütung, Rolle von Bildungszertifikaten etc. betrifft – stark vom Leitbild einer haushaltsnahen Tätigkeit geprägt⁵⁵. Die Qualifikationsprofile in der sozialen Altenhilfe sind oft un-

⁵⁵ Analog zu der schon vor dreieinhalb Jahrzehnten einschlägig beschriebenen Situation in der Krankenpflege (Ostner und Beck-Gernsheim 1979).

spezifisch, die Löhne niedrig und modulierte Teilzeitarrangements (mehrere Schichten an einem Tag) überdurchschnittlich häufig anzutreffen (Colombo u. a. 2011: 162). Gleichzeitig scheinen die Beschäftigten länderübergreifend einer zunehmenden Arbeitsbelastung ausgesetzt: Das für die Versorgung verfügbare Personal wächst zwar in etwa im selben Tempo wie die Zahl der Nutzer, dies aber bei deutlich steigender Fallschwere.

Dessen ungeachtet geht der Trend der Nachkriegsjahrzehnte eindeutig in Richtung eines *wachsenden wohlfahrtsstaatlichen Engagements*, wenn auch in unterschiedlichen Varianten. Der historisch gewachsene „welfare pluralism“ (Pacolet u. a. 2000: 87) bildet sich auf der Seite der Leistungserbringung in spezifisch gemischten Trägerlandschaften ab, wobei der Anbieterpluralismus in Nordeuropa am schwächsten ausgeprägt ist. Unabhängig davon zeigen sich überall ähnliche administrative Umbautendenzen: So gibt es länderübergreifend Bestrebungen, Versorgungsprozesse manageriell zu steuern, oft im Rückgriff auf (quasi)marktförmige Verfahren (Pavolini und Ranci 2008; Bode u. a. 2011; 2013). Allerdings bleibt diese Variante des Systemumbaus in manchen Ländern randständig (so in Norwegen und in der kanadischen Provinz Québec).

Eine wachsende Rolle spielt auch die *Qualitätssicherung*, wobei diese in den hier betrachteten Ländern kaum als Vermarktlichungsinstrument genutzt wird – anders als zum Beispiel in Finnland, Holland oder Schweden. Ähnlich wie in Deutschland ist sie dazu gedacht, „Kunden“ über das Niveau der Versorgungsleistungen zu informieren, damit diese ihrerseits aufgeklärte „Konsumententscheidungen“ treffen. Länderübergreifend scheint es allerdings wenig Hinweise auf dahingehende Wirkungen einer solchen Berichterstattung zu geben, zum Beispiel was das Wahlverhalten der Nutzer oder die Qualität des Angebots betrifft (Rodrigues u. a. 2014). Dessen ungeachtet scheint das Konzept der administrativen Qualitätskontrolle international zum zentralen Ansatzpunkt staatlicher Interventionen zu werden.

Trotz aller Gemeinsamkeiten beziehungsweise gleichlaufender Tendenzen zeigen sich jedoch auch eine Reihe markanter *Unterschiede* in Struktur und Entwicklung der hier betrachteten Altenhilfesysteme. Diese sollen nachfolgend kurz resümiert werden (vgl. die unten stehende Synopsis in Tabelle 6); am Schluss des Berichts wird auf sie noch einmal fokussierter eingegangen. In Tabelle 7 sind zudem einige „harte“ Strukturdaten zusammengetragen, die hier indes nur als grobe Orientierung dienen sollen, weil die komparative Validität mancher Daten fraglich erscheint.

Im tabellarischen Überblick (Tabelle 6) wird deutlich, dass die Infrastruktur der Altenhilfe in den betrachteten Ländern unterschiedlich ausgestaltet ist, wobei sie *insgesamt* selbst im sozialpolitisch sonst zurückhaltenden Großbritannien breiter aufgestellt zu sein scheint als hierzulande.⁵⁶ Vieles spricht dafür, dass in einigen

⁵⁶ Vermutlich ist auch in Frankreich die Infrastruktur schwächer entwickelt. Jedoch gibt es hier erhebliche Messprobleme. So wird dort die stationäre Versorgung teilweise durch das Gesundheitssystem finanziert. Vermutlich blendet der Vergleich der Ausgaben in Deutschland für die ambulante Versorgung zudem Aufwendungen im Bereich der Hilfe zur Pflege aus.

Ländern – zum Beispiel Belgien oder Norwegen – private, häusliche Pflege einerseits und berufliche Altenhilfe andererseits eher komplementär genutzt werden, während sie sich in Deutschland stärker substituieren, vor allem wenn körperbezogene (paramedizinische) Interventionen außer Acht bleiben (Triantafillou u. a. 2010: 29).

Bei einem genaueren Blick auf die Ordnungsprinzipien in den verschiedenen hier betrachteten Altenhilfesystemen zeigen sich zunächst wichtige Differenzen im *Zuschnitt der beruflichen Pflege*: Betrachtet man – ohne Differenzierung der realen Tätigkeitsprofile – das formale Ausbildungsniveau der in Pflegediensten tätigen Beschäftigten, so scheinen die angelsächsischen Systeme die qualifikationsärmsten (siehe Tabelle 7). Gleichzeitig variiert das Beschäftigungsregime: So ist der Grad an Teilzeitbeschäftigung in den Altenhilfesystemen unterschiedlich hoch. Da das entsprechende Beschäftigungsvolumen wächst, gibt es auch eine neuartige Form des Doppelpflege-arrangements: Geringfügige Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialektor wird mit häuslichen Pflegerollen kombiniert. Solche Kombinationen sind dann weniger gut möglich, wenn Pflegende – wie in Nordeuropa – 30 Wochenstunden und mehr erwerbstätig sind (Triantafillou u. a. 2010: 17f.).

Tabelle 6: Synopsis wesentlicher Merkmale der Infrastruktur organisierter Altenhilfe in fünf Ländern

	England	Kanada	Frankreich	Belgien	Norwegen
<i>rechtliche Regulierung der Dienste und der Pflegeangebote</i>	landesweit: universalistische Behandlungspflege und bedarfsgeprüfte soziale Altenhilfe (kontingentiert)	landesweit: universalistische Behandlungspflege und je nach Provinz unterschiedliche Formen der übrigen Altenhilfe	landesweit: Behandlungspflege über Krankenkassen und durch Spezialdienste, gedeckelte universalistische soziale Altenhilfe (kontingentiert)	in den Provinzen: Behandlungspflege über Krankenkassen und soziale Altenhilfe (kontingentiert)	landesweit: Behandlungspflege staatlicher Gesundheitsdienste und lokal verwaltete Altenhilfe mit ganzheitlichem Versorgungsanspruch
<i>Art und Finanzierung öffentlich moderierter Unterstützungsleistungen</i>	delegierte Steuerbudgets; Verwaltung in lokalen Gebietskörperschaften	Steuermittel (national und aus Provinzen); Verwaltung in Provinzen/lokalen Gebietskörperschaften	Krankenkasse und Pflegefonds/Sozialbudgets der <i>Départements</i> ; Steuerzuschüsse (Dienstleistungsschecks)	Kranken-/Pflegekasse (je nach Provinz); Steuermittel der Provinzen (nationale für Dienstleistungsschecks)	nationale Steuermittel (mit Umlagen) und Kommunalsteuern
<i>Trägerlandschaft sowie die Formen der Leistungserbringung</i>	Nationaler Gesundheitsdienst und (meist) private Altenhilfeunternehmen	Nationaler Gesundheitsdienst und gewerbliche oder gemeinnützige Träger	meist private Krankpflegepraxen und häufig gemeinnützige Altenhilfeträger sowie „vor-administrierte“ Privatansstellungen	Meist gemeinnützige Gesundheitseinrichtungen und Altenhilfeträger sowie private Firmen (für haushaltsnahe Dienste)	Lokale Sozial- und Gesundheitszentren (meist kommunale Dienste)
<i>Strukturen und Mechanismen zur Koordination der Leistungserbringung</i>	lokalisierte Staatshierarchie und Quasiwettbewerb, teilweise mit Anspruch der integrierten Versorgungssteuerung	Staatshierarchie (v. a. in Provinzen) und teilweise Quasimarkt/Angebotskorporatismus; teilweise integrierte Versorgungssteuerung	Angebotskorporatismus und teilweise Quasiwettbewerb und dezentrale Marktkoordination (Schecksystem)	Angebotskorporatismus, mit Anspruch der Versorgungssteuerung; freier Vouchermarkt	regionale und lokalisierte Staatshierarchie, (vereinzelt Quasimarkt), mit integrierter Versorgungssteuerung
<i>Zusammenwirken von professionell und informell erbrachten Leistungen</i>	<i>Case management</i> , private Koordination und Zuarbeit; freiwillige Altenhilfe	<i>Case management</i> , private Koordination mit eher geringer Zuarbeit; tw. freiwillige Altenhilfe	private Koordination, eher geringe Zuarbeit, eher wenig freiwillige Altenhilfe, kommunale Arrondierung, eher wenig Familie	tw. öffentliche Koordination; eher geringe Zuarbeit; eher wenig freiwillige Altenhilfe, eher wenig Familie	ausgebautes <i>case management</i> , kaum Zuarbeit, kaum freiwillige Altenhilfe, wenig Familie

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 7: „Harte“ Daten zum Altenhilfesystem in den fünf betrachteten Ländern und Deutschland

	Frankreich	Belgien	England/UK	Kanada	Norwegen	Deutschland	
Nutzer ambulanter Pflegeprogramme in % der Bevölkerung (Colombo u. a. 2011)	-----	1,4	2,9 (UK)	2,0	3,0	1,9	
Pflegeausgaben pro Kopf (kaufkraftbereinigt) in € (Colombo u. a. 2011)	564	707	-----	574	1276	470	
Pflegeausgaben in % des BSP (Colombo u. a. 2011; OECD 2013)	1,2	1,9	(1,0) ⁵⁷	1,5	2,2	1,3	
Grad der formalen Organisation der häuslichen Versorgung ⁵⁸ (Genet u. a. 2012: 78)	*	**	***	-----	***	**	
Qualifikationsniveau der Pflegekräfte im Kern der ambulanten Altenhilfe (Colombo u. a. 2011)	[Berufszertifikate]	[Berufsausbildung]	4-8 Lehreinheiten (NVQ) ⁵⁹	tw. 8 Monats-Kurs	2 bis 3 Jahre (fach)-hochschulbasiert	2- bis 3-jährige Berufsausbildung	
Dominanter Trägerstatus/ im ambulanten Sektor (Genet u. a. 2012: 74f.)	Soziale Altenhilfe	gemeinnützig	gemeinnützig	gewerblich	gemeinnützig/ gewerblich (Ontario)	öffentlich	gewerblich 60 %/ gemeinnützig
	Grundpflege	freiberuflich	gemeinnützig	öffentlich	öffentlich	öffentlich	gewerblich/ gemeinnützig/
Differenz Erwerbstätigenquote pflegende/nicht-pflegende Personen (Colombo u. a. 2011)	-1,1 %-Punkte	-3,7 %-Punkte	-1,1 %-Punkte	-----	-----	-5,6 %-Punkte	

Quelle: Colombo u. a. 2011; Genet u. a. 2012; OECD/European Commission 2013; mit eigenen Ergänzungen.

⁵⁷ Curtis (2013), „social“ care, inkl. Leistungen für Behinderte, exkl. „home nursing“.

⁵⁸ Grad, zu dem es Einrichtungen gibt, die die häusliche Pflege koordinieren und organisieren; *nur vereinzelt, **in einigen Regionen, ***verbreitet.

