

## **Angebotsformen und Trägerstrukturen sozialer Dienste im europäischen Vergleich**

Thomas Bahle  
Astrid Pfenning

Thomas Bahle  
Astrid Pfenning

**Angebotsformen und Trägerstrukturen sozialer Dienste  
im europäischen Vergleich**

**Bahle, Thomas:**

Angebotsformen und Trägerstrukturen sozialer Dienste im europäischen Vergleich / Thomas Bahle ; Astrid Pfenning. –

Mannheim : 2001

(Arbeitspapiere - Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung ; 34)

ISSN 1437-8574

Nicht im Buchhandel erhältlich

Schutzgebühr: DM 5,-

Bezug: Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung (MZES), Postfach, 68131 Mannheim

WWW: <http://www.mzes.uni-mannheim.de>

Redaktionelle Notiz:

*Das vorliegende Arbeitspapier entstand im Rahmen von Vorarbeiten für ein international-vergleichendes Projekt über soziale Dienste in Europa.*

*Thomas Bahle ist wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl für Soziologie I an der Universität Mannheim. Seine Interessen beinhalten die komparative Wohlfahrtsstaatsforschung, Familienpolitik und soziale Dienste.*

*Astrid Pfenning ist Sozialwissenschaftlerin am MZES. Ihre Interessen beinhalten die Analyse sozialer Netzwerke, vergleichende Sozialforschung, Sozialpolitik und soziale Dienste.*

## Zusammenfassung

Soziale Dienstleistungen sind ein relativ neues Gebiet vergleichender Forschung zum Wohlfahrtsstaat. Es fehlt an komparativen Darstellungen des gesamten Feldes sozialer Dienste, gute Studien liegen jedoch für Dienste für ältere Menschen und Kinder vor. Soziale Dienste für alte Menschen haben sich in fast allen europäischen Ländern als eigenständiges Feld etabliert. Die Länder entwickeln zum Teil ähnliche Strategien in der Bewältigung steigender Nachfrage: Diversifikation des Angebots, Ausbau ambulanter Dienste, Privatisierung usw. Doch Angebot und Organisation der Dienste variieren nach wie vor zwischen den Ländern. Kinderbetreuung wird nicht in allen Ländern als öffentliche Aufgabe betrachtet. Große Unterschiede existieren für Kinder unter drei Jahren, weniger ausgeprägt sind sie für Kinder zwischen drei und sechs Jahren. Mit der Zunahme des Leistungsumfangs sozialer Dienste geht eine Pluralisierung der Anbieterstrukturen einher. Historisch betrachtet übernahmen meist freiwillige Organisationen Pionierfunktionen in der Erbringung sozialer Dienste. In Ländern wie Deutschland, Belgien und Frankreich haben sich Nonprofit-Organisationen als Partner in öffentlichen Systemen etabliert, in anderen, wie z.B. England, sind sie weniger in öffentliche Systeme eingebunden und übernehmen meist komplementäre Funktionen in der Betreuung von Problemgruppen. In den skandinavischen Ländern, in denen öffentliche Träger das Angebot dominieren, finden wir Nonprofit-Organisationen, die sich auf Interessenvertretung konzentrieren. In jüngerer Zeit haben in einigen Ländern kommerzielle Anbieter verstärkt das Feld sozialer Dienste betreten. Aus der Analyse der Angebotsformen und Trägerstrukturen sozialer Dienste kristallisieren sich vier Typen europäischer Dienstleistungsregime heraus: die skandinavischen Länder mit hoch entwickelten öffentlichen Dienstleistungssystemen, die südeuropäischen Länder mit gering entwickelten Systemen, ein liberaler Regimetyp mit einer Grundversorgung sozialer Dienste sowie ein mitteleuropäisch-konservativer Regimetyp, der durch eine relativ hohe, institutionalisierte Beteiligung von Nonprofit-Organisationen an der Dienstleistungserbringung charakterisiert ist.

## Abstract

Social services are a relatively new field of comparative welfare state research. Though comparative studies on the whole area of social services are still rare, good studies and data are available on services for elderly people and children. In almost all European countries services for the elderly are an established part of the welfare state. Countries have developed similar policies in meeting rising demands: diversification of services, investment in home-help services or privatization etc. Still, service provision and organization largely vary between countries. Child-care services are not in all countries regarded as public responsibility. There are big variations between countries with respect to services for children below three years, variations are smaller for children between three and six years. Increasing service provision has gone hand in hand with a pluralization of provider structures. In historical perspective, non-profit organizations often were pioneers in developing social services. In countries like Germany, Belgium and France non-profit organizations have become partners in public social service systems, in others like England, they are not as much integrated in public systems and often fulfil complementary functions in providing services for groups with special risks. In Scandinavian countries, where public services dominate, non-profit organizations have mainly advocacy functions. In recent years in some countries we observe a growing share of commercial service providers. The analysis of supply and provider structures reveals four distinct European social service systems: Scandinavia with highly developed public service systems, Southern Europe with low-developed services, a liberal type with a basic provision structure and a conservative type characterized by an institutionalized contribution of non-profit organizations to social service delivery.

# Inhalt

Einleitung .....	1
1. Soziale Dienste in den europäischen Wohlfahrtsstaaten .....	2
1.1 Soziale Dienste in historischer Perspektive .....	2
1.2 Typen von Wohlfahrtsstaaten in Europa .....	5
2. Soziale Dienste im europäischen Vergleich .....	8
2.1 Ausgaben .....	8
2.2 Administrative Organisation .....	10
2.3 Soziale Dienste für Kinder .....	13
2.4 Soziale Dienste für alte Menschen .....	21
2.5 Zusammenfassende Betrachtung sozialer Dienste für Kinder und alte Menschen .....	31
3. Die Träger sozialer Dienstleistungen .....	36
3.1 Die Akteure und ihre Beziehungen .....	36
3.2 Organisationsformen des Nonprofit-Sektors .....	37
3.3 Verbandliche Organisation .....	46
3.4 Finanzierung .....	51
3.5 Freiwilliges Engagement im Nonprofit-Sektor .....	58
3.6 Quantitative Bedeutung des Feldes sozialer Dienstleistungen im Vergleich .....	61
3.7 Marktanteile der Anbieter im empirischen Vergleich .....	63
4. Soziale ‚Dienstleistungsregime‘ in Europa .....	69
4.1 Dienstleistungsregime im Ländervergleich .....	69
4.2 Länderdarstellungen: Frankreich, Deutschland, Schweden, Großbritannien, Spanien .....	73
Schlußbemerkung .....	89
Literatur .....	92
Anhang .....	98

## Einleitung

Das Arbeitspapier beschreibt die Organisationsformen und Trägerstrukturen sozialer Dienste in Ländern der Europäischen Union in komparativer Perspektive. Die Betrachtung konzentriert sich auf Betreuungsdienste für Kinder und alte Menschen als den sozialen Diensten, die große Teile der Bevölkerung erfassen und international vergleichend gut erforscht sind. Kernstück des Arbeitspapiers ist der internationale Vergleich, ergänzt um ausgewählte Länderdarstellungen. Dabei werden die institutionellen Gegebenheiten der untersuchten Länder und Variationen zwischen ihnen dargestellt.

Das Papier beschäftigt sich mit sozialen Dienstleistungen aus der Perspektive der komparativen Wohlfahrtsstaats- und der Verbändeforschung, in deren Rahmen in den letzten Jahren einige vergleichende Arbeiten vorgelegt wurden. Es stützt sich im wesentlichen auf eine Sekundäranalyse dieser Studien und auf verfügbare internationale Daten, vor allem der OECD und EU. Im Mittelpunkt des Ländervergleichs stehen Organisation und Angebotsstruktur sozialer Dienste hinsichtlich Regulierung, Finanzierung, Erfassungsgrad und Trägerschaft. Dabei unterscheiden wir folgende Dimensionen:

- die Angebotsformen und Zielgruppen sozialer Dienstleistungen;
- die institutionelle Verankerung sozialer Dienste sowie die Arbeitsteilung zwischen Zentralstaat, regionaler Ebene und Gemeinden;
- die quantitative Bedeutung sozialer Dienste in den unterschiedlichen wohlfahrtstaatlichen Systemen;
- die Organisationsformen nicht-staatlicher Träger;
- die quantitative Bedeutung nicht-staatlicher Träger und ihre Einbindung in das System sozialer Dienste.

Angebotsformen, institutionelle Verankerung und Arbeitsteilung zwischen Zentralstaat, regionaler Ebene und Gemeinden sowie die quantitative Bedeutung sozialer Dienste sind Gegenstand von Kapitel 2. Kapitel 3 beschreibt die Rechtsgrundlagen und Organisationsformen nicht-staatlicher Träger und deren quantitative Bedeutung. In Kapitel 4 wird versucht, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Ländern im Hinblick auf die Herausbildung von Ländergruppen mit ähnlichem ‚Dienstleistungsregime‘ zu untersuchen. Ausgewählte Systeme, die unterschiedliche Wohlfahrtsstaatstypen repräsentieren, werden beispielhaft behandelt und neuere Entwicklungen dargestellt. Es sind dies die Länder Frankreich, Deutschland, Schweden, Großbritannien und Spanien. Abschließend (Kapitel 5) werden die Ergebnisse zusammengefaßt und im Hinblick auf zentrale Trends in Europa bewertet.

## **1. Soziale Dienste in den europäischen Wohlfahrtsstaaten**

Soziale Dienste stehen heute vielfach im Mittelpunkt des sozialpolitischen Interesses. Betreuung und Pflege von Menschen sind eine wachsende Herausforderung für Gesellschaft und Wohlfahrtsstaat. Auf der einen Seite werden soziale Probleme durch Entwicklungen wie den Wandel der Familienstrukturen und die demographische Alterung der Gesellschaft verschärft, wodurch sich der Bedarf an sozialen Diensten erhöht. Für eine steigende Zahl von Menschen wird die Versorgung mit sozialen Diensten zu einem bestimmenden Faktor ihrer Lebenslage. Auf der anderen Seite schwindet die Problemlösungskapazität traditioneller Anbieter: die Bedeutung der Familie als informeller 'Anbieter' verändert sich, der Wohlfahrtsstaat stößt an finanzielle und bürokratische Grenzen und die freien Wohlfahrtsorganisationen haben Schwierigkeiten, freiwilliges soziales Engagement zu mobilisieren. In dieser Situation steht die traditionelle Arbeitsteilung zwischen Familie, Staat, Nonprofit-Organisationen und kommerziellen Anbietern im Bereich sozialer Dienste auf dem Prüfstand.

Soziale Dienste werden in zunehmendem Maße arbeitsteilig erbracht. Dies setzt die gesellschaftliche Fähigkeit voraus, verschiedene Ressourcen zu mobilisieren und zu koordinieren. Diversifikation des Angebots und Pluralisierung der Träger sozialer Dienste sind Entwicklungen, die eine stärkere Koordination von Diensten und Vernetzung von Anbietern erfordern. Für diese Anpassungsprozesse bieten die historisch gewachsenen Strukturen sozialer Dienste in den einzelnen Ländern unterschiedliche Ansatzpunkte und Chancen.

Das Arbeitspapier gibt einen Überblick über Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den europäischen Ländern in Angebot und Organisation sozialer Dienste in vergleichender Perspektive. In Kapitel 1 werden einige allgemeine Vorüberlegungen angestellt, die den heuristischen Rahmen für unsere Untersuchung liefern. Zunächst wird die Entwicklung sozialer Dienste kurz in historischer Perspektive betrachtet. Dabei stehen zwei Fragen im Mittelpunkt: zum einen, in welchen wohlfahrtsstaatlichen Bereichen soziale Dienste traditionell erbracht wurden, zum andern, welches die traditionellen Träger sozialer Dienste waren (1.1). Anschließend werden soziale Dienste im Kontext unterschiedlicher Typen von Wohlfahrtsstaaten in Europa betrachtet. Dabei wird die Frage aufgeworfen, ob sich in Europa verschiedene Dienstleistungssysteme unterscheiden lassen und wenn ja, welches ihre zentralen Merkmale sind (1.2). Diese Leitfrage der Untersuchung wird in Kapitel 4 zusammenfassend und auf empirischer Grundlage wieder aufgegriffen.

### **1.1 Soziale Dienste in historischer Perspektive**

Die Entwicklung der europäischen Wohlfahrtsstaaten wurde maßgeblich durch die Ziele Sicherheit, Gleichheit und Grundversorgung geprägt. Daneben spielte der Aspekt sozialer Kontrolle stets eine wichtige Rolle. Für die sozialen Sicherungssysteme waren Sicherheit und Gleichheit von herausragender Bedeutung, während Grundversorgung und soziale Kontrolle wichtig für soziale Dienste waren. Soziale Kontrolle war häufig Motiv für den Aufbau öffentlicher Dienste und Einrichtungen, zum Beispiel im Armenwesen. Die neuere Entwicklung sozialer Dienste wurde dagegen maßgeblich durch das Ziel einer Befriedigung allgemein anerkannter sozialer Bedürfnisse bestimmt. Zum einen durch

eine Grundversorgung für Menschen in bestimmten individuellen Lebenslagen, die durch Mangel, Gefährdung oder Verlust an Selbständigkeit gekennzeichnet sind, zum andern durch eine relativ umfassende Versorgung für Menschen mit allgemeinen Bedürfnissen.

Auf dieser Grundlage lassen sich soziale Dienste in zwei Gruppen einteilen: zum einen Dienste, die auf allgemeine Lebensrisiken und Bedürfnisse gerichtet sind, typischerweise große Bevölkerungsgruppen umfassen und im Rahmen allgemeiner und standardisierter sozialer Einrichtungen behandelt werden; zum andern Dienste, die auf spezifische Risiken und Bedürfnisse gerichtet sind, typischerweise individuelle Probleme betreffen und im Rahmen individueller Betreuung, zum Beispiel durch Sozialarbeit bearbeitet werden. Beispiele für allgemeine Bedürfnisse sind die Betreuung von Kindern und alten Menschen. Individuelle Problemlagen und Bedürfnisse betreffen zum Beispiel soziale Randgruppen, schwer erziehbare Kinder, Drogenabhängige oder Obdachlose. Im ersten Fall sprechen wir von sozialen Einrichtungen, im zweiten von am Einzelfall orientierter Sozialarbeit.

In diesem Arbeitspapier beschäftigen wir uns ausschließlich mit sozialen Einrichtungen, also sozialen Diensten, die auf allgemeine Problemlagen und Bedürfnisse gerichtet sind. Wir betrachten dabei Umfang und Organisation des Angebots für zwei große Bevölkerungsgruppen: Kinder und alte Menschen. Die europäischen Länder variieren zunächst im Ausmaß, in dem Betreuung und Pflege von Kindern und alten Menschen als 'gesellschaftliche' Aufgaben betrachtet werden. In zweiter Linie variieren die Länder in der Organisation sozialer Dienste, vor allem in Art und Ausmaß der Staatsaktivität und in der Arbeitsteilung zwischen Gemeinden, Regionen und Zentralstaat. In dritter Hinsicht variieren sie in der Arbeitsteilung zwischen öffentlichen und nicht-öffentlichen Trägern.

Im Bereich des Wohlfahrtsstaates interessiert in historischer Betrachtung zunächst die Frage, in welchem institutionellen Rahmen soziale Dienste entstanden sind. Die historische Entwicklung sozialer Dienste für Kinder und alte Menschen wurde von drei Bereichen entscheidend beeinflusst: der lokalen Armenhilfe, dem Gesundheitswesen und dem Bildungssystem.

Die meist kommunale Armenpflege schuf den historischen Rahmen für die Entwicklung lokaler sozialer Dienstleistungen. Von entscheidender Bedeutung war, ob diese Einrichtungen auf bedürftige Personen beschränkt blieben oder sich allmählich auf größere Bevölkerungsgruppen ausdehnten. Dabei spielte der Konflikt zwischen Zentralstaat und Gemeinden eine wichtige Rolle, der das Ausmaß zentralstaatlicher Regulierung bestimmte. Gegenstand dieses Konflikts war der Gegensatz zwischen zentralstaatlichem Kontrollanspruch und lokaler Autonomie. Hier findet man große Unterschiede zwischen den europäischen Ländern.

Unterschiede zwischen den Ländern im Gesundheitswesen schufen die Grundlage für Variationen in der Entwicklung medizinisch-sozialer Dienste vor allem für kranke, behinderte und ältere Menschen. In einigen Ländern entwickelten sich umfassende Versicherungssysteme, in andern wurden allgemeine Gesundheitsdienste errichtet, die sich in Ausmaß und Art staatlicher Intervention und in der Bedeutung freier und kommerzieller Träger unterscheiden.



Die Entwicklung des Bildungswesens beeinflusste vor allem den Bereich der Kinderbetreuung. In manchen Ländern entstanden früh umfassende Vorschulsysteme, die heute einen Großteil der Kinderbetreuungsfunktion übernommen haben. Die Entwicklung des Bildungswesens wurde wesentlich durch das Verhältnis zwischen Staat und Kirche bestimmt. Vor allem in den katholischen Ländern entzündete sich an der Schulfrage ein Konflikt zwischen Staat und Kirche um den Aufbau von Schulen und Vorschulen. Die staatstragenden Eliten strebten ein öffentliches, meist laizistisches Schulwesen an, während die Kirche auf ihre angestammten Vorrechte pochte. Aus dieser Konkurrenz entstand ein hoch entwickeltes Vorschulsystem, das heute arbeitsteilig von Staat und Kirche angeboten wird und den Bereich der Kinderbetreuung maßgeblich prägt.

Betrachtet man soziale Dienste im Hinblick auf verschiedene Träger, läßt sich eine erste grobe Unterscheidung zwischen öffentlichen, freien und kommerziellen Anbietern treffen (siehe Kapitel 3). Historisch gesehen haben insbesondere freie Träger eine bedeutende Rolle als Pioniere sozialer Dienste gespielt, bevor der Staat in bestimmten Bereichen tätig wurde. In einigen Ländern wurden die freien Träger im Lauf der Zeit fest in das öffentliche Dienstleistungssystem eingebunden, in anderen spielen sie eine komplementäre Rolle, wiederum in andern sind sie kaum präsent. Wie läßt sich die unterschiedliche Bedeutung freier Träger in den einzelnen Ländern erklären? Bevor wir auf mögliche historische Ursachen hinweisen, müssen wir etwas weiter ausholen, denn diese Ursachen hängen mit dem Charakter sozialer Dienste und dem Ausmaß weltanschaulicher Unterschiede in verschiedenen Ländern zusammen.

Grundlage sozialer Dienste ist Vertrauen zwischen Klient und Erbringer. Vertrauen kann jedoch unterschiedlich begründet werden. Die moderne Variante gründet meist in Professionalität, das heißt in die vermutete richtige Anwendung spezifischer Kenntnisse und Fertigkeiten. Gesundheits- und Bildungssystem waren früh hoch professionalisiert, institutionell integriert und entwickelten sich zu eigenständigen Bereichen mit spezifischer Steuerungs- und Entwicklungslogik. Der Professionalisierungsgrad sozialer Dienste war jedoch typischerweise niedrig. Insbesondere Bedürfnisse wie Kinderbetreuung und Altenpflege waren durch geringe spezifische Fertigkeiten und Kenntnisse gekennzeichnet. Sie wurden ja meist in der Familie oder durch ehrenamtliches Engagement befriedigt. Erst später setzte eine Semi-Professionalisierung sozialer Dienste ein, die durch Generalisten wie Sozialarbeiter und die Nachbarbereiche Gesundheit und Pädagogik geprägt wurde. Dies schuf eine wichtige 'moderne' Voraussetzung für die Koordination und Integration sozialer Dienste.

Was aber konnte Vertrauen in einer Zeit begründen, in der es keine anerkannten beruflichen Qualifikationen für die Erfüllung allgemeiner Aufgaben wie Kinderbetreuung und Altenpflege gab? Es war Vertrauen in Menschen und ihre Motive, das sich in ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen oder weltanschaulichen Gruppen zeigte: religiöse Motive, sozialistische Gesinnung oder humanitäre Weltanschauung waren eine gute Vertrauensbasis, gerade in Gesellschaften, die durch große soziokulturelle Unterschiede und Konflikte gekennzeichnet waren und in denen man dem Staat grundsätzlich mißtrauisch gegenüberstand. In weltanschaulich gespaltenen Gesellschaften lagen deshalb günstige Voraussetzungen für die Entwicklung sozialer Dienste innerhalb verschiedener sozio-

kultureller Gruppen vor. Beispiele dafür sind die konfessionell und weltanschaulich gemischten Länder wie die Niederlande und Deutschland. Hier ist eine hohe Bedeutung weltanschaulich geprägter freier Träger zu erwarten.

Die katholischen Länder waren demgegenüber sozial-kulturell zwar homogener, aber es entwickelte sich eine Konkurrenz zwischen liberal-laizistischem Staat und katholischer Kirche. In diesen Ländern ist deshalb eine dualistische Struktur sozialer Dienste mit einerseits öffentlichen, andererseits katholischer Einrichtungen zu erwarten. Beispiele sind Belgien, Frankreich und Italien, während sich das Verhältnis zwischen Staat und Kirche in Spanien kooperativer entwickelte. Im Gegensatz zu den sozial-kulturell gemischten und den katholischen Ländern war in den sozio-kulturell homogeneren protestantischen Gesellschaften die Gemeinde idealer Ausgangspunkt für die Entwicklung sozialer Dienste. In diesen Gesellschaften waren Staat und Kirche integriert, es gab keine weltanschaulichen Lager und die Gemeinden besaßen in der Regel eine hohe lokale Autonomie. Hier ist eine geringe Bedeutung freier Träger sozialer Dienste zu erwarten. Beispiele sind die skandinavischen Länder und mit Einschränkung Großbritannien.

Die Organisationslandschaft freier Träger sozialer Dienste wurde historisch gesehen von der katholischen Kirche, anderen religiös und konfessionell geprägten Bewegungen sowie der sozialistischen Arbeiterbewegung und dem liberalen Bürgertum geprägt. Die Ziele und Motive dieser Organisationen waren sehr unterschiedlich: christliche Nächstenliebe und soziale Integration der Gläubigen standen im Mittelpunkt kirchlicher Aktivität, Solidarität spielte eine zentrale Rolle in der Geschichte der Arbeiterbewegung, Humanismus und soziale Erziehung des Menschen bestimmten die Wohltätigkeit bürgerlicher Kreise. Unterschiede zwischen den Ländern in der Entwicklung freier Träger wurden durch Unterschiede in Stärke und Organisation der Kirchen, der Arbeiterbewegung und des Bürgertums sowie ihre jeweils unterschiedliche Stellung zum Staat bestimmt. Im Zuge des Ausbaus der Wohlfahrtsstaaten wurden die freien Träger in einigen Ländern ins öffentliche System eingebunden, in andern spielen sie eine eher komplementäre Rolle.

## **1.2 Typen von Wohlfahrtsstaaten in Europa**

Eine Leitfrage unserer Untersuchung ist, ob Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Organisation sozialer Dienste zwischen den europäischen Ländern ein Muster ergeben, in dem Gruppen von Ländern mit gemeinsamen Merkmalen voneinander abgegrenzt werden können. In der Forschung unterscheidet man für diesen Zweck häufig verschiedene Typen von Wohlfahrtsstaaten. Typologien bieten zwar keine Erklärung, aber sie besitzen einen heuristischen Wert, auch wenn in Wirklichkeit kein Land einem bestimmten Typ entspricht.

In der Literatur hat sich weitgehend die Typologie europäischer Wohlfahrtsregime von Esping-Andersen durchgesetzt, der zwischen ‚konservativen‘, ‚liberalen‘ und ‚sozialdemokratischen‘ Typen unterscheidet (Esping-Andersen 1990). Der konservative Wohlfahrtsstaat ist primär auf Statussicherung gerichtet, der liberale auf eine Grundsicherung und der sozialdemokratische auf Gleichheit mit umfassenden sozialen Leistungen. Nimmt man diese drei Typen zum Ausgangspunkt für eine

Untersuchung sozialer Dienste, lassen sich folgende allgemeine Aussagen treffen. Im sozialdemokratischen Typ dominiert die Vorstellung von einer Alleinverantwortung des Staates für die Wohlfahrt seiner Bürger. Diese Zielvorstellung müßte sich in umfassenden sozialen Sicherungssystemen mit ausgebauten sozialen Diensten niederschlagen. Es ist zu daher zu erwarten, daß in sozialdemokratisch geprägten Wohlfahrtsstaaten ein umfassendes Leistungsspektrum sozialer Dienste mit hohem öffentlichem Anteil zu finden sein wird. Im liberalen Typ überwiegt die Vorstellung, die Privatsphäre und die Freiheit des Einzelnen zu bewahren und staatliche Eingriffe auf Fälle zu beschränken, wo individuelle Problemlösungen nicht greifen. Dies müßte insbesondere auch für soziale Dienste gelten. Hier ist zu erwarten, daß öffentliche Stellen eine allgemeine Grundversorgung mit sozialen Diensten anbieten und sich ansonsten auf bedürftige Bevölkerungsgruppen konzentrieren. Im ‚konservativ‘ geprägten Wohlfahrtsstaat werden öffentlichem Handeln statussichernde Funktionen zugeschrieben. Die soziale Sicherung ist zwar hoch entwickelt, aber korporatistisch organisiert und zum Teil fragmentiert und eher statusbewahrend als gleichheitsorientiert. Genauso ist zu erwarten, daß soziale Dienste korporatistisch organisiert sind und eher subsidiären Charakter haben. Für ‚konservativ‘ orientierte Wohlfahrtsstaaten erwarten wir deshalb ein mittleres Niveau im Angebot sozialer Dienste und die Einbindung verschiedener gesellschaftlicher Gruppen in ihre Organisation.

Diese Dreier-Typologie kann jedoch Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den europäischen Ländern nur unzureichend abbilden. Dies gilt zunächst ganz allgemein für die sozialen Sicherungssysteme. Deshalb hat Stephan Leibfried vorgeschlagen, einen vierten Typ einzuführen: den rudimentär entwickelten südeuropäischen Wohlfahrtsstaat mit begrenzten sozialen Leistungen auf niedrigem Niveau. In den südeuropäischen Ländern überwiegen noch ‚familialistische‘ Vorstellungen, d.h. der Grundgedanke, daß die Familie die zentrale Instanz für die Erfüllung sozialer Aufgaben ist. Diese traditionelle Orientierung, die jedoch im Zuge der Modernisierung dieser Länder auf dem Rückzug ist, führt zu einem verzögerten und begrenzten Ausbau sozialer Dienste. Es ist deshalb ein rudimentär entwickeltes öffentliches System sozialer Dienste zu erwarten. In der komparativen Literatur über soziale Dienste wird darüber hinaus vorgeschlagen, den Typ des konservativen Wohlfahrtsstaates in zwei getrennte Gruppen mit unterschiedlichen Merkmalen sozialer Dienste aufzuteilen (vgl. Anttonen und Sipilä 1996). Im ersten Typ (Frankreich, Belgien) sind familienbezogene Dienste stark ausgebaut, während sie im zweiten (Niederlande, Deutschland) eher subsidiären Charakter besitzen.

Greift man diese beiden Vorschläge für die Zwecke unserer Untersuchung sozialer Dienste auf, kann man fünf Typen von Wohlfahrtsstaaten bzw. Dienstleistungsregimen in Europa unterscheiden (vgl. Anttonen und Sipilä 1996): die skandinavischen Länder mit hoch entwickelten öffentlichen Dienstleistungen (Typ des universalistischen Wohlfahrtsstaates), die angelsächsischen Länder mit einem beschränkten, an der Idee der Grundversorgung orientierten Angebot öffentlicher Dienstleistungen und einem großen Anteil privater Dienste (Typ des liberalen Wohlfahrtsstaates), die südeuropäischen Länder mit einem rudimentär entwickelten öffentlichen System sozialer Dienste (Typ des rudimentären Wohlfahrtsstaates), und schließlich die mitteleuropäisch-konservativen Typen, die in zwei Gruppen eingeteilt werden können: die romanisch-mitteleuropäischen Länder mit ausgeprägt familienbezo-

gener Komponente sozialer Dienste sowie die deutschsprachigen Länder und die Niederlande mit einem auf dem Prinzip der Subsidiarität aufbauenden System sozialer Dienste.

Leitfrage der folgenden Untersuchung ist, ob sich in den empirischen Befunden zum Angebot sozialer Dienste diese oder ähnliche Typen zeigen. Dabei können einzelne Länder nicht vertiefend behandelt werden, aber wir konzentrieren uns auf Beispiele, die bestimmte Typen repräsentieren: Schweden den skandinavischen Typ, Frankreich den romanisch-mitteuropäischen, Deutschland den konservativ-subsidiären, Spanien den südeuropäischen und Großbritannien den liberalen Typ.

## 2. Soziale Dienste im europäischen Vergleich

In diesem Kapitel wird das Angebot sozialer Dienste im Hinblick auf Entwicklungsniveau und administrative Organisation vergleichend untersucht. Zunächst werden Ausgaben für soziale Dienste (2.1) und ihre Organisation im staatlichen Bereich betrachtet (2.2). Anschließend werden soziale Dienste für Kinder (2.3.) und alte Menschen (2.4.) hinsichtlich Angebotsformen, Erfassungsgrad, Organisation und Finanzierung beschrieben. Für beide Bereiche liegen komparative Studien vor. Das EU *Childcare Network* und das EU Observatorium für Senioren haben Pionierarbeit auf diesem Feld geleistet. Auch die OECD hat in beiden Bereichen Studien durchgeführt.

### 2.1 Ausgaben

Ordnet man die EU-Länder und Norwegen nach dem Anteil der Sozialausgaben, die für Dienstleistungen im Alter<sup>1</sup> aufgewendet werden (vgl. Tabelle 1, Spalte 1), ergibt sich folgendes Bild. An der Spitze stehen die skandinavischen Länder, deren Anteil aber erheblich variiert, von Finnland mit 3% bis Norwegen mit 10%. Das Mittelfeld ist durch Irland, Großbritannien, die Niederlande, Deutschland und Portugal belegt, während die anderen südeuropäischen Länder sowie Belgien und Frankreich deutlich abfallen. Bei den Diensten für Familien und Kinder<sup>2</sup> stehen nach wie vor die skandinavischen Länder an der Spitze, aber der Abstand ist deutlich geringer. Die Niederlande liegen in diesem Bereich etwas weiter hinten, während Deutschland nach vorne rückt. Schlußlichter sind Irland und Belgien.

Zieht man das Niveau der Sozialausgaben in % des Bruttoinlandsprodukts mit in Betracht, ergibt sich folgendes Bild. Die skandinavischen Länder sind durch hohe Sozialausgaben und hohe Anteile für soziale Dienstleistungen gekennzeichnet. Darin spiegelt sich die umfassende Versorgung der Bevölkerung mit sozialen Einrichtungen wider. Im Gegensatz dazu sind die südeuropäischen Länder durch niedrige Sozialausgaben und niedrige Anteile für soziale Dienste charakterisiert. Dies bringt die rudimentäre Entwicklung dieser Wohlfahrtsstaaten im Bereich sozialer Dienste zum Ausdruck. Eine Ausnahme ist Portugal, das zwar die niedrigste Sozialleistungsquote aller Länder hat, aber einen relativ hohen Anteil für soziale Dienste aufwendet. Die mitteleuropäischen Länder (Österreich, Belgien, Frankreich, Niederlande, Deutschland) sind durch mittlere bis hohe Sozialausgaben und mittlere bis niedrige Anteile für soziale Dienste gekennzeichnet. Darin spiegelt sich die für diese Länder typische Konzentration staatlicher Sozialpolitik auf soziale Sicherung und Transferleistungen wider. Soziale Dienste spielen eine vergleichsweise geringe Rolle. Ähnliches gilt für die liberalen Wohlfahrtsstaaten, die hier durch Großbritannien und Irland repräsentiert sind. Irland ist zudem durch eine niedrige Sozialleistungsquote gekennzeichnet und rückt damit in die Nähe der südeuropäischen Länder.

---

<sup>1</sup> Diese umfassen zum Beispiel Altenheime, Pflegedienste, ergänzende Dienste, usw.

<sup>2</sup> Diese umfassen zum Beispiel ambulante Familiendienste, Beratung, Kindertagesstätten, usw.

**TABELLE 1. Ausgaben für soziale Dienstleistungen im europäischen Vergleich 1995**

Funktion	Dienstleistungen im Alter	Dienstleistungen für Familien	Dienstleistungen im Alter	Dienstleistungen für Familien	Alter	Alter	Familie	Familie	Sozialausgaben insgesamt
	(in % der Sozialausgaben)	(in % der Sozialausgaben)	(in % der Ausgaben für Alter)	(in % der Ausgaben für Familien)	(in % der Sozialausgaben)	(in % des BIP) <sup>a</sup>	(in % der Sozialausgaben)	(in % des BIP)	(in % des BIP)
<i>Land</i>									
Norwegen	10,1	5,1	31,8	36,2	31,9	8,5	14,1	3,8	26,7
Dänemark	6,9	6,4	18,4	52,1	37,6	12,5	12,4	4,1	33,4
Schweden	6,6	5,3	19,0	46,6	34,9	12,2	11,3	4,0	35,1
Finnland	3,0	4,4	10,4	33,3	29,1	9,2	13,3	4,2	31,8
Irland	2,0	0,7	10,1	5,7	19,9	3,8	11,7	2,2	19,1
Großbritannien	1,9	1,9	5,4	21,1	34,6	9,2	9,1	2,4	26,7
Niederlande	1,7	1,2	5,3	26,1	32,0	9,6	4,7	1,4	30,1
Deutschland	1,3	2,8	3,2	36,7	40,6	11,5	7,5	2,1	28,4
Portugal	1,2	2,0	3,2	34,2	36,0	6,6	5,8	1,1	18,4
Spanien	0,9	0,4	2,3	21,3	39,9	8,7	1,8	0,4	21,9
Italien	0,7	1,6	1,2	46,1	54,5	12,8	3,5	0,8	23,4
Österreich	0,6	1,7	1,7	15,0	37,7	10,8	11,3	3,3	28,7
Frankreich	0,6	1,3	1,6	14,6	36,5	10,6	8,9	2,6	29,0
Belgien	0,5	0,4	1,6	4,6	31,8	8,8	8,2	2,3	27,7
Griechenland	0,2	3,0	0,4	33,7	40,2	8,8	9,0	2,0	21,8

<sup>a</sup> BIP = Bruttoinlandsprodukt.

Quelle: EUROSTAT Social expenditure 1999.

Von den mitteleuropäischen Ländern weisen Frankreich und Belgien die niedrigsten Anteile für soziale Dienste auf. Dies läßt sich jedoch zum Teil durch Probleme der Erfassung und Vergleichbarkeit von Daten über soziale Dienste erklären. Die vorliegenden Daten sind für eine komparative Erfassung sozialer Dienste nur beschränkt geeignet. Dies hängt vor allem damit zusammen, daß soziale Dienste in den meisten Ländern kein institutionell eigenständiger Bereich sind, sondern innerhalb verschiedener institutioneller Systeme erbracht werden, in erster Linie im Gesundheitswesen, in der Sozialhilfe und im Bildungswesen. Ausgaben für soziale Dienste können nicht immer systematisch aus diesen Bereichen heraus differenziert werden. Zum Teil sind sie in diesen Systemen 'versteckt' enthalten. Dies betrifft in erster Linie soziale Dienste für ältere Menschen, und zwar vor allem in Ländern, welche diese Aufgabe im Rahmen einer Krankenversicherung und/oder nachrangiger Sozialhilfe lösen. Diese Merkmale treffen tendenziell vor allem auf die konservativen Wohlfahrtsstaaten zu, zu denen auch Frankreich und Belgien gehören. Hinzu kommt, daß Ausgaben für Bildung überhaupt nicht im Sozialbudget enthalten sind. Dies hat Konsequenzen für die Vergleichbarkeit der Länder im Bereich der Kinderbetreuung. Einige Länder besitzen nämlich ausgebaute Vorschulwesen, die einen Großteil der Kinderbetreuungsfunktion übernehmen, institutionell aber nicht zu sozialen Diensten gerechnet werden. Auch hier sind in erster Linie wieder Frankreich und Belgien zu nennen. Tendenziell ist deshalb davon auszugehen, daß die Anteile für soziale Dienste vor allem in den konservativen Wohlfahrtsstaaten unterschätzt werden, in besonderem Maße in Frankreich und Belgien. Im Gegensatz dazu dürften soziale Dienste in den skandinavischen Ländern statistisch sehr gut erfaßt sein, weil diese Länder über die am stärksten ausdifferenzierten Systeme verfügen.

## **2.2 Administrative Organisation**

Die Frage, auf welcher Ebene des staatlichen Systems die Zuständigkeit für soziale Dienste liegt, ist von großer Bedeutung für ihre örtliche Koordination und für die Einbindung nicht-öffentlicher Träger. Dienstleistungen werden immer vor Ort erbracht. Deshalb kommt den Gemeinden überall eine große Bedeutung für Planung und Koordination des örtlichen Angebots zu. Doch auch der Zentralstaat erfüllt im System sozialer Dienste wichtige Funktionen. In erster Linie, indem er für die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse in verschiedenen Gebieten sorgt, sodann, indem er individuelle Leistungsansprüche begründet und Rechtssicherheit für Klienten und Anbieter sozialer Dienste schafft.

Betrachtet man die administrative Arbeitsteilung zwischen Zentralstaat, regionaler Ebene und Gemeinden im System sozialer Dienste im europäischen Vergleich, kann man zunächst grob zwischen drei Systemen unterscheiden: zentralistische Systeme (Frankreich, Italien, Niederlande, Spanien), föderale Systeme (Belgien, Deutschland) und Systeme mit hoher lokaler Autonomie (Skandinavien, Großbritannien vor ca. 1980) (vgl. Übersicht 1). Innerhalb jeder Gruppe gibt es jedoch wichtige Unterschiede zwischen den Ländern.

**ÜBERSICHT 1. Öffentliche Organisation sozialer Dienste<sup>a</sup>**

Land	Administrative Ebene	Bereiche	Öffentliche Stellen	Öffentliche Finanzierung
<i>Länder mit starkem Zentralstaat und teilweiser Dezentralisierung</i>				
Frankreich	Präfekt des <i>départements</i> (Zentralstaat)	Gesundheit, Pflege	Lokale Zentren für soziale Dienste <sup>b</sup>	<i>Départements</i> , Sozialversicherung
	Vorsitzender des Rates des <i>départements</i> (gewählt)	Allg. soziale Dienste, Haushalts- und Altenhilfe, Kindertagesstätten	Lokale Zentren für soziale Dienste <sup>b</sup>	<i>Départements</i> , Sozialversicherung
Italien	Regionen, Gemeinden	Allg. soziale Dienste	Lokale Gesundheitszentren	Regionen, Gemeinden
Niederlande	Provinzen	Alten- und Pflegeheime	Anbieter <sup>c</sup>	Staat, Sozialversicherung
	Gemeinden	Allg. soziale Dienste, Alte, Heimpflege, Jugendliche, Kinder	Anbieter <sup>c</sup> , lokale Wohlfahrtszentren	Staat, Gemeinde, Sozialversicherung
Spanien	Zentralstaat	Allg. soziale Dienste in einigen Regionen	Nationales Institut für Soziale Dienste <sup>d</sup> (regionale Zentren)	Staat
	Autonome Regionen <sup>e</sup>	Allg. soziale Dienste in den auton. Regionen	Lokale Zentren für soziale Dienste <sup>f</sup>	Autonome Regionen <sup>e</sup>
Irland	Zentralstaat: Gesundheits-/ Sozialministerium	Gesundheit, Pflege, Wohlfahrt, Kindertagesbetreuung	Regionale Gesundheitsbehörden	Zentralstaat
<i>Länder mit föderaler Ordnung</i>				
Belgien	Gemeinschaften	Allg. soziale Dienste, Alte, Sozialhilfe, Familien, Kinder mit Problemen	Öffentliche Wohlfahrtszentren <sup>g</sup> (lokale Ebene)	Gemeinschaften, Gemeinden, Sozialversicherung
	Gemeinschaften	Familien, Mütter, Kindertagesstätten	Institut für Kind und Familie <sup>h</sup>	Gemeinschaften, Gemeinden, Sozialversicherung
Deutschland	Länder, Kreise und Gemeinden	Allg. soziale Dienste, Kinder u. Jugend, Soziales	Jugendbehörden, Sozialbehörden	Länder, Kreise, Gemeinden, Sozialversicherung
<i>Länder mit starker autonomer Stellung der Gemeinden</i>				
Dänemark	Gemeinden	Allg. soziale Dienste (außer Gesundheit)	Lokaler Sozial- und Gesundheitsrat	Gemeinden, Staat
Schweden	Gemeinden	Allg. soziale Dienste (außer Gesundheit)	Kommunale soziale Dienste	Staat, Gemeinden
<i>Länder mit teilautonomen Gemeinden und starker Zentralisierung</i>				
England	Gemeinden	Allg. soziale Dienste (außer Gesundheit)	Sozialbehörden	Staat, Gemeinden

<sup>a</sup> Ohne Gesundheit und Bildung.<sup>b</sup> Centres Communaux d'Action Sociale.<sup>c</sup> Meist Nonprofit-Organisationen.<sup>d</sup> Institutio Nacional de Servicios Sociales.<sup>e</sup> Comunidades autónomas.<sup>f</sup> Servicios sociales comunitarios.<sup>g</sup> Centres Publiques d'Aide Sociale (CPAS).<sup>h</sup> Kind en Gezin (KG); Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE).

Quelle: Munday 1992; 1996.

In den zentralistischen Systemen, die meist auf das Napoleonische Erbe zurückgehen, erfüllte der Zentralstaat historisch gesehen eine stark lenkende und kontrollierende Funktion, während der Spielraum der Gemeinden eingeschränkt war. Frankreich und die südeuropäischen Länder waren historisch stark zentralisiert, inzwischen hat jedoch überall eine Dezentralisierung eingesetzt. Davon ha-



ben aber meist nicht Gemeinden, sondern Regionen und Provinzen profitiert. In Frankreich sind zudem viele Gemeinden nicht in der Lage, im Bereich sozialer Dienste eigenständig zu agieren. Es gibt ungefähr 35000 Gemeinden, davon haben viele auf dem Land weniger als 1000 Einwohner. Die 1982 erfolgte Dezentralisierung hat deshalb in erster Linie die *départements* gestärkt, die nun zentrale Akteure im Bereich sozialer Dienste sind. Allerdings haben insbesondere größere Städte Kompetenzen in diesem Bereich von den *départements* übernommen und agieren nun eigenständig. In Spanien und Italien ging die Dezentralisierung weiter. In Spanien hat der Zentralstaat die Kompetenz für soziale Dienste an die 17 autonomen Regionen (*comunidades autónomas*) abgegeben, was bisher jedoch nur in 7 Regionen umgesetzt wurde. In Italien unterliegt die öffentliche Koordination sozialer Dienste lokalen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes, der bereits in den 70er Jahren regionalisiert wurde.

In der historisch stark versäulten Gesellschaft der Niederlande wurden öffentliche Aufgaben im Bereich sozialer Dienste zum großen Teil von den verschiedenen weltanschaulichen Gruppierungen erbracht. Soziale Dienste entwickelten sich primär innerhalb dieser Säulen, auf der Basis lokal organisierter, weltanschaulich gespaltener Gruppen. Gleichzeitig waren die Niederlande historisch gesehen stark zentralisiert. Doch das System hat sich mittlerweile stark verändert. Im Zuge der umfassenden Entsäulung der Gesellschaft seit den 60er Jahren hat sich eine übergreifende Kooperation sozialer Dienste auf lokaler Ebene entwickelt, begleitet von einer hohen Professionalisierung und administrativen Dezentralisierung. Zuständig für die Organisation sozialer Dienste sind Provinzen und Gemeinden. Die öffentlichen Wohlfahrtszentren arbeiten auf örtlicher Ebene eng mit nicht-öffentlichen Anbietern zusammen, wodurch eine hohe Integration erreicht wird.

Charakteristisch für die föderal aufgebauten Länder ist, daß der Zentralstaat für die Organisation sozialer Dienste keine direkte Rolle spielt. Allerdings erläßt er in Deutschland wichtige Rahmengesetze wie das Kinder- und Jugendhilfegesetz. Die Organisation sozialer Dienste und ihre örtliche Koordination mit nicht-staatlichen Trägern obliegt jedoch den Ländern und Gemeinden, die primär für das örtliche Angebot zuständig sind. In Deutschland verfügen die Gemeinden ebenfalls über ein hohes Maß lokaler Autonomie und demokratischer Legitimation. Spätestens nach den Gemeindereformen verfügen sie über eine große Handlungsfähigkeit, aber der Schwachpunkt ist, daß sie über keine adäquaten eigenen Einnahmequellen verfügen. Belgien war im Gegensatz zu Deutschland historisch gesehen ein zentralistischer Staat. Ähnlich wie die Niederlande war die belgische Gesellschaft durch Konflikte zwischen verschiedenen 'Lagern', in diesem Fall Katholiken, Liberalen und Sozialisten gekennzeichnet. Soziale Einrichtungen entwickelten sich ebenfalls häufig im Rahmen dieser Lager. Doch im Gegensatz zu den Niederlanden entwickelte sich in Belgien aufgrund des Konflikts zwischen liberalem Staat und katholischer Kirche ein relativ großer öffentlicher Sektor sozialer Dienste, der in zentralstaatlicher Verantwortung lag. Doch die historisch bedeutsamen Lager der Katholiken, Liberalen und Sozialisten wurden zunehmend durch den Konflikt zwischen Flamen und Wallonen überlagert, der schließlich zur *de facto* Föderalisierung des Landes führte. In diesem Prozeß wurden einstmals zentralstaatliche Aufgaben weitgehend an die Sprachgemeinschaften übertragen, die nun zentrale Ak-

teure im Bereich sozialer Dienste sind. Allerdings blieb der Zentralstaat nach wie vor für die Sozialversicherung zuständig, die auch in der Finanzierung sozialer Dienste eine Rolle spielt.

In den skandinavischen Ländern, allen voran Dänemark, liegen soziale Dienste überwiegend in Verantwortung der Gemeinden. Die skandinavischen Länder haben spätestens seit den Kommunalreformen der 70er Jahre handlungsfähige Gemeinden mit relativ hoher Autonomie, eigenen Einnahmequellen und hoher demokratischer Legitimation. Soziale Dienste werden überwiegend von den Gemeinden geplant, finanziert und erbracht. Dadurch ist das System hoch integriert. Der Zentralstaat koordiniert das System über Rahmenregelungen, Standards und finanzielle Zuweisungen.

In Großbritannien hatten die Gemeinden historisch gesehen ebenfalls eine hohe Autonomie, waren aber demokratisch weniger legitimiert als in Skandinavien. Die Beziehungen zwischen Gemeinden und Zentralstaat waren historisch durch eine klare Aufgabentrennung gekennzeichnet. Dieses 'dualistische' System verlor jedoch zusehends an Handlungsfähigkeit. Darüber hinaus haben die konservativen britischen Regierungen seit 1979 die einst relativ hohe Autonomie der Gemeinden durch weitgehende Reformen weiter unterhöhlt. Heute können die Gemeinden ihre Budgets auf der Einnahmeseite kaum noch beeinflussen. Gleichzeitig gibt es zentralstaatliche Richtlinien für die Verwendung der Mittel, mit dem Ziel größtmöglicher ökonomischer Effizienz und Kostenersparnis. Angebot, Qualität und Verteilung sozialer Dienste fällt zwar in die Zuständigkeit der Gemeinden, aber der Umfang der verfügbaren Mittel wird zentralstaatlich reguliert.

### **2.3 Soziale Dienste für Kinder**

In diesem Abschnitt werden Einrichtungen zur Betreuung von Kindern im europäischen Vergleich dargestellt. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen Angebotsformen, Erfassungsgrad, Organisation und Finanzierung dieser sozialen Dienste. Die heutigen Einrichtungen lassen sich vereinfachend auf zwei historische Wurzeln zurückführen: Kinderbewahranstalten und pädagogische Einrichtungen.

Kinderbewahranstalten (*salles d'asiles*) entstanden im Zuge der Industrialisierung mit dem Ziel der Betreuung von Kindern der Industriearbeiterschaft. Hier stand Betreuung, vermischt mit sozialer Kontrolle, im Vordergrund. Philanthropische Bewegungen, humanitäre Organisationen und lokale Behörden kümmerten sich um diesen Zweig. Diese Einrichtungen waren meist auf bestimmte soziale Gruppen, arme Menschen und Arbeiter, gerichtet. Das öffentliche Interesse stand im Zusammenhang mit sozialer Kontrolle in der Gemeinde durch lokale Behörden. Der Zentralstaat interessierte sich für diese Einrichtungen vor allem unter dem Aspekt der hohen Kindersterblichkeit infolge schlechter sozialer und hygienischer Bedingungen. In vielen Ländern gerieten diese Einrichtungen deshalb entweder unter die Kontrolle des kommunalen Armenwesens oder des zentralstaatlichen Gesundheitswesens.

Die zweite historische Wurzel ging von der Sozialisation von Kindern aus. Sie war zunächst überall in Europa eine ureigene Aufgabe für die Familie. Doch Kirchen, bürgerliche Pädagogik und schließlich der Staat entwickelten im 19. Jahrhundert ein zunehmendes Interesse an der Sozialisation und

Bildung von Kindern. Die Frage, in wessen Verantwortung und unter welchen Vorzeichen dies geschehen sollte, entzündete Konflikte. Die Schulfrage beherrschte lange Zeit die Auseinandersetzungen zwischen Staat und Kirche. Davon waren auch Vorschulen betroffen, deren Ausbau in einigen Ländern gegen Ende des vorigen Jahrhunderts einen ersten Höhepunkt erreichte. In den meisten Ländern wurden Staat und Kirche schließlich gleichberechtigte Träger innerhalb eines öffentlichen Systems. Allerdings gibt es Unterschiede zwischen den Ländern im Anteil der verschiedenen Träger und in der Art ihrer Einbindung.

### 2.3.1 Einrichtungsformen

Einrichtungen zur Betreuung von Kindern im Vorschulalter sind weit verbreitete und gesellschaftlich anerkannte soziale Dienste. Zielsetzung, Trägerstruktur und Erfassungsgrad sind vielfältig. Das Angebot variiert von öffentlich subventionierter informeller Tagesbetreuung bis zu Einrichtungen mit vorschulischer Funktion. Drei grundlegende Typen können voneinander unterschieden werden (vgl. Übersicht A 1): Kindertagesstätten mit primärer Betreuungsfunktion, vorschulische Einrichtungen mit primärer Sozialisations- und Bildungsfunktion sowie öffentlich unterstützte Betreuung von Kindern durch Tagesmütter.

Betreuungs- und Sozialisationsfunktion haben sich im Lauf der Jahre stärker vermischt. Die Grenzen zwischen Bildung und Betreuung sind dadurch zwar fließender geworden, aber der jeweilige Schwerpunkt ist nach wie vor wichtig für den Charakter der Einrichtungen und ihre öffentliche Legitimation sowie für Erfassungsgrad, administrative Zuständigkeit und Finanzierung. Einrichtungen mit überwiegendem Betreuungsaspekt herrschen in der jüngeren Altersgruppe von Kindern bis zu drei Jahren vor. Sie sind nur in solchen Ländern ausgebaut, in denen die Frauenerwerbstätigkeit hoch ist oder die gesellschaftliche Norm darstellt. Nur in diesem Fall gibt es eine ausreichende Legitimation für eine öffentliche Verantwortung in diesem Bereich. In der Regel befinden sich diese Einrichtungen eher in örtlicher Zuständigkeit. Es dominieren öffentliche oder gewinnorientierte Anbieter, wobei Eltern meistens einen angemessenen Eigenbeitrag leisten müssen. Die konfessionellen freien Träger sind hier die Ausnahme. Sie haben kein unmittelbares Interesse an dieser Aufgabe, weil eine humanitäre oder weltanschauliche Legitimation fehlt. Ausnahmen sind Organisationen der Arbeiterbewegung und Initiativen betroffener Eltern.

Ganz anders Einrichtungen, in denen der Sozialisationsaspekt überwiegt. Sie sind eher auf Kinder zwischen drei Jahren bis zum Schulbeginn gerichtet. Die Versorgung ist hier tendenziell umfassender, vielfach sogar auf alle Kinder bezogen, und zwar unabhängig vom Niveau der Frauenerwerbstätigkeit. Sozialisation von Kindern wird in den meisten Ländern als öffentliche Aufgabe betrachtet. Meist werden diese Einrichtungen vom Staat oder den klassischen freien Trägern angeboten. Insbesondere kirchliche Organisationen haben hier eine große Bedeutung. Aufgrund des anerkannten gesellschaftspolitischen Interesses sind Elternbeiträge in der Regel begrenzt oder entfallen ganz.

Während die Sozialisationsfunktion also tendenziell universalistisch ist, gilt dies für die Betreuung jüngerer Kinder nur dann, wenn die Erwerbsarbeit von Frauen zur gesellschaftlichen Norm erhoben

wurde. Diese Vorstellung ist in Skandinavien am weitesten verbreitet. Hier blieben Ansätze zu einem öffentlichen System für Kinderbetreuung blieben zwar bis weit in die 60er Jahre hinein bescheiden, aber der Wendepunkt kam schnell und durchgreifend mit dem raschen Ausbau des Sozialstaats, der starken Urbanisierung und der Ausdehnung der Frauenerwerbstätigkeit. Heute haben die skandinavischen Länder wohl weltweit das umfassendste System der Kinderbetreuung mit den qualitativ besten Einrichtungen. Nirgendwo sonst in Europa wurde nicht nur Erziehung, sondern Betreuung so sehr als gesellschaftliche Aufgabe definiert. Doch auch hier widmet sich die aktuelle Diskussion stärker der Qualität von Einrichtungen und ihren Leistungen für die Sozialisation von Kindern. Ein deutliches Anzeichen dafür ist, daß Schweden die Zuständigkeit für alle Kindertagesstätten dem Bildungswesen übertrug. In allen skandinavischen Ländern ist das System der Kinderbetreuung institutionell hoch integriert. Mit Ausnahme von Schweden sind alle Einrichtungen dem Sozialbereich zugeordnet und werden von den Gemeinden angeboten. Ebenso finden sich häufiger altersgemischte Einrichtungen. In jedem skandinavischen Land gibt es darüber hinaus von den Gemeinden organisierte und finanzierte Dienste von Tagesmüttern. Vorschulen spielen in Skandinavien keine große Rolle. Da die Einschulung der Kinder jedoch offiziell erst mit sieben Jahren erfolgt, haben viele Grundschulen Vorbereitungsklassen für fünf- und sechsjährige Kinder eingerichtet.

In den katholischen Ländern Belgien, Frankreich, Italien und Spanien spielen Vorschulen traditionell eine große Rolle. Die Geschichte der Vorschulen hat in diesen Ländern das gesamte spätere Angebot an Kindertagesstätten geprägt. Es gibt eine klare Trennung zwischen jüngeren und älteren Kindern: Kinder unter drei Jahren besuchen Einrichtungen zur Betreuung, die dem Sozialbereich zugeordnet sind, während Kinder über drei Jahren fast ausschließlich Vorschulen besuchen, die zum Bildungswesen gehören. Dabei handelt es sich entweder um staatliche oder kirchliche Einrichtungen, mit großen Unterschieden zwischen den Ländern. In Belgien dominieren zum Beispiel katholische Einrichtungen, während in Frankreich die laizistisch-republikanische Vorschule deutlich überwiegt. Belgien und Frankreich sind die einzigen katholischen Länder, die auch zahlreiche Einrichtungen für Kinder unter drei Jahren aufgebaut haben, einschließlich öffentlich finanzierter Dienste von Tagesmüttern. Damit stehen sie in diesem Aspekt den skandinavischen Ländern nahe. Ebenso wie in diesen ist in beiden Ländern die Erwerbstätigkeit von Müttern im europäischen Vergleich hoch, und es überwiegt die Vollzeittätigkeit.

In England standen die Vorschulen historisch gesehen unter dem starken Einfluß des Bürgertums, das die Kinder von Armen und Arbeitern erziehen und ‚bessern‘ wollte, während bürgerliche Kinder in der Regel zu Hause von Kindermädchen behütet wurden. Diese sozialen Unterschiede haben sich bis heute erhalten: in England gibt es auf der einen Seite öffentliche Einrichtungen für Kinder einkommensschwacher Familien, auf der anderen Seite private Einrichtungen für die Mittelklasse. England ist auch insofern ein Sonderfall, weil eigenständige Vorschulen eine geringere Bedeutung haben als die *reception classes* und *nursery classes* an Grundschulen, die einen Großteil der vierjährigen Kinder aufnehmen, bevor mit fünf Jahren die Schulpflicht beginnt. Ähnlich ist die Situation in den Niederlanden. Hier beginnt die Schulpflicht ebenso mit fünf Jahren und die Vorschulen wurden in den Primarbereich, die *Basisonderwijs* integriert. Dagegen sind die dem Sozialbereich zugeordneten Tagesstät-

ten von geringer Bedeutung. Ebenso gibt es zwar in beiden Ländern Ansätze zu einer öffentlich organisierten Betreuung durch Tagesmütter, die jedoch mit keiner nennenswerten öffentlichen Finanzierung verbunden ist.

In Deutschland und Österreich spielen Vorschulen praktisch keine Rolle, doch erfüllen Kindergärten primär eine Sozialisationsfunktion. Davon relativ klar getrennt sind Tagesstätten für jüngere Kinder, die Kinderkrippen. Beide Einrichtungsformen sind jedoch administrativ dem Sozialbereich zugeordnet. Unterschiede gibt es vor allem in der Trägerschaft der Einrichtungen.

Betrachtet man die Verteilung der administrativen Zuständigkeit zwischen Zentralstaat, Regionen und Kommunen, läßt sich im Ländervergleich folgendes Muster erkennen. Der Zentralstaat spielt eine große Rolle im Bildungswesen vor allem in Spanien, Frankreich, Irland, Großbritannien, den Niederlanden und Portugal. Regionale Zuständigkeit findet man im Bildungsbereich in Spanien und Italien; im Sozialbereich in Deutschland, Spanien und Österreich. In Belgien sind jeweils die Sprachgemeinschaften zuständig. Ansonsten sind Gemeinden bzw. lokale Sozialbehörden die entscheidenden Akteure, insbesondere in Skandinavien. Belgien und Frankreich sind Sonderfälle, weil die Sozialversicherungskassen für Familienleistungen einen Teil der Finanzierung von Kindertagesstätten und Tagesmüttern übernehmen.

### 2.3.2 Erfassungsgrad

Ein Blick auf den Erfassungsgrad der Kinderbetreuungseinrichtungen zeigt große Unterschiede zwischen den Ländern, vor allem für Kinder unter drei Jahren. In Ländern mit ausgeprägtem Vorschulsystem (Belgien, Frankreich, Spanien, Italien) ist die Betreuungsquote für Kinder zwischen drei und fünf Jahren am höchsten, während die Quote für jüngere Kinder in Spanien und Italien im europäischen Vergleich mit zu den niedrigsten zählt. Belgien und Frankreich dagegen haben auch hier sehr hohe Werte.

In Skandinavien sind die Quoten insgesamt recht hoch, aber mit deutlich weniger Unterschied zwischen den Altersgruppen, ein Indikator für ein relativ stark integriertes System. Deutschland, Österreich und die Niederlande liegen für Kinder zwischen drei und fünf Jahren im Mittelfeld, für jüngere Kinder mit Ausnahme der Niederlande im unteren Bereich. Allerdings spielt in den Niederlanden Teilzeit-Betreuung mit oft nur wenigen Stunden pro Woche eine große Rolle, so daß die Zahlen hier vorsichtig zu interpretieren sind. Noch niedriger sind die Quoten für Großbritannien und Irland. Griechenland paßt insgesamt gut ins südeuropäische Muster. Auch hier spielen Vorschulen eine strukturbestimmende Rolle. Portugal dagegen ist eine Ausnahme innerhalb Südeuropas, weil es eine relativ niedrige Quote für ältere und eine relativ hohe Quote für jüngere Kinder aufweist, was zum Teil mit der hohen Frauenerwerbstätigkeit zusammenhängen könnte.

**TABELLE 2. Kinderbetreuungsquoten in der EU und Norwegen<sup>a</sup>, ca. 1996**

Land	Alle Einrichtungen <sup>b</sup> (ca. 1994)		Einrichtungen mit Bildungsfunktion <sup>c</sup> (ca. 1996)			
	0–2	3–5	3	4	5	6
Belgien	30	98	98	99	98	+ <sup>d</sup>
Dänemark	48	82	60	79	81	93
Deutschland	2 <sup>e</sup> 50 <sup>f</sup>	78 <sup>e</sup> 99 <sup>f</sup>	47	71	77	+
Griechenland	(3)	(70)	13	54	80	+
Spanien	(2)	84	57	99	99	+
Frankreich	23	99	99	99	99	+
Irland	2	55	<1	53	98	+
Italien	6	91	89	96	99	+
Niederlande	(8)	(71)	<1	97	+	+
Österreich	3	75	30	71	90	+
Portugal	12	48	42	55	70	+
Finnland	21	53	27	29	35	57
Schweden	33	72	51	58	63	86
Großbritannien	2	(60)	45	94	+	+
Norwegen	k.A.	k.A.	54	65	71	90

<sup>a</sup> Erfassungsgrad in öffentlich finanzierten bzw. subventionierten Einrichtungen in % der jeweiligen Altersgruppe.

<sup>b</sup> Quelle: *EU Commission Directorate General V 1996*.

<sup>c</sup> Quelle: *EU Commission 1997*.

<sup>d</sup> Im Prinzip alle Kinder durch Vorschul- bzw. Schuleinrichtungen erfaßt (Schulpflicht).

<sup>e</sup> Alte Bundesländer.

<sup>f</sup> Neue Bundesländer.

k.A. = keine Angabe verfügbar.

Quellen: *European Commission Directorate General V 1996. EU Commission 1997*.

Ein Blick auf die Betreuungsquoten einzelner Einrichtungen (vgl. Übersicht 2) bestätigt die Befunde. In den skandinavischen Ländern herrscht eine ausgewogene Struktur vor, in der keine einzelne Form dominiert. Doch gibt es Schwerpunkte in beiden Altersgruppen. Zum Beispiel spielt in Dänemark Betreuung durch kommunale Tagesmütter (*kommunal dagpleje*) die dominierende Rolle für Kinder unter drei Jahren, während Kindergärten (*bornehaver*) das Feld für ältere Kinder beherrschen. Der Anteil altersgemischter Einrichtungen (*altersintegrerede institutioner*) ist relativ hoch. In England und den Niederlanden ist die Struktur ebenso vielfältig, wird aber im Gegensatz zu Skandinavien durch vorschulische Einrichtungsformen bestimmt. In Frankreich und Deutschland herrscht eine deutlich zweigeteilte Struktur für beide Altersgruppen vor.

**ÜBERSICHT 2. Kinderbetreuungsquoten in zentralen Einrichtungen, ca. 1996<sup>a</sup>**

Land	Betreuungsquote (in % der jeweiligen Altersgruppe, umgerechnet in Vollzeitplätze)					
	Altersgruppe	0–2 Jahre		3–5 Jahre		0–5 Jahre <sup>b</sup>
Dänemark	Krippe	9,1	Krippe	<1	Krippe	4,5
	Kindergarten	<1	Kindergarten	41,0	Kindergarten	23,3
	Atersgem. Gruppe	8,4	Atersgem. Gruppe	23,5	Atersgem. Gruppe	16,8
	Tagesmutter	27,3	Tagesmutter	4,4	Tagesmutter	14,6
					Vorklassen	9,0
Deutschland	Krippen	3,4	Kindergarten	65,0	k.A. <sup>d</sup>	
Frankreich	Vorschule	11,5	Vorschule	98,1	Vorschule	37,6
	Tagesmutter <sup>c</sup>	12,2			Krippen	4,5
Niederlande	k.A.		k.A.		Tagesstätte	6,4
					Tagesmutter	1,1
					Spielgruppe	8,0
					Vorschule	10,9
Finnland	Tagesstätte	9,8	Tagesstätte	38,4	Tagesstätte	26,5
	Tagesmutter	11,5	Tagesmutter	17,8	Tagesmutter	15,1
					Vorklasse	<1
Schweden	Tagesstätte	30,7	Tagesstätte	54,0	Tagesstätte	45,0
	Tagesmutter	9,1	Tagesmutter	13,0	Tagesmutter	11,5
					Vorklasse	4,6
England/Wales	k.A.		k.A.		Tagesstätte	5,7
					Spielgruppe	7,0
					Vorschule	<1
					Vorklasse	16,2

<sup>a</sup> Tagesbetreuung durch Tagesmütter ist nur dann erfaßt, wenn öffentliche Organisation und/oder Subventionierung des Angebots vorliegt. Dies ist in Belgien und in den skandinavischen Ländern der Fall; Steuervorteile und Zuschüsse gibt es in bestimmten Fällen auch in Frankreich, England und den Niederlanden. Zusätzliche Daten aus Rostgaard/Fridberg 1998: England: *Family day care*: 12,0% der Kinder 0-4 Jahre; Frankreich: *Assistante maternelle* und *Crèche familial*: 12,2% der Kinder 0-2 Jahre; Deutschland: *Tagesmütter*: 4% der Kinder 0-2. Niederlande: *Gastouderopvang*: 1% der Kinder 0-4 Jahre (im öffentlich durch die Gemeinden vermittelten System).

<sup>b</sup> Niederlande und England/Wales: 0-4 Jahre.

<sup>c</sup> Subventioniert durch Familienkassen, *départements* und Gemeinden.

<sup>d</sup> k.A. = keine Angaben verfügbar.

Quelle: Rostgaard/Fridberg 1998.

Leider geben die vorliegenden Daten keine Auskunft über den Anteil an Vollzeit- oder Teilzeitplätzen. In einigen Ländern überwiegen zwar immer noch Teilzeitangebote, aber der Trend geht in Richtung Vollzeitbetreuung. Dadurch kommt der Betreuungsaspekt auch in den primär durch die Sozialisation begründeten Einrichtungen stärker zur Geltung. Durch die stärkere Mischung von Sozialisations- und Betreuungsfunktion ist die Qualität von Einrichtungen erneut in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerückt. Im gleichen Zug sind die Qualifikationsanforderungen an das Personal gestiegen. Immer mehr rücken dabei pädagogische Qualifikationen in den Vordergrund.

Im Mittelpunkt der Ausdehnung des Angebots an Kinderbetreuungseinrichtungen steht das Problem der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, das in den meisten Ländern mittlerweile als gesellschaftliche Aufgabe anerkannt ist. Zunehmend werden dabei auch staatliche Garantien für Betreuungsplätze gegeben, zuerst in Ländern mit ohnehin umfassendem Angebot wie in Skandinavien. Andere Länder zogen jedoch nach: Deutschland, Spanien, Italien, die Niederlande und jüngst auch Großbritannien. Gerade Länder mit niedriger Versorgung haben beachtliche Anstrengungen unternommen, um international aufzuschließen, insbesondere für Kinder ab drei Jahren. In den Niederlanden zum Beispiel war die Betreuungsquote im europäischen Vergleich traditionell sehr niedrig, vor allem im Vollzeitbereich. Seit 1990 werden aber erhebliche Anstrengungen unternommen, um die Situation zu verbessern. Innovativ war dabei der Versuch, Arbeitgeber in die Finanzierung von Einrichtungen einzubinden. Auch Großbritannien hat jüngst das Ziel formuliert, allen Kindern ab drei Jahren in den nächsten Jahren einen Vorschulplatz zu garantieren. In diesem Sinn kann man zumindest für Kinder ab drei Jahren von einem Trend zur Konvergenz in Europa sprechen, mit dem Ziel einer möglichst vollständigen Erfassung dieser Altersgruppe, während für jüngere Kinder Unterschiede zwischen den Ländern nach wie vor groß sind.

Dabei muß allerdings berücksichtigt werden, daß der Mutterschafts- und Elternurlaub (mit oder ohne Bezahlung) in den meisten Ländern erweitert wurde. Das vorherrschende Muster im Ländervergleich ist auch hier, daß Länder mit gut ausgebauten Betreuungseinrichtungen in der Regel auch großzügige Urlaubsregelungen haben, während Länder, die über weniger Einrichtungen verfügen, kürzere oder niedriger bezahlte Urlaubsregelungen eingeführt haben. Ebenso muß berücksichtigt werden, daß es in einigen Ländern einen deutlichen Trend zur früheren freiwilligen Einschulung von Kindern in Vorbereitungsklassen oder Vorschulen gibt. Durch beide Maßnahmen, erweiterter Elternurlaub und frühere Einschulung, reduziert sich die Zeitspanne für die Betreuung von Kindern im Vorschulalter.

### 2.3.3 Finanzierung

Die öffentliche Finanzierung von Kinderbetreuungseinrichtungen erfolgt in Europa sehr unterschiedlich. Mit Ausnahme der föderalen Systeme Belgien, Österreich und Deutschland ist der Zentralstaat in der Regel stark an der Finanzierung von Vorschulen, die zum staatlichen Bildungswesen gehören, beteiligt. Dieselbe Rolle nehmen in Österreich und Deutschland die Länder und in Belgien die Gemeinschaften ein. Die Einrichtungen, die zum Sozialbereich gehören, werden überwiegend von den Gemeinden finanziert. Besonders hoch ist dieser Anteil in Skandinavien und Großbritannien. Hier sind Gemeinden oft die einzigen öffentlichen Geldgeber. Geringer ist die finanzielle Beteiligung der Gemeinden dagegen in Spanien, Belgien und Frankreich. In Spanien übernehmen die autonomen Regionen einen großen Teil der Kosten, in Belgien sind es die Gemeinschaften. Außerdem treten in Belgien und Frankreich die zur Sozialversicherung gehörenden Familienkassen als Geldgeber auf.



## ÜBERSICHT 3. Öffentliche Finanzierung und Eigenanteile der Nutzer, ca. 1995

Land	Einrichtung	Öffentliche Finanzierung				Eigenanteil der Nutzer
		Allgemeine Steuermittel			Sozialversicherung	
		Staat	Regionen	Gemeinden		
Belgien	Tagesstätte	–	56% <sup>f</sup> 48% <sup>g</sup>	ja	ja <sup>i</sup>	30% <sup>f</sup> 17% <sup>g</sup>
	Vorschule	–	ja <sup>h</sup>	–	–	–
Dänemark	Tagesstätte	–	–	ja	–	29%
	Vorklasse	–	–	ja	–	–
Deutschland	Tagesmutter	–	–	ja	–	30%
	Kinderkrippe	–	ja (Länder)	ja	–	16-20%
Griechenland	Kindergarten	ja (gering)	ja (Länder)	ja	–	16-20%
	Vorschule	ja	–	ja (gering)	–	–
Spanien	Tagesstätte	–	–	ja	–	ja
	Tagesstätte	ja (privat)	<80% <sup>a</sup> (öff.) <50% <sup>b</sup> (priv.)	ja (öffentl.)	–	ja
Frankreich	Vorschule	ja (öffentl.) 50% (privat)	ja	ja	–	nein (öffentl.) 50% <sup>c</sup> (privat)
	Tagesstätte	–	–	47%	23% <sup>l</sup>	28%
Irland	Vorschule	ja	–	ja (gering)	–	nein (öffentl.) ja (privat) <sup>d</sup>
	Tagesmutter	–	–	35% <sup>j</sup> 7% <sup>k</sup>	23% <sup>l</sup>	34%
Italien	Tagesstätte	ja	–	–	–	ja
	Vorklasse	ja	–	–	–	nein (öffentl.) ja (privat) <sup>e</sup>
Niederlande	Tagesstätte	–	ja (gering)	ja	–	10-20%
	Vorschule	ja (öffentl.) gering (priv.)	ja (öffentl.) gering (priv.)	–	–	nein (öffentl.) ja (privat)
Österreich	Tagesstätte	–	–	33%	–	42% <sup>l</sup>
	Vorschule	ja	–	–	–	nein
Portugal	Kinderkrippe	–	ja (Länder)	ja	–	ja
	Kindergarten	–	ja (Länder)	ja	–	ja
Finnland	Tagesstätte	ja	–	–	–	gering (öff.) höher (privat)
	Vorschule	ja	–	ja (gering)	–	nein (öffentl.)
Schweden	Tagesstätte	27%	–	54%	–	20%
	Vorschule	ja	–	–	–	nein
England/Wales	Tagesmutter	–	–	85%	–	15%
	Tagesstätte	2%	–	85%	–	13%
Wales	Tagesmutter	–	–	82%	–	18%
	Tagesstätte	–	–	94% (öffentl.) nein (privat)	–	6% (öffentl.) 100% (privat)
Wales	Spielgruppe	–	–	ja (öffentl.)	–	ja (privat)
	Vorschule	ja	–	ja	–	nein (öffentl.) ja (privat)
Wales	Tagesmutter	–	–	–	–	ja (privat) 100%

<sup>a</sup> Zusammen mit Gemeinden.<sup>b</sup> Zusammen mit Zentralstaat.<sup>c</sup> Anteil Kinder, für die Eigenbeiträge geleistet werden: 27%.<sup>d</sup> Anteil Kinder, für die Eigenbeiträge geleistet werden: 12%.<sup>e</sup> Anteil Kinder, für die Eigenbeiträge geleistet werden: 2%.<sup>f</sup> Flandern.

(öffentlich) = öffentliches System, (privat) = nicht-öffentliches System.

<sup>g</sup> Wallonie.<sup>h</sup> Gemeinschaften.<sup>i</sup> Familienkassen.<sup>j</sup> Gemeinde.<sup>k</sup> Départements<sup>l</sup> Zusätzlich ca. 25% Arbeitgeber.

Quelle: European Commission Directorate General V 1996. Rostgaard/Fridberg 1998. EU Commission 1997.

Die Eltern müssen für den Besuch ihrer Kinder an einer staatlichen Vorschule keine Beiträge entrichten. Der Besuch privater Vorschulen muß jedoch zum großen Teil von ihnen finanziert werden. Insbesondere in Spanien und Italien, aber auch in Frankreich und Großbritannien wird der Besuch privater Vorschulen vom Staat nicht oder kaum subventioniert. In Großbritannien ist der Unterschied zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen eklatant: während die Eltern für öffentliche Einrichtungen nur einen sehr geringen Beitrag leisten, müssen sie für private Einrichtungen fast die gesamten Kosten tragen. Darin spiegelt sich die für England charakteristische Trennung zwischen einem öffentlichen System für bedürftige Familien und einem privaten System für die Mittelklasse wider. Im Gegensatz zu Vorschulen müssen Eltern in allen Ländern Beiträge für den Besuch ihrer Kinder an einer Tagesstätte zahlen. Das gleiche gilt für Tagesmütter. Der Elternanteil variiert jedoch stark. Am höchsten ist er in den Niederlanden mit über 40% der Kosten. Außerdem tragen hier Arbeitgeber noch einmal etwa ein Viertel der Kosten, so daß der öffentliche Finanzierungsanteil bei rund einem Drittel liegt.

## **2.4 Soziale Dienste für alte Menschen**

Historisch gesehen waren Betreuung und Pflege alter Menschen primär eine Aufgabe für die Familie. Allerdings gab es schon immer Einrichtungen, die sich alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen annahmen. Hospize und Spitäler gehören zu den ältesten sozialen Einrichtungen in Europa. Sie wurden meist von Städten und Gemeinden, Stiftungen und kirchlichen Organisationen angeboten. Mit dem Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens ging später ein Großteil dieser Funktion an die Krankenhäuser über. Daneben entwickelten sich ambulante medizinisch-soziale Dienste, die jedoch meist auf Mütter und Kinder gerichtet waren. Außerdem entwickelten sich Altenheime und andere besondere Wohnformen für alte Menschen. In einigen Ländern wurden spezifische Pflegedienste geschaffen, die aus der Zuständigkeit des Gesundheitswesens ausgegliedert wurden. Es gibt aber signifikante Unterschiede zwischen den Ländern im Ausmaß, in dem Betreuung und Pflege alter Menschen als öffentliche Aufgabe definiert wurde. Während in Skandinavien, England und den Niederlanden Einrichtungen für alte Menschen früh eine große Bedeutung hatten, war dies in Frankreich, Belgien, Deutschland und Österreich weniger der Fall, noch weniger in den südeuropäischen Ländern. Für die Entwicklung sozialer Dienste für alte Menschen setzten das Gesundheits- und das lokale Armenwesen die Rahmenbedingungen. Spezifische Institutionen bildeten sich später, aber nicht in allen Ländern heraus. Doch seit einigen Jahren bewegt sich der Bereich der Altenhilfe in vielen Ländern in Richtung auf eine institutionelle Neuordnung, in der das Pflegerisiko als eigenständiges Problem sozialer Sicherung anerkannt ist.

Gesundheits- und Sozialdienste für ältere Menschen sind ein komplexes Politikfeld, das sich in rascher Entwicklung befindet. Zur Vereinfachung kann man zwischen medizinischen und sozialen Diensten sowie ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen unterscheiden. In der Realität mischen sich diese Formen jedoch häufig.

Geht man von den historisch gewachsenen Gesundheitssystemen aus, lassen sich die hier betrachteten EU-Länder grob in zwei Gruppen einteilen: Länder mit nationalen Gesundheitsdiensten

(Dänemark, Schweden, Finnland, Irland, Großbritannien, Griechenland, Portugal, Italien und Spanien) und Länder mit Krankenversicherungssystemen (Belgien, Frankreich, Deutschland und die Niederlande). Deutschland und die Niederlande haben darüber hinaus spezielle Pflegeversicherungen geschaffen. In Ländern mit nationalem Gesundheitsdienst wird gewöhnlich nicht scharf zwischen medizinischer Behandlung und Langzeitpflege getrennt. In Ländern mit Pflegeversicherung (Deutschland, Niederlande) gibt es eine klare institutionelle Trennung zwischen medizinischer Behandlung und Langzeitpflege, während in Belgien und Frankreich für beide Leistungen die Krankenversicherung aufkommt. In allen Systemen müssen Unterbringungskosten in Heimen von Klienten oder ihren Familien oder –nachrangig – durch Sozialhilfe getragen werden.

Die Unterscheidung zwischen Ländern mit steuerfinanzierten, allgemeinen Diensten und solchen mit Versicherungssystemen ist in diesem Bereich von Bedeutung. Zwar liegen in vielen Ländern Mischformen vor, aber meist überwiegt eines der Merkmale deutlich, so daß man einige vorsichtige verallgemeinernde Aussagen über Unterschiede machen kann. In drei Bereichen kann man tendenziell Unterschiede erwarten: in Finanzierung, Organisation und lokaler Koordination sozialer Dienste.

In Bezug auf die Finanzierung unterscheiden sich steuerfinanzierte Systeme von Versicherungssystemen darin, daß ihre Finanzierungsbasis breiter ist. In der Regel werden durch die Einkommensteuer alle Einkunftsarten erfaßt, während Versicherungssysteme meist nur Einkommen aus Erwerbstätigkeit mit Abgaben belegen. Durch den progressiven Steuertarif ist der vertikale Umverteilungseffekt darüber hinaus größer als durch die meist proportional erhobenen Versicherungsbeiträge. Demgegenüber ist die finanzielle Eigenständigkeit von Versicherungssystemen in der Regel größer als die steuerfinanzierter Systeme, denn die erzielten Einnahmen sind zweckgebunden und konkurrieren nicht direkt mit anderen Staatsaufgaben. Einnahmen wie Ausgaben entwickeln sich also in versicherungsfinanzierten Systemen in der Regel kontinuierlicher als in steuerfinanzierten Systemen.

Auch in Bezug auf die Koordination des Angebots sozialer Dienste und die Leistungserbringung unterscheiden sich beide Systeme. In Versicherungssystemen wird das System durch allgemeine Regeln gesteuert, die direkter politischer Kontrolle entzogen sind. Versicherungssysteme schaffen größere individuelle Rechtssicherheit bei Anbietern wie Klienten sozialer Dienste. Leistungen sind meist durch individuelle Ansprüche begründet und eher kalkulierbar. Auch die Anbieter von Leistungen können sich auf das Regelwerk der Sozialversicherung als relativ sichere Kalkulationsbasis verlassen. In Versicherungssystemen ist typischerweise kein öffentlich festgelegtes Angebotskontingent zu vergeben. Die Steuerung des Systems erfolgt nicht über die Menge, sondern durch Rahmenregeln, Finanzierungs- und Leistungssätze. Steuerfinanzierte Systeme werden dagegen eher direkt durch politische Akteure gesteuert. Dies hat Konsequenzen für Klienten wie Anbieter. In der Regel behält die öffentliche Hand die Kontrolle über Angebot und Nutzung sozialer Dienste, die meist durch öffentliche Träger erbracht, oder - als neuere Variante - als Kontingente an freie oder kommerzielle Anbieter vergeben werden, sei es durch Gebietsverträge, Projektverträge oder individuelle Ausschreibungen.

Für unsere Themenstellung ergeben sich daraus Konsequenzen für Steuerung und Koordination des örtlichen Angebots sowie für die Stellung verschiedener Anbieter im System. In steuerfinanzierten

Systemen ist die direkte politische Kontrolle über das örtliche Angebot stärker. Umbaumaßnahmen können direkter und schneller durchgesetzt werden. Tendenziell haben die Gemeinden oder lokale Dienststellen zentraler Behörden in diesem Fall eine wichtige Koordinationsfunktion. In Versicherungssystemen fehlt dagegen häufig eine zentrale Koordinationsstelle. Zwar spielen Gemeinden und lokale Dienststellen zentraler Behörden in der Praxis oft eine ähnliche Rolle, aber ihr Steuerungspotential ist geringer. Umgekehrt gilt natürlich aus Sicht der Anbieter, daß sie freier operieren können und nicht an Kontingente oder Verträge mit Gemeinden gebunden sind. Allerdings benötigen sie in der Regel eine Zulassung durch die Sozialversicherung. Es ist deshalb kein Zufall, daß Versicherungssysteme eher in Gesellschaften zu finden sind, in denen nicht-öffentliche Anbieter sozialer Dienste eine große Rolle spielen.

Aus historischer Perspektive könnte man argumentieren, daß beide Merkmale durch gemeinsame Faktoren beeinflußt wurden, zum Beispiel eine hohe sozial-kulturelle Heterogenität von Gesellschaften. In Ländern, deren Gesundheits- und Sozialsysteme traditionell durch freie und kommerzielle Träger sowie freiberufliche Interessen geprägt wurde, waren die Chancen für die Einführung eines einheitlichen, staatlich dominierten Systems ungünstig, während ein Versicherungssystem staatliche Standardisierung mit Anbieterpluralismus verbinden konnte. Umgekehrt waren steuerfinanzierte Systeme historisch eng mit einem großen direkten Einfluß des Staates auf das Angebot sozialer Dienste verbunden. Eine wichtige sozialstrukturelle Voraussetzung dafür war eine relativ homogene Gesellschaft mit einheitlichen Organisationsformen.

#### 2.4.1 Administrative Organisation

In bezug auf Organisation und Finanzierung müssen ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen getrennt betrachtet werden. Übersicht 4 zeigt die Organisation ambulanter Pflegedienste und Haushaltshilfen in neun ausgewählten Ländern und benennt die wichtigsten öffentlichen Finanzierungsinstanzen. Fünf der neun Länder haben einen allgemeinen Gesundheitsdienst für alle Wohnbürger, der landesweit (Schweden, England und Dänemark) oder regional (Spanien, Italien) organisiert ist. Vier Länder (Frankreich, Belgien, Niederlande, Deutschland) besitzen Krankenversicherungssysteme, die in unterschiedliche Berufszweige und Sondersysteme gegliedert sind, insgesamt jedoch mit Ausnahme der Niederlande fast die gesamte Bevölkerung umfassen. Die Niederlande und Deutschland haben darüber hinaus besondere Pflegeversicherungen geschaffen, in den Niederlanden für alle Wohnbürger (*Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten AWBZ*), in der Bundesrepublik für alle gesetzlich und privat Krankenversicherten (ca. 98% der Wohnbürger).

Die Länder unterscheiden sich zunächst darin, wie stark Pflegedienste und Haushaltshilfe integriert sind. Eine starke Trennung gibt es in den reinen Krankenversicherungssystemen ohne spezielle Pflegeversicherung, also in Belgien und Frankreich. Dort sind sowohl die Zuständigkeit vor Ort als auch die Finanzierung für beide Bereiche unterschiedlich geregelt. Die Krankenversicherung deckt im wesentlichen Pflegeleistungen ab, während Haushaltshilfe in Belgien in die Zuständigkeit der Gemeinschaften fällt und in Frankreich von Gemeinden, *départements* und Rentenversicherungsträgern finanziert wird. Im Prinzip müssen alte Menschen die Kosten für diese Dienste selbst tragen. Rentner

erhalten jedoch Leistungen aus der Rentenversicherung. Menschen mit niedrigem Einkommen können nachrangig Sozialhilfe beziehen. Stärker integriert sind beide Dienstleistungsformen in den Versicherungssystemen mit spezieller Absicherung gegen das Pflegerisiko, in den Niederlanden und Deutschland. In den Niederlanden bieten oft dieselben Organisationen beide Formen an. Beides wird zum größten Teil durch die Pflegeversicherung finanziert.

#### ÜBERSICHT 4. Pflegedienste und Haushaltshilfe: Zuständigkeit und Finanzierung, ca. 1996

Land	Dienst	System	Regulierung	Finanzierung
<i>Länder mit nationalem Gesundheitsdienst</i>				
Großbritannien	Pflege	Nationaler Gesundheitsdienst	Lokale Gesundheitsbehörden	Nationaler Gesundheitsdienst
	Haushalt	Soziale Dienste	Gemeinden	Gemeinden
<i>Länder mit nationalem Gesundheitsdienst mit hoher regionaler Autonomie</i>				
Italien	Pflege <sup>e</sup>	Gesundheitswesen	Regionale Gesundheitsbehörden	Regionale Gesundheitsbehörden
	Haushalt <sup>e</sup>	Soziale Dienste	Gemeinden	Gemeinden
Spanien	Pflege	Gesundheitswesen	Zentralstaat, <i>Comunidades autónomas</i>	Zentralstaat, <i>Comunidades autónomas</i>
	Haushalt	Soziale Dienste	Zentralstaat, <i>Comunidades autónomas</i>	Zentralstaat, <i>Comunidades autónomas</i>
<i>Länder mit nationalem Gesundheitsdienst mit enger Anbindung an Gemeinden</i>				
Schweden	Pflege und Haushalt	Gesundheitswesen und soziale Dienste	Bezirksgesundheitsbehörden, Gemeinde	Staat, Bezirksgesundheitsbehörden, Gemeinden
Dänemark	Pflege und Haushalt <sup>d</sup>	Soziale Dienste	Gemeinden	Zentralstaat, Gemeinden
<i>Länder mit Krankenversicherung ohne Pflegeversicherung</i>				
Belgien	Pflege	Gesundheitswesen	Gemeinschaften	Krankenversicherung
	Haushalt	Soziale Dienste	Gemeinschaften	Gemeinschaften, Gemeinden
Frankreich	Pflege <sup>c</sup>	Gesundheitswesen	Département	Krankenversicherung
	Haushalt	Soziale Dienste	Département	Departements, <sup>f</sup> Gemeinden, Rentenversicherung
<i>Länder mit Kranken- und Pflegeversicherung</i>				
Deutschland	Pflege- und Haushalt	Gesundheits- und Sozialwesen	Länder und Gemeinden	Pflegeversicherung, Krankenversicherung, Gemeinden
Niederlande	Pflege und Haushalt <sup>b</sup>	Gesundheitswesen und soziale Dienste	Provinzen	Pflegeversicherung <sup>a</sup>

<sup>a</sup> AWBZ: Gesetz über besondere Krankheitskosten.

<sup>b</sup> 1990 wurde der gemeinsame Dachverband von Pflege- und Haushaltsdiensten gegründet; auf regionaler Ebene schreitet die Integration fort; in den meisten Bezirken sind die gleichen Vereinigungen für beide Dienste zuständig.

<sup>c</sup> Soins à domicile pour personnes âgées (SAD); Hospitalisation à domicile (HAD).

<sup>d</sup> Heimpflege und Haushaltsdienste integriert.

<sup>e</sup> Oftmals sind diese Dienste integriert; große regionale Unterschiede.

<sup>f</sup> Aide sociale (Sozialhilfe).

Quelle: *Hutten 1996*.

Die Länder mit allgemeinen Gesundheitsdiensten unterscheiden sich ferner im Grad der Integration beider Dienstleistungsformen. Auf der einen Seite stehen Spanien und Italien mit der geringsten Integration und großen regionalen Variationen. In Italien besteht in manchen Regionen eine starke Integration, während in anderen eine hohe Fragmentierung zu beobachten ist. Auf der anderen Seite stehen Schweden und vor allem Dänemark mit den am stärksten integrierten Systemen. In Dänemark werden beide Dienste durch die Gemeinden koordiniert, finanziert und angeboten. In Schweden ging zwar Anfang der 90er Jahre die Zuständigkeit für ambulante Pflegedienste von den Bezirksgesundheitsbehörden auf die Gemeinden über, doch nach wie vor gibt es Langzeitpflegebetten in Krankenhäusern, die in die Zuständigkeit des Gesundheitswesens fallen. Stark getrennt sind beide Dienste auch in Großbritannien, wo nach wie vor der Nationale Gesundheitsdienst für Pflege und die Gemeinden für Haushaltshilfe zuständig sind. Die Einführung von marktwirtschaftlichen Steuerungselementen sowohl im Nationalen Gesundheitsdienst als auch in den kommunalen sozialen Diensten hat zwar die interne Effektivität beider Systeme gesteigert, aber ihre Koordination nicht unbedingt verbessert.

Übersicht A 3 gibt einen Überblick über administrative Zuständigkeit und Finanzierung stationärer Einrichtungen für alte Menschen in ausgewählten Ländern. In Dänemark ist die Gemeinde die entscheidende Instanz, in Schweden sind regionale Gesundheitsbehörden zuständig. In den Niederlanden und England spielen regionale Gesundheitsbehörden eine wichtige Rolle für Planung und Koordination stationärer Einrichtungen, während in Frankreich und Deutschland überwiegend Kommunen zuständig sind. Darüber hinaus tragen in den Versicherungssystemen (Niederlande, Frankreich, Deutschland) Pflege- und Krankenversicherungen einen Großteil der Kosten für Pflegeleistungen, in der Regel jedoch nicht für Unterbringung.

#### 2.4.2 Erfassungsgrad

Tabelle 3 faßt Kennziffern über den Erfassungsgrad stationärer und ambulanter Dienste für ältere Menschen in europäischen Ländern zusammen. Die Daten beziehen sich auf die Jahre 1990 und 1995 und stammen zum Teil aus unterschiedlichen Quellen, sind also weder zwischen Ländern noch über die Zeit direkt vergleichbar. Die Daten sollten also vorsichtig interpretiert werden. Hinzu kommt, daß es sich bei der Altenhilfe um ein Politikfeld handelt, das in vielen Ländern in großer Bewegung ist. Deshalb kann aus diesen Daten auch nicht auf die aktuelle Situation in einzelnen Ländern geschlossen werden.

Stationäre Einrichtungen für alte Menschen im Gesundheits- und Sozialbereich sind in den skandinavischen Ländern und den Niederlanden relativ stark ausgebaut, am wenigsten in den südeuropäischen Ländern. Das gleiche Bild ergibt sich für ambulante Pflegedienste und Haushaltshilfe. Die mitteleuropäischen Länder liegen in beiden Bereichen zwischen diesen Gruppen. Die relativ niedrigen Quoten für stationäre Einrichtungen in Dänemark und Schweden 1990 sind dadurch zu erklären, daß im Gegensatz zu 1995 in diesem Jahr nur Plätze in Einrichtungen mit Pflegecharakter erfaßt wurden. 1995 sind zum Teil auch Einrichtungen des betreuten Wohnens enthalten. Eine genauere Aufschlüsselung der stationären Einrichtungen für die skandinavischen Länder enthält Tabelle 5 unten.

**TABELLE 3. Stationäre Einrichtungen und ambulante Dienste für alte Menschen in OECD-Ländern, ca. 1990 und 1995<sup>a</sup>**

Land	Heimplätze <sup>b c</sup>		Heimpflege- und Haushaltsdienste <sup>b</sup>	
	ca. 1990 <sup>g</sup>	ca. 1995 <sup>g</sup>	ca. 1990 <sup>g</sup>	ca. 1995 <sup>g</sup>
Österreich	4,6	4,9	3	–
Belgien	5,2 (6,6) <sup>f</sup>	6,4	6	4,5
Dänemark	5,2 (10,6) <sup>f</sup>	7,0	17	20,3
Finnland	7,0	5,3–7,6	24	14,0
Frankreich	5,0	6,5	7 <sup>d</sup>	6,1
Deutschland	5,3	6,8	2	9,6
Griechenland	0,5 <sup>d</sup>	–	–	–
Irland	5,0	–	3	–
Italien	2,4 <sup>e</sup>	–	1 <sup>e</sup>	–
Niederlande	9,1	8,8	8	12,0
Norwegen	6,5	6,6	14	17,0
Portugal	1,8	–	1	–
Spanien	2,4	–	2	–
Schweden	5,3	8,7	13	11,2
Großbritannien	5,1	5,1	13	5,5

<sup>a</sup> Werte für 1990 und 1995 basieren auf unterschiedlichen Konzepten.

<sup>b</sup> Erfassungsgrad in % der Bevölkerung über 65.

<sup>c</sup> Im Gesundheits- und Sozialbereich; Alten- und Pflegeheime.

<sup>d</sup> 1985.

<sup>e</sup> 1988.

<sup>f</sup> Einschließlich Langzeit- u. Geriatriebetten in Krankenhäusern; Quelle: EU Commission 1993.

<sup>g</sup> Zahlen für 1990 und 1995 nicht vergleichbar; Heimplätze in 1990 nur Einrichtungen mit Pflegecharakter; 1995 zum Teil mit Einrichtungen betreuten Wohnens.

Quellen: Daten für 1990: *OECD 1996*. Zum Teil: *EU Commission 1993*. Daten für 1995: *OECD 1999*.

Betrachtet man jedoch nur Pflegeheimplätze im engeren Sinn, also ohne Einrichtungen, in denen der Wohnaspekt überwiegt, zeigen sich geringere Unterschiede (vgl. Tabelle 4). Zwar steht nach wie vor Dänemark an der Spitze, aber die Unterschiede zu den mitteleuropäischen Ländern sind geringer. Insbesondere der Anteil der Niederlande sinkt deutlich ab. Dies zeigt, daß die wesentlichen Unterschiede zwischen den Ländern vor allem auf die unterschiedliche Bedeutung altersspezifischer Wohnformen, weniger auf Pflegeeinrichtungen im engeren Sinn zurückzuführen sind.

**TABELLE 4. Pflegeheimplätze in Ländern der EU, ca. 1990**

Land	Pflegeheimplätze <sup>a</sup>
Belgien	2,1 <sup>b</sup>
Dänemark	5,3
Deutschland	2,3
Frankreich	2,4
Irland	2,4 <sup>c</sup>
Niederlande	2,6
Spanien	0,2

<sup>a</sup> In % der Bevölkerung über 65.

<sup>b</sup> Einschließlich Langzeit- u. Geriatriebetten in Krankenhäusern.

<sup>c</sup> Langzeitbetten im nicht-öffentlichen Sektor.

Quelle: *Alber/Guillemard/Walker 1993*; zitiert nach *Alber/Schölkopf 1999: 350*.

Während noch zu Beginn der 90er Jahre vor allem die südeuropäischen Länder sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich deutlichen Nachholbedarf hatten, gingen Länder, die über ein großes stationäres Angebot verfügten, in der gleichen Zeit daran, diesen Anteil wieder zurückzuschrauben. In Skandinavien, England und den Niederlanden waren stationäre Einrichtungen traditionell weit ausgebaut. Bereits Ende der 70er Jahre wurde in diesen Ländern ein Umschwung mit dem Ziel eingeläutet, den stationären Bereich einzuschränken. Im gleichen Zug sollte die ambulante Versorgung verbessert und flexibler gestaltet werden. Zwei Motive haben diesen Umschwung bestimmt: Kostenersparnis und das Ziel, alten Menschen so lange wie möglich ein selbst bestimmtes Leben in der gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Ein weiterer Grund dürften gestiegene Erwartungen an die Qualität der Betreuung sein, die in traditionellen Altenheimen oft nicht erfüllt werden konnten.

Tabelle 5 zeigt, daß der Anteil alter Menschen in stationären Einrichtungen in den skandinavischen Ländern zwischen 1980 und 1990 deutlich gesunken ist. Am größten war der Rückgang in Schweden. Interessant ist auch, daß die Diversifizierung der stationären Einrichtungen zugenommen hat. Während zwischen 1980 und 1990 in allen Ländern der Anteil der in Pflege- und Altenheimen betreuten Menschen gesunken ist, stieg der Anteil in betreuten Wohnformen an. Auch hier sind die größten Veränderungen in Schweden festzustellen. Bemerkenswert ist außerdem, daß der Erfassungsgrad ambulanter Dienste mit Ausnahme von Dänemark ebenfalls stark abgenommen hat. Der Abbau stationärer Versorgung war also keineswegs von einem Ausbau ambulanter Dienste begleitet. Betrachtet man die Intensität der im ambulanten Sektor geleisteten Betreuung, zeigt sich überall ein steiler Anstieg, in Schweden auf mehr als das Doppelte. Darin zeigt sich, daß die Dienste auf besonders bedürftige alte Menschen konzentriert wurden, während Menschen mit geringerem Bedarf nicht mehr aufgenommen wurden. Dennoch verfügen die skandinavischen Länder nach wie vor über das größte



Dienstleistungsangebot für alte Menschen in Europa. Der Abstand zu anderen Ländern hat sich aber verringert, auch weil parallel dazu in anderen Ländern ein Ausbau dieser Dienste erfolgte.

**TABELLE 5. Stationäre Einrichtungen und ambulante Dienste für ältere Menschen in skandinavischen Ländern, 1980 und 1990**

Land	Jahr	Stationäre Einrichtungen <sup>a</sup>				Pflegedienste und Haushaltshilfe <sup>a</sup>	
		Einrichtungen des Gesundheitswesens <sup>b</sup>	Soziale Einrichtungen <sup>c</sup>	Gesundheit und Soziales insgesamt	Betreutes Wohnen <sup>d</sup>	Anteil	Intensität <sup>e</sup>
Dänemark	1980	. <sup>f</sup>	6,6	6,6	1,0	19,0	280
	1990	. <sup>f</sup>	5,6	5,6	2,2	22,6	303
Norwegen	1980	4,3	2,3	6,6	0,1	19,8	167
	1990	4,4	2,0	6,4	0,4	18,8	197
Schweden	1980	3,3	4,1	7,4	1,5	22,5	163
	1990	2,8	2,4	5,2	3,2	17,6	389

<sup>a</sup> In % der Bevölkerung über 65.

<sup>b</sup> Norwegen: Pflegeheime; Schweden: Pflegeheime und Langzeitbetten in Krankenhäusern.

<sup>c</sup> Altersheime, z.T. mit Pflegeeinrichtungen. Dänemark: alle Institutionen in dieser Kategorie, auch Pflegeheime, die zum Sozialbereich gehören.

<sup>d</sup> Betreutes Wohnen, d.h. nur aufgenommen, wenn besondere Dienste angeboten werden.

<sup>e</sup> In Stunden pro Klient und Jahr.

<sup>f</sup> In Kategorie 'soziale Einrichtungen' enthalten.

Quelle: OECD 1996: S. 254 (*Caring for frail elderly...*).

Im Bereich der Altenhilfe liegt der Schwerpunkt in den meisten Ländern auf dem Ausbau flexibler ambulanter Dienste. In vielen Ländern werden große Anstrengungen unternommen, diese Dienste stärker zu integrieren, zum Beispiel durch eine bessere Zusammenarbeit von Pflegediensten und Haushaltshilfe sowie stationären und ambulanten Einrichtungen. In diesem Sinn bildet sich die Altenpflege allmählich als eigenständiger Bereich sozialer Versorgung heraus, dessen Koordination ins Zentrum des Interesses gerückt ist. Dies ist auch unter dem Aspekt zu betrachten, daß Pflege in der Familie verstärkt unterstützt werden soll. Dazu ist neben einer finanziellen Unterstützung häuslicher Pflege, ihrer sozialrechtlichen Absicherung oder steuerlichen Förderung der Ausbau unterstützender ambulanter Dienste und von Einrichtungen zur Tagesbetreuung notwendig.

Von großer Bedeutung in diesem Bereich sind Entwicklungen, welche die Rechte pflegebedürftiger Menschen stärken, zum Beispiel durch die Möglichkeit, Pflegepersonen selbst auszusuchen. Dies geschieht in den einzelnen Ländern auf unterschiedliche Weise. In Frankreich wird zum Beispiel die Beschäftigung von Dienstleistungspersonal in Privathaushalten staatlich gefördert. Darüber hinaus können pflegebedürftige alte Menschen seit 1997 die *prestation spécifique dépendance* erhalten, eine einkommensgeprüfte Geldleistung, die es ermöglicht, die Pflegeperson selbst auszuwählen. In

Deutschland besteht durch die Pflegeversicherung und die Auszahlung des Pflegegelds an die pflegebedürftige Person ein ähnliches System. Interessant sind auch Entwicklungen in Skandinavien, wo eine von der pflegebedürftigen Person ausgewählte Betreuungsperson von der Gemeinde angestellt werden kann, um Pflegearbeit oder Haushaltshilfe zu übernehmen. In allen Fällen wird die Selbstbestimmung der Klienten gestärkt, allerdings auf ganz unterschiedliche Weise. In Deutschland überwiegt der Aspekt der Subsidiarität, also der prinzipielle Vorrang der Pflege in der Familie. Das Pflegegeld ist nur eine geringe Entlohnung für erbrachte Pflegeleistungen und deshalb in der Regel nur für Familienmitglieder attraktiv. In Frankreich überwiegt eindeutig der Aspekt der Beschäftigungsförderung durch die Schaffung von Arbeitsplätzen in Privathaushalten. In Skandinavien dagegen wird versucht, den informellen Sektor in das öffentliche System einzubeziehen und dadurch flexibler zu gestalten. Die jeweils dominanten sozialpolitischen Orientierungen zeigen sich hierin deutlich.

Diese Beispiele zeigen auch, daß allgemeine Trends in ihrem spezifischen institutionellen Kontext betrachtet werden müssen, um ihre Bedeutung einschätzen zu können. In diesem Sinne kann man auch die von Alber und Schölkopf (1999) genannten Modelle in Frankreich, Belgien und Spanien sehen, die Unterbringung pflegebedürftiger Menschen in Gastfamilien finanziell zu unterstützen, ähnlich wie es bei Kindern in Pflegefamilien traditionell geschieht. Dieses Modell ist interessant, weil es die klassische Rolle der Familie an eine sich verändernde Welt anzupassen versucht. Sicherlich ist es kein Zufall, daß dieses Modell vor allem in katholischen Ländern Beachtung findet.

### 2.4.3 Finanzierung

In den Ländern mit Versicherungssystemen decken Kranken- oder Pflegeversicherung Kosten für ambulante Pflegeleistungen zu einem großen Teil ab. Der tatsächliche Eigenanteil der Nutzer ist gering. Selbst in Frankreich, wo die gesetzliche Krankenversicherung im Prinzip nur bis zu 70% der Kosten trägt, haben die meisten Menschen eine private Zusatzversicherung, die den relativ hohen Eigenanteil von 30% abdeckt. In Belgien und den Niederlanden besteht der Eigenanteil der Klienten in Höhe von 3,5% bzw. 15% darin, daß sie Mitgliedsbeiträge an die anbietenden Organisationen leisten. In den Ländern mit allgemeinen Gesundheitsdiensten fallen in der Regel keine oder sehr geringe Eigenanteile für Pflegeleistungen an. In England, Spanien und Italien gibt es im staatlichen System keine nennenswerten Zuzahlungen, in Dänemark existieren sie nur bei kurzzeitiger Inanspruchnahme und in Schweden gibt es eine niedrige Obergrenze für Eigenleistungen. Die Finanzierung von Pflegeleistungen erfolgt hier überwiegend aus Steuermitteln des Zentralstaats (England, Schweden, Dänemark) oder der Regionen (Spanien, Italien).

### ÜBERSICHT 5. Pflegedienste und Haushaltshilfe: Öffentliche Finanzierung und Eigenanteile der Nutzer, ca. 1995

Land	Einrichtung	Öffentliche Finanzierung				Eigenanteil der Nutzer
		Allgemeine Steuermittel			Sozialversicherung	
		Staat	Regionen	Gemeinden		
Belgien	Pflege	–	–	–	94% <sup>f</sup>	3,5% <sup>j</sup>
	Haushalt	–	75% <sup>l</sup>	5%	–	20%
Dänemark	Pflege und Haushalt	ja (gering)	–	ja	–	ja <sup>k</sup>
Deutschland <sup>a</sup>	Pflege- und Haushalt	10-20%	–	–	65% <sup>g</sup>	10%
Spanien	Pflege	ja	<80% <sup>b</sup>	ja	20%	–
	Haushalt	ja	<90% <sup>b</sup>	–	–	10%
Frankreich	Pflege	–	–	–	70% <sup>f</sup>	30% <sup>c</sup>
	Haushalt	–	–	30%	45% <sup>h</sup>	ja
Italien	Pflege	–	ja (öffentlich) nein (privat)	–	–	nein (öffentl.) ja (privat)
	Haushalt	–	–	ja (öffentlich) nein (privat)	–	ca. 50%
Niederlande	Pflege	–	–	–	85% <sup>i</sup>	15% <sup>j</sup>
	Haushalt	–	–	–	90% <sup>i</sup>	10%
Schweden	Pflege	ja <sup>m</sup>	–	–	–	ja(Maximum)
	Haushalt	17% <sup>d</sup>	–	75%	–	ca. 5%
England/Wales	Pflege	100% <sup>n</sup>	–	–	–	–
	Haushalt	–	–	80% <sup>e</sup>	–	20% <sup>e</sup>

<sup>a</sup> Finanzierung der Sozialstationen.

<sup>b</sup> Zusammen mit Staat und Gemeinden.

<sup>c</sup> Meist durch private Zusatzversicherung gedeckt.

<sup>d</sup> Globale Zuweisung an Gemeinden.

<sup>e</sup> Im öffentlichen System: 92% Gemeinden; 8% Klienten.

<sup>f</sup> Krankenversicherung.

<sup>g</sup> Kranken- und Pflegeversicherung.

<sup>h</sup> Rentenversicherung.

<sup>i</sup> Pflegeversicherung.

<sup>j</sup> Mitgliedsbeiträge an Anbieter.

<sup>k</sup> Bei kurzzeitiger Inanspruchnahme.

<sup>l</sup> Gemeinschaften.

<sup>m</sup> Regionale Gesundheitsbehörden.

<sup>n</sup> Nationaler Gesundheitsdienst.

Quelle: *Hutten 1996; Rostgaard/Fridberg 1998.*

Anders sieht es im Bereich der Haushaltshilfe aus. Hier spielen die Gemeinden in den meisten Ländern eine zentrale Rolle. Eine Ausnahme sind die Niederlande, wo die Pflegeversicherung auch für die Kosten der Haushaltshilfe aufkommt. Die Klienten müssen mit Ausnahme von Dänemark überall einen Eigenanteil tragen, der von ca. 5% in Schweden bis zu über 50% in Italien variiert. Auch in Frankreich ist der Eigenanteil sehr hoch. Nur bei Bedürftigkeit springt der Staat in Form von Sozialhilfe nachrangig ein.

Für stationäre Einrichtungen liegen keine umfassenden Angaben vor. Doch ein Blick auf fünf ausgewählte europäische Ländern (vgl. Übersicht 6) zeigt, daß die Eigenanteile auch hier stark schwanken. Am niedrigsten sind sie in dänischen Pflegeheimen, am höchsten in den niederländischen und den privaten britischen Altenheimen. In den ausgewählten Ländern wird mit Ausnahme der Niederlande der Löwenanteil der Kosten aus allgemeinen Steuermitteln gedeckt. Der Staat spielt hier eine geringere Rolle, ebenso wie die Sozialversicherung, die nur in den Niederlanden den Großteil der Kosten trägt. Nach Einführung der Pflegeversicherung gilt dies auch für die stationäre Pflege in Deutschland.

#### ÜBERSICHT 6. Pflege- und Altenheime: Finanzierung und Eigenanteile der Nutzer, ca. 1995

Land	Einrichtung	Öffentliche Finanzierung			Sozialversicherung	Eigenanteil der Nutzer
		Allgemeine Steuermittel				
		Staat	Regionen	Gemeinden		
Dänemark	Pflegeheime	– <sup>a</sup>	–	95%	–	5%
Niederlande	Pflegeheime	<4% <sup>b</sup>	–	: <sup>c</sup>	86% <sup>f</sup>	10%
	Altenheime	: <sup>d</sup>	<61% <sup>e</sup>	: <sup>d</sup>	–	39%
Schweden	Pflege- und Altenheime	2%	–	89%	–	9%
Finnland	Altenheime	26%	–	54%	–	20%
England/ Wales	Pflegeheime	k.A.	k.A.	k.A.	–	31% <sup>g</sup>
	Altenheime	k.A.	k.A.	k.A.	–	38% <sup>g</sup>

<sup>a</sup> Nicht vorhanden.

<sup>b</sup> Zusammen mit Provinzen und Gemeinden.

<sup>c</sup> In Angaben zum Staat enthalten.

<sup>d</sup> In Angaben zu den Regionen enthalten.

<sup>e</sup> Zusammen mit Staat und Gemeinden.

<sup>f</sup> Pflegeversicherung.

<sup>g</sup> Privat.

k.A. = keine Angabe verfügbar.

Quelle: Rostgaard/Fridberg 1998.

## 2.5. Zusammenfassende Betrachtung sozialer Dienste für Kinder und alte Menschen

In diesem Abschnitt werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den europäischen Ländern im Angebotsniveau sozialer Dienste für Kinder und alte Menschen mit dem Ziel zusammengefaßt, empirische Gruppierungen von Ländern mit ähnlichen Merkmalen herauszuarbeiten. Welche relative

Stellung nehmen die einzelnen Länder im europäischen Vergleich ein? Welche Gruppen von Ländern mit ähnlichen Merkmalen lassen sich identifizieren?<sup>3</sup>

In Tabelle 6 werden die Länder nach der Rangordnung der Sozialausgaben für soziale Dienste für ältere Menschen und für Kinder und Familien eingruppiert. Die skandinavischen Länder liegen in beiden Bereichen im oberen Drittel der Verteilung. Ihr Anteil an Sozialausgaben, der für soziale Dienste verwendet wird, ist für alte Menschen wie für Kinder relativ hoch. Darüber hinaus ist auch das absolute Niveau dieser Leistungen hoch, weil die Sozialausgaben in Skandinavien insgesamt hoch sind (in der Tabelle durch Fettdruck angezeigt). Im Gegensatz dazu stehen Spanien, Italien, Frankreich und Belgien, die in beiden Bereichen im unteren Drittel der Länder liegen. Doch das absolute Leistungsniveau ist in dieser Ländergruppe unterschiedlich. Spanien und Italien haben niedrige Sozialausgaben, während Belgien im mittleren Drittel der Länder und Frankreich im oberen zu finden ist. Wie zu Beginn dieses Kapitels erläutert, sind die Zahlen für Frankreich und Belgien jedoch systematisch unterschätzt, so daß die Ergebnisse hier vorsichtig interpretiert werden sollten.

**TABELLE 6. Ausgaben für soziale Dienste für alte Menschen und Kinder<sup>a</sup>, 1995**

Dienste für Kinder und Familien	Dienste für alte Menschen		
	>2,0	0,9 – 2,0	< 0,9
>3,0	<b>Dänemark</b> <b>Schweden</b> <b>Finnland</b> Norwegen		<i>Griechenland</i>
1,6 – 3,0		Großbritannien Deutschland	Österreich
<1,6	<i>Irland</i>	<b>Niederlande</b> <i>Portugal</i>	<b>Frankreich</b> Belgien <i>Spanien</i> <i>Italien</i>

<sup>a</sup> Anteile an den Sozialausgaben in %.

Legende: Höhe der Sozialausgaben in % des BIP: **hoch** (>29,0); **mittel** (26,0 – 29,0); **niedrig** (<24,0).

Quelle: EUROSTAT 1999.

<sup>3</sup> Die Darstellung erfolgt in Form von Kreuztabellen mit jeweils zwei Variablen und drei Ausprägungen. Die Intervalle für die drei Ausprägungen jeder Variablen wurden auf der Basis von empirischen Rangordnungen zwischen den Ländern festgelegt, und zwar so, daß die Gesamtheit von 15 Ländern in drei gleich große Gruppen von je 5 Ländern aufgeteilt wurde. Dabei geht es lediglich um die Rangordnung, also die relative Position der Länder im Vergleich zu anderen Ländern, in bezug auf eine Variable. Die Intervalle haben also keine theoretische Bedeutung. Sie können auch nicht als absolute Werte im Vergleich zwischen zwei unterschiedlichen Variablen interpretiert werden. Ebenso wenig kann aus der Verteilung der Länder auf die einzelnen Zellen auf allgemeine Zusammenhänge und empirische Beziehungen zwischen Variablen geschlossen werden. Die Übersichten dienen ausschließlich der Darstellung und Zusammenfassung der Ergebnisse.

Großbritannien liegt in beiden Bereichen im europäischen Mittelfeld. Die restlichen Länder nehmen unterschiedliche Rangordnungen ein, je nachdem, ob man soziale Dienste für alte Menschen oder für Kinder betrachtet. Die Niederlande, Portugal und Irland sind durch relativ niedrige Werte für Kinder, aber mittlere bis hohe Werte für alte Menschen gekennzeichnet, während für Österreich und Griechenland das umgekehrte gilt. Von diesen Ländern haben die drei südeuropäischen Länder darüber hinaus ein niedriges Niveau der Sozialausgaben, während die Niederlande zu den in Europa führenden Ländern gehören.

Tabelle 7 zeigt die Verteilung der europäischen Länder in Bezug auf den Erfassungsgrad von Betreuungseinrichtungen für Kinder unter drei und zwischen drei und fünf Jahren. Die höchsten Anteile für Kinder zwischen drei und fünf Jahren haben die katholischen Länder mit traditionellem Vorschulsystem (in der Tabelle durch Fettdruck hervorgehoben) und Dänemark. Die höchsten Anteile in der jüngeren Altersgruppe haben durchweg Länder mit öffentlich unterstützten Programmen für Tagesmütter (in der Tabelle durch Kursivdruck angezeigt). In Belgien und Frankreich kommen beide Merkmale zusammen (fett und kursiv gedruckt). Diese beiden Länder sind zusammen mit Dänemark in beiden Altersgruppen führend in Europa. Deutschland, Griechenland und Österreich haben zwar mittlere Werte für ältere Kinder, liegen aber zusammen mit Spanien, Irland und Großbritannien im unteren Drittel bei jüngeren Kindern. Irland und Großbritannien liegen in beiden Altersgruppen im unteren Drittel. Portugal und Finnland haben relativ niedrige Werte für ältere Kinder, aber relativ hohe Werte für jüngere. In Finnland muß dabei berücksichtigt werden, daß die familiäre Kinderbetreuung durch eine *child home care allowance* großzügig gefördert wird. In beiden Ländern hat sicherlich die hohe Vollzeit-Frauenerwerbstätigkeit zu diesem Muster beigetragen.

**TABELLE 7. Kinderbetreuungsquoten in den EU-Ländern<sup>a</sup>, ca. 1990**

Kinder 0-2	Kinder 3-5		
	>80%	70% – 80%	< 60%
> 20%	<i>Dänemark</i> <b>Belgien</b> <b>Frankreich</b>	<i>Schweden</i>	<i>Finnland</i>
5% – 12%	<b>Italien</b>	Niederlande	<i>Portugal</i>
< 5%	<b>Spanien</b>	Deutschland Griechenland Österreich	Irland Großbritannien

<sup>a</sup> Für Deutschland: alte Bundesländer.

Legende: **Vorschulen mit hohem Erfassungsgrad**;  
*Subventionierte Tagesmütterbetreuung*; **Vorschulen mit hohem Erfassungsgrad**  
**und subventionierte Tagesmütterbetreuung**

Quellen: *EU Commission General Directorate V 1996. EU Commission 1997.*

Tabelle 8 zeigt die relative Position der Länder im Erfassungsgrad ambulanter sozialer Dienste und stationärer Einrichtungen für alte Menschen. Wiederum liegen mit Dänemark, Finnland und Norwegen drei skandinavische Länder in beiden Bereichen im oberen Drittel. Hohe Werte für stationäre Einrichtungen weisen auch Belgien und die Niederlande auf. Schweden und Großbritannien liegen bei den ambulanten Diensten im oberen Drittel. Frankreich und Deutschland liegen in Bezug auf stationäre Einrichtungen im europäischen Mittelfeld. Deutschland liegt nach diesen Zahlen im Bereich ambulanter sozialer Dienste im unteren Drittel. Dies hat sich jedoch seit Einführung der Pflegeversicherung verändert. Die südeuropäischen Länder befinden sich durchweg im unteren Drittel der europäischen Länder.

**TABELLE 8. Erfassungsgrad von Diensten für alte Menschen<sup>a</sup>, ca. 1990**

Ambulante Dienste	Stationäre Einrichtungen		
	> 6,5%	5,0 – 5,5	< 4,6
> 13	Dänemark Finnland Norwegen	Schweden Großbritannien	
3,0 – 8,0	Belgien Niederlande	Frankreich Irland	Österreich
< 2,0		Deutschland	Griechenland Italien Portugal Spanien

<sup>a</sup> In % der Bevölkerung über 65.

Quellen: EU Commission 1993; OECD 1996 (*Caring for frail elderly...*).

Vergleicht man schließlich in Tabelle 9 soziale Dienste für Kinder und alte Menschen, ergibt sich folgendes Muster.<sup>4</sup> Die skandinavischen Länder liegen hinsichtlich der Versorgung alter Menschen im oberen Drittel, zusammen mit den Niederlanden und Großbritannien. Dagegen variiert ihre Stellung in Bezug auf die Versorgung mit Kinderbetreuungseinrichtungen erheblich, von Finnland im unteren Drittel der Länder über Norwegen in der Mitte bis zu Dänemark und Schweden an der Spitze. Die katholischen Länder Belgien, Frankreich und Italien liegen im oberen Drittel bei der Versorgung von Kindern. Spanien weist hier ebenfalls relativ hohe Werte im Mittelfeld auf. In bezug auf soziale Dienste für alte Menschen liegen Belgien und Frankreich im europäischen Mittelfeld, während diese Dienste in den südeuropäischen Ländern durchwegs unterentwickelt sind. Österreich und Deutschland nehmen in jeder Hinsicht eine mittlere Position ein, während Irland bei alten Menschen zwar im Mittelfeld liegt,

<sup>4</sup> Für die Darstellung wurden stationäre und ambulante Dienste für alte Menschen zu einer Variablen zusammengefaßt. Ebenso wurden die beiden Altersgruppen (0-2 und 3-5) für die sozialen Dienste für Kinder zusammengefaßt.

aber bei den Kindertagesstätten im europäischen Vergleich ebenso wie Großbritannien im unteren Drittel zu finden ist.

**TABELLE 9. Soziale Dienste für alte Menschen und Kinder, ca. 1990**

Kinderbetreuung <sup>b</sup>	Dienste für alte Menschen <sup>a</sup>		
	> 17,0	7,0 – 13,0	< 5,0
> 50,0	Dänemark Schweden	Belgien Frankreich	Italien
39,0 – 43,0	Niederlande Norwegen	Österreich Deutschland	Spanien
< 37,0	Finnland Großbritannien	Irland	Griechenland Portugal

<sup>a</sup> Zusammenfassender Indikator: Erfassungsgrad stationäre plus ambulante Einrichtungen in % der Bevölkerung über 65 Jahre.

<sup>b</sup> Zusammenfassender Indikator: Erfassungsgrad für Kinder 0-2 plus 3-5 dividiert durch 2 in % der Altersgruppe 0-5.

Quellen: OECD 1996 (*Caring for frail elderly...*); EU Commission General Directorate V 1996.

Für Skandinavien stimmen die Muster für Kinder und alte Menschen also weitgehend überein: in beiden Fällen wird eine große gesellschaftliche Verantwortung übernommen. Für Südeuropa stimmt das Muster ebenfalls: beide Gruppen sind primär eine Aufgabe für die Familie. In andern Ländern sind Dienste für Kinder und alte Menschen im europäischen Vergleich ungleich entwickelt. In England und den Niederlanden werden Kinder zum Beispiel eher als private, in Frankreich und Belgien als öffentliche Aufgabe betrachtet, während soziale Dienste für alte Menschen mittelmäßig bis hoch entwickelt sind.



### 3. Die Träger sozialer Dienstleistungen

Im folgenden Teil wird ein Perspektivwechsel vorgenommen. Lag der Schwerpunkt bisher auf den Zielgruppen und Angebotsformen, soll nun die Anbieterseite näher beleuchtet werden hinsichtlich der vorfindlichen Akteure sowie ihrer gesellschaftlichen Arbeitsteilung bei der Produktion sozialer Dienstleistungen. Die Analysen beschränken sich auf eine Auswahl europäischer Länder mit unterschiedlicher Arbeitsteilung zwischen den Akteuren. Die Auswahl erfolgt im Hinblick auf die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Wohlfahrtsstaatstyp. Wir haben Deutschland und Frankreich als Repräsentanten des konservativen Regimetyps gewählt, Schweden als Vertreter des sozialdemokratischen Modells. Mit Spanien wurde ein südeuropäisches Land einbezogen, das in vergleichenden Untersuchungen häufig vernachlässigt wird. Großbritannien repräsentiert den liberalen Typ. Schließlich wird mit den Niederlanden ein Land der Gruppe der sogenannten konsozialen Demokratien betrachtet, das die Produktion sozialer Dienste überwiegend in die Hände von weltanschaulich geprägten Nonprofit-Organisationen gelegt hat. Die Auswahl der Länder war auch von pragmatischen Überlegungen hinsichtlich der Verfügbarkeit vergleichender Studien geleitet.

#### 3.1. Die Akteure und ihre Beziehungen

Die vergleichende Sozialpolitikforschung konzentrierte sich nach dem Krieg lange Zeit auf die Rolle staatlicher Akteure (Zentralstaat und Gemeinden) als Regelungsinstanzen und Produzenten wohlfahrtsstaatlicher Leistungen. Die Rolle nicht-staatlicher Organisationen wurde dagegen kaum untersucht. Erst mit dem Erreichen der Grenzen der Leistungsfähigkeit staatlicher Wohlfahrtsproduktion wurde die Rolle anderer gesellschaftlicher Akteure sowie alternativer Beteiligungsformen thematisiert.

Die sogenannte wohlfahrtspluralistische Perspektive nimmt sich der Verschiedenheit der Akteure, die an der gesellschaftlichen Wohlfahrtsproduktion teilhaben, an. Die Theorie des Wohlfahrtspluralismus geht von der Beobachtung aus, daß in wohlfahrtsstaatlichen Arrangements stets eine Mehrzahl von Sektoren bzw. Akteuren vorfindlich sind (Evers und Olk 1996). Im allgemeinen werden vier Sektoren unterschieden: der Staat bzw. die öffentliche Verwaltung, der kommerzielle Sektor, der Nonprofit-Sektor oder intermediäre Bereich und der informelle Sektor (siehe Übersicht A4 im Anhang). Die Sektoren lassen sich gemäß ihrer ‚Handlungslogiken‘ unterscheiden: Öffentliche Verwaltungen unterliegen dem Prinzip der Hierarchie; Kennzeichen des kommerziellen Sektors sind Wettbewerb und Gewinnorientierung; der Nonprofit-Sektor<sup>5</sup> mobilisiert freiwilliges Engagement. Im informellen Sektor sind die Beziehungen der Akteure durch Solidarität und Verpflichtung gekennzeichnet.

---

<sup>5</sup> Die Begriffe ‚Nonprofit-Sektor‘ bzw. ‚Nonprofit-Organisationen‘ werden im folgenden zur Bezeichnung des Sektors verwendet, der freiwilliges Engagement mobilisiert und dessen Organisationen und Aktivitäten eine nicht-erwerbswirtschaftliche Orientierung aufweisen. In der britischen Tradition gebräuchlicher ist die Bezeichnung ‚voluntary sector‘, der die Freiwilligenarbeit und Unentgeltlichkeit des Engagements betont. In Frankreich wird von der ‚Economie Sociale‘ gesprochen, die eine große Bandbreite von Nicht-Regierungsorganisationen mit bedarfswirtschaftlicher Zielsetzung beinhaltet. Der Begriff ‚intermediärer Bereich‘, im deutschen Sprachraum von Evers eingeführt, soll die Zwischenstellung des Sektors zwischen Familie, Markt und Staat betonen und hebt ab auf seine ‚zivilgesellschaftliche‘ Dimension und politische Bedeutung für eine demokratische

Die Sektoren und ihre zentralen Akteure – öffentliche Verwaltungen, erwerbswirtschaftlich orientierte Unternehmen, Assoziationen sowie Familien und soziale Netzwerke – tragen gemeinsam, in unterschiedlicher Gewichtung und Kombination und mit spezifischen Ressourcen und Aktivitäten zur Erreichung gesellschaftlicher Wohlfahrtsziele bei. Der wohlfahrtspluralistische Ansatz grenzt sich von traditionellen, eindimensionalen Betrachtungsweisen ab, die entweder dem Staat oder dem Markt die alleinige Rolle bei der Bewältigung sozialpolitischer Probleme zuwiesen. Gegenüber diesen eindimensionalen Betrachtungsweisen wird versucht, den relativen Beitrag der verschiedenen Sektoren zur gesellschaftlichen Wohlfahrtsproduktion zu bestimmen. Zum zweiten werden aber auch die Beziehungen der gesellschaftlichen Kräfte untereinander thematisiert sowie deren ‚Arbeitsteilung‘ im Prozess gesellschaftlicher Wohlfahrtsproduktion.

Für den Bereich sozialer Dienstleistungen unterscheiden wir in Hinsicht auf die gesellschaftliche Arbeitsteilung die folgenden Dimensionen: Regulierung, Finanzierung und Produktion von sozialen Dienstleistungen. Hier können in den einzelnen Ländern ganz unterschiedliche Arrangements vorfindlich sein. So mag z.B. der Staat ein Monopol auf die Erbringung sozialer Dienstleistungen innehaben und in Personalunion als Regulierungs- und Finanzierungsinstanz sowie als Produzent sozialer Dienstleistungen auftreten. Demgegenüber lassen sich Arrangements vorstellen, in denen staatliche Stellen Aufgaben im Bereich der Regulierung und Finanzierung sozialer Dienste übernehmen, aber deren Erbringung im wesentlichen an Nonprofit-Organisationen oder kommerzielle Anbieter delegieren.

Im folgenden wird es Aufgabe sein, nationale wohlfahrtsstaatliche Arrangements für ausgewählte europäische Länder zu beschreiben. Der Schwerpunkt liegt hier auf der Rolle der Nonprofit-Organisationen. Dabei wird auch in einer historischen Perspektive zu fragen sein, inwieweit diese Arrangements historisch geprägt und langfristig stabil ausgeformt sind. Aktuelle Entwicklungen – wie z.B. die zunehmende Einbeziehung kommerzieller Anbieter in die Erbringung sozialer Dienstleistungen – sollen dabei auf dem Hintergrund dieser mehr historischen Perspektive bewertet werden.

In der folgenden Darstellung konzentrieren wir uns zunächst auf die Abgrenzung und Charakterisierung von Nonprofit-Organisationen, denen im internationalen Vergleich ein hoher Stellenwert für die Erbringung sozialer Dienste zukommt. In Abschnitt 3.8 werden im Rahmen einer empirisch orientierten Gesamtbetrachtung auch die Beiträge der öffentlichen und privat-kommerziellen Anbieter zu den nationalen ‚Wohlfahrts-Mixes‘ berücksichtigt.

### **3.2 Organisationsformen des Nonprofit-Sektors**

Nonprofit-Organisationen erfüllen vielfältige Funktionen. In historischer Perspektive waren sie oftmals Pioniere in der Bearbeitung sozialer Problemlagen: in der Armenfürsorge, dem Betrieb von Kinderbewahranstalten, der Linderung der Folgen der Industrialisierung. Ihre Motive waren weltanschaulicher

---

Legitimitätsstiftung. Das Konzept des ‚third sector‘, wie es im Johns Hopkins Projekt Verwendung findet, hat eine stark volkswirtschaftliche Konnotation im Sinne des Anteils am Bruttosozialprodukt und seines Beitrags zur Arbeitsplatzbeschaffung (für Details vgl. Anhang 5).

Natur, oder vom Gedanken der Wohltätigkeit geprägt. Mit der zunehmenden Institutionalisierung sozialer Dienste übernahmen Nonprofit-Organisationen in manchen Ländern quasi-öffentliche Funktionen: In Deutschland entwickelten sie sich zu Partnern der Gemeinden, indem sie Kinderbetreuungs- und Altenhilfedienste übernahmen. Daneben übernehmen sie Aufgaben, die von öffentlichen Stellen nicht bearbeitet werden. Sie bieten ergänzende Dienstleistungen an und bearbeiten besondere Bedürfnisse und neue Problemlagen. Aus der Sicht einer Arbeitsteilung zwischen öffentlichen Stellen und Nonprofit-Organisationen erfüllen Nonprofit-Organisationen 4 Funktionen:

- Sie übernehmen *Innovations- und Pionierfunktionen*, indem sie Probleme aufzeigen, Aufklärungsarbeit leisten und Betroffenheit herstellen.
- Sie sind *Partner* der öffentlichen Instanzen und erbringen in deren *Auftrag* soziale Dienste für Kinder, Behinderte, alte Menschen
- Sie bearbeiten individuelle Risiken und *besondere Bedürfnisse und Notlagen*, die von der institutionellen Betreuung nicht erfaßt werden
- Sie bieten *alternative Dienstleistungen* an, außerhalb der institutionalisierten Hilfesysteme.

Nonprofit-Handeln unterliegt historischen Wandlungen. In Ergänzung zu den traditionellen humanitären Organisationen entwickelten sich in den europäischen Ländern zunehmend neue Beteiligungsformen, die nicht primär weltanschaulich motiviert sind. In Abkehr von traditionellen Beteiligungsformen entwickelten sich in den 60er Jahren alternative Nonprofit-Organisationen in Form von Projekten und Gruppen, die sich, vom Selbsthilfegedanken und Autonomiestreben getragen – außerhalb der als bevormundend empfundenen traditionellen Beteiligungsformen organisierten. Es entstanden Organisationen, deren Motive weniger humanitär, sondern auf die Vertretung der eigenen Interessen gerichtet sind. Diese modernen Beteiligungsformen finden sich heute in vielen europäischen Ländern.

Die Erscheinungsformen von Nonprofit-Organisationen sind vielfältig. Sie reichen von der lokalen Selbsthilfegruppe bis zur national operierenden Großorganisation, von der Elterninitiative, die einen selbst verwalteten Kindergarten betreibt bis zum Spitzenverband, der eine Vielzahl von Einrichtungen unterhält und als ‚pressure group‘ die Interessen seiner Klienten wahrnimmt. Behindertenwerkstätten, Suppenküchen, Tagesbetreuung für alte Menschen und Hospizvereine in Trägerschaft von Nonprofit-Organisationen sind hier zu nennen, ebenso Unternehmens- und private Stiftungen, die sozialen Zwecken gewidmet sind, usw. Diese Vielfalt an Erscheinungsformen soll im folgenden etwas näher beleuchtet werden hinsichtlich der gesetzlichen Grundlagen, steuerlichen Behandlung, verbandlichen Organisation und Finanzierung.

### 3.2.1 Gesetzliche Grundlagen

Es gibt eine Vielfalt von Organisationsformen sowie Regelungen hinsichtlich der gesetzlichen und steuerrechtlichen Behandlung von Nonprofit-Organisationen. Einen hilfreichen Zugang zu den gesetzlichen Regelungen in vergleichender Perspektive bietet das von Lester Salamon herausgegebene Handbuch (Salamon 1997). Das Handbuch gibt einen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedin-

gungen des Nonprofit-Handelns in 22 europäischen und außer-europäischen Ländern. Für eine Auswahl von Ländern haben wir in Übersicht 7 die Rechtsgrundlagen, Organisationsformen und –zwecke zusammengestellt.

In der Regel bilden Vereinigungen und Stiftungen die häufigsten Organisationsformen sozialer Dienste. Dabei liegt *Vereinigungen* in der Regel ein Kollektivwille (im Hinblick auf einen gemeinsamen Zweck) zugrunde. Die Grundlage von *Stiftungen* bildet ein bewegliches Vermögen, z.B. eine Schenkung oder Erbschaft, oder ein unbewegliches Vermögen, das in eine Stiftung überführt wird (z.B. ein Krankenhaus oder Einrichtungen der Altenhilfe). Für die Verwaltung eines Vermögens, das nicht auf den Willen eines Stifters zurück geht, bietet sich die Form der *treuhänderischen* Verwaltung an.

Im Fall von Vereinigungen läßt sich weiter differenzieren nach *rechtskräftigen Vereinigungen*, die bestimmten Registrierungsprozeduren und Restriktionen hinsichtlich des Vereinszwecks, der Binnenstruktur, Verwendung der Mittel, etc. unterliegen, sowie nicht-eingetragenen Vereinigungen. Die Form der rechtskräftigen Vereinigung verleiht in der Regel den Status einer juristischen Person mit den entsprechenden Handlungskompetenzen. Rechtskräftige Vereinigungen können z.B. klagen und selbst verklagt werden.

Ein wesentliches Element der Abgrenzung von Nonprofit-Organisationen ist der *Organisationszweck*. Dieser ist Grundlage für die Erlangung des Status der Gemeinnützigkeit und eröffnet den Zugang zu Steuererleichterungen und öffentlicher Finanzierung. Es ist zwischen kommerziellen und nicht-kommerziellen Zwecken zu unterscheiden sowie der Orientierung auf das Wohl der eigenen Mitgliedschaft bzw. Orientierung an einem ‚Gemeinwohl‘. Nonprofit-Organisationen dürfen in der Regel wirtschaftliche Aktivitäten entfalten, doch muß die Erzielung von Gewinn dem übergeordneten Organisationszweck nachrangig sein. Gewinne aus wirtschaftlichen Aktivitäten müssen dem Organisationszweck zugeführt werden; Ausschüttung der Gewinne an einzelne Mitglieder oder Gewinnbeteiligungen sind ausgeschlossen. Um steuerliche und andere Vorteile zu erlangen, dürfen Organisationsaktivitäten in der Regel nicht auf das Wohl der eigenen Mitgliedschaft beschränkt bleiben.<sup>6</sup>

Die Palette der begünstigten Organisationszwecke ist breit. Voraussetzungen zur Steuerbefreiung sind jeweils im Einzelfall zu prüfen, da viele Gesetzestexte Generalklauseln (Gemeinwohlorientierung, Mildtätigkeit, Selbstlosigkeit, usw.), eine Liste von Zwecken (z.B. Wissenschaft und Forschung, Entwicklungshilfe) und/oder offene Formulierungen enthalten hinsichtlich Zwecken, die dem Allgemeinwohl dienen. Vorstellungen vom Gemeinwohl bzw. Zwecken, die als förderungswert erachtet werden, unterliegen historischem Wandel. Die historisch-gesellschaftliche Bedingtheit des Gemeinwohl-Begriffs mag die Präambel zum *britischen* ‚Charitable Uses Act‘ von 1601 verdeutlichen. Dort werden genannt ‚... relief of aged, impotent and poor people, maintenance of sick and maimed soldiers and mariners, schools of learning, free schools, and scholars in universities, repair of bridges, ports, ha-

vens churches, seabanks, and highways, education and preferment of orphans, relief, stock, or maintenance for house of correction, marriages of poor maids, aid or ease of any poor inhabitants ...' (zitiert nach Salamon 1997: 15). Im ‚Charities Act‘ von 1960 wird diese nicht mehr zeitgemäße Auflistung von Zwecken durch die Benennung von Gruppen von Zwecken ersetzt (siehe Übersicht 7).

In Übersicht 7 sind die Organisationen benannt, die in den von uns untersuchten westeuropäischen Ländern als Äquivalente der deutschen frei-gemeinnützigen Organisationen betrachtet werden können, wobei die Abgrenzung nicht immer einfach ist. Für *Deutschland* gilt, daß Vereine und Stiftungen die weitaus häufigsten Rechtsformen für frei-gemeinnützige Organisationen darstellen. Daneben sind zu nennen die treuhänderische Verwaltung, Gesellschaften (meist als GmbH), Genossenschaften, sowie Anstalten und Körperschaften des öffentlichen Rechts, die jedoch quantitativ betrachtet nur eine geringe Rolle spielen. Die Organisationsformen ‚Anstalten‘ sowie ‚Körperschaften des öffentlichen Rechts‘ bleiben in der Regel öffentlichen Institutionen vorbehalten.<sup>7</sup>

Im Fall von *Frankreich* sind die Äquivalente zu den deutschen Wohlfahrtsorganisationen Teil der ‚Economie Sociale‘ und werden als ‚associations‘ oder genauer ‚œuvres privées à but non lucratif‘ bezeichnet. Zur ‚Economie Sociale‘ zählen alle Organisationen, die sich durch eine bedarfswirtschaftlich-gemeinwirtschaftliche Zielsetzung - im Gegensatz zur erwerbswirtschaftlichen Zielsetzung privatwirtschaftlicher Unternehmen<sup>8</sup> - charakterisieren lassen. Zur ‚Economie Sociale‘ zählen Genossenschaften, Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit<sup>9</sup> und Vereinigungen (‚associations‘). Letztere beinhalten die französischen Äquivalente der deutschen frei-gemeinnützigen Wohlfahrtsorganisationen (‚œuvres privées sans but lucratif‘). Die häufigste Rechtsform dieser Vereinigungen ist, wie in Deutschland, der Verein oder die Stiftung. Vergleichbar dem französischen Muster ist auch die Organisation der ‚Economía Social‘ in *Spanien*.

---

<sup>6</sup> So sind z.B. die französischen ‚mutualités‘, Versicherungen auf Gegenseitigkeit, nicht als Nonprofit-Organisationen im eigentlichen Sinn zu kennzeichnen (s.u.).

<sup>7</sup> Z.B. sind Universitäten häufig als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert.

<sup>8</sup> Von erwerbswirtschaftlichen Unternehmen unterscheiden sich die Unternehmen der ‚Economie Sociale‘ durch ihre Ziele und Organisationsprinzipien. Die Ziele liegen in der Bedarfsdeckung für die Mitglieder, nicht Gewinnerzielung. Die innerorganisatorische Struktur muß demokratisch ausgestaltet sein.

<sup>9</sup> Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit schließen Lücken in der französischen Sozialversicherung und/oder bieten zusätzlichen Versicherungsschutz, etwa bei Alter und Krankheit. Jedoch sind sie in ihrer Zielsetzung auf die eigene Mitgliedschaft beschränkt. Deshalb sind sie nicht zu den klassischen Nonprofit-Organisationen zu zählen, bei denen Dienstleistungen für Dritte im Vordergrund stehen.

## ÜBERSICHT 7. Rechtsgrundlagen für Nonprofit-Handeln in ausgewählten Ländern

	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Schweden	Spanien
Rechtsgrundlage	Grundgesetz von 1949 Bürgerl. Recht öffentl. Recht	Gesetz vom 1. Juli 1901	Charities Act von 1960	Verfassung, ,Nederlands Burgerlijk Wetboek‘	Stiftungsgesetz von 1996	Verfassung von 1978 Stiftungsgesetz von 1994
Arten von Organisationen <sup>1</sup>	Häufigste Organisationsform: Verein, Stiftung	Häufigste Organisationsform: Verein, Stiftung ,associations‘ oder ,œuvres privés à but non lucratif‘	Häufigste Organisationsform: ‘Unincorporated Association‘ ,Company Limited by Guarantee‘ ,Charitable Trust‘	Verein: ,vereniging‘, Stiftung: ,stichting‘	Gemeinnütziger Verein: ,ideella föreningar‘ gemeinnützige Stiftung: ,allmännyttiga stiftelser‘	Verein: ,asociacion‘ Stiftung: ,fundación de derecho privado de interés publico‘
Zwecke	gemeinnützige, mildtätige und kirchliche Zwecke	Aktivitäten müssen im öffentlichen Interesse sein (,d’intérêt public‘)	Linderung der Armut, Förderung der Erziehung, Förderung der Religion und andere Zwecke zum Nutzen der Allgemeinheit	– breite Palette von Zwecken – Ausschluß finanzieller Vorteile für die eigene Mitgliedschaft – Aktivitäten dürfen nicht gegen die staatliche Grundordnung gerichtet sein	Förderung der Verteidigung, Kinder.-pflege und -ausbildung, Unterstützung von Ausbildung und Studium, Unterstützung der allgemeinen Hilfsfähigkeit, Förderung wissenschaft. Forschung, der nordischen Zusammenarbeit, der allgemeinen gemeinn. Tätigkeit	,aims of a general interest such as social assistance, civic, educational, cultural, scientific aims, sport, health, cooperation for development, defense of the environment, or fostering the economy or research, promotion of voluntary services or any others of a like nature‘

In den *Niederlanden* kann man die Einrichtungen der sogenannten ‚particulier initiatief‘ zu den Non-profit-Organisationen rechnen. Diese Organisationen haben ihre Wurzeln in der religiös und ideologisch ‚versäulten‘ Struktur des niederländischen Gemeinwesens. Historisch betrachtet hatte jede der niederländischen religiös und ideologisch separierten Gruppen ihre eigenen Organisationen und wesentliche gesellschaftliche Funktionen wurden von den einzelnen Säulen selbst wahrgenommen (z.B. Universitäten, Schulen, Zeitungen). Seit den 60er Jahren verloren die Säulen zunehmend an Bedeutung, jedoch blieben die partikularen Initiativen weiterhin bedeutsam und sind im modernen niederländischen Staat als Organisationen zur Erbringung sozialer Dienstleistungen eingebunden.

In *Schweden* kommt gemeinnützigen Organisationen bei der Erbringung sozialer Dienstleistungen eine untergeordnete Rolle zu, wie noch zu zeigen sein wird. Hier dominiert die verbandliche Funktion der Interessenvertretung. Bei den Organisationen, die Dienstleistungen erbringen, ist ebenfalls der Verein oder die Stiftung die häufigste Organisationsform.

Die britischen *Charities* blicken auf eine lange Geschichte in der Tradition der Armenfürsorge zurück. Charities können vielfältige Organisationsformen annehmen. Die häufigsten sind die ‚Company Limited by Guarantee‘, der ‚Charitable Trust‘ oder die ‚Foundation‘. Wesentliches Kriterium in Großbritannien ist die Anerkennung seitens der ‚Charity Commission‘ und Aufnahme ins ‚Charity-Register‘. Registrierte Charities nehmen eine privilegierte Stellung ein und haben Zugang zu weitreichenden Steuervorteilen.

### 3.2.2 Steuerliche Behandlung von Nonprofit-Organisationen

Nonprofit-Organisationen genießen in der Regel steuerliche Vorteile gegenüber Unternehmen mit erwerbswirtschaftlichen Zielsetzungen bis hin zu gänzlicher Befreiung von einzelnen Steuerarten. Der steuerliche Sonderstatus ist dadurch zu rechtfertigen, daß Nonprofit-Organisationen an der Bereitstellung wichtiger kollektiver Güter beteiligt sind indem sie Aufgaben in den Bereichen Gesundheit, Bildung, soziale Dienste für benachteiligte Gruppen, Freizeit und Erholung, usw. übernehmen. Nonprofit-Organisationen erfüllen damit Unterstützungs- und Entlastungsfunktionen für den öffentlichen Sektor. Entgangene staatliche Einnahmen durch steuerliche Sonderbehandlung werden durch die Beiträge der Nonprofit-Organisationen zur gesellschaftlichen Wohlfahrtsproduktion kompensiert.

Im folgenden werden zunächst Prinzipien der Besteuerung von Nonprofit-Organisationen dargestellt, sodann wird ein Überblick über Regelungen in den ausgewählten europäischen Ländern gegeben (siehe Übersicht 8). Es ist zu unterscheiden zwischen der Besteuerung der Nonprofit-Organisationen einerseits und der steuerlichen Behandlung von Spenden, Schenkungen, Erbschaften, usw. von Seiten der Spender. Die *steuerliche Sonderbehandlung von Nonprofit-Organisationen* kann nach dem Rechtsstatus (Verein, Stiftung, Körperschaft, usw.) oder dem Organisationszweck (Gemeinnützigkeit) erfolgen. Nicht-Gewinnorientierung der Organisation bildet häufig ein zweites Abgrenzungskriterium. Eine dritte Unterscheidung betrifft die Behandlung gewinnorientierter ‚Nebentätigkeiten‘ von Nonprofit-Organisationen. Hier gilt, daß Erlöse, die aus Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Organisationszweck erzielt werden, zumeist steuerlich bevorteilt sind im Gegensatz zu rein kommerziellen

## ÜBERSICHT 8. Besteuerung von Nonprofit-Organisationen

	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Schweden	Spanien
Organisationstyp	„Freie Wohlfahrtsverbände“	„Associations de bienfaisance“ „Œuvres privées sans but lucratif“	„Charities“	Einrichtungen der „particulier initiatief“	„ideella föreningar“ „allmännyttiga stiftelser“	„Asociacion“ oder „fundación de derecho privado de interés público“
Begünstigter Zweck	Gemeinnützige, mildtätige und kirchliche Zwecke	Sozialer Nutzen, uneigennützige Betriebsführung	Anerkannte Zwecke	Allgemeinwohl	Allgemeinwohl, Nicht-Gewinnorientierung	Anerkannte Zwecke, Erwerbslosigkeit
Steuerbefreiung						
Auf Unternehmenserlöse	+	+	oo	oo	+	+
Auf Kapital-, Miet- und Pachteinkünfte	+	o	+	?	+	o
Auf Grundbesitz	+	o	o oder + <sup>a</sup>	o <sup>a</sup>	?	+
Auf Grunderwerb	+	?	?	(+)	o	?
Mehrwertsteuer	o	+	-	oo	?	+
Gewinne aus kommerziellen Aktivitäten						
nicht im Zusammenhang mit dem Organisationszweck stehend	-	-	-	-	-	-
im Zusammenhang mit dem Organisationszweck stehend	+	o	+	+	+	o
Individualspenden						
Steuerlich anrechenbar	+	o	+	+	-	o
Unternehmensspenden						
Steuerlich anrechenbar	+	o	+	?	-	oo

<sup>a</sup> Im Ermessen der steuererhebenden Gemeinde.

Legende: + = steuerfrei; (+) = in einigen Fällen steuerfrei; o = Steuerminderung, oo = weitgehende Steuerminderung; - = keine steuerliche Sonderbehandlung; ? = keine Aussage in der Literatur



Aktivitäten, wo dies in der Regel nicht der Fall ist. Nationale Regelungen der Besteuerung enthalten in der Regel eine Kombination dieser Merkmale.

Hinsichtlich der steuerlichen Sonderbehandlung ist sodann zu unterscheiden nach dem Grad der Steuererminderung oder Steuerbefreiung, die wiederum nach Steuerarten differenziert werden können. Die folgenden Steuerarten kommen hier in Betracht:

- Steuererminderung oder -befreiung auf Einkommensteuern. Diese beinhalten im wesentlichen Mitgliedsbeiträge, Einkünfte aus Vermögen oder Investitionen, Gebühren auf Dienstleistungen, Steuern auf kommerzielle Aktivitäten, die direkt mit dem Organisationszweck in Zusammenhang stehen.
- Steuererminderung oder -befreiung auf Verbrauchssteuern. Diese beinhalten Umsatzsteuer, Mehrwertsteuer, Luxussteuern, Vermögenssteuern, des weiteren Importsteuern oder –zölle.

Neben der Frage der steuerlichen Behandlung von Organisationen ist die steuerliche Behandlung von Geld- und Sachspenden zu berücksichtigen. Steuervorteile sollen Anreize für Spenden erhöhen, indem sie die effektiven Kosten der Spende durch Anrechenbarkeit auf die Einkommenssteuer senken. Hinsichtlich der Verfahren ist zu unterscheiden nach Abzugsmöglichkeit vom zu versteuernden Einkommen oder Abzugsfähigkeit von der errechneten Steuerschuld (,tax credits'). Letzteres Verfahren bringt dem Spender höhere geldwerte Vorteile. Bei der Besteuerung von Beiträgen sind weiter zu berücksichtigen Begrenzungen der Höhe der Abzugsfähigkeit (in % des zu versteuernden Einkommens), der Arten von Gebern (Individuen, Unternehmen, usw.) sowie Regelungen hinsichtlich des Charakters der Spende (Geld-, Sachspende, Erbschaft, usw.). Übersicht 8 gibt einen Überblick über die steuerliche Behandlung von gemeinnützigen Organisationen in einigen europäischen Ländern. *Großbritannien*: Die britische Steuergesetzgebung unterstützt Nonprofit-Organisationen und Spendenwillige durch weitreichende steuerlichen Sonderbehandlung. So sind alle Unternehmensaktivitäten von der Umsatzsteuer befreit, die im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Organisationszweck stehen, wie z.B. soziale Dienstleistungen, Vermietung von Wohnheimplätzen, Benefizkonzerte, Erträge aus Verkäufen von Waren, die in Behindertenwerkstätten hergestellt wurden, usw. Einkünfte aus wirtschaftlichen Betätigungen, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem wohltätigen Zweck stehen, sind dagegen voll steuerpflichtig. Ein Charakteristikum der britischen Steuergesetzgebung ist die weitreichende Förderung von Individualspenden. Verschiedene Spendenarrangements schaffen ein günstiges Spendenklima und unterstützen die private Spendentätigkeit. Hier ist z.B. die ‚Deed of Covenant‘ zu nennen, die vertragliche Festschreibung einer Individualspende über mehrere Jahre<sup>10</sup>. Für Einmalspenden ab einer gewissen Höhe gibt es die sogenannte ‚Gift Aid‘. Daneben ist das ‚Payroll Giving Scheme‘ zu nennen. Die Maßnahme beinhaltet einen festen Abzug vom zu versteuernden Einkommen seitens des Arbeitgebers. Die Spenden werden an die britische ‚Charity Agency‘, die zentrale spendenverwaltende Stelle, weitergeleitet und verteilt. Auch für Un-

---

<sup>10</sup> Der Spendenbetrag aus der ‚Deed of Covenant‘ wird vom versteuerten Einkommen abgezogen und mitsamt der Steuerersparnis dem wohltätigen Zweck gutgeschrieben.

ternehmensspenden kommt die ‚Deed of Covenant‘ in Frage. Daneben unterliegen Güter, die an Charities geliefert werden, hinsichtlich der Mehrwertsteuer der Nullbesteuerung (z.B. Krankentransportwagen, Energiestoffe, Nahrungsmittel).

*Frankreich:* Der französische Staat verhält sich grundsätzlich neutral gegenüber der Besteuerung ökonomischer Aktivitäten von Nonprofit-Organisationen im Vergleich zu anderen privat-kommerziellen Organisationen. Dennoch gibt es für Nonprofit-Aktivitäten eine Reihe von Privilegien, wie z.B. Befreiung von der Umsatzsteuer, Steuererminderung bei Kapitalerträgen und Befreiung von der Mehrwertsteuer. Die Privilegierung wird aber nur in wenigen Fällen gewährt, wo Aktivitäten zum Wohl der Allgemeinheit erbracht werden, die nicht ebensogut durch privatwirtschaftliche Unternehmen erbracht werden können. Wirtschaftliche Aktivitäten von Nonprofit-Organisationen unterliegen einer strengen Beurteilung unter Wettbewerbsgesichtspunkten: Falls erwerbswirtschaftliche Aktivitäten dominieren und/oder Nonprofit-Aktivitäten in Konkurrenz zu privatwirtschaftlich produzierten Gütern und Diensten treten, wird die steuerliche Privilegierung aberkannt. Individual- und Unternehmensspenden sind teilweise steuerlich absetzbar durch Abzüge bis zu 40% des Spendenbetrages von der Steuerschuld (bis zu einer Höhe von 5% des zu versteuernden Einkommens).

Für die *Niederlande* gelten Freistellungen von der Einkommensteuer für gemeinwohlorientierte Organisationen, deren Tätigkeit als zu mindestens 90% nicht-erwerbswirtschaftlich eingestuft wurde. Allerdings ist bei der steuerlichen Beurteilung zusätzlich, wie im französischen Fall, das Konkurrenzkriterium zu berücksichtigen, d.h. Steuerbefreiung für wirtschaftliche Aktivitäten, die in Konkurrenz zu privatwirtschaftlichen Angeboten stehen, ist nicht möglich. Lediglich als Nebentätigkeiten eingestufte wirtschaftliche Aktivitäten können von der Steuer befreit werden (z.B. Kantinenbetriebe in sozialen Einrichtungen). Von der Mehrwertsteuer befreit sind Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Organisationszweck (wie. z.B. Ausgabe von Arzneien, Speisen und Getränken in eigenen Einrichtungen, Essen auf Rädern, usw.). Individuelle Spenden sind in voller Höhe abzugsfähig zwischen 1% bis höchstens 10% des Bruttoeinkommens.

In *Spanien* ist das Kriterium Nicht-Gewinnorientierung der Nonprofit-Organisation bzw. Unterordnung des Erwerbszwecks unter den gemeinnützigen Zweck entscheidend für die Erlangung von Steuerprivilegien. Satzungsmäßige Aktivitäten der gemeinwohlorientierten Unternehmen sind steuerfrei. Die Steuersätze für wirtschaftliche Aktivitäten privilegierter Unternehmen betragen 10% (dagegen 35% für gewerbliche Unternehmen). Im Fall von wirtschaftlichen Aktivitäten müssen 70% der Umsatzerlöse dem Organisationszweck zufließen. Individualspenden sind bis 20% des Spendenbetrages steuerfrei, für Unternehmen gibt es neben steuerbegünstigten Einzelspenden die Möglichkeit zu steuerbegünstigten Sponsoring-Verträgen zugunsten Nonprofit-Organisationen.

In *Schweden* halten gemeinnützige Nonprofit-Aktivitäten im Sozialbereich nur einen geringen Anteil. Hinsichtlich der Besteuerung von Nonprofit-Aktivitäten gilt das Hauptsächlichkeitsprinzip. Dieses besagt, daß gemeinnützige Vereine, die auch gewerbliche Tätigkeiten ausführen, für das gesamte Einkommen Steuerfreiheit erhalten, wenn der hauptsächliche Teil der Einkünfte aus gemeinnützigen Ak-

tivitäten erwirtschaftet ist<sup>11</sup> In Schweden ist als einzigem der untersuchten Länder steuerliche Anrechenbarkeit für Individual- und Unternehmensspenden nicht gegeben.

*Deutschland* sieht eine Befreiung von der Körperschaftssteuer für gemeinnützige Unternehmen vor. Einnahmen aus wirtschaftlichen Aktivitäten sind steuerpflichtig ab einem Betrag von DM 60.000 jährlich. Einnahmen aus Zweckbetrieben<sup>12</sup> sind steuerfrei, wenn der durchschnittliche Einnahmeüberschuß der letzten 3 Jahre nicht mehr als 12.000 DM beträgt. Hinsichtlich der Mehrwertsteuer gilt eine Halbierung des Steuersatzes für Leistungen im Rahmen der gemeinnützigen Organisationstätigkeit. Individual- und Unternehmensspenden sind steuerbefreit bis 5% des zu versteuernden Einkommens.

Die meisten untersuchten Länder sehen Steuererminderungen oder -befreiungen für Nonprofit-Organisationen im Bereich der Einkommens- und Verbrauchssteuern vor. Im Bereich der Besteuerung von Spenden lassen sich substantielle Unterschiede feststellen. Großbritannien und Schweden bilden hier die Gegenpole: Großbritannien setzt weitgehende Anreize für Privat- und Unternehmensspenden, während in Schweden eine Steuerbefreiung auf Spenden nicht vorgesehen ist.

### 3.3 Verbandliche Organisation

Im folgenden Abschnitt wird die verbandliche Organisation des Feldes sozialer Dienste betrachtet. Es muß allerdings vorausgeschickt werden, daß die Datenlage für eine vergleichende Betrachtung in diesem Bereich völlig unzureichend ist. Selbst Studien auf nationaler Ebene fehlen für viele Länder. Die Organisationslandschaft in den einzelnen Ländern ist als sehr heterogen einzustufen. Verlässliche Zahlen über die Anzahl aktiver Organisