

**Politik und Regulierung sozialer
Dienste für ältere Menschen im internationa-
len Vergleich**

Günter Roth

Horgenzell-Gossetsweiler, Oktober 2011

1. Einführung

Soziale Dienste für hilfe- und pflegebedürftige Ältere, Behinderte oder Kranke zählen zu den Wachstumsbereichen und Herausforderungen sogenannter ‚Wohlfahrtsstaaten‘, sie werden jedoch in der praktischen Politik und noch mehr politikwissenschaftlich eher vernachlässigt (Alber 1995; Jensen 2008).¹ Neben der Quantität fehlt es an der Qualität der Versorgung, selbst in fortschrittlichen ‚Wohlfahrtsstaaten‘ gibt es oft eklatante Probleme wie Vernachlässigung, Mangelernährung, Druckgeschwüre oder Misshandlung von Pflegebedürftigen und damit gravierende Verletzungen von Menschenrechten (Podnieks et al. 2010; Mor et al. 2010; Bos et al. 2007; Roth 2007; Aichele/Schneider 2006; Garms-Homolová et al. 2004). Dieses stellt zumindest teilweise ein Versagen des Wohlfahrtsstaates und dessen Regulation sozialer Dienste und Hilfen im ‚Mix‘ von Familie, Markt und Staat dar. Dabei bleiben aber bisher Hintergründe und Wirkungen unterschiedlicher Regulierungsformen und Regimetypen (sozialdemokratisch, liberal, konservativ) unklar, d.h. inwiefern die Quantität und Qualität der Versorgung sozialer Dienste für ältere Menschen mit der wohlfahrtsstaatlichen Regulierung und Kontrolle sowie den zugrunde liegenden politischen Ideologien, Prozessen und Strukturen zusammenhängen.

Dazu folgen hier theoretische Sondierungen, zu denen die wenigen vorliegenden empirischen Befunde zur Regulation und Politik sozialer Dienste der Langzeitpflege ergänzt werden. Darauf aufbauend sondiere ich abschließend das Feld der

¹ So gibt es z.B. meines Wissens in Deutschland keinen Lehrstuhl für Altenpflegepolitik oder Alterssozialpolitik und auch keine dahingehende Forschungseinrichtung an Hochschulen.

kaum erforschten ‚Altenhilfe- oder Pflegepolitik‘,² womit der große weitere Forschungsbedarf deutlich wird.

2. Gesellschaftliche Organisation sozialer Dienste: Familie, Private Nonprofit-Organisationen, Markt und Staat

Zunächst dominieren auch in fortgeschrittenen Wohlfahrtsstaaten private solidarische, meist familiäre, unentgeltliche Hilfen für die meist älteren pflegebedürftigen Menschen gegenüber dem Einkauf sozialer Dienstleistungen auf Märkten oder der Bereitstellung und Finanzierung, bzw. Organisation oder Regulation durch den Staat (Colombo et al. 2011). Seit einiger Zeit unterliegt jedoch die traditionell in einer Mischung aus Gabe und Liebe, Verpflichtung, Reziprozität und Abhängigkeit, vorwiegend durch Frauen erbrachte, familiäre Reproduktions-, Sorge- oder Gefühlsarbeit der Verstaatlichung oder Verrechtlichung, Professionalisierung und Ökonomisierung. Infolge des Wandels von Familienbeziehungen, Arbeitsmarkt und Demographie – so die funktionalistische Sicht – stehen einerseits weniger informelle Helferinnen zur Verfügung, andererseits steigt die Zahl der meist älteren Hilfebedürftigen an, was oft zu Krisenszenarien zugespitzt und in einer ‚Demographisierung‘ des Gesellschaftlichen politisch instrumentalisiert wird (Barlösius 2007; Castles 2004).³ Mit dem Argument des ‚Sachzwang‘ des demo-

² Als Überblick zur international vergleichenden Altersforschung z.B.: Kondratowitz 2010; als Ausnahme von der Regel: Bahle 2008.

³ Dabei wird meist nur auf die ‚Altenlast‘ und nicht auf die demographische ‚Gesamtlast‘ (Jüngere und Ältere) in Relation zur *potentiell* erwerbsfähigen Bevölkerung abgehoben; womit die *Entlastung* durch den demographischen Wandel übersehen wird; der demographische Gesamtlastquotient lag z.B. in Deutschland etwa 1900 bei ca. 100, also viel höher als derzeit (65) und auch höher als für die sehr ferne Zukunft prognostiziert wird (Statistisches Bundesamt 2006). Zudem wird in der nationalen Betrachtung das Problem der globalen Überbevölkerung übersehen.

graphischen Wandels werden nämlich politische Konflikte zwischen Kapital und Arbeit bzw. Arm und Reich reformuliert, verdrängt und gegen ‚neue‘ Konflikte der Generationen und Geschlechter ausgespielt, um ‚unausweichliche‘ Kürzungen wohlfahrtsstaatlicher Leistungen und eine ‚Rekommodifizierung‘ durchzusetzen oder, in einer moderaten Version, einen ‚neuen‘ ‚investiven‘ Wohlfahrtsstaat zu fordern (Esping-Andersen 2002).⁴

Ungeachtet dessen fehlen neben unterstützungswilligen oder -fähigen Familienangehörigen meist ausreichende Einkommen oder Vermögen für den bedarfsgerechten Einkauf sozialer Dienstleistungen auf *Märkten*. Diese versagen der ökonomischen Theorie der rationalen Wahl zufolge tendenziell,⁵ infolge externer Effekte, asymmetrischer Informationen oder adverser Selektion; zudem sind soziale Dienstleistungen schwer objektiv zu beurteilen als ‚*uno actu*‘ zu erbringende ‚Vertrauensgüter‘, d.h. Märkte bieten primär zahlungskräftigen und gut informierten oder gebildeten Kunden adäquate soziale Dienste, so dass der Staat regulierend eingreifen muss (was selbst in der staats- und regulierungskritischen USA kaum bezweifelt wird) (Mor et al. 2010). Vor allem profitorientierte Unternehmen könnten eher wirtschaftliche Interessen voranstellen, schlimmstenfalls nur Marketing des schönen Scheins betreiben und Kosten zulasten der Qualität und hilfloser Klienten einsparen. Dazu bestätigen auch internationale empirische Forschungen tatsächlich überwiegend, dass die Profit-Orientierung eher zulasten der Qualität der Pflegeeinrichtungen geht (vgl. Grabowski/Stevenson

⁴ So ist es üblich, ‚investive‘ und ‚zukunftssichernde‘ Ausgaben des Staates (v.a. Bildung u. Ausgaben für Kinder und junge Familien) von ‚konsumtiven‘ oder ‚vergangenheitsorientierten‘ Ausgaben zu unterscheiden, wozu u.a. auch Renten gezahlt werden, als ob Ältere nichts mehr zur Zukunft beizutragen hätten oder gar nicht produktiv wären.

⁵ Dazu z.B. den Überblick bei: Badelt 2002.

2008; Clarfield et al. 2009; Comondore et al. 2009; Flynn et al. 2010).

Eine besondere Position zwischen Familie, Markt und Staat nehmen private, meist religiös oder ideologisch gebundene, Nonprofit-Organisationen (NPO) ein, die aufgrund ihrer Wertorientierung meist als bessere Wahrer von Klienteninteressen gelten (dazu: Badelt 2002). NPO unterliegen einerseits ähnlich wie Familien einer informellen diffusen Logik der solidarischen Gabe, des Opfers und der Ehre in einer ‚Gemeinschaft‘, in einer Verneinung oder Verkennung zweckrationaler Ökonomie (Bourdieu 1998: 161 ff.). Infolgedessen und aufgrund ihrer religiösen oder ideologischen Prägung, samt des Einflusses Ehrenamtlicher oder Laien (vor allem in oft übergroßen Leitungsgremien), gibt es indes bei NPO auch einen systematischen oder ‚funktionalen‘ Dilettantismus (Seibel 1992; Chevalier 2004; zum Management von NPO: Anheier 2005). Andererseits sind NPO auch formal organisiert und sie bieten heute ebenso mehr oder weniger professionelle Dienstleistungen primär gegen Entgelte an, wie die deutschen Wohlfahrtsverbände (Caritas, Diakonisches Werk, Arbeiterwohlfahrt, Paritätischer Wohlfahrtsverband und Deutsches Rotes Kreuz), womit sie wiederum dem Markt zuzurechnen und profitorientierten Organisationen gleichzustellen wären (Bundesministerium der Finanzen 2006).⁶ Nicht zuletzt sind NPO wie in Deutschland auch korporatistisch eingebunden, sie übernehmen quasi staatliche Funktionen, weitgehend staatlich finanziert oder staatsnah (Schmid/Mansour 2007). Letzteres ist nicht unproblematisch, weil daraus oft Oligopole und enge personelle Verflechtungen resultieren,

⁶ Diese sind mit ihren ca. 1,5 Mio. Beschäftigten die größten privaten Arbeitgeber in Deutschland (Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege: <http://www.bagfw.de>).

bis hin zu Vorkommnissen der Korruption (Chevalier 2004; Hammerschmidt 2005; Schmid/Mansour 2007).

Indes unterliegen nicht nur die – mehr oder weniger – profitorientierten und professionellen Dienstleister und Anbieter problematischen, v.a. wirtschaftlichen, Eigeninteressen, diese gelten prinzipiell auch für Familienangehörige, die oft viel Arbeit, Zeit und Emotionen, aber auch Geld und potentielle Erbschaften für die Pflege mobilisieren. Die Frage der staatlichen Regulation und Kontrolle gilt es also nicht nur mit Blick auf die Organisation und Kontrolle des Marktes professioneller Anbieter sozialer Dienste näher zu untersuchen, sondern auch in bezug auf die nicht nur durch Liebe und Sorge, sondern auch durch heterogene Interessen und mitunter Gewalt geprägten familiären Pflegearrangements (dazu: Görge et al. 2002). Aber auch die staatlichen Verwaltungen, Kontrolleure und Politiker unterliegen vielfältigen Interessen, die nicht mit denen der Klienten oder Betroffenen übereinstimmen müssen, z.B. weil öffentliche Finanzen oder Arbeitszeit eingespart werden sollen. Indes klagen vor allem Anbieter und ihre Verbände samt der Beschäftigten sozialer und gesundheitlicher Dienste über eine zu weitgehende oder wirkungslose staatliche Regulierung und Kontrolle, ‚zu viel Bürokratie‘, Dokumentation oder Schreibaarbeit usw., was *zulasten* der unmittelbaren Hilfen für die Betroffenen ginge und damit kontraproduktiv sei.

3. Wohlfahrtsstaatliche Regime und soziale Dienste

Das Ausmaß und die Qualität sozialer Dienste, deren Regulation, Finanzierung, Organisation oder Kontrolle, hängt nicht zuletzt von politischen Faktoren ab. Dabei kann die Trias sozialdemokratisch, liberal oder konservativ gepräg-

ter Regimetypen des Wohlfahrtskapitalismus Esping-Andersens trotz aller Kritik und erforderlicher Modifikationen noch immer als Dreh- und Angelpunkt der international vergleichenden politikwissenschaftlichen Forschung gelten (Arts/Gelissen 2002). In bezug auf soziale Dienste wurde diskutiert, inwiefern die Typologie überhaupt passe, weil diese primär anhand des sozialen und politischen Konflikts Kapital versus Arbeit mit den Dimensionen der ‚Dekommodifizierung‘ (Regulation der Waren- oder Marktförmigkeit der Arbeit durch den Staat) und Stratifikation (Regulation sozialer Schichtung und Ungleichheit) entwickelt wurde, während bei sozialen Diensten Fragen der ‚De-Familialisierung‘ und Konflikte zwischen den Geschlechtern und Generationen sowie Kirche-Staat und Zentrum-Peripherie vorrangig seien (Arts/Gelissen 2002; Korpi 2000; Alber 1995).⁷ Esping-Andersen nannte zwar in seiner bahnbrechenden Konzeptualisierung des ‚Wohlfahrtskapitalismus‘ von 1990 auch schon die Konfliktlinie und Dimension der Defamilialisierung, jedoch operationalisierte und berücksichtigte er diese erst später tatsächlich (Esping-Andersen 1999).⁸

Beim Blick auf die Versorgungsquoten sozialer Dienste für ältere Menschen dominiert zunächst auch in den sozialpolitisch im Allgemeinen relativ generösen sozialdemokratischen

⁷ Der Index der Dekommodifizierung basiert auf der Höhe der Lohnersatzraten bei Rente, Krankheit und Arbeitslosigkeit, Eigenbeiträge und Bedarfsprüfungen sowie der jeweiligen Reichweite oder Abdeckung der Bevölkerung oder Risikogruppe (Esping-Andersen 1990: 54); der Index wurde von Scruggs & Allan repliziert und durch einen ‚Generosity-Index‘ ergänzt (Scruggs/Allan 2006; Scruggs 2006; siehe auch: Allan/Scruggs 2004 Scruggs 2008).

⁸ Die Defamilialisierung bestimmt sich nach: 1) Anteil der Ausgaben für soziale Dienste am BIP, 2) Gesamtwert der Familienleistungen und Steuererleichterungen, 3) Anteil der Betreuungsplätze für unter 3-Jährige und 4) Anteil der über 65-Jährigen, die ambulante Pflegeleistungen in Anspruch nehmen; zudem bewertet er den familialisierenden Charakter eines Landes nach: 1) dem Anteil älterer Menschen, die mit Kindern leben, 2) dem Anteil erwerbsloser Jugendlicher, die bei ihren Eltern wohnen und 3) der durchschnittlichen Anzahl unbezahlter Wochenarbeitsstunden von Frauen).

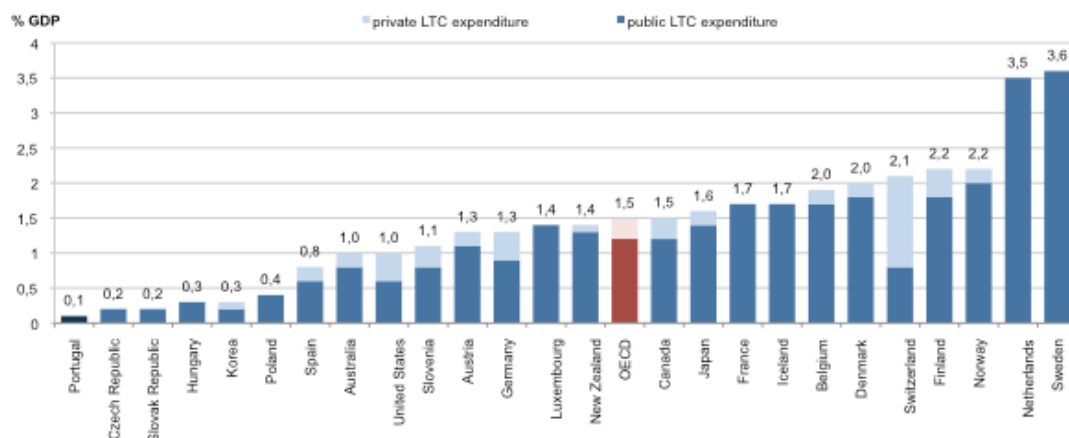
Regimen die informelle familiäre Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen; dennoch nehmen die sozialdemokratisch geprägten Staaten Skandinaviens wie Norwegen, Schweden oder Dänemark auch hier eine Spitzenstellung ein, wobei um das Jahr 2006 ca. 20% der Senioren (65-jährig und älter) formelle Hilfen erhielten, primär zu Hause durch mobile soziale Dienste, ca. 5-7% waren dauerhaft in Institutionen untergebracht;⁹ im Mittelfeld mit Versorgungsquoten von ca. 10-15% rangieren vorwiegend konservative oder auch wenige eher liberale Vertreter (Österreich, Japan, Großbritannien, Belgien oder Frankreich, Finnland und Australien) und am Ende dominieren die dem liberalen Regime zuzurechnenden Staaten wie Canada, Irland oder die USA, wo ca. 4-6% der Senioren formelle Hilfen erhielten (OECD 2009; Colombo et al. 2011). Ferner kommen im sozialdemokratisch geprägten Schweden auf 100 über 80-jährige ca. 33 Pflegekräfte (Vollzeitäquivalente), im christdemokratisch-konservativen Deutschland nur ca. 11, das diesbezüglich sogar nur knapp vor den wohlfahrtsstaatlich rudimentären Nachzüglern wie Spanien rangiert (am Ende liegt die Slowakei mit 4) (Colombo et al. 2011: 45).¹⁰ Zuletzt bewährt sich die Regimetrias grundsätzlich auch bei den öffentlichen Ausgaben für soziale und gesundheitliche Dienste der Dauerpflege, welche zudem die diesbezüglichen Gesamtausgaben stark bestimmen (Abbildung 1). Wiederum führen vor allem die so-

⁹ Dabei korrelieren die Versorgungsquoten der stationär und zu Hause Gepflegten stark positiv, d.h. es legt keine funktionale Substitution der Bereiche vor.

¹⁰ Bzgl. der von der OECD (Health Data) ausgewiesenen Versorgungsquoten gibt es jedoch Zweifel aufgrund diverser Definitions- und Abgrenzungsprobleme vielfältiger sozialer und gesundheitlicher Dienste, die sehr unterschiedlich organisiert sind (oft dezentral); so fällt die Differenzierung zwischen der medizinischen Akutpflege und der ‚sozialen‘ Langzeitpflege oder informeller versus formeller, häuslicher und ‚stationärer‘ Pflege oft schwer; dazu kommen diverse mobile ‚Dienste‘, etwa der Hauswirtschaft usw. (vgl. OECD 2009: 114).

zialdemokratischen Vertreter bei den öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege das Feld an (mit der Ausnahme der christdemokratisch geprägten Niederlande).

Abbildung 1: Anteil öffentlicher und privater Ausgaben für die Dauerpflege am Bruttoinlandsprodukt in Staaten der OECD (2008)



Notes: Data for Austria, Belgium, Canada, the Czech Republic, Denmark, Hungary, Iceland, Norway, Portugal, Switzerland and the United States refer to only health-related long-term care expenditure. In other cases, expenditure relates to both health-related (nursing) and social long-term care expenditure. Social expenditures on LTC are estimated at 1% of GDP (Source: Czech Ministry of Health, 2009). Data for Iceland and the United States refer to only to nursing long-term care in institutions. Data for the United States underestimate expenditure on fully private LTC arrangements. Data for Poland exclude infrastructure expenditure, amounting to about 0.25% of GDP in (2007). Data for the Netherlands do not reflect user co-payments, estimated at 8% of total AWBZ expenditure in (2007).

Source: OECD Health Data 2010.

Offenbar sind politisch-institutionelle Faktoren einflussreich, wobei zum positiven Einfluss der Regierungsbeteiligung von Linksparteien eine starke Pfadabhängigkeit dazu kommt, d.h. relativ hohe öffentliche Ausgaben und Versorgungsquoten der Altenhilfe in einem Jahr sind auch mit jenen der nächsten Jahre positiv korreliert (was im Grunde auch einigermaßen mit den Regimetypen einhergeht, Tabelle 1).¹¹ Erstaunlich schwach ist dagegen der direkte Einfluss

¹¹ Der Anteil an Linksparteien an der Regierung (1950–2000) korreliert insgesamt leicht positiv mit den öffentlichen Ausgaben für Pflege (ca. 2005–2008) von 16 OECD-Staaten; ohne die Ausreißer Niederlande (hohe Ausgaben trotz geringer Beteiligung von Linksparteien an der

des ‚Problemdrucks‘ als Seniorenanteil an der Bevölkerung: So gibt es insbesondere die konservativen Vertreter wie Italien, Griechenland, Spanien, Japan oder Deutschland, wo die Alterung der Gesellschaft zwar weit vorangeschritten, der Ausbau der Altenhilfe aber eher gering ist, während z.B. die Niederlande bei einer moderaten Alterung sehr hohe Ausgaben aufweist.¹² Gering zeigt sich im übrigen auch der Einfluss der Wirtschaftskraft (BIP/Person) auf die Ausgaben für Altenhilfe.

Tabelle 1: Wohlfahrtsregime und Regierungsbeteiligung von Linksparteien (1950–2000)

	Welfare Regime	Ratio of Cabinet Seats of Social Democratic or Left Parties (Mean 1950–2000) (%)
Sweden	Social Democratic	77,90
Norway	Social Democratic	71,55
Austria	Conservative	58,49
Denmark	Social Democratic	53,84
Finland	Social Democratic	36,82
United Kingdom	Liberal	32,18
Australia	Liberal	31,04
Belgium	Conservative	30,65
Greece	Conservative	30,62
Germany	Conservative	26,82
Spain	Conservative	26,50
France	Conservative	26,25
Switzerland	Liberal	23,90
Netherlands	Conservative	22,04
New Zealand	Liberal	19,94
Italy	Conservative	16,08
Ireland	Liberal	14,25
Japan	Liberal	1,90
Canada	Liberal	0,00
United States	Liberal	0,00
Mittelwert		30,04

Greece since 1974, Spain since 1977, Mean for whole period

Quelle: Swank: http://www.marquette.edu/polisci/faculty_swank.shtml, Esping-Andersen 1990.

Regierung) und Österreich (starke Regierungsbeteiligung von Linksparteien und geringe Ausgaben) ist die Korrelation stärker ($r^2=0,55$) (OECD Health Data u. Comparative Parties Data Set von Duane Swank (http://www.marquette.edu/polisci/faculty_swank.shtml)). Die von der OECD ausgewiesenen öffentlichen Ausgaben für Dauerpflege ca. 1992–1995 und ca. 2008 korrelieren mit $r^2=0,46$, die der Gesamtausgaben (1992/95–2008) mit 0,73 (N=12).

¹² Korrelation der Ausgaben für Altenhilfe (2008) und der Hochaltrigen (80-Jährigen und älter): $r^2=0,24$ (Colombo et al. 2011: 230).

Somit ist der sozialdemokratische Regimetypus – wohl infolge dessen Betonung universeller Gleichheit – auch mit einer relativ besseren Versorgung mit sozialen Diensten und einer größeren Defamilialisierung sowie Gleichheit der Geschlechter verbunden (die Gleichheit der Generationen wird noch kaum thematisiert), sein ‚böser‘ Gegenspieler, der liberale Typus, zeigt eher niedrige Sicherungsniveaus; die heterogeneren (‚häßlichen‘) konservativen Wohlfahrtsstaaten liegen wiederum irgendwie dazwischen.¹³ Dazu gibt es abweichende Fälle wie die Niederlande und Besonderheiten wie auch in anderen Sektoren der Sozialpolitik: Betont wurde z.B. die gut ausgebaute Kinderbetreuung in Frankreich, die aber auch aus der republikanischen Tradition und einer auch militärisch motivierten Geburtenförderung resultiert und der eben die geringen Versorgungsquoten bei Diensten für ältere Menschen gegenüberstehen (Korpi 2000).¹⁴ Zudem wäre es verfehlt, reale Fälle mit ihren Besonderheiten gegen die Idealtypen auszuspielen und naturgemäß entstehen je nach politischen Gegebenheiten und Politikfeld unterschiedliche institutionelle Lösungen, Regime und Pfade.

Insgesamt lässt sich die Regimetypologie Esping-Andersens grundsätzlich durchaus für den Bereich der sozialen Dienste anwenden, wenn auch in einer modifizierten Konzeption: Dem sozialdemokratischen Vorreiter steht einerseits das familialistische konservative, andererseits das staatsfeindliche liberale Regime gegenüber, die beide den Ausbau sozialer Dienste aus unterschiedlichen Gründen bremsen (Esping-

¹³ Die Assoziation der Regimetypen Esping-Andersens mit der Trias von „The Good, the Bad, and the Ugly“ nach dem berühmten Italo-Western von Sergio Leone stammt von: Manow 2004, der zudem die unterschätzten religiösen Konflikte für die wohlfahrtsstaatliche Entwicklung betont.

¹⁴ Auch bei der Rente für Normalarbeitnehmer sind die konservativen Regime zwar führend, jedoch wiederum nicht bei der Sozialrente für Bedürftige ohne Erwerbsbiographie (Scruggs 2006).

Andersen 1990; Esping-Andersen 1999; Korpi 2000; Jensen 2008; Saraceno/Keck 2010). So blieben offenbar die sozialen und politischen Konflikte Kapital versus Arbeit (und die damit verknüpfte Rechts-Links-Dichotomie) mit ihren institutionellen Ausprägungen wirkmächtig und andere Konfliktlinien schlugen sich bisher kaum durch relevante politische Interessengruppen und Parteien sowie im ‚Outcome‘ nieder; sowohl alten- wie frauenpolitische oder religiöse Kräfte blieben bis auf Ausnahmen nachrangig, auch wenn GRÜN-Alternative Strömungen und christ-demokratische Parteien diese zum Teil repräsentieren und wenn v.a. mit den ‚neuen sozialen Bewegungen‘ die Rechts-Links-Dichotomie transformiert wurde.

Allerdings ist neuerdings ein Trend zur Diffusion oder Konvergenz von Wohlfahrtsstaatsregimen im hier interessierenden Bereich unübersehbar (Pavolini/Ranci 2008; OECD 2009; Theobald 2010; Colombo et al. 2011). So waren die Versorgungsquoten bei den sozialdemokratischen Spitzenreitern wie Schweden in den letzten Jahren rückläufig, insbesondere bei ‚Pflegeheimen‘, und es wurde auch hier ein eher konservativer Kurs der Kostenbegrenzung, Rationierung und Stärkung der häuslichen Pflege eingeschlagen (Pavolini/Ranci 2008). Ferner arbeiten auch hier oft Migrantinnen, mitunter in einer Grauzone von Informalität, Prekarität und Abhängigkeit in privaten Haushalten, wie es sonst vor allem in Ländern wie Italien oder auch in Deutschland verbreitet ist (Colombo et al. 2011: 176 f.; Pavolini/Ranci 2008). Nicht zuletzt holten die bei sozialen Diensten lange zurückhaltenden konservativ-familialistischen Vertreter stark auf – v.a. infolge der hier besonders stark zu Buche schlagenden Beschäftigungskrise (Morel 2007). Diese setzten aber eben primär auf Zahlungen von Pflegegeld für *informelle* Hilfen in Familien (so in Deutschland oder Österreich).

Mit der deutschen Pflegeversicherung ist eine pfadabhängige Weiterentwicklung des konservativen Sozialversicherungsmodells, mit neo-liberalen Akzenten verbunden. Diese zielt primär auf die Stärkung der familiären häuslichen Pflege (u.a. durch die Zahlung von Pflegegeld und Beiträgen zur Rentenversicherung von Pflegepersonen), sie wurde aber nur als Grundversicherung mit rigiden Kostendeckelungen sowie Kontrollregimen angelegt und es wurde ein Pflegemarkt mit profitorientierten Anbietern mobilisiert (Rothgang 2010). Aber auch sonst ist in Europa, allen voran im Vereinigten Königreich, ein Trend zur Stärkung der informellen häuslichen Versorgung und Mobilisierung von Märkten mit Wettbewerb und privaten profitorientierten Anbietern zu beobachten (Pavolini/Ranci 2008; Bahle 2008; Theobald 2010). In Deutschland hat seit der Verabschiedung der Pflegeversicherung 1994 und der dadurch um ca. 150% erhöhten öffentlichen Mittel zwar ein enormes Wachstum an Diensten und Einrichtungen (vor allem profitorientierter Anbieter) eingesetzt (Statistisches Bundesamt 2005;2008; Rothgang 2010). Und auch die Qualität der Dauerpflege hat sich in Deutschland seitdem verbessert, jedoch nur allmählich und auf einem niedrigen Niveau: So bestehen oft gravierende Probleme weiter wie mangelnde Mobilisierung, unbehandelte Schmerzen, Mangelernährung oder Dekubitus (Garms-Homolová et al. 2004; Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2007; Bos et al. 2007; Lahmann et al. 2010).¹⁵

¹⁵ Die Qualität sozialer Dienste ist nur schwer objektiv und nur mehrdimensional sowie multiperspektivisch zu bestimmen (andererseits wird eine Entscheidung darüber in der Praxis unausweichlich getroffen), wobei nach Donabedian Prozesse, Strukturen und Ergebnisse unterschieden werden; im Vordergrund sollten aber Ergebnisse stehen, wobei Hauptziele in der Altenhilfe und -pflege eine möglichst geringe Mortalität und hohe Lebensqualität der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen bilden – bei ähnlichen Problemlagen und Risikogruppen; Ziele wären auch die Vermeidung von Schmerzen, Stürzen, Druckgeschwüren usw., die Verbesserung oder Erhaltung funktionaler und kognitiver Fähigkeiten, die Vermeidung von Heim- und Kranken-

Bis dato sichern aber auch andere fortgeschrittene Wohlfahrtsstaaten keine quantitativ *und* qualitativ ausreichenden sozialen Dienstleistungen für ältere hilfebedürftige Menschen, vielmehr bleiben mehr oder weniger große Lücken – nicht nur bei den ‚üblichen Verdächtigen‘, den liberalen und konservativen Regimen: So sind auch in relativ fortgeschrittenen Ländern wie Schweden oft erhebliche *qualitative Defizite* bei sozialen und gesundheitlichen Diensten für die meist älteren hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu beklagen; Schweden liegt nach Island, Norwegen und Frankreich zwar auf Platz 4 der Rangliste von Qualitätsindikatoren, aber auch hier zeigte sich bei 58% der durch ambulante Pflegedienste versorgten Klienten die Schmerzkontrolle inadäquat (41% im Mittel der 11 europäischen Länder) und sogar 78% der Probanden hatten objektiv Rehabilitationspotentiale bei den Fähigkeiten alltäglicher Verrichtungen, sie erhielten aber keine dahingehenden Therapien (was im Mittel der 11 europäischen Länder bei 76% der Klienten der ambulanten Pflege zu beklagen war) (Bos et al. 2007).

Über diese wegweisende vergleichende *Feststellung* von Qualitätsmängeln gibt es aber keine weitere Beleuchtung sozialpolitischer Hintergründe und der Regulation sozialer Dienste. Eine offene Frage bleibt somit die Erklärung der Varianz der Quantität und noch mehr der Qualität der Versorgung mit sozialen Diensten für ältere Menschen, insbesondere hinsichtlich der Wirkungen unterschiedlicher politischer oder gesellschaftlicher Regulierung des Pflegesektors, also inwiefern die Qualität der Versorgung sozialer Dienste mit der Regulation im Mix von Markt, Familie (samt ehrenamtlicher Netzwerke) sowie Staat und politischen Ideologien, Prozessen und Strukturen zusammenhängt. Es fehlen

hauseinweisungen etc. (Castle/Ferguson 2010; Hutchinson et al. 2010; Halvorsrud/Kalfoss 2007; Hirdes et al. 2004).

international vergleichende Forschungen zum Zusammenhang von Regulierung und Qualität, auch auf der Mikroebene, was bisher nur ansatzweise für die Staaten der USA und hier vor allem für den Pflegeheimsektor untersucht wurde (Kelly et al. 2008).

4. Soziale Dienste und Regulierung

In den USA unterliegen alle Pflegeeinrichtungen mindestens einmal pro Jahr einer staatlichen Qualitätskontrolle per Resident Assessment Instrument (RAI) (im ambulanten Bereich mittels des ähnlichen OASIS), die Berichte dazu sind differenziert und öffentlich, für jede einzelne Einrichtung (Mor et al. 2010; Mor et al. 2011). Die wenigen Studien aus der USA zum Zusammenhang von staatlicher Regulierung und Kontrollen sozialer Dienste der Dauerpflege zeigen insgesamt einen positiven Zusammenhang der Intensität der staatlichen Kontrollen und Pflegequalität: So geht eine bessere Finanzausstattung der kontrollierenden Agenturen, höhere Standards für Verwalter von Pflegeheimen und Regierungen der demokratischen Partei mit *weniger* schweren Pflegemängeln einher (die Anzahl schwerer, ggf. lebensbedrohlicher Mängel blieb zwischen dem Jahr 2000 und 2004 aber bei ca. 6-7 pro Heim, der Anteil schwerer Mängel ging aber von knapp 10% auf 5,4% zurück); zudem waren höheres Alter, höhere mittlere Einkommen und höhere Anteile an Bewohnern mit Medicare-Leistungen in einem Staat mit eher *schwereren* Pflegemängeln verbunden (Kelly et al. 2008), wobei aber unklar bleibt, inwiefern eine Risikoadjustierung vorgenommen wurde. Die Finanzausstattung der staatlichen Agenturen streute in den USA sehr stark zwischen 110 \$/Heimplatz (Virginia) und 597 \$ in Alaska, im Mittel lag sie bei 205 \$/Platz, die Personalbesetzung reicht von 102 bis 2.790 Betten pro kontrol-

lierender Vollzeitkraft (Walshe/Harrington 2002; Harrington et al. 2004). In einer Studie aus Kanada zeigte generell auch die Zahl externer Beteiligter einen stark positiven Einfluss auf die Ergebnisqualität in Pflegeheimen, was neben der Fachlichkeit des Personals (*nicht* der quantitativen Besetzung pro Klient) von überragender Bedeutung für die ‚outcomes‘ war (Bravo et al. 1999). Grundsätzlich sollte ferner eine bessere Finanzausstattung und Personalbesetzung (quantitativ und qualitativ) positive Prozesse und Outcomes induzieren, wozu aus der internationalen Literatur überwiegend die erwarteten, aber auch heterogene Befunde vorliegen (Bravo et al. 1999; Garms-Homolová et al. 2004; Castle/Engberg 2007; Castle 2008; Pekkarinen et al. 2008; Horn 2008; Kim et al. 2009; Hyer et al. 2009; Flynn et al. 2010).

Allerdings bleiben viele Fragen, auch methodischer Art offen, weil die Art der staatlichen Regulierung und ihre Auswirkungen sowie die Art und Weise der Datenerhebungen und Kontrollen sehr unterschiedlich ist, so dass z.B. der Umstand wenig berichteter Mängel auch Defizite der Regulierung, Kontrolle oder Publikation widerspiegeln kann (und umgekehrt) und deshalb weitere Analysen auf der Mikroebene anhand von Einzelfällen (unter Risikoadjustierung) folgen müssten. Das United States Government Accountability Office berichtet z.B., dass bei Kontrollen der Qualitätskontrollen zwischen 2002 und 2007 in ca. 15% der Berichte mindestens ein schwerer Qualitätsmangel wie Mangelernährung fehlte (Dicken 2008). Zudem wurden in den USA zwischen 2006 und 2007 trotz der oft erheblichen Mängel nur ca. 0,29 % der Pflegeheime vom Markt genommen (was nicht sign. mit dem

Ausmaß schwerer Mängel korreliert), weitere 2,16% der Heime gaben freiwillig auf (Harrington et al. 2004).¹⁶

Insofern lässt sich für die USA das Fazit ziehen, dass der Staat an sich zwar vorgibt, durch wissenschaftlich elaborierte Qualitätsberichte und -kontrollen etwas gegen Defizite in der Pflege zu unternehmen, dann aber wenig geschieht, um die schlimmsten Delinquenten zu bestrafen oder Einrichtungen zu schließen und so das System zu verbessern (Harrington et al. 2004: 67). Insgesamt schnitten die Staaten mit Regierungen der Demokraten aber auch nach dieser Studie besser ab als jene mit Republikanern; zudem gab es mehr Qualitätsprobleme in Staaten mit großen profitorientierten Pflegeheimketten und an Krankenhäuser angeschlossenen Einrichtungen sowie bei geringen Belegungsquoten und weniger Plätzen pro Einwohner (letzteres spricht auch für die grundsätzlich positive Wirkung des Wettbewerbs auf die Qualität) (Harrington et al. 2004). Im übrigen wirkte sich der Anteil von Profit- oder Nonprofit-Heimen in einem Staat nicht sign. auf die Pflegequalität aus, weder für die Zahl noch die Schwere der beobachteten Pflegemängel (Kelly et al. 2008).

Eher niederschmetternd ist auch die Einschätzung zur offenbar geringen Effektivität der Durchsetzung von Qualitätsstandards im Pflegesektor der USA von 1.147 Experten (dar-

¹⁶ Von Harrington et al. wurde ein „Enforcement“ oder „Regulatory Stringency Index“ gebildet, anhand „(1) the average number of deficiencies issued per facility; (2) the percentage of facilities that received a deficiency compared to those facilities that received no deficiencies; (3) the percentage of facilities that received a deficiency at the G level or above (residents experience harm or serious jeopardy that was either an isolated event, a pattern, or a wide-spread problem); (4) the percentage of facilities that were cited for substandard care; and (5) the average number of state and federal CMPs issued per facility surveyed“ (Harrington et al. 2004: 49). Dabei bleibt aber unklar, inwiefern die Kontrollaktivität der staatlichen Aufsicht oder die Pflegequalität abgebildet wird. Letzteres geschieht im übrigen nur bedingt durch die kontrollierend einbezogene Anzahl an Beschwerden pro Heimplatz (ebd. 51).

unter auch Vertreter der Anbieter) (Mor et al. 2010). Dabei zeigen Vertreter von Konsumenten und mit demokratischer Parteiorientierung erwartungsgemäß kritischere Bewertungen zur Durchsetzung von Qualitätsstandards als Anbietervertreter und den Republikanern nahestehende. Trotz der meist kritischen Einschätzung der staatlichen Qualitätsberichte und -kontrollen, wird aber keine neue Art der Regulierung, vielmehr nur eine verbesserte Praxis im Sinne von ‚mehr vom Gleichen‘ gefordert (Mor et al. 2010). Die Experten, welche sich den Republikanern zuordnen, tendieren aber eher zu stärkeren ökonomischen und marktorientierten Anreizen und besseren Vergütungen, Demokraten (ähnlich Verbrauchergruppen) eher zur Vorgabe höherer Personalanforderungen und strengeren staatlichen Sanktionen, relativ am wenigsten versprechen sich Demokraten wie Republikaner von verbesserten Verbraucherinformationen (ebd. 50). Letzteres dürfte aber auch daran liegen, dass eben an sich seit langem relativ gute öffentliche Informationen zur Qualität einzelner Pflegeheime vorliegen (ebd. 58), auch wenn diese Daten der Qualitätsberichte und -kontrollen oft sehr unterschiedlich gut erhoben werden (Mor et al. 2010; Miller/Mor 2008: 259-261; 266 ff.). Im übrigen erfordern auch die in den USA populärer werdenden leistungsorientierten Vergütungen (‚Pay-for-Performance‘) bzw. die Regulierung per Markt oder Quasi-Markt möglichst objektiv, valide und reliable zu erhebende Leistungs- und Vergleichsdaten von Pflegeeinrichtungen; dabei beruht die mangelnde Güte der Datenerhebung und Berichterstattung in den USA weniger auf grundsätzlichen methodischen Problemen der Leistungsmessung sozialer Dienste (die es zwar auch gibt) als auf der mangelnden ernsthaften Überzeugung in der Praxis staatlicher Agenturen mit dem dahinter stehenden politischen Willen (Mor et al. 2010: 53 f.).

Schließlich können nur ergänzend einige Befunde zur Regulierung und Kontrolle sozialer Dienste für ältere Menschen aus *Deutschland* zusammengefasst werden. Zunächst kontrolliert im stationären Sektor die bei den Sozialhilfeträgern (auf Landesebene oder kommunal) angesiedelte Heimaufsicht nach dem Bundesheimgesetz (inzwischen durch die Föderalismusreform in der Gesetzgebungskompetenz der Länder), die jedoch traditionell verwaltungsorientiert und vorwiegend strukturelle Aspekte prüfte; hierzu liegen zudem nur dürftige Berichte vor (Getta/Schmitz 2004; Garms-Homolová et al. 2004). Laut Getta/Schmitz (2004) kamen im Jahr 2002 im Mittel 3,17 Vollzeitbeschäftigte der Heimaufsicht auf hundert Pflegeeinrichtungen (1,48 in Sachsen bis 5,29 in Thüringen), bei allerdings z.T. unzureichenden Daten und ohne die Größe der Einrichtungen zu berücksichtigen (Getta/Schmitz 2004: 155 f.); laut Pflegestatistik lag die Zahl der Plätze in Pflegeheimen im Mittel bei ca. 70, d.h. es kämen im Mittel ca. 200-250 Heimplätze auf eine kontrollierende Vollzeitkraft.¹⁷ Hierzulande wurde im Jahr 2002 nur die Mehrheit der Heime immerhin einmal geprüft, aber eben längst nicht alle (ca. 57% als wiederkehrende Prüfung, 28% anlassbezogen, wobei Mehrfachzählungen möglich sind).¹⁸ Seit dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung 1995 ist zudem der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) für die Qualitätskontrolle bei allen Pflegeeinrichtungen nach SGB XI zuständig. Das Ausmaß, die Methodik und die Publizität der Kontrollen lässt aber im Vergleich zur USA stark zu wünschen übrig, sowohl von seiten der Heimaufsicht wie auch des MDK (Garms-Homolová et al. 2004). Vom MDK wurden im

¹⁷ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009; <http://www.destatis.de>

¹⁸ Da die Gesetzgebungskompetenz inzwischen bei den Ländern liegt, dürften keine weiteren Berichte mehr auf Bundesebene zu erwarten sein.

Jahr 2006 nur knapp 20% der Einrichtungen einmal geprüft, seit dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung 1995 bis Ende 2006 waren es insgesamt nur ca. 67% der ca. 10 Tsd. ambulanten Pflegedienste und 80% der ca. 10 Tsd. Pflegeheime.¹⁹ Nachdem in den ersten Jahren nur aggregierte Berichte vorgelegt wurden, liegen zwar inzwischen auch Berichte zu jeder geprüften Einrichtung vor, diese und die eingesetzten Instrumente sind aber im Vergleich zum in den USA eingesetzten RAI methodisch dürftig, nicht validiert und insgesamt von zweifelhafter Aussagekraft.

5. Politik der Altenhilfe – Macht der Alten oder Marginalisierung?

Zwar steht die Praxis der staatlichen Regulation und Qualitätskontrolle sozialer Dienste für hilfe- und pflegebedürftige Menschen wie gezeigt wurde in einem Zusammenhang mit alterssozial- oder pflegepolitischen Aspekten (Inhalte, Ideologien, Interessen, Prozesse und Institutionen oder Strukturen), jedoch bestehen auch in relativ fortgeschrittenen sozialdemokratisch oder stärker durch Linksregierungen geprägte Wohlfahrtsstaaten oft gravierende Versorgungslücken und Qualitätsmängel in der Altenhilfe oder -pflege, bis zu schweren Formen der Vernachlässigung und Gewalt – deren Häufigkeit und Schwere bezeichnenderweise mit der zunehmenden Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, Demenz, Inkontinenz und Immobilität ansteigt (Garms-Homolová et al. 2004), d.h. quasi mit dem ‚Verfall‘ ihres physischen, kulturellen und sozialen Kapitals (Roth 2007). Dazu gibt es nicht nur in Deutschland regelmäßig öffentliche Skandale, deren faktische politische Wirkung aber beschränkt bleibt, so auch

¹⁹ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2007; http://www.mds-ev.de/media/pdf/2_Bericht_des_MDS.pdf

eine dänische Studie (Elmelund-Præstekær/Wien 2008). So flammen zwar immer wieder öffentliche Diskussionen um Mängel oder Notstände in der Pflege auf, diese werden aber ebenso rasch wieder verdrängt und eher durch symbolische Politik wie Kommissionen, Beiräte oder die Vergabe von Forschungsaufträgen bearbeitet (auch in den USA fällt die dargestellt eine Diskrepanz zwischen Forschung und ‚paper work‘ sowie effektiver Qualitätsverbesserung auf). In Deutschland wurde zwar 1994 das Pflegeversicherungsgesetz und seitdem schon diverse Novellen dazu verabschiedet, jedoch bisher mit nur allmählichen Leistungs- und Qualitätsverbesserungen, obwohl mit dem Pflegequalitätssicherungsgesetz die Position der Heimbeiräte gestärkt sowie die Qualitätsprüfungen und deren Publikation gegen den Widerstand von Anbietern ausgeweitet wurden. Zudem wurden die Beteiligungsrechte in der Pflegebedürftigen und ihrer Vertreter in den Novellen des Heimgesetzes gestärkt.

Das prekäre und diffuse soziale und politische Machtfeld Pflege wird aber bisher weder ausreichend beleuchtet noch tangiert (Roth 2007). Die Prekarität des sozial-politischen Feldes drückt sich vor allem darin aus, dass bis dato kaum wirksame politische Interessenorganisationen der Betroffenen und Beschäftigten sozialer Dienste existieren (wie die Gewerkschaften für die arbeitsbezogenen Bereiche der Sozialpolitik und trotz ihrer Schwächung seit den 1970er Jahren). Nach wie vor sind in Deutschland im Sektor sozialer Dienste kirchliche Organisationen und Wohlfahrtsverbände dominant (Schmid/Mansour 2007), die sich zunehmend als Dienstleister oder wirtschaftliche Unternehmen verstehen, womit sie aber ähnlichen Anreizen der Qualitäts- und Kosteneinsparung wie Profit-Unternehmen unterliegen. Politische Interessengruppen der Älteren wie in Deutschland die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren, Seniorenbeiräte

oder die von 1989 bis 2008 existierende Partei der ‚Grauen Panther‘ konnten bisher kaum eine Wirkung erzielen, sie bleiben marginalisiert (Maltby/Rohleder 2009). Inwiefern eine Interessengruppe oder Partei ‚der Älteren‘ angesichts der Heterogenität dieser Gruppe überhaupt eine Chance der Machtentfaltung hat, muss dahingestellt bleiben. Erschwerend ist hierbei nicht zuletzt, dass infolge der populären Krisenszenarien der gesellschaftlichen Alterung und dem Gegenwind der regressiven ‚Reformpolitik‘ seit etwa Mitte bis Ende der 1970er Jahre die Verteilungsfragen zwischen Alt und Jung neu gestellt wurden – und zwar eher zulasten der Älteren (Street/Cossman 2006).²⁰ Die wachsende ‚Alterslast‘, die ‚Greedy Geezers‘, so der Tenor, belasten und bedrohen ‚unsere Wirtschaft und Zukunftsfähigkeit‘ zulasten ‚unserer Kinder‘ (für die USA: Binstock 2010). Zu solchen ‚population crisis myths‘ (Castles) kommen die Mythen des globalen ökonomischen Wettbewerbs und neo-liberaler Ideologie, welche ebenso die wohlfahrtsstaatliche Entwicklung in eine eher restriktive Richtung drängen (Walker 2005).

Insgesamt ist eine dezidierte Politik sozialer Dienste und der Altenhilfe bisher wenig ausgeprägt im Vergleich zur ‚großen‘ Renten- oder Gesundheitspolitik, ebenso wie die politikwissenschaftliche Analyse dazu. Die Alterssozialpolitik und die politikwissenschaftliche Analyse konzentriert sich auf die Rentenpolitik, welche in Europa zudem weniger durch spezifische und mächtige Interessengruppen der Senioren als durch professionelle Stellvertreter oder Advokaten von Gewerkschaften, Parteien und Ministerien bestimmt ist – entgegen den USA, wo relativ starke Seniorenorganisationen wie die American Association of Retired Persons (AARP) exi-

²⁰ Siehe Tepe/Vanhuyse 2010, deren Analyse der populären These bzgl. der nachfragegetriebenen Entwicklung des Wohlfahrtsstaates, u.a. durch die wachsende Zahl der Senioren (z.B.: Campbell/Lynch 2002), widerspricht.

stieren (Carney 2010; Gilleard/Higgs 2009; Schölkopf 2000; Schölkopf 1999). Somit ist die aus dem Beispiel der (auch wissenschaftlich hegemonialen) USA abgeleitete These einer starken und wachsenden politischen Macht der Senioren und ihrer Interessenorganisationen (Campbell 2003; Campbell/Lynch 2002) bzgl. der europäischen Situation und der *Altenhilfe- und Pflegepolitik* zu spezifizieren und näher zu untersuchen. Zwar wurden auch für Europa wachsende politische Teilhabeinteressen und eine kommende Macht von Seniorenorganisationen als ‚new politics of old age‘ diskutiert (Walker/Naegele 1999). Jedoch bleibt die künftig noch zu klärende Frage, inwiefern hier nicht vielmehr symbolische Politik dominiert (durch diverse Kommissionen, Programme zur Förderung zivilen Engagements, Erklärungen oder Inszenierungen), die *außerhalb* der verfassten Politik und Programme bleiben (für Großbritannien und Deutschland: Maltby/Rohleder 2009), und inwiefern tatsächlich effektive Verbesserungen der sozialen und politischen Teilhabe hilfe- und pflegebedürftiger Menschen stattfinden.

Bezüglich der politischen Teilhabe wird oft auf die infolge des demographischen Wandels zunehmende *Zahl* älterer Wähler und deren relativ höhere Wahlbeteiligung hingewiesen, jedoch sind ‚die Älteren‘ eben keine politisch homogene und leicht organisierbare Gruppe (Binstock 2010); zudem sinkt die Wahlbeteiligung sehr stark im sehr *hohen* Alter und auch die Repräsentation von Senioren in Parlamenten ist stark rückläufig: Inzwischen ist diese schon bei den mäßig Alten, den ca. 65 bis 70-Jährigen, nur noch marginal (für Deutschland: Kohli/Künemund 2005; Kalisch 2008). Insgesamt sinkt die soziale wie auch politische Teilhabe im *sehr hohen* Alter stark sowie insbesondere bei gesundheitlich Beeinträchtigten, formal gering gebildeten und Heimbewohnern (Gehring/Wagner 1999; Rosenmayr/Kolland 2002; Künemund

2006; Gensicke 2006).²¹ Zudem bleiben diskriminierende und stigmatisierende Klassifikationen (Ageism) dominante Phänomene, trotz aller Proklamationen und Bemühungen um ‚aktives‘ oder ‚positives Altern‘, soziales Engagement, der positiven Hervorhebung der Wirtschaftskraft Alter usw. (Filipp/Mayer 2005; Kruse/Schmitt 2005; Amrhein/Backes 2007; Binstock 2005;2010; Brauer/Clemens 2010).

6. Schlußbemerkung

Trotz einer wachsenden öffentlichen Aufmerksamkeit ist die Politik und Regulation sozialer Dienste für ältere Menschen wenig entwickelt, was noch mehr für die politikwissenschaftliche Auseinandersetzung gilt. Zwar darf grundsätzlich ein positiver Effekt wohlfahrtsstaatlicher Regulierung sowohl bzgl. der Quantität wie Qualität der Versorgung erwartet werden, wobei konservative und liberale Regime und Regierungen mit ihrer Zurückhaltung gegenüber der wohlfahrtsstaatlichen Regulierung und der Bevorzugung von Familien- oder Marktlösungen insgesamt eher schlechtere ‚Outcomes‘ aufzuweisen. Gleichwohl bleiben auch in den fortgeschrittenen Wohlfahrtsstaaten (mit einer in der Regel stärkeren Beteiligung von Linksparteien an der Regierung) zum Teil erhebliche Defizite der Versorgung in der Altenhilfe und -pflege.

Die Hintergründe und Wirkungen unterschiedlicher wohlfahrtsstaatlicher Interventionsformen bleiben jedoch im einzelnen unklar, zumal es kaum international vergleichende

²¹ In diesem Zusammenhang muss auch auf die sehr frühe ‚Freisetzung‘ älterer Menschen aus dem Beruf und Erwerbsleben und die enorm hohe Rate des Sterbens in Institutionen sowie die mit dem hohen Alter stark steigende Rate an Selbstmorden, insbesondere bei Männern, hingewiesen werden (Voges 2008; Erlemeier 2002).

Studien dazu gibt. Insofern wäre eine vergleichende Forschung zur Altenhilfe- oder Pflegepolitik erforderlich, um zu untersuchen, inwiefern die Quantität und Qualität der Versorgung sozialer Dienste für ältere Menschen mit der wohlfahrtsstaatlichen Intervention, Regulation und Kontrolle sowie den dem zugrunde liegenden politischen Ideologien, Prozessen und Strukturen zusammenhängt, und zwar sowohl durch Analysen auf der Makro- wie Mikroebene (Einzelfälle bei einzelnen Einrichtungen und Pflegebedürftigen mit ihren ‚outcomes‘).

7. Literatur

- Aichele, Valentin/Schneider, Jakob (2006): Soziale Menschenrechte älterer Personen in Pflege, Dt. Inst. für Menschenrechte, Berlin.
- Alber, J. (1995): A framework for the comparative study of social services. *Journal of European Social Policy* 5, 131.
- Allan, James P./Scruggs, Lyle (2004): Political Partisanship and Welfare State Reform in Advanced Industrial Societies. *American Journal of Political Science* Vol. 48, No. 3, 496-512.
- Amrhein, Ludwig/Backes, Gertrud M. (2007): Alter(n)sbilder und Diskurse des Alter(n)s: Anmerkungen zum Stand der Forschung. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie* Vol. 40, No. 2, 104-111.
- Anheier, Helmut K (2005): *Nonprofit organizations: theory, management, policy*, Routledge, London [et al.].
- Arts, Wil/Gelissen, John (2002): Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. *Journal of European Social Policy* Vol. 12, 137-158.
- Badelt, Christoph (2002): Zwischen Marktversagen und Staatsversagen? Nonprofit Organisationen aus sozioökonomischer Sicht, In: Badelt, Christoph (Ed.), *Handbuch der Nonprofit Organisation: Strukturen und Management* (unter Mitarbeit von Florian Pomper), Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 107-128.
- Bahle, Thomas (2008): The State and Social Services in Britain, France and Germany since the 1980s. *European Societies* 10, 25-47.
- Barlösius, Eva (2007): Die Demographisierung des Gesellschaftlichen: Zur Bedeutung der Repräsentationspraxis, In: Barlösius, Eva/Schiek, Daniela (Ed.), *Demographisierung des Gesellschaftlichen: Analysen und Debatten zur demographischen Zukunft Deutschlands*, Wiesbaden: VS (Verlag für Sozialwissenschaften), 9-34.
- Binstock, R.H. (2005): Old-age policies, politics, and ageism. *Generations* 29, 73-78.
- Binstock, R.H. (2010): From compassionate ageism to intergenerational conflict? *The Gerontologist* 50, 574.
- Bos, JT/Frijters, DH/Wagner, C/Carpenter, GI/Finne-Soveri, H/Topinkova, E/Garms-Homolova, V/Henrard, JC/Jonsson, PV/Sorbye, L/Ljunggren, G/Schroll, M/Gambassi, G/Bernabei, R (2007): Variations in quality of Home Care between sites across Europe, as measured by Home Care Quality Indicators. *Aging Clin Exp Res* 19, 323-329.

- Bourdieu, Pierre (1998): *Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns*, Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Brauer, K./Clemens, W. (2010): *Zu alt?: "Ageism" und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten*, VS Verlag,
- Bravo, G/De Wals, P/Dubois, MF/Charpentier, M (1999): *Correlates of care quality in long-term care facilities: a multilevel analysis*. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 54, P180-8.
- Bundesministerium der Finanzen (Ed.) (2006): *Die abgabenrechtliche Privilegierung gemeinnütziger Zwecke auf dem Prüfstand: Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen* Stollfuss, Bonn.
- Campbell, A.L. (2003): *How policies make citizens: Senior political activism and the American welfare state*, Princeton Univ Press,
- Campbell, A.L./Lynch, J. (2002): *The Two Faces of 'Gray Power': Elderly Voters, Elderly Lobbies and the Politics of Welfare Reform*.
- Carney, G.M. (2010): *Citizenship and structured dependency: the implications of policy design for senior political power*. *Ageing and Society* 30, 229-251.
- Castle, NG (2008): *Nursing home caregiver staffing levels and quality of care*. *Journal of Applied Gerontology* 27, 375.
- Castle, NG/Engberg, J (2007): *The influence of staffing characteristics on quality of care in nursing homes*. *Health Services Research* 42, 1822-1847.
- Castle, Nicholas G./Ferguson, Jamie C. (2010): *What Is Nursing Home Quality and How Is It Measured?* *The Gerontologist* 50, 426-442.
- Castles, Francis G (2004): *The future of the welfare state: crisis myths and crisis realities*, Oxford Univ. Press, Oxford [u.a.].
- Chevalier, Klaus (2004): *Auf den Schultern der Schwachen: Wohlfahrtsverbände in Deutschland* (hrsgg. vom Institut der deutschen Wirtschaft), Dt. Inst.-Verl, Köln.
- Clarfield, AM/Ginsberg, G/Rasooly, I/Levi, S/Gindin, J/Dwolatzky, T (2009): *For-profit and not-for-profit nursing homes in Israel: do they differ with respect to quality of care?* *Arch Gerontol Geriatr* 48, 167-172.
- Colombo, Francesca/Llena-Nozal, Ana /Mercier, Jérôme/Tjadens, Frits (2011): *Help wanted? providing and paying for long-term care*, OECD, Paris.
- Comondore, VR/Devereaux, PJ/Zhou, Q/Stone, SB/Busse, JW/Ravindran, NC/Burns, KE/Haines, T/Stringer, B/Cook, DJ/Walter, SD/Sullivan, T/Berwanger, O/Bhandari, M/Banglawala, S/Lavis, JN/Petrisor, B/Schunemann, H/Walsh, K/Bhatnagar, N/Guyatt, GH (2009): *Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis*. *BMJ* 339, b2732.
- Dicken, JE, United States Government Accountability Office (Ed.) (2008): *Nursing Homes: Federal Monitoring Surveys Demonstrate Continued Understatement of Serious Care Problems and CMS Oversight Weaknesses*, United States Government Accountability Office, Washington DC, <http://www.gao.gov/new.items/d08517.pdf>.
- Elmelund-Præstekær, C./Wien, C. (2008): *What's the Fuss About? The Interplay of Media Hypes and Politics*. *The International Journal of Press/Politics* 13, 247.
- Erlemeier, Norbert (2002): *Suizidalität und Suizidprävention im Alter* (unter Mitarbeit von Wirtz, Markus, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Schriftenreihe des BMFSFJ Nr. 212), Kohlhammer, Stuttgart [u.a.].
- Esping-Andersen, Gøsta (1990): *The three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton Univ. Press, Princeton.
- Esping-Andersen, Gøsta (1999): *Social foundations of postindustrial economies*, Oxford Univ. Press, New York [u.a.].
- Esping-Andersen, Gøsta (Ed.) (2002): *Why we need a new welfare state* Oxford University Press,
- Filipp, Sigrun-Heide/Mayer, Anne-Kathrin (2005): *Zur Bedeutung von Altersstereotypen*. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 49/50, 25-31.

- Flynn, L/Liang, Y/Dickson, GL/Aiken, LH (2010): Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 58, 2401-2406.
- Garms-Homolová, Vjenka/Roth, Günter/Engel, Kathrin, Landtag Nordrhein-Westfalen (Ed.) (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln : Forschungsbericht im Auftrag der Enquetekommission "Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen" des Landtags von Nordrhein-Westfalen, Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte, Berlin et al., http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Gutachten/Gutachten.jsp.
- Gehring, U.W./Wagner, M. (1999): Wahlbeteiligung im hohen und sehr hohen Alter. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *KOLNER ZEITSCHRIFT FÜR SOZIOLOGIE UND SOZIALPSYCHOLOGIE* 51, 681-705.
- Gensicke, Thomas, (Ed.) (2006): Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 - 2004: Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement (TNS Infratest Sozialforschung, München (Hg.) im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin, <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Arbeitsgruppen/Pdf-Anlagen/freiwilligen-survey-kurzfassung,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>.
- Getta, Martina/Schmitz, Klaus, (Ed.) (2004): Handbuch zur Praxis der Heimaufsicht (Bericht im Auftrag des Ministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Dortmund, <http://www.ffg.uni-dortmund.de/medien/projekte/FFG%20Handbuch%20Heimaufsicht%20Langfassung%202004.pdf>.
- Gilleard, C./Higgs, P. (2009): The power of silver: Age and identity politics in the 21st century. *Journal of Aging & Social Policy* 21, 277-295.
- Görgen, Thomas/Kreuzer, Arthur/Nägele, Barbara/Krause, Sabine (2002): Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum: wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Modellprojekts im Auftrag des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Kohlhammer, Stuttgart [u.a.].
- Grabowski, DC/Stevenson, DG (2008): Ownership conversions and nursing home performance. *Health Serv Res* 43, 1184-1203.
- Halvorsrud, Liv/Kalfoss, Mary (2007): The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994-2006. *European journal of ageing* Vol. 4, No. 4, 229-246.
- Hammerschmidt, Peter (2005): Wohlfahrtsverbände im Nachkriegsdeutschland. Zur Reorganisation, Finanzierung und Steuerung der Wohlfahrtsverbände im Nachkriegsdeutschland von 1945 bis 1961, Juventa, Weinheim, München.
- Harrington, C./Mullan, J.T./Carrillo, H. (2004): State nursing home enforcement systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 29, 43.
- Hirdes, JP/Fries, BE/Morris, JN/Ikegami, N/Zimmerman, D/Dalby, DM/Aliaga, P/Hammer, S/Jones, R (2004): Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. *Gerontologist* 44, 665-679.
- Horn, SD (2008): The business case for nursing in long-term care. *Policy Polit Nurs Pract* 9, 88-93.
- Hutchinson, AM/Milke, DL/Maisey, S/Johnson, C/Squires, JE/Teare, G/Estabrooks, CA (2010): The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review. *BMC HEALTH SERVICES RESEARCH* 10, 166.
- Hyer, K/Temple, A/Johnson, CE (2009): Florida's efforts to improve quality of nursing home care through nurse staffing standards, regulation, and Medicaid reimbursement. *J Aging Soc Policy* 21, 318-337.
- Jensen, C. (2008): Worlds of welfare services and transfers. *Journal of European Social Policy* 18, 151-162.
- Kalisch, D. (2008): Politische Repräsentanz Älterer in deutschen Parlamenten. Eine Analyse der Altersanteile in den Landesparlamenten und im Bundestag. *Informationsdienst Altersfragen* 35, 2-9.

- Kelly, CM/Liebig, PS/Edwards, LJ (2008): Nursing home deficiencies: an exploratory study of interstate variations in regulatory activity. *J Aging Soc Policy* 20, 398-413.
- Kim, H/Kovner, C/Harrington, C/Greene, W/Mezey, M (2009): A panel data analysis of the relationships of nursing home staffing levels and standards to regulatory deficiencies. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 64, 269-278.
- Kohli, Martin/Künemund, Harald (2005): Gegenwart und Zukunft des Generationenkonflikts, In: dies. (Ed.), *Die zweite Lebenshälfte*, Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss, 337-367.
- Kondratowitz, Hans-Joachim (2010): International vergleichende Altersforschung: Bedingungen, Ergebnisse und Strategien, In: Aner, Kirsten/Karl, Ute (Ed.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*, Wiesbaden: VS, 467-480.
- Korpi, W. (2000): Faces of inequality: Gender, class, and patterns of inequalities in different types of welfare states. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 7, 127.
- Kruse, Andreas/Schmitt, Eric (2005): Zur Veränderung des Altersbildes in Deutschland. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 49/50, 9-17.
- Künemund, Harald (2006): Tätigkeiten und Engagement im Ruhestand, In: Tesch-Römer, Clemens/Engstler, Heribert/Wurm, Susanne (Ed.), *Altwerden in Deutschland: Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*, Wiesbaden: VS-Verlag, 289-327.
- Lahmann, NA/Dassen, T/Poehler, A/Kottner, J (2010): Pressure ulcer prevalence rates from 2002 to 2008 in German long-term care facilities. *AGING CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH* 22, 152-156.
- Maltby, T./Rohleder, C. (2009): Societal and Political Participation, In: Walker, Alan (Ed.), *Social policy in ageing societies: Britain and Germany compared*, Palgrave MacMillan, 233-251.
- Manow, P., (Ed.) (2004): The good, the bad, and the ugly: Esping-Andersen's regime typology and the religious roots of the Western welfare state, MPIfG Working Paper No. 4, Max Planck Institute for the Study of Societies, Köln, <http://www.mpifg.de/pu/workpap/wp04-3/wp04-3.html>.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Ed.) (2007): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege (2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI), MDS, Essen, http://www.mds-ev.org/media/pdf/Zweiter_Bericht_des_MDS.pdf.
- Miller, E.A./Mor, V. (2008): Balancing regulatory controls and incentives: Toward smarter and more transparent oversight in long-term care. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 33, 249.
- Mor, V/Miller, EA/Clark, M (2010): The taste for regulation in long-term care. *Med Care Res Rev* 67, 38S-64S.
- Mor, V./Gruneir, A./Feng, Z./Grabowski, D.C./Intrator, O./Zinn, J. (2011): The Effect of State Policies on Nursing Home Resident Outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*.
- Morel, N (2007): From Subsidiarity to 'Free Choice': Child-and Elder-care Policy Reforms in France, Belgium, Germany and the Netherlands. *Social Policy & Administration* Vol. 41, Nr. 6, 618-637.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development) (Ed.) (2009): *Society at a Glance 2009: OECD Social Indicators* OECD, [s.l.].
- Pavolini, E./Ranci, C. (2008): Restructuring the welfare state: Reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy* 18, 246-259.
- Pekkarinen, L/Sinervo, T/Elovainio, M/Noro, A/Finne-Soveri, H (2008): Drug use and pressure ulcers in long-term care units: do nurse time pressure and unfair management increase the prevalence? *J Clin Nurs* 17, 3067-3073.
- Podnieks, E./Penhale, B./Goergen, T./Biggs, S./Han, D. (2010): Elder mistreatment: An international narrative. *Journal of elder abuse & neglect* 22, 131-163.
- Rosenmayr, Leopold/Kolland, Franz (2002): Altern in der Großstadt: Eine empirische Untersuchung über Einsamkeit, Bewegungsarmut und ungenutzte Kulturchancen in Wien, In: Backes, Gertrud M./Clemens, Wolfgang (Ed.), *Zukunft der Soziologie des Alter(n)s*, Opladen: Leske u. Budrich, 251-278.

- Roth, Günter (2007): Dilemmata der Altenpflege: Die Logik eines prekären sozialen Feldes. *Berliner Journal für Soziologie* Vol. 1, 77-96.
- Rothgang, H (2010): Social Insurance for Long-term Care: An Evaluation of the German Model. *SOCIAL POLICY & ADMINISTRATION* 44, 436-460.
- Saraceno, C./Keck, W. (2010): Can we identify intergenerational policy regimes in Europe? *European Societies* 12, 675-696.
- Schmid, Josef/Mansour, Julia I. (2007): Wohlfahrtsverbände: Interesse und Dienstleistung, In: Winter, Thomas von/Willems, Ulrich (Ed.), *Interessenverbände in Deutschland*, Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, 244-270.
- Schölkopf, Martin (1999): Altenpflegepolitik in der Bundesrepublik Deutschland : zwischen Bedarfsdeckung und Marginalisierung ; eine Analyse der Expansion der Pflegedienste im Bundesländervergleich, Universität Konstanz, Konstanz.
- Schölkopf, Martin (2000): Politisch repräsentiert oder ausgegrenzt: Pflegebedürftige ältere Menschen und die organisierten Interessen, In: Winter, Thomas von/Willems, Ulrich (Ed.), *Politische Repräsentation schwacher Interessen*, Opladen: Leske + Budrich, 113-148.
- Scruggs, Lyle (2006): The generosity of social insurance, 1971 - 2002. *Oxford review of economic policy* Vol. 22, No. 3, 349-364.
- Scruggs, Lyle (2008): Social Rights, Welfare Generosity, and Inequality, In: Beramendi, Pablo /Anderson, Christopher (Ed.), *Democracy, inequality, and representation : a comparative perspective*, New York, NY: Russell Sage Foundation, 62-90.
- Scruggs, Lyle/Allan, James P. (2006): Welfare-state decommodification in 18 OECD countries: a replication and revision. *Journal of European Social Policy* Vol. 16, 55-72.
- Seibel, Wolfgang (1992): *Funktionaler Dilettantismus: erfolgreich scheiternde Organisationen im "Dritten Sektor" zwischen Markt und Staat*, Nomos-Verl.-Ges, Baden-Baden.
- Statistisches Bundesamt (Ed.) (2005): *Pflegestatistik 2005: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung* Statistisches Bundesamt, Bonn.
- Statistisches Bundesamt (Ed.) (2006): *Bevölkerung Deutschlands bis 2050: 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung* (Verf.: Eisenmenger, Matthias/Pöttsch, Olga/Sommer, Bettina) Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Ed.) (2008): *Pflegestatistik 2007: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung* Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Street, D./Cossman, J.S. (2006): Greatest generation or greedy geezers? Social spending preferences and the elderly. *Social problems* 53, 75-96.
- Tepe, M./Vanhuysse, P. (2010): Elderly bias, new social risks and social spending: change and timing in eight programmes across four worlds of welfare, 1980-2003. *Journal of European Social Policy* 20, 217.
- Theobald, H. (2010): Pflegepolitik, Sorgetätigkeiten und Ungleichheit: Europäische Perspektiven. *Sozialer Fortschritt* 59, 31-39.
- Voges, Wolfgang (2008): *Soziologie des höheren Lebensalters: Ein Studienbuch zur Gerontologie*, Maro Verlag, Augsburg.
- Walker, A. (2005): Towards an international political economy of ageing. *Ageing and Society* 25, 815.
- Walker, A./Naegele, G. (1999): *The politics of old age in Europe*, Open University Press,
- Walshe, K./Harrington, C. (2002): Regulation of Nursing Facilities in the United States. *The Gerontologist* 42, 475.