⁵⁹ National Vocation Qualification.

Das *inhaltliche Profil der ambulanten Versorgung* scheint international ebenfalls stark zu variieren (Pacolet u. a. 2000: 142ff; Emilsson 2009): Haushälterische Unterstützung, mitunter in Kombination mit sozialer Alltagsbegleitung, bildet in den meisten Ländern – zumindest im Hinblick auf das formale Regelwerk – einen zentralen Bestandteil der ambulanten Altenhilfe, welche dann mit unterschiedlichen Bezeichnungen (wie „*personal care*“ oder „*aide à domicile*“) belegt wird; behandlungs- und grundpflegerische Leistungen kommen dann als eigenes (oft intern nicht weiter ausdifferenziertes) Segment hinzu („*home nursing*“). In Deutschland scheint Letzteres stärker mit sozialer Altenhilfe verzahnt, allerdings: Die ambulante Versorgung hierzulande ist weitgehend grundpflegezentriert (Behandlungspflege wird nur zeitweise und dann zu Lasten eines anderen Kostenträgers gewährt); die im Rahmen der Pflegeversicherung vorgesehenen Module für die soziale Altenhilfe führen demgegenüber bislang ein Schattendasein.

Auf der *Finanzierungsseite* zeigen sich kaum weniger Differenzen. Die europäischen Extremfälle sind im Spektrum der hier betrachteten Länder nicht abgebildet worden⁶⁰, jedoch lassen sich Unterschiede im Hinblick auf den Zugang zu öffentlich beziehungsweise kollektiv refinanzierten Versorgungsangeboten erkennen: In Teilen Kanadas und in Großbritannien ist dieser Zugang, vor allem wenn es um haushälterische Dienste geht, residual (auf einkommensschwache Personenkreise konzentriert). Dabei gilt zu bedenken, dass diese Dienste *de facto* auch leichtere Tätigkeiten der Grundpflege übernehmen, während das *home nursing* für alle kostenlos, aber oft auf das Nötigste begrenzt ist. In Norwegen bestehen demgegenüber sehr weitreichende Unterstützungsansprüche über alle Versorgungssegmente hinweg; auf Knappheiten wird mit Mengenrationierung reagiert. Gleiches gilt – auf niedrigerem Versorgungsniveau – für Belgien, wo allerdings die Selbstbeteiligung höher ausfällt. Frankreich folgt formal einem universellen Versorgungsmodell, hat aber offenbar (noch) nicht eine flächendeckende Infrastruktur im Bereich öffentlich finanzierter grundpflegerischer Leistungen aufzuweisen. Genau dort scheint das deutsche System relativ stark ausgebaut – aber im Unterschied zu allen anderen der hier skizzierten Länder ist die *soziale* Altenhilfe hierzulande randständig.⁶¹

Die von Pacolet u. a. (2000) vorgeschlagene Unterteilung der Altenhilfesysteme in Bismarck- und Beveridge-Modelle trägt somit ein Stück weit, ohne jedoch die bestehenden Differenzen vollständig abzubilden: Kanada, England und Norwegen haben das, was in Deutschland als pflegerische Versorgung begriffen wird, in die steuerfinanzierten sozialen und Gesundheitsdienste integriert; dabei tendiert Norwegen aber zum „typisch skandinavischen“ Universalismus, während sich vor allem das englische Altenhilfesystem als Modellfall für wohlfahrtsstaatlichen Residualismus darstellt – spezifische Institutionen zur Finanzierung und Administration dieser Versorgung existieren hier nicht. Belgien und Frankreich gehen andere Wege, wobei Sozialversicherungen oder wenigstens sozialversicherungsähnliche

⁶⁰ Genet u. a. (2012: 50; 60) weisen darauf hin, dass es (ein bestimmtes Volumen an) häusliche(n) Sachleistungen in Dänemark ohne Selbstbeteiligung und für alle als bedürftig eingestuft gibt, während sie in Österreich schlichtweg inexistent sind.

⁶¹ Allerdings bringt die jüngst verabschiedete Pflegereform bestimmte Änderungen in Bezug auf die sogenannten „niedrigschwiligen Angebote“ beziehungsweise Betreuungsleistungen ab 2015.

Konstruktionen eine zentrale Rolle spielen. Auch dort hat indes das deutsche Pflegeversicherungsmodell *stricto sensu* keine Nachahmung gefunden.

Zugleich finden sich erhebliche Unterschiede bei den *Steuerungsmodellen für die Altenhilfe*. In den angelsächsischen sowie nordeuropäischen Systemen gibt es Anstrengungen zur Organisation der Versorgung aus einer Hand und über die verschiedenen Versorgungssegmente hinweg, teilweise sogar in Verknüpfung mit der primärmedizinischen Betreuung. Aufgrund managerieller Reorganisationsstrategien im Kontext neuer Steuerungsmodelle für die Sozial- und Gesundheitsverwaltung sind dabei zwar gewisse Brüche zu beobachten, jedoch bleibt die Idee des *Case Management* in diesen Systemen vielfach orientierungstiftend. Sieht man einmal von Hilfeplänen mit empfehlendem Charakter ab, fehlt diese Orientierung in den anderen Systemen weitgehend. Was die in dieser Expertise betrachteten Länder betrifft, so erscheint die Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsformen – unter Berücksichtigung ihrer relativen Bedeutung – in Norwegen und England am kompaktesten, wobei dies in England nur für die einkommensschwachen Haushalte gilt (siehe Tabelle 7).⁶²

Damit korrespondieren Unterschiede in den Ansätzen der Qualitätssicherung. Diese ist vielerorts zunehmend formalisiert worden, aber es zeigen sich Differenzen bezüglich des Formalisierungsgrades; England scheint dahingehend am weitesten gegangen zu sein. In keinem Land gibt es derzeit Steuerungen auf der Basis eines „pay for performance“, also jenes – hierzulande oft als leistungsorientierte Vergütung bezeichneten – Finanzierungsmodells, mit dem unter anderem die deutschen Krankenkassen „liebäugeln“ (als „Vorbild“ dafür gilt z. B. das US-amerikanische Medicare-Programm, Colombo u. a. 2011: 34). Die Qualitätssicherung orientiert sich insgesamt an Prozess- und Strukturqualitäten (Genet u. a. 2012: 91), wobei Deutschland bekanntlich einen anderen Pfad eingeschlagen hat.

Auch die *Koordinationslogiken* sind unterschiedlich. Der Trend geht zwar in vielen Ländern in Richtung einer stärker marktförmigen Koordination, aber der in Deutschland gewählte Organisationsmodus des individuellen „Leistungseinkaufs“ durch Nutzer bei konkurrierenden Anbietern findet sich – soweit es sich um die hier verglichenen Systeme handelt – ansonsten nur in den Servicescheck-Programmen in Belgien und Frankreich sowie in den (kaum genutzten) Optionen für das persönliche Budget in England. Ansonsten handelt es sich eher um Quasimärkte, auf denen Kostenträger Versorgungspakete für die Nutzer kontrahieren. Allerdings ist die Auswirkung auf die Anbieter so unterschiedlich nicht: In beiden Konstellationen stehen sie untereinander in permanenter Konkurrenz, und hier wie da bestehen Anreize, die Zahlenden (Nutzer oder Kostenträger) dadurch zu übervorteilen, dass vereinbarte Leistungen (häufig unbemerkt) schlechter erbracht werden als vereinbart – wobei Marktdynamiken dieser Art in Québec und Norwegen letztlich marginal geblieben sind. Eine unterschiedliche Bedeutung haben zudem privat-gewerbliche Träger, die in Norwegen sowie (sofern es nicht um den Bereich der Dienstleistungsschecks geht) in Belgien und Frankreich randständig, in den angelsächsischen Systemen (mit Ausnahme von Québec) vorherrschend sind (Tabelle 2). Kurzum: Vermarktlichung ist ubiquitär, aber unterschiedlich arrangiert und reguliert (Bode u. a. 2013).

⁶² Die Werte dort sagen freilich nichts über den Umfang häuslicher Pflege aus (Colombo u. a. 2011: 91ff.).

Auf der Seite der Leistungserbringung sind zugleich Unterschiede im Hinblick auf die *Beteiligung der privaten Haushalte* an der Pflege beziehungsweise Altenhilfe augenfällig: In keinem der betrachteten Länder hat die häusliche Versorgung im institutionellen Arrangement der sozialen Daseinsvorsorge einen derart hohen Stellenwert wie hierzulande. Schon die rechtlich-formale Verantwortung der Familie für die Sicherstellung der Versorgung ist unterschiedlich geregelt: Sie erscheint unbedeutend in Nordeuropa, während sie in Belgien, Frankreich und England auf unmittelbare Lebenspartner beschränkt wird (in Kanada ist die staatliche Inanspruchnahme von Kindern grundsätzlich möglich, aber faktisch offenbar irrelevant). Ein wesentlicher Unterschied ist also kultureller Art: Die Struktur intergenerationeller Unterstützung scheint in Nordeuropa, ansatzweise aber auch in Belgien, viel egalitärer ausgerichtet als hierzulande (Schmid 2014: 200f; ähnlich Haberkern 2009).⁶³ Das hat handfeste Konsequenzen: Ein interessanter Indikator erscheint in diesem Zusammenhang der Unterschied der Erwerbstätigenquote zwischen jenen, die privat Pflegebedürftige versorgen und jenen, bei denen dies nicht der Fall ist (Differenz *carer/non-carer*): Er fällt hierzulande größer aus als in allen anderen Ländern (siehe Tabelle 2).⁶⁴ Statistisch zeigen sich zudem Differenzen bei der Arbeitsteilung zwischen formaler und informeller Versorgung (Colombo u. a. 2011: 44): In Kanada ist das privat erbrachte Volumen an Pflegestunden zehnmal so groß wie das der beruflichen Versorgung, für Dänemark hingegen beträgt das Verhältnis eins zu eins (Zahlen zu Norwegen sind nicht verfügbar). Die Familien sind gleichwohl überall stark involviert in die Pflege, wobei die Intensität des faktisch notwendig werdenden Einsatzes variiert (Triantafillou u. a. 2010).

Somit unterscheiden sich auch die in den jeweiligen Ländern thematisierten *Funktionsprobleme*: In den angelsächsischen Systemen gilt die residuale Leistungsgewährung als „Systemhandicap“. Auch Reibungsverluste, wie sie durch (quasi)marktliche Koordinationsmechanismen entstehen können, werden beklagt. In Belgien stehen Budgetengpässe sowie das ungeordnete Nebeneinander der verschiedenen Leistungssegmente im Mittelpunkt der Problemdiskussion; ansonsten wird relativ strukturkonservativ gedacht. Frankreich bewegt sich zwischen diesen Konstellationen (neue Steuerungen und Konservierung von Strukturen). In Norwegen wird moniert, dass ein ehemals hochintegriertes Versorgungssystem durch Verwaltungsreformen fragmentiert wird. *Probleme der Koordination* des Leistungsgeschehens sind freilich in allen Systemen der ambulanten Altenhilfe hochaktuell. Deshalb konzentrieren sich die nachfolgenden Ausführungen auf diesen Bereich der „Systemdiskussion“, und zwar mit Blick auf die in dieser Hinsicht besonders interessanten Fälle Québec und Norwegen.

⁶³ Dabei scheint bezogen auf die Übernahme häuslicher Pflegerollen die „Geschlechterungleichheit in den Ländern am größten, in denen erwachsene Kinder am ... zeitintensivsten engagiert sind“ (Schmid 2014: 202).

⁶⁴ Für Norwegen sind keine Werte verfügbar, wohl aber für das Nachbarland Schweden: Hier liegt die Quote der Pflegenden leicht *über* der der Nicht-Pflegenden (Colombo u. a. 2011: 91ff.).

2 Koordination im ambulanten Versorgungszusammenhang: Erfahrungen aus Québec und Norwegen

Eine für die Entwicklung der ambulanten Altenhilfe zentrale Frage besteht darin, wie Versorgungszusammenhänge bei der Planung, Steuerung und Erbringung der entsprechenden Dienste koordiniert beziehungsweise vernetzt werden. Wesentlich ist, dass Koordination beziehungsweise Vernetzung meist in einem Kontext multipler Steuerung stattfindet. In der Infrastruktur der sozialen Daseinsvorsorge steht der Imperativ der Vernetzung heute *neben* den Koordinationsmechanismen Plan und Markt. Das gilt auch, wie im Vorhergehenden dargelegt, für die ambulante Altenhilfe. Dabei sind die Arenen, in denen sich Akteure koordinieren, nicht zwingend ein Ort für „Synergieproduktion“. Vielmehr werden hier immer auch Konflikte ausgetragen, weil verschiedenartige Motivlagen und Bedingungskonstellationen aufeinanderprallen. Straßheim (2013: 125) nennt dies die „politisierte Seite von Vernetzungsprozessen“.

Deswegen sind Koordinationsprobleme ein Dauerbrenner in der Debatte über die Entwicklung des Pflege- und Gesundheitssektors, auch international (Minkmann 2012). Der Differenzierungsgrad von Leistungszusammenhängen im Wohlfahrtsstaat steigt, gleichzeitig wird immer mehr Vernetzung erwartet. Letzteres wiederum erscheint manchem Beobachter auch Ausdruck der „Ökonomisierung“ des Sozialsektors zu sein, konkret: des seit den 1990er Jahren mehr und mehr Verbreitung findenden „Neuen Steuerungsmodells“ (Schubert 2013: 267f., mit Bezug auf die Soziale Arbeit). Die reibungslose(re) Koordination von verschiedenen Interventionsprozessen innerhalb eines Versorgungszusammenhangs wird nach Maßgabe dieses Modells auch und vor allem deshalb angestrebt, weil man sich von ihr Effizienzgewinne verspricht. Dabei erscheint offensichtlich, dass Koordination vor allem in einem stark fragmentierten beziehungsweise pluralisierten Institutionengefüge auch (Transaktions-)Kosten erzeugt. Gerade vor diesem Hintergrund wird, wenn es um die Leistungsfähigkeit beziehungsweise Problemanfälligkeit eines vielgliedrigen Altenhilfesystems geht, das „Wie“ der Koordination von Versorgungsprozessen zur „Gretchenfrage“.

Nachfolgend sollen eingedenk dessen Entwicklungen und Erfahrungen resümiert werden, die die Altenhilfesysteme in Québec und Norwegen betreffen. In diesen beiden Systemen gibt es seit Jahrzehnten institutionelle Dynamiken, die die Versorgung „aus einer Hand“ fördern und diese Strategie infrastrukturell verankern. Zwar finden sich auch hier pluralistische Verhältnisse insofern, als mehrere Organisationseinheiten, Professionen und teilweise auch Koordinationsmechanismen ineinandergreifen (müssen und sollen). Dennoch erscheint der formale Integrationsgrad der Systeme so hoch, dass sie bezüglich der oben genannten Gretchenfrage ein Alternativmodell zum Systempluralismus des Pflegesektors in Deutschland und in den meisten anderen westlichen Ländern verkörpern. Die nachfolgenden Ausführungen beleuchten kurz die Entstehungsgeschichte der bestehenden Vernetzungsstrukturen, ferner Erfahrungen aus der Praxis der Dienstleistungskoordination, die Beziehungen wesentlicher Stakeholder, die Kooperation zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern sowie schließlich konzeptionelle Entwicklungen in der interprofessionellen beziehungsweise intersektoralen Zusammenarbeit.

2.1 Québec

In Québec entstanden bereits in den 1970er Jahren integrierte Sozialzentren (CLSC), die das bis dahin bestehende lose Netzwerk aus gemeinnützigen, an die katholische Kirche gebundenen freien Trägern als Hauptinstanzen der sozialen Daseinsvorsorge ablösen sollten. Hintergrund der Entwicklung war eine „stille Revolution“ gegen den gesellschaftlichen Einfluss des Klerus, was zu einer markanten Aufwertung säkularer staatlicher Instanzen führte. Das Organisationsmodell der CLSC schloss die primärärztliche Versorgung mit ein; noch heute arbeiten in den verschiedenen Verwaltungsdistrikten bis zu 30 Prozent der Hausärzte für die Zentren (bzw. ihre Nachfolgerorganisationen). In den 1990er Jahren verdreifachte sich das Personal der Einrichtungen. Nach der Jahrtausendwende gingen diese in den bereits erwähnten 95 „Gesundheits- und Sozialzentren“ (CSSSs) auf; die in öffentlicher Trägerschaft organisierten Krankenhäuser gehören diesen Zentren ebenfalls an.

In den Steuerungsgremien der CSSSs sind heute Regierungsvertreter und Delegierte der verschiedenen in die Arbeit der Zentren involvierten Professionen tonangebend. Ihre Aufgabe ist die Administration des gesamten Sozial- und Gesundheitswesens für eine gegebene Provinzregion. Im Bereich der ambulanten Altenhilfe beinhaltet dies die Begutachtung des Hilfebedarfs unterstützungsbedürftiger Personen sowie die Erbringung oder zumindest Veranlassung von Dienstleistungen, gegebenenfalls auch die Überleitung in die stationäre Versorgung. Die nicht staatlichen Pflegeheime beziehungsweise -dienste sind assoziiert; mit allen anderen Instanzen des medizinischen Systems (z. B. Apotheken oder Sozialunternehmen für haushaltsnahe Dienste) sollen die Zentren Kooperationsvereinbarungen schließen. Innerhalb der Zentren wurden Fachprogramme aufgelegt, wovon sich eines besonders auf unterstützungsabhängige Seniorinnen und Senioren richtet. Vorgesehen sind zudem Versorgungspfade – Vedel u. a. (2011: 3) sprechen von einem „intervention continuum“ – sowie die Arbeit in interdisziplinären Teams. Damit verfügt die Provinz – wenigstens auf dem Papier – über eine hochintegrierte Infrastruktur der organisierten Altenhilfe (Bode 2013a: 311f.).

Die *Praxis der Dienstleistungscoordination* erweist sich allerdings als komplex(er). Die Zentren delegieren seit längerer Zeit einen Teil der ihnen zugewiesenen Versorgungsaufgaben an Dritte. Insbesondere die Erbringung haushaltsnaher Hilfen ist seit Mitte der 1990er Jahre den oben genannten selbstständigen Sozialunternehmen zugewiesen.⁶⁵ Gleichzeitig sind die Kapazitäten für grund- und pflegende Angebote begrenzt, sodass die Zentren – und vielfach auch die Bürger – Dienstleistungen von gewerblichen Pflegediensten zukaufen. Bezieht man diesen Bereich mit ein, muss von einer erheblich loseren „Systemkopplung“ ausgegangen werden.

Auch die *Abstimmung mit Anspruchsgruppen beziehungsweise Stakeholdern aus dem lokalen Gemeinwesen* hat sich gewandelt. Die über 150 Vorgängerorganisationen (CLSC) waren durch lokale Gremien mit frei gewählten Beiratsmitgliedern verwaltet worden; in einigen Distrikten waren engagierte Bürger aus dem örtlichen Umfeld stark in die strategischen

⁶⁵ In der Realität beinhalten diese Dienstleistungen häufig auch leichte *körperbezogene* Hilfen. Zur Governance der Altenhilfe in Québec vgl. auch Bode und Firbank (2009).

Prozesse eingebunden. Gleichzeitig verfügten die Zentren über erhebliche Gestaltungsfreiheiten; noch heute unterscheiden sich das Dienstleistungsportfolio und die Praxis der internen Steuerung bei den fusionierten CSSSs von Einheit zu Einheit erheblich. Allerdings scheint der Einfluss der Regierung auf die Aktivitäten der Zentren insgesamt gewachsen, wenngleich die Verbände der Sozialunternehmen sowie der Gemeinwesenarbeit einen gewissen Einfluss auf die Entwicklung des Altenhilfesystems nehmen.

Was die *Kooperation zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern* betrifft, so erfolgt diese zu einem Großteil unter der Regie der Zentren. Mit dem Outsourcing von Versorgungsleistungen beziehungsweise mit deren Vergabe an spezielle Sozialunternehmen hat sich im Altenhilfesektor ein quasikorporatistischer Koordinationsmodus etabliert. Seit Mitte der 1990er Jahre legt die Regierung Subventionsprogramme auf, aus denen Personen, die Dienstleistungen dieser Unternehmen in Anspruch nehmen, Zuschüsse für ein festes Stundenkontingent erhalten. Lange Zeit gewährte die Provinzregierung den Unternehmen zusätzliche Finanzmittel für die Grundausstattung sowie für Fortbildungsmaßnahmen. Hintergrund war ein Sozialpakt, den sie mit einer Gruppe von im Genossenschaftswesen der Provinz („*économie sociale*“) engagierter Aktivisten ausgehandelt hatte, auch aus beschäftigungspolitischen Erwägungen. Für die Beauftragung der Sozialunternehmen hatten sich auch die Gewerkschaften in der Provinz stark gemacht.

Bis heute werden die Sozialunternehmen behördlich akkreditiert und bestimmten Versorgungszonen zugeordnet. Sie bilden mithin ein öffentliches Monopol auf die genannte Art von Dienstleistungen.⁶⁶ *De facto* erhalten sie im Rahmen des oben genannten Kooperationsvertrages staatlich garantierte Aufträge von Seiten des regional jeweils zuständigen Sozial- und Gesundheitszentrums (CSSS). Damit ähneln die Strukturen jenen Verhältnissen, die die Praxis der deutschen Wohlfahrtspflege bis in die jüngere Vergangenheit geprägt haben. Jetté u. a. (2011: 161) sprechen von einer neuartigen „vorsorgestaatlichen“ Regulierungslogik („*régulation néo-providentialiste*“) – wobei sie zugleich anmerken, dass die Leistungserbringer sozialpolitisch eher wenig zu sagen haben. Die oben genannten Subventionen bilden für die Träger einen Großteil der Einnahmen, allerdings müssen sie durch Erträge aus dem Vertrieb von Dienstleistungen auf dem freien Markt in mehr oder weniger starkem Maße arrondiert werden.⁶⁷ Nach der Abschmelzung der staatlichen Grundfinanzierung sowie erheblichen Nachfrageschwankungen haben einige der Dienste zeitweise herbe Verluste eingefahren. Die seit März 2014 amtierende neue Provinzregierung hat indes angekündigt, zusätzliche Mittel in den Sektor fließen zu lassen. Das Koordinationsmodell als solches erscheint derzeit sehr stabil.

Jenseits dieser infrastrukturellen Basis gibt es in Québec vielfältige Anstrengungen zur *Ausgestaltung der interprofessionellen beziehungsweise -sektoralen Kooperation*. Ein wesentlicher Schwerpunkt liegt auf der prozeduralen Optimierung integrierter Versorgungsansätze (Vedel u. a. 2011), beispielsweise mit Hilfe von Netzwerkprojekten, durch die systematische,

⁶⁶ Allerdings formierten sich in diesem Sektor mehrere „ideologische Lager“; nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer knapper werdenden öffentlichen Förderung kam es wiederholt zu sektorinternen Spannungen und Rivalitäten.

⁶⁷ Es gibt auch in Québec, ähnlich wie in Belgien, „Dienstleistungsschecks“, die Privathaushalte zur Bezahlung haushaltsnaher Dienste nutzen können.

auf Pfaden organisierte Interventionsprozesse in Gang gesetzt werden sollen. In diesem Kontext haben sich im Wirkungsfeld der CSSSs auch spezialisierte Hausarztgruppen sowie psychiatrische Teams gebildet. Konzeptionell erscheinen die Projekte recht ambitioniert. So hat sich das in Montréal durchgeführte Pilotprojekt SIPA („*Services intégrés pour les personnes âgées fragiles*“, übersetzt: integrierte Dienste für alte Menschen) zum Ziel gesetzt, Unterstützungsmaßnahmen über das ganze Spektrum der Altenhilfe hinweg zu vereinheitlichen und sozialraumorientiert auszugestalten, und dies auf einer ebenfalls integrierten Finanzierungsbasis, in der alle Beteiligten (Anteile von) Kopfpauschalen erhalten. Getestet und evaluiert wurde zudem das Konzept PRISMA („*Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie*“) als Organisationsmodell, welches ein zentrales „Gatekeeping“ mit einem sektorenübergreifenden Begutachtungssystem und Case-Management kombiniert (ebd.: 5).

Allerdings zeigen sich zahlreiche Brüche zwischen den bestehenden Ambitionen und ihrer Umsetzung. Besonders problematisch erscheint in diesem Zusammenhang die Unterversorgung im primärärztlichen Bereich, denn viele Einwohner haben keinen Hausarzt (Vedel u. a. 2011: 6). Auch die Zusammenarbeit mit dem Kliniksektor gilt als dürftig – dieser wird häufig als Silo beschrieben, der eigenen Gesetzen folgt. In einem Bericht einer Ombudsinstanz („*Vérificateur général du Québec*“) aus dem Frühjahr 2013 heißt es, dass circa ein Viertel der Fallmanager in den Sozial- und Gesundheitszentren nicht auf dem Laufenden sind, was das Versorgungsgeschehen rund um ihre Klienten betrifft; bei 50 Prozent liegt kein Hilfeplan vor. Fallstudien haben überdies gezeigt, dass das Fallmanagement stark darauf konzentriert ist, Krankenhausentlassungen zu begleiten (Carrier 2013).

Offensichtlich leidet das integrierte Versorgungsmodell an Symptomen einer Mangelwirtschaft: Der Zeitrahmen für ambulante Interventionen ist zu knapp veranlagt, es gibt lange Wartelisten und häufiger Unterbrechungen bei den Versorgungsprozessen, auch bei den Sozialunternehmen, die haushälterische Dienste anbieten. Vielfach müssen Familien (auch junge Erwachsene) einspringen – was einen eklatanten Widerspruch zum offiziellen Versorgungsauftrag der CSSSs und allgemein zum Selbstverständnis des ganzen Organisationsmodells darstellt. Auch gelten die administrativen Strukturen in den CSSSs zuweilen als schwerfällig und unzureichend mit Informationssystemen hinterlegt (Vedel 2011: 7).

Auf der Ressourcenseite gibt es allerdings Bewegung. Bislang basiert das Organisationsmodell der Zentren auf pauschalen (gewichteten) Budgetzuweisungen, deren Verwendung in den CSSSs feingesteuert, also durchaus eigenmächtig auf einzelne Versorgungsbereiche im lokalen Gesundheits- und Sozialwesen verteilt werden kann. Ende 2013 hatte die seinerzeit amtierende Provinzregierung eine Finanzierungsreform, die Einrichtung einer „*Assurance Autonomie*“ (MSSS 2013) angekündigt, durch die die *finanzielle* Integration des Gesundheits- und Sozialwesens aufgebrochen und eine größere Zweckbindung der staatlichen Budgets zugunsten der ambulanten Altenhilfe erreicht werden sollte. Zwar schien ungeklärt, wie welche Abgaben erhoben und verteilt werden sollten, aber der Reformplan richtete sich darauf, für verschiedene Ziel- und Altersgruppen Leistungen zur häuslichen Unterstützung beziehungsweise Pflege aus einem von der Krankenversicherung gesonderten zweckspezifischen Fonds zu finanzieren. Auch die Zuzahlungen sollten neu geregelt werden, wobei zur Debatte stand, diese für die bis dato kostenlose Grundpflege neu einzuführen. Zudem sollte Letztere (sofern sie „Aktivitäten des täglichen Lebens“ betreffen)

nun ebenfalls gemeinnützigen Trägern überantwortet werden. Bislang sind diese formal den Sozial- und Gesundheitszentren zugewiesen, wenngleich *de facto* die Sozialunternehmen hier auch heute schon Hand anlegen (Schätzungen besagen, dass sie *informell* bereits die Hälfte der grundpflegerischen Versorgung sicherstellen). Geplant war ferner die Umstellung von pauschalen Zuwendungen an Träger der Gemeinwesenarbeit auf leistungsorientierte, vertraglich geregelte Entgelte. Hier schienen also Steuerungsansätze aus europäischen Ländern Pate zu stehen, welche die Fragmentierung des Altenhilfesystems tendenziell *erhöhen*. Allerdings: Zu einer solchen weitreichenden Umstellung ist es bislang nicht gekommen. Mit dem Regierungswechsel im Frühjahr 2014 wurden die Pläne auf Eis gelegt; stattdessen stellte die neue Provinzregierung (in einer öffentlichen Ankündigung am 17. März 2014) eine deutliche Aufstockung der Finanzmittel für die bestehenden Strukturen in Aussicht.

2.2 Norwegen

Für die jüngere Geschichte des Altenhilfesystems in Norwegen ist das Streben nach integrierten Versorgungsstrukturen ausgesprochen charakteristisch. In den 1980er Jahren setzte die Zentralregierung Anreize für die Schaffung beziehungsweise den Ausbau von kommunalen Diensten, in denen die primärärztliche, behandlungs- und grundpflegerische sowie haushälterische beziehungsweise soziale Versorgung von festen Arbeitsteams geplant und koordiniert wurde. Diesen Organisationseinheiten oblag die Verantwortung für die Bedarfseinschätzung, die Ressourcenverwaltung und die Leistungserbringung (Wollscheid u. a. 2013: 415). Die kommunalen Dienste nahmen überdies Aufgaben in anderen Bereichen der sozialen Daseinsvorsorge (z. B. Gefährdeten- und Jugendhilfe) wahr. Die strukturelle Integration des Sozialsektors wurde somit ein Markenzeichen des norwegischen Wohlfahrtsstaates (Vabo u. a. 2013: 163).

Im Prinzip hat sich an diesem Zuschnitt der Infrastruktur der sozialen Daseinsvorsorge bis heute wenig geändert. Allerdings: Wie bereits erwähnt, sind die seit den 1990er Jahren durchgeführten Verwaltungsreformen im Hinblick auf die Integration des Altenhilfesystems nicht folgenlos geblieben.⁶⁸ Die nach Maßgabe des Neuen Steuerungsmodells beziehungsweise New Public Management eingeführte Aufspaltung der drei Organisationsbausteine Bedarfseinschätzung, Ressourcenverwaltung und Leistungserbringung *innerhalb* der kommunalen Sozialverwaltung sowie das in einigen Gebietskörperschaften in Gang gesetzte Outsourcing der Leistungserbringung an nicht staatliche Träger (Vabo u. a. 2013: 166ff.) hat jedenfalls Umstellungen in den Koordinationsprozessen des Altenhilfesystems nach sich gezogen.⁶⁹ Die Orientierung der Akteure auf intersektorale Abschottung und berechnendes Abteilungsdenken scheint zugenommen zu haben; Vabo (2006: 411) spricht diesbezüglich von der Ausbildung eines „institutional consumerism“.

⁶⁸ Jacobsen und Mekki (2012: 136f.) verweisen hierzu auf den Einfluss der Reformagenda im Nachbarland Schweden, die auf die Schaffung von Wahloptionen, Qualitätskontrollen und Anbieterpluralismus hinausläuft.

⁶⁹ Der Norwegische Verband der lokalen und regionalen Gebietskörperschaften, der diese Verwaltungsreform vorantrieb, erhoffte sich von ihr, dass sich die Versorgungsqualität gezielter steuern lassen könnte – vor allem dadurch, dass die Begutachtungsprozesse und die mit ihnen verbundenen Entscheidungen über den fallbezogenen Ressourceneinsatz von der Leistungserbringung und ihrer Eigendynamik separiert werden.

Zu einer Reorganisation des Systems nach schwedischem beziehungsweise angelsächsischem Vorbild (also: Einführung von Quasimärkten auf der Basis von kompetitiven Einkaufsmodellen) ist es allerdings nicht gekommen. Ein im Jahr 2000 vorgelegter Regierungsbericht über entsprechende Optionen schlug hohe Wellen und führte zu einer heftigen politischen Auseinandersetzung, die Mitte der 2000er Jahre vorerst entschieden war. Kommunen erhielten Möglichkeiten zu lokalen Experimenten, aber eine gesetzliche Verankerung eines obligatorischen Quasimarktmodells unterblieb und steht auch gegenwärtig (nach Antritt der Mitte-Rechts-Regierung im Herbst 2013) nicht zur Diskussion.

In der *Praxis der Dienstleistungscoordination* bleibt mithin die Versorgung aus einer Hand der typische Organisationsansatz, wenngleich starke lokale Unterschiede beobachtet werden. Hilfepläne für die integrierte Versorgung unterstützungsbedürftiger Seniorinnen und Senioren sind obligatorisch; es gibt aber Hinweise, dass sie häufig nicht ernst genommen oder gar nicht erst angelegt werden (Genet u. a. 2012: 79). In den nach den Verwaltungsreformen etablierten betrieblichen Arrangements, die auf der Trennung von Begutachtungen beziehungsweise Bedarfsfeststellungen einerseits und Leistungserbringung andererseits abstellen, sind die Koordinationsprozesse stärker formalisiert und mitunter auch administrativ segmentiert (Windrum und Koch 2008). Die Leistungserbringung und deren Koordination unterliegen einem Monitoring durch Dokumentationsverfahren, welche den einzelnen Organisationseinheiten zur Rechenschaftslegung gegenüber anderen Instanzen der Sozialverwaltung dienen. Die Kommunen sind dazu angehalten, ein nationales Dokumentationssystem (mit der Bezeichnung *IPLoS*) zu nutzen, um das Leistungsgeschehen vor Ort – auch im Hinblick auf Fragen der Kosteneffizienz – zu kontrollieren und Benchmarks zu ermitteln, die mit denen anderer Gebietskörperschaften verglichen werden können. Vielerorts sind sogenannte „Verantwortungszentren“ geschaffen worden, in denen kommunale Controller die Leistungserbringung prüfen und Benchmark-Vergleiche ins Werk setzen (Vabo u. a. 2013: 172). In einigen Städten arbeiten spezielle Organisationseinheiten an der Ausschreibung und Vergabe von Dienstleistungsaufträgen.

Eine neuere Studie führt vor Augen, dass die Implementation des neuen Organisationsmodells auf der lokalen Ebene sehr unterschiedlich ausfällt (Wollscheid u. a. 2013). Ihr zufolge lassen sich mehrere Varianten unterscheiden: Das eine Extrem bildet die Konstellation des „Anbieter-Empowerment“, welche sich insofern eng an der Logik der Neuen Steuerung orientiert, als die Koordinationsprozesse auf hochspezifizierten und standardisierten Instruktionen seitens des Managements basieren; das andere Extrem ist ein „Laissez-faire“, bei dem die lokale Führungsebene nur vage Instruktionen formuliert und die Praxis die Versorgungsaufgaben flexibel beziehungsweise eigenmächtig strukturiert. Die Führungskräfte in den Diensten bewerten eine solche Flexibilität im Versorgungsprozess sowie die Möglichkeit der engen, zeitnahen und informellen Kooperation mit dem Kostenmanager als positiv. Die Zufriedenheit mit dem Koordinationsprozess wächst in dem Maße, wie Möglichkeiten zur Abweichung von administrativen Vorgaben bestehen.

Was die *Kooperation zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern* betrifft, muss zwischen den kommunalen Diensten (in denen Kostenmanager und Dienstleister organisatorisch getrennt sind) und jenen Konstellationen unterschieden werden, in denen nichtöffentliche Träger die Leistungserbringung übernommen haben. Im ersten Fall wird eine Rollendifferenzierung beobachtet, bei der bestimmte (unterschiedlich starke) Abgrenzungsprozesse

eintreten: zwischen Kostenmanagement und Dienstleistenden einerseits und zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, die – administrativ beziehungsweise verfahrenstechnisch – je auf eigene Rechnung arbeiten, andererseits. Hier hat die durch die oben genannten Dokumentationsanforderungen bedingte „codification“ (Dahl und Rasmussen 2012: 39) der Versorgungsprozesse beim betroffenen Personal, die bis dato über weitreichende professionelle Freiheiten verfügt hatten, für Irritationen gesorgt.

Für den Fall einer Ausschreibung sind den Kommunen relativ weitreichende Vorgaben gemacht worden. So sahen sich neue (nicht öffentliche) Vertragsnehmer der Sozialverwaltung verpflichtet, das Personal eines bis dato beauftragten und dann nicht weiter berücksichtigten Leistungserbringers zu übernehmen. Allerdings häuften sich im Bereich der stationären Versorgung Hinweise auf schlechtere Arbeitsbedingungen bei privaten Einrichtungen; Berichte über die Überbeanspruchung des Personals sowie Tendenzen des Lohndumping Anfang der 2000er Jahre lösten starke öffentliche Empörung aus. Laut Vabo u. a. (2013: 180ff.) war dies ein Grund dafür, dass es auf nationaler Ebene nicht zur institutionellen Etablierung des „Einkaufsmodells“ gekommen ist. Jedoch war die zwischen 2005 und 2012 amtierende Linksregierung bestrebt, freie (gemeinnützige) Träger stärker an den Versorgungsprozessen zu beteiligen und zwischen ihnen und den Kommunen langfristige Kooperationen aufzubauen. Eine für die Koordinationsprozesse im norwegischen Altenhilfesystem einschneidende Neuerung war dann die auf gesetzlichem Wege durchgesetzte Einführung von „Strafgebühren“ für Kommunen, die es nicht schafften, für aus der Krankenhausversorgung entlassene gebrechliche Seniorinnen und Senioren zügig eine Anschlussversorgung sicherzustellen. Seit 2012 müssen sie in diesem Fall einen Teil der Kosten der aus dem nationalen Gesundheitsbudget finanzierten Krankenhausbehandlung übernehmen.⁷⁰

Die *Abstimmung mit Anspruchsgruppen beziehungsweise Stakeholdern aus dem lokalen Gemeinwesen* erfolgt im stark kommunalisierten norwegischen Wohlfahrtsstaat hauptsächlich über die lokale Sozialpolitik. Hier scheinen Verbände und gemeinnützige Träger der Gemeinwesenarbeit durchaus über Einfluss zu verfügen. Allgemein sind die Erwartungen an Bürgerbeteiligung gewachsen: Auf nationaler Ebene war die Herstellung größerer Leistungstransparenz eine wesentliche Triebkraft für die oben genannten Verwaltungsreformen; die Betroffenen vor Ort sollten neue Instrumente zur Einklagung ihrer Rechte an die Hand bekommen und alle administrativen Instanzen dazu verpflichtet werden, über ihre Aktivitäten Rechenschaft abzulegen. In allen Regionen können Bürgerinnen und Bürger, für die beispielsweise kein ordentlicher Hilfeplan angelegt worden ist, mittlerweile einen Ombudsmann anrufen.

Was die *interprofessionelle beziehungsweise -sektorale Kooperation* betrifft, so haben die Umstellungen innerhalb der kommunalen Dienste offenbar zu einer Aufwertung der Betriebswirte auf Kosten der Sozial- und Pflegeberufe geführt (Jacobsen und Mekki 2012: 136). Dessen ungeachtet ist interprofessionelle Koordination nach wie vor grundlegend für die

⁷⁰ Diese Regelung ist in sogenannten Gesundheitsvereinbarungen zwischen der Zentralregierung und den lokalen Gebietskörperschaften festgehalten, die (in Norwegen anders als in Dänemark, wo es ähnliche Vereinbarungen gibt) allerdings nicht näher fixieren, wie die Kommunen dieser Verpflichtung nachkommen sollen. Details werden in Verträgen zwischen Kommunen und Kliniken geregelt (Romøren u. a. 2011).

Arbeitsroutinen der kommunalen Dienste. Auch die Verzahnung von Pflege und primärmedizinischer Versorgung bleibt eng, während die stationäre Hochleistungsmedizin nach wie vor ein Eigenleben führt (Romøren u. a. 2011). Allerdings gab es zuletzt einige sektorenübergreifende, patientengruppenzentrierte Integrationsprojekte auch im Reha-Bereich (ebd.: 3ff.).

Im Jahre 2008 wurde die sogenannte „Koordinationsreform“ verabschiedet und seit 2012 schrittweise implementiert. Damit wird die gesamte Sozial- und Gesundheitsadministration auf vertraglich zu fixierende Routinen der intersektoralen Zusammenarbeit verpflichtet. Die entsprechenden Vereinbarungen – zum Beispiel die zwischen dem Krankenhaussektor und den Kommunen – haben einen verbindlichen Charakter. Dabei soll stets danach Ausschau gehalten werden, wie sich freie (gemeinnützige) Träger und Bürgerinitiativen in die Versorgung (besser) einbeziehen lassen.⁷¹

Eine der zentralen aktuellen Baustellen im norwegischen Altenhilfesystem ist die weitere Ambulantisierung der Versorgung. Unter dem Druck gedeckelter Finanzzuweisungen (die etwa die Hälfte der den Kommunen für die Altenhilfe zur Verfügung stehenden Ressourcen ausmachen) suchen die lokal Verantwortlichen verstärkt nach Möglichkeiten, den Übergang in stationäre Einrichtungen hinauszuzögern beziehungsweise zu verhindern. Als Königsweg gilt die Koordination ambulanter Leistungen rund um teilstationäre Organisationseinheiten im Stile des Service-Wohnens. Weil hier aufsuchende ambulante Dienste den Großteil der Unterstützung übernehmen, gilt das Modell gegenüber stationären Lösungen als deutlich preiswerter. Die „Austrocknung“ der stationären Infrastruktur scheint in Norwegen allerdings nicht uneingeschränkt beliebt: Da Familienpflege unüblich ist, Alters- und Pflegeheime als vergleichsweise komfortabel gelten und mitunter der Eindruck besteht, der Trend verlaufe in Richtung ambulante „Schmalspurversorgung“, konnte die rechtspopulistische Volkspartei im letzten Wahlkampf mit der Forderung punkten, alle Norweger sollten endlich das Recht auf einen selbstbestimmten Heimeinzug erhalten.⁷²

3 Schlussfolgerungen für Deutschland

Lässt man die im Vorhergehenden umrissenen Verhältnisse und Entwicklungen in den verschiedenen Altenhilfesystemen Revue passieren, wird schnell erkennbar, dass es nach wie vor erhebliche Differenzen in der Art und Weise gibt, wie ältere Menschen mit eingeschränkter Selbstständigkeit in den verschiedenen Ländern unterstützt und versorgt werden. Allgemein zeigen die Organisationsansätze in Norwegen und Québec, dass auch in hochgradig ausdifferenzierten Gesellschaften vergleichsweise stark integrierte Versorgungsmodelle praktikabel sind. Diese Ansätze weisen eine beachtliche Robustheit auf, was nicht zuletzt

⁷¹ Konkret zu prüfen ist „how the system of agreements can bring civil society and non-governmental organisations into the processes“ (Report No. 47 [2008-2009] für das Parlament, englische Zusammenfassung, S.7). In einem wenige Jahre später veröffentlichten Weißbuch („Tomorrow’s Care, Report No. 29 [(2012-2013)] wird zudem die systematische Vernetzung zwischen allen Beteiligten eingefordert und beschrieben als „a method to promote volunteer efforts in care services and to create good and participatory communities“ (S. 22).

⁷² Bisläng benötigen sie dafür, wie oben erwähnt, die Genehmigung des lokalen Sozial- und Gesundheitsausschusses.

daran zu erkennen ist, dass Versuchen, an ihren Grundmauern zu rütteln, bislang nur sehr partiell Erfolg beschieden war. Gleichzeitig wird ersichtlich, dass es ein „Pflegetherapieparadies“ selbst dort nicht gibt, wo erheblich mehr gesellschaftliche Ressourcen (auch gemessen am Anteil des Bruttosozialprodukts) in die organisierte Altenhilfe fließen. Vielmehr treten auch dann Spannungen zwischen Anspruch und Wirklichkeit auf.

Bei internationalen Systemvergleichen kann es bei seriöser Betrachtung ohnehin nicht darum gehen, „best practices“ herauszufiltern und anschließend in andere Kulturen zu übertragen. Zudem hat die vorliegende Expertise nur beschränkt etwas zum „Versorgungsausput“ der betrachteten Systeme aussagen können sowie darüber, inwieweit die jeweils vorherrschenden Pflegearrangements mit der Infrastruktur der Versorgung zusammenhängen. Schon alleine die unterschiedlich ausgeprägte Neigung zur privaten, familiären „Vollversorgung“ verweist darauf, dass es viele intervenierende Variablen gibt, die teilweise unabhängig von den Systemarchitekturen zur Geltung kommen. Dennoch sollte der Blick über den Tellerrand dafür genutzt werden, die gegenwärtigen Verhältnisse in Deutschland kontrastiv zu reflektieren. Einerseits soll dies im Folgenden hinsichtlich der Frage erfolgen, welche allgemeinen Schlüsse die Ausführungen zur Rolle von Markt und Wettbewerb im Altenhilfesystem zulassen. Andererseits lässt sich mit Bezug auf einige herausragende Besonderheiten der verschiedenen Altenhilfesysteme diskutieren, was aus deutscher Sicht von internationalen Erfahrungen gelernt werden kann.

Um mit ersterem zu beginnen: Die Entwicklung der organisierten Altenhilfe kann länderübergreifend nicht losgelöst von globalen Trends gesellschaftlicher Modernisierung betrachtet werden. Der Glaube an administrative beziehungsweise managerielle Steuerung und an die Überlegenheit marktförmiger Koordinationsmechanismen sind internationale Phänomene, die nicht aus dem System der Altenhilfe selbst erwachsen, sondern in anderen gesellschaftlichen Dynamiken wurzeln (wachsende Deutungshoheit der Erwerbswirtschaft, Individualisierung und Drängen auf „Kundensouveränität“, Legitimationsprobleme der Professionen, Staatskritik etc.; Bode u. a. 2013). Unter diesen Bedingungen konnte sich kaum ein Wohlfahrtsstaat dem Vermarktlichungstrend der letzten Jahre entziehen – wobei dieser Trend im Bereich der Altenhilfe nicht in eine einzige Richtung verläuft:

- In Québec und Norwegen beschränkt sich der Vermarktlichungsprozess auf die Ränder des Systems: In der französischsprachigen Provinz Kanadas waren es die genossenschaftlichen Träger, die ein „sozialunternehmerisches“ Element in den ansonsten stabilen institutionellen (und wohlfahrtskulturellen) Kontext der organisierten Altenhilfe einbrachten, in Norwegen die Option auf lokale Ausschreibung sowie die verwaltungsintern vorgenommene formale Trennung zwischen Leistungskontrolle und -erbringung. Insgesamt blieb der Vermarktlichungsimpuls hier also zurückhaltend. Das hat in Québec (konkret: bei den in die Altenhilfe involvierten Sozialunternehmen) nicht verhindern können, dass sich ein Niedriglohnsektor mit prekären Arbeitsbedingungen herausgebildet hat – was wiederum in Norwegen bislang nicht beobachtet werden konnte.
- In Ontario (hier allerdings nicht im Bereich des „nursing“) und Großbritannien wurde der Markt institutionell in Stellung gebracht, um weite Teile der Leistungserbringung wettbewerbsfähig auszugestalten – mit einem entsprechenden Druck auf die Anbieter

und Arbeitsbedingungen sowie einer permanenten Des- und Reorganisation des Versorgungsgeschehens. Dieser Prozess sollte auf der Nachfrageseite öffentlich kontrolliert bleiben und eine Feinsteuerung der Leistungsqualität ermöglichen, was offensichtlich aufgrund geringer LenkungsKapazitäten sowie der am Markt ausgelösten Eigendynamiken (Personalfuktuation, Fokus auf Einfacharbeit etc.) nur sehr begrenzt gelingen konnte. Wohlfahrtskulturell ist die Marktorientierung hier vergleichsweise stark verankert (trotz permanenter Unruhe bezüglich einzelner Marktergebnisse).⁷³

- Frankreich und Belgien bilden Mischkonstellationen. In Frankreich finden sich lokale Dynamiken der wettbewerblichen Leistungserstellung, insgesamt dominiert jedoch der verhandelte und verwaltete Einsatz von Diensten (mit knappen Budgets für soziale Altenhilfe). Marktdynamisch gestaltet stellt sich hingegen der Bereich der über die Dienstleistungsschecks organisierten Haushaltshilfen. Die Schecks samt Wettbewerbsdynamik gibt es auch in Belgien, doch ist das sensible Segment der sozialen Altenhilfe korporatistisch reguliert geblieben (ebenfalls mit verknappten Ressourcen). Paramedizinische Leistungen werden in beiden Ländern weiterhin stark staatlich beziehungsweise parafiskalisch gesteuert. Wohlfahrtskulturell hat sich die Marktidee kaum durchgesetzt.

Was den Kern der Altenhilfe betrifft, so scheint die Marktdynamik in Deutschland breiter institutionalisiert als in allen anderen betrachteten Altenhilfesystemen. Die Pflegeversicherung basiert auf einem reinen „*cash-for-care*“-Mechanismus, der zwar in ein System verhandelter Preise und formaler Qualitätskontrollen eingebunden ist, aber alles andere dem Spiel der freien Marktkräfte überlässt. Das *Case Management* in den angelsächsischen Systemen sowie die kommunale beziehungsweise unter Beteiligung kollektiver Stakeholder betriebene Feinsteuerung, die die Verhältnisse in Norwegen und in Québec sowie teilweise auch in den westeuropäischen Vergleichsländern kennzeichnet, spielt hierzulande eine stiefmütterliche Rolle. In Deutschland korrespondieren intersektorale und interprofessionelle Koordinationsprobleme mit einem stark ausgeprägten *Laissez-faire* bei der ökonomischen Systemorganisation, dem sich eine kulturell tief verwurzelte Orientierung an der Norm *privater* Pflegeverantwortung hinzugesellt. Trotz einer in Bezug auf die grundpflegerische Versorgung vergleichsweise systematischen und auch stigmafreen Gewährleistung von („Teilkasko“-)Versicherungsleistungen im Bedarfsfall fehlen dem deutschen System mithin Steuerungselemente, die anderswo selbstverständlich sind. Inwieweit hierzulande bestehende „Sonderinstitutionen“ (Pflegerstützpunkte, die kommunale Hilfe zur Pflege, der infrastrukturelle Beitrag der Wohlfahrtsverbände etc.) funktionale Äquivalente darstellen, muss an dieser Stelle offen bleiben.

Zu diskutieren wäre nun abschließend, was aus dem Ausland konkret „gelernt“ werden kann. Wie eingangs erwähnt kann es – zumal eine komparative, auf substanziellen Daten beruhende Evaluation hier nur sehr eingeschränkt möglich war – nicht darum gehen zu prüfen, was sich für Deutschland im Einzelnen „kopieren“ ließe. Vielmehr sollen in einer Art Gedankenexperiment und ohne Anspruch auf Vollständigkeit bestimmte Elemente der hier betrachteten

⁷³ Mit den Reformen des NHS sowie der Ausbreitung der „personal budgets“ hat die Marktidee in England sogar zuletzt noch an „Verve“ zugelegt.

Altenhilfesysteme sowie damit zusammenhängende Erfahrungen auf die deutschen Verhältnisse gespiegelt werden. Ansatzpunkt dafür sind die für die einzelnen Systeme herausgestellten Besonderheiten, die hierzulande im Hinblick auf potenzielle Chancen und Probleme der Systementwicklung eingehender reflektiert werden sollten:

- Die *Vielfalt der Finanzierungsmodelle* führt zu interessanten Einsichten: In Frankreich wird die Auszahlung eines Pflegegelds mit faktischer Anbieterempfehlung kombiniert, was – ungeachtet des Umstands, dass die Anbietervergütungen oft als zu spärlich empfundenen werden – offensichtlich keine ordnungspolitischen Verwerfungen hervorgerufen hat; ein mit dem deutschen System vergleichbarer Ordnungsrahmen ist hier offensichtlich weniger stark wettbewerbsgetrieben. In Frankreich und Belgien gibt es zudem für einen größeren Teil der ambulanten Altenhilfe indikationsbezogene und per Kopfpauschalen berechnete Entgelte sowie Grundfinanzierungen; sie scheinen nicht inflationärer zu wirken als die Einzelleistungsvergütungen in Deutschland. Das sachleistungszentrierte Altenhilfesystem in Norwegen hat eine flexible „Hintertür“, die zu einem Pflegegeld führt, das vergleichsweise geringere Prekaritätsrisiken für private Pflegende nach sich zieht. Kurzum: Technisch ist vieles möglich.
- Die korporatistische *Koordination zwischen Kostenträgerschaft und Leistungserbringung* besteht weltweit in unterschiedlichen Varianten fort. Manchmal wirkt sie strukturkonservativ (wie in Belgien), manchmal ist sie neueren Datums (wie in Québec sowie – zumindest auf der Konzeptebene – auch in Norwegen). Die in Deutschland als überkommen geltende Organisationsform des partnerschaftlichen Wohlfahrtspluralismus bleibt damit international betrachtet eine Systemalternative zum Wettbewerbsmodell. Der Blick auf das Ausland zeigt zugleich, dass Verfahren einer systematische(re)n interprofessionellen Abstimmung sowie des administrativen *Case Managements* durchaus praktikabel sind: in einem hochgradig kommunal gesteuerten Versorgungssystem (Norwegen), aber auch in einem stärker arbeitsteilig organisierten (wie in Belgien). Es gibt hier gewiss viele Varianten – das Modell des *cash-for-care* (in Deutschland, teilweise auch in Frankreich) scheint freilich solche Ansätze einer koordinierten Leistungserbringung strukturell zu behindern.
- Öffentliche Leistungsadministration und -erbringung schließen sich nicht aus, was in der reinen Lehre des *public management* als inkompatibel gilt: Der norwegische Fall lehrt, dass nationale Standards und flexible Systemgestaltung vor Ort *parallele* Ordnungsmuster sein können. Funktionen der Administration, Leistungserbringung und Qualitätssicherung lassen sich zudem auch *verwaltungsintern* zu Zwecken des Monitorings und der „Selbstaufklärung“ der Beteiligten über Versorgungsprozesse ausdifferenzieren. Der Preis einer solchen Rationalisierung liegt aber auch hier offensichtlich darin, dass vieles formalisiert und fragmentiert wird, was aus professioneller (Versorgungs-)Perspektive als „harmoniebedürftig“ erscheint.
- In vielen Altenhilfesystemen gibt es *strukturelle* Initiativen zur *Gewährleistung integrierter Unterstützungsprozesse*, teilweise unter Einschluss der stationären und sogar der primärmedizinischen Versorgung. Erkennbar sind Ansätze und Praktiken für interprofessionelle Begutachtungen und intersektorale Abstimmung, wobei in fast allen der hier betrachteten Länder Vorkehrungen zur Beteiligung der Sozialarbeit ins Auge

fallen, aber auch nationalspezifische Regelungen wie etwa jene zur Krankenhausplanung in Frankreich (wo Prozesse und Strukturen der organisierten Altenhilfe systematisch mitgedacht werden sollen). Das norwegische Modell geht integrationspolitisch am weitesten und hat mit dem Gesetz von 2008 einen weiteren Schub in diese Richtung erhalten. Strukturelle Integration bedeutet aber *nicht*, dass alle Brüche eingeebnet werden – sie werden dann vielmehr häufig *informell* ausgetragen und können bei entsprechenden administrativen (verwaltungsinternen) Steuerungen sogar vertieft werden. Dessen ungeachtet eröffnen integrierte Strukturen offensichtlich Optionen auf Innovationen wie Versorgungspfade und interprofessionelle Interventionsplanung. In der derzeitigen Architektur des deutschen Altenhilfesystems finden sich für vergleichbare Initiativen beziehungsweise Optionen demgegenüber wenige Anknüpfungspunkte.

- Schon vor längerer Zeit sind in Deutschland die Zwecke und Effekte *niedrigschwelliger häuslicher Dienstleistungsangebote* diskutiert worden (Weinkopf 1998). Die Etablierung solcher Dienste über Makleragenturen beziehungsweise Schecksysteme im Rahmen eines mehr oder weniger regulierten Anbieterwettbewerbs ist in Frankreich und Belgien institutionell geglückt, während Versuchen mit Dienstleistungspools (und Ähnlichem) hierzulande wenig Erfolg beschieden war. Es scheint offensichtlich, dass die so geschaffenen Betreuungsverhältnisse kaum von der Fachebene bewertet werden und auf eine flüchtige Betreuung von Unterstützungsbedürftigen hinauslaufen können (weshalb man in Belgien, zumindest für als vulnerabel geltende Zielgruppen, an einer öffentlich gesteuerten Altenhilfe festhält). Für die breitenwirksame Funktionstüchtigkeit des von vielen in Deutschland propagierten *persönlichen Budgets* finden sich in den hier betrachteten Altenhilfesystemen übrigens wenige Anhaltspunkte.
- Alle hier betrachteten Länder haben Maßnahmen zur Formalisierung der *Qualitätssicherung* ergriffen, meist über Dokumentationssysteme. Allerdings verzichten sie weitgehend auf die numerische Kontrolle der *Ergebnisqualität* im Bereich der Altenhilfe. Beschritten werden andere Wege: die permanente beziehungsweise wiederholte Reakkreditierung der Träger (in Belgien und Frankreich), der akribische Selbstnachweis von Qualitäten (in England) oder die Mobilisierung von Ombudsleuten (Norwegen). Investiert wird auch in die Verfahrensqualität auf der Ebene der administrativ-fachlichen Leistungsorganisation (wie etwa bei den geschilderten Pilotprojekten in Québec). Demgegenüber fokussiert die in Deutschland verfolgte Strategie vergleichsweise stark auf die Abbildung von Ergebnissen, was bislang gerade im ambulanten Setting viele Fragen aufgeworfen hat.
- Die starke *institutionelle* Betonung der *familiären Pflege(-Verantwortung)*, wie sie in Deutschland vorherrscht, ist anderswo schwächer ausgeprägt. Auch in den „systemverwandten“ Wohlfahrtsregimen, wie sie in Frankreich und Belgien bestehen, scheint sie weniger stark akzentuiert. Das ändert dort wenig an der *faktischen* Koordinationsfunktion von mit Pflegebedarf konfrontierten Privathaushalten, führt aber dazu, dass erstens (wenn auch nicht überall bzw. für alle) mehr komplementäre Leistungen verfügbar sind und zweitens nichtfamiliäre Vollversorgungsalternativen für Menschen ohne „passende“ Verwandtschaft „normaler“ (und kein Fall für die stigmatisierte Sozialhilfe) sind. Die norwegische Absage an die „romantic idea“ von

der familiär-nachbarschaftlichen Versorgungsgemeinschaft (Jacobsen und Mekki 2012: 134) mögen deutsche Sozialreformer für befremdend halten und achselzuckend mit Hinweisen auf den Ölreichtum im hohen Norden kommentieren – es ist aber doch bemerkenswert, dass eine nach geläufigen internationalen Maßstäben hochzivilisierte, sozial integrierte und für Institutionalisierungseffekte besonders sensible Gesellschaft andere Normalitätsvorstellungen und Reformvisionen hat als jene, die die deutsche Diskussion seit vielen Jahren beherrschen.

Literaturverzeichnis

- Aggarwal, M., Chaudrhy, M., Gan, S., Ghandour, N. V. u. a. (2014): Primary health care in Ontario: Inching towards reform. In: R. B. Deber und C. L. Mah (Hrsg.): Case studies in Canadian health policy and management. 2. Auflage. Toronto: University of Toronto Press, 261-279.
- Armstrong, P. (2013): Regulating care: Lessons from Canada. In: G. Meagher und M. Szebehely (Hrsg.): Marketisation in nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences. Stockholm Studies in Social Work 30. Stockholm University. Department of Social Work, 217-228.
- Baranek, P., Campbell, J.-A., Kuluski, K., Longo, C. J. u. a. (2014): Long-term care reform in Ontario: „The long delivery“. In: R. B. Deber und C. L. Mah (Hrsg.): Case studies in Canadian health policy and management. 2. Auflage. Toronto: University of Toronto Press.
- Berta, W., Laporte, A., Deber, R., Baumann, A. u. a. (2013): The evolving role of health care aids in the long-term care and home and community care sectors in Canada. In: Human Resources for Health 11.
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3723545/> [Zugriff am 4. Dezember 2015]).
- Bode, I. (1999): Solidarität im Vorsorgestaat. Der französische Weg sozialer Sicherung und Gesundheitsversorgung. Frankfurt am Main u. a.: Campus.
- Bode, I. (2004): Disorganisierter Wohlfahrtskapitalismus. Die Reorganisation des Sozialsektors in Deutschland, Frankreich und Großbritannien. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bode, I. (2006a): Eine neue „governance of welfare“? Der transkulturelle Wandel der Seniorenversorgung in Westdeutschland, England und Québec. In: Zeitschrift für Sozialreform 52 (2), 181-200.
- Bode, I. (2008): The culture of welfare markets. The international recasting of pension and care systems. New York u. a.: Routledge.
- Bode, I. (2009): Frankreich: Zivilgesellschaft und Interessenvermittlung am Beispiel der „Seniorenpolitik“. In: T. von Winter und U. Willems (Hrsg.): Interessenvermittlung in Politikfeldern im Wandel. Befunde aus Verbände- und Policyforschung zur Bundesrepublik Deutschland und in vergleichender Sicht. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 191-211.
- Bode, I. (2013a): Die Infrastruktur des postindustriellen Wohlfahrtsstaats. Organisation – Wandel – Hintergründe. Wiesbaden: Springer VS.
- Bode, I. (2013b): Ökonomisierung in der Pflege – was ist das und was steckt dahinter? In: Jahrbuch Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 48 (Divergentes Altern). Hamburg: Argument Verlag, 9-27.
- Bode, I. (2015): A world ‚culture‘ of institutional ambiguity? Comparing the reorganization of hospital care in Germany and Mexico. In: Current Sociology (63) 3, 2015, 411-431.
- Bode, I. und Firbank, O. (2009): Barriers to co-governance. Examining the ‚chemistry‘ of home-care networks in Germany, England and Québec. In: Policy Studies Journal (38) 2, 325-351.
- Bode, I. und Streicher, F. (2014): Régulations publiques territoriales et quasi-marché. L'organisation du «care» à domicile et ses effets dans trois modèles d'«État Social». In: M. Boucher und M. Belqasmi (Hrsg.): État social dans tous ses états. Rationalisations, épreuves et réactions de l'intervention sociale. Paris: Harmattan, 119-140.
- Bode, I., Champetier, B. und Chartrand, S. (2013): Embedded marketization as transnational path departure. Assessing recent change in home care systems comparatively. In: Comparative Sociology (12) 6, 821-850.

- Bode, I., Gardin, L. und Nyssens, M. (2011): Quasi-marketization in domiciliary care: Varied patterns, similar problems? In: *International Journal of Sociology and Social Policy* (31) 3/4, 222-235
- Brandenburg, H., Bode, I. und Werner, B. (2014): *Soziales Management in der stationären Altenhilfe. Kontexte und Gestaltungsoptionen*. Bern: Huber.
- Brennan, D., Cass, B., Himmelweit, S. und Szebehely, M. (2012): The marketisation of care: Rationales and consequences in nordic and liberal care regimes. In: *Journal of European Social Policy* 22 (4), 377-391.
- Carrier, S. (2013): Les pratiques de gestion de cas, en contexte de réseaux de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie à domicile au Québec. Domicilocentrisme innovant ou hospitalocentrisme renouvelé? In: *Canadian Review of Social Policy* 68/69, 75-89.
- Clancy, A., Leahy-Warren, P., Day, M. R. und Mulcahy, H. (2013): Primary health care: Comparing public health nursing models in Ireland and Norway. In: *Nursing Research and Practice*: (<http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/426107/> [Zugriff am 4. Dezember 2015]).
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J. und Tjadens, F. (2011): Help wanted? Providing and paying for long-term care, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en> [Zugriff am 16. April 2016]
- Comas-Herrera, A., Wittenberg, R. und Pickard, J. (2011): The long road to universalism? Recent developments in the financing of long-term care in England. In: J. Costa-Font (Hrsg.): *Reforming long-term in Europe*. London: Blackwell, 19-34.
- Costa-Font, J. (Hrsg.) (2011): *Reforming long-term in Europe*. London: Blackwell.
- Criel, B., Vanlerberghe, V., De Koker, B., Decraene, B., Engels, E. und Waltens, R. (2014): Informal home care for elderly in Belgium: A study on the features and challenges of informal care at local level. In: *Community Mental Health Journal* 50 (7), 848-53.
- Curtis, Lesley A. (Hrsg.) (2013): *Unit Costs of Health and Social Care 2013*. Canterbury: Personal Social Services Research Unit, University of Kent.
- Dagavre, F., Nyssens, M., Bode, I., Breda, J. u. a. (2012): Care regimes on the move. Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy. Endbericht des Forschungsverbunds CROME. (http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/cirtes/documents/RAPPORT_CROME_FINAL_8_mai_2012.pdf [Zugriff am 3. Dezember 2015]).
- Dahl, H. M. und Rasmussen, B. (2012): Paradoxes in elderly care. The nordic model. In: A. Kampp und H. Hvid (Hrsg.) (2012): *Elderly care in transition. Management, meaning and identity at work. A Scandinavian perspective*. Kopenhagen: Business School Press.
- Demaerschalk, M.F., Vanden Boer, L.E., Bronselaer, J.L., Molenberghs, G. u. a. (2013): The influence of municipal characteristics on the use of informal home care and home care services by the elderly Flemish. In: *European Journal of Public Health* 23 (2), 241-246.
- Edvartsen, T. O. (1999): Pflegesicherung in Norwegen. In: R. Eisen und H.-C. Mager (Hrsg.): *Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern*. Opladen: Leske und Budrich, 323-333.
- Emilsson, U. M. (2009): Health care, social care, or both? A qualitative explorative study of different focuses in long-term care of older people in France, Portugal and Sweden. In: *European Journal of Social Work* 12 (4), 419-434.
- Evers, A. und Olk, T. (Hrsg.) (1996): *Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Fjaer, E. G. und Vabo, S. I. (2013): Shaping social situations: A hidden aspect of care work in nursing homes. In: *Journal of Ageing Studies* 27 (4), 419-427.
- Gautun, H. und Hagen, K. (2010): How do middle-aged employees combine work with caring for elderly parents? In: *Work, Employment & Society* 13 (4), 393-409.
- Genet, N., Boerma, W. G. W., Kroneman, M., Hutchinson, A. u. a. (2012): Home care across Europe. Current structure and future challenges. Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Politics.
- Gillis, A. (2014): Issues in healthcare for an ageing population. In: A. Gillis (Hrsg.): *Realities in Canadian nursing. Professional, practice and power issues*. 4. Auflage. Amsterdam: Wolters Kluwer, 383-397.
- Gingrich, J. R. (2011): *Making markets in the welfare state. The politics of varying market reforms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Glasby, J., Dickinson, H. und Miller, R. (2011): Partnership working in England – where we are now and where we've come from. In: *International Journal of Integrated Care* 11 (7). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3111890/> [Zugriff am 3. Dezember 2015]).
- Greengross Report, Equality and Human Rights Commission – Greengross, S. (Lead commissioner) (2011): *Close to home. An inquiry into older people and human rights in home care*. Manchester: EHRC.
- Grootegeld, E. und Dijk, D. van (2012): The return of the family? Welfare state retrenchment and client autonomy in long-term care. In: *Journal of Social Policy* 41 (4), 677-694.
- Haber Kern, K. (2009): *Pflege in Europa: Familie und Wohlfahrtsstaat*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hajen, L. (2012): Englischer National Health Service vor größter Reform seit 60 Jahren. Polarisierte Diskussion über Reform des NHS. In: *Gesundheit und Gesellschaft* (3), 7-18.
- Hanssen, J.-I., Pettersen, P. A. und Sandvin, J. T. (2001): Welfare municipalities: Economic resources or party politics? Norwegian local government social programs of the 1920s. In: *International Journal of Social Welfare* 10, 27-44.
- Heintze, C. (2013): *Die Straße des Erfolgs. Rahmenbedingungen, Umfang und Finanzierung sozialer Dienste im deutsch-skandinavischen Vergleich*. Marburg: Metropolis.
- Hirdes, J. P. (2001): Long-term care funding in Canada: A policy mosaic. In: *Journal of Ageing Social Policy* 13 (2/3), 69-81.
- Huber, M., Rodrigues, R., Hoffmann, F., Gasior, K. u. a. (2009): *Facts and figures on long-term care. Europe and North America*. Wien: European Centre.
- Hudson, B. (2011): Ten years of jointly commissioning health and social care in England. In: *International Journal of Integrated Care* 11 (7). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3111886/> [Zugriff am 3. Dezember 2015]).
- Humphries, R. (2013): *Paying for social care. Beyond Dilnot*. London: King's Fund. (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_summary/social-care-funding-paper-may13.pdf [Zugriff am 3. Dezember 2015]).
- Humphries, R. und A. Galea (2013): *Health and Wellbeing boards. One year on*. London: King's Fund. (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/health-wellbeing-boards-one-year-on-oct13.pdf [Zugriff am 3. Dezember 2015]).
- Jacobsen, F. F. und T. E. Mekki (2012): Health and the changing welfare state in Norway: A focus on municipal health care for elderly sick. In: *Aging International* 37 (2), 125-142.

- Jetté, C., Vaillancourt, Y und Bergeron-Gaudin, J. V. (2011): L'économie plurielle dans les services à domicile au Canada : Une comparaison des modes de régulation entre le Québec et l'Ontario. In: *Lien Social et Politiques* 66, 155-175.
- Jiwani, I. und Fleury, M.-J. (2011): Divergent modes of integration: The Canadian way. In: *International Journal of Integrated Care* 11 (7). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3180698/> [Zugriff am 3. Dezember 2015]).
- Klie, T. und Roß, P.-S. (2005): Wie viel Bürger darf's denn sein!? Bürgerschaftliches Engagement im Wohlfahrtsmix – eine Standortbestimmung. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 36 (4), 20-43.
- Knight, M. (2014): Developing integration of health and social care in England. In: K. Farnsworth, Z. Irving und M. Fenger (Hrsg.): *Social Policy Review* 26. Bristol: Policy Press, 279-294.
- Kröger, T. (2013): Combining paid work and family care. Policies and experiences in international perspective. Bristol: Policy Press.
- Le Bihan, B. (2012): The redefinition of the familialist home care model in France: The complex formalization of care through cash payment. In: *Health and Social Care in the Community* 20 (3), 238-246.
- Le Bihan, B. und Martin, C., M. (2010): Reforming long-term care policy in France: Public/private complementarities. In: *Social Policy & Administration* 44 (4), 392-410.
- Lewis, J. und West, A. (2014): Re-shaping social care services for older people in England: Policy development and the problem of achieving 'good care'. In: *Journal of Social Policy* 43 (1), 1-18.
- Malley, J., Holder, J., Dodgson, R. und Booth, S. (2014): Regulating the quality and safety of long-term care in England. In: V. Mor, T. Leone und A. Maresso (Hrsg.): *Regulating long-term care quality. An international comparison*. Cambridge: Cambridge University Press, 190-210.
- May, P.J. (1992): Policy learning and failure. In: *Journal of Public Policy* (12) 4, 331-354.
- McAdam, M. (2011): Progress toward integrating care for seniors in Canada. „We have to skate toward where the puck is going to be, not to where it has been“. In: *International Journal of Integrated Care* 11 (7). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3111885/> [Zugriff am 3. Dezember 2015]).
- Meagher, G. und Szebehely, M. (Hrsg.) (2013): *Marketisation in nordic eldercare: A research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm Studies in Social Work 30. Stockholm: University, Department of Social Work.
- Means, R., Smith, R. und Morbey, H. (2002): *From community care to market care? The development of welfare services for older people*. Bristol: Policy Press.
- Meyer, J and MacDonald, M. (2014): Reciprocal relationships: The role of government and the social economy in the co-construction of social policy in Atlantic. *Canadian Public Policy*. (<https://economics.ca/cpp/en/special2014.php> [Zugriff am 3. Dezember 2015]).
- Meyer, J. (2009): *World society. The writings of John W. Meyer*. Oxford: Oxford University Press.
- Minkman, M. M. N. (2012): The current state of integrated care: An overview. In: *Journal of Integrated Care* 20 (6), 346-358.
- MSSS, Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec (2013): *L'autonomie pour tous. Le livre blanc sur la création d'une assurance autonomie intitulé*. Québec City. (http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.BII.DocumentGenerique_72745&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vlv9rjij7p3xLG TZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz [Zugriff am 4. Dezember 2015]).

- OECD /European Commission (2013): A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. OECD Publishing.
(<http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en> [Zugriff am 26. April 2016]).
- Ostner, I. und Beck-Gernsheim, E. (1979): *Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege*. Frankfurt am Main: Campus.
- Pacolet, J., Bouten, R., Lanoye, H. und Versieck, K. (2000): *Social protection for dependency in old age. A study of the fifteen EU member states and Norway*. Aldershot: Ashgate.
- Pavolini, E. und Ranci, C. (2008): Restructuring the welfare state: Reforms in long-term care in western European countries. In: *Journal of European Social Policy* 18 (3), 246-259.
- Pfau-Effinger, B. und Rostgaard, T. (Hrsg.) (2011): *Care between work and welfare in European societies*. Houdsmills Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Ranci, C. und Pavolini, E. (Hrsg.) (2013): *Reforms in long-term care policies in Europe. Investigating institutional change and social impacts*. New York: Springer.
- Rodrigues, R., Trigg, L., Schmidt, A.E. und Leichsenring, K. (2014): The public gets what the public wants: Experiences of public reporting in long-term care in Europe. In: *Health Policy* 116, 84-94
- Romøren, T. I., Torjesen, D. O. und Landmark, B. (2011): Promoting coordination in Norwegian health care. *International Journal of Integrated Care* 11 (7).
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3226017/> [Zugriff am 4. Dezember 2015]).
- Ruane, S. (2012): Division and opposition: The health and social care bill 2011. In: M. Kilkey, G. Ramia und K. Farnsworth (Hrsg.): *Social Policy Review* 24. Bristol: Policy Press, 97-116.
- Scheil-Adlung, X. und Bonan, J. (2013): Lücken im Sozialschutz bei Gesundheit und Pflege in Europa: Werden die Älteren in den Ruin getrieben? In: *Internationale Revue für soziale Sicherheit* 66 (1): 29-55.
- Schmid, Z. (2014): *Generation, Geschlecht und Wohlfahrtsstaat. Intergenerationelle Unterstützung in Europa*. Wiesbaden. Springer VS.
- Schubert, H. (2013): Netzwerkmanagement in der Sozialen Arbeit. In: J. Fischer und T. Kosellek (Hrsg.): *Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen*. Weinheim: Juventa, 267-286.
- Sermeus, W., Pirson, M., Paquay, L., Pacolet, J. u. a. (2010): *Financing of home nursing in Belgium. KEC reports 122C*. Brüssel: Belgian Health Care Knowledge Centre.
- Slotala, L. (2011): *Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Dienste*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Somme, D. und Stampa, M. de (2011): Ten years of integrated care for the older in France. In: *International Journal of Integrated Care* 11 (7).
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3284287/> [Zugriff am 4. Dezember 2015]).
- Souillier, N. und Weber, A. (2011): *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile*. DREES Études et Résultats No. 771. Paris: DREES.
- Spilsbury, K. und Pender, S. (2013): A Changing Landscape: Mapping provider organisations for community nursing services in England. In: *Journal of Nursing Management* (DOI10.1111/jonm.12103).
- Straßheim, H. (2013): Vernetzung als lokale Krisenstrategie? Perspektiven der interpretativen Governance- und Verwaltungsforschung. In: M. Haus und S. Kuhlmann (Hrsg.): *Lokale Politik und Verwaltung im Zeichen der Krise?* Wiesbaden: Springer Fachmedien, 121-138.

- Sünderkamp, S. (2011): Häusliche Pflege zwischen Ökonomisierung und Menschenwürde. In: P. Hensen und C. Kölzer (Hrsg.): Die gesunde Gesellschaft. Sozioökonomische Perspektiven und sozialetische Herausforderungen. Wiesbaden: Springer VS, 121-148.
- Theobald, H., Szebehely, M. und Preuß, M. (2013): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe im deutsch-schwedischen Vergleich. Berlin: edition sigma.
- Tousignant, J. und Vaillancourt, F. (2013): Le financement des dépenses publiques de santé dans cinq fédérations. Forschungsbericht CIRANO. Montréal. (<http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2013RP-15.pdf> [Zugriff am 4. Dezember 2015]).
- Triantafyllou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr u. a. (2010): Informal care in the long-term care system. European overview paper. Wien u. a.: Interlinks.
- Ungerson, C. und Yeandle, S. (Hrsg.) (2007): Cash for care in developed welfare states. Masingstole: Palgrave Macmillan.
- Vabo, M. (2006): Caring for people or caring for proxy consumers. *European Societies* 8 (3), 403-422.
- Vabo, M. (2012): Norwegian home care in transition – Heading for accountability, off-loading responsibilities. In: *Health and Social Care in the Community* 20 (3), 282-291.
- Vabo, M., Christensen, K., Jacobsen, F. F. und Troetteberg, H. D. (2013): Marketisation in Norwegian eldercare: preconditions, trends and resistance. In: G. Meagher und M. Szebehely (Hrsg.): *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. *Stockholm Studies in Social Work* 30. Stockholm University, Department of Social Work, 162-202.
- Vaillancourt, Y. und Thériault, L. (2008): Social economy, social policy and federalism in Canada. Occasional Paper Series 4. Victoria: Canadian Social Economy Hub at the University of Victoria.
- Vedel, I.; Monette, M.; Beland, F.; Monette, J. und Bergmann, H. (2011): Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada. *International Journal of Integrated Care* 11, 1-11.
- Weinkopf, C. (1998): Möglichkeiten der Beschäftigungsförderung im Dienstleistungssektor. In: G. Bosch (Hrsg.): *Zukunft der Erwerbsarbeit. Strategien für Arbeit und Umwelt*. Frankfurt am Main: Campus.
- Wendt, W. R. (Hrsg.) (2010): *Wohlfahrtsarrangements. Neue Wege in der Sozialwirtschaft*. Baden-Baden: Nomos.
- Willemé, P. (2010): The Belgian long-term care system. Federal Planning Bureau Working Paper 7-10. Brüssel. (<http://www.plan.be/admin/uploaded/201004230943350.wp2001007.pdf> [Zugriff am 4. Dezember 2015]).
- Windrum, P. und Koch, P. (Hrsg.) (2008): *Innovation in public sector services. Entrepreneurship, creativity and management*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Wollscheid, S., Eriksen, J. und Hallvik, J. (2013): Undermining the rules in home care services for the elderly in Norway: Flexibility and cooperation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27 (2), 414-421.

Strukturen und Reformen der Altenhilfe und Pflege im internationalen Vergleich

Prof. Dr. Ingo Bode, Universität Kassel, Institut für Sozialwesen

Die Expertise wurde im September 2013 in Auftrag gegeben und im Juni 2014 eingereicht.
Das Jahr der Veröffentlichung ist 2016.

Expertisen zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung

Herausgegeben von

Jenny Block, Christine Hagen und Frank Berner
mit Unterstützung von Angela Braasch

Geschäftsstelle für die Altenberichte der Bundesregierung
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Str. 2
12101 Berlin

Mail: geschäftsstelle@dza.de

Die Erstellung der Expertisen für die Altenberichte der Bundesregierung und die Geschäftsstelle für die Altenberichte der Bundesregierung werden gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).



Wir empfehlen die folgende Zitierweise für dieses Dokument:

Bode, I. (2016): Strukturen und Reformen der Altenhilfe und Pflege im internationalen Vergleich. Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung. Herausgegeben von J. Block, C. Hagen und F. Berner. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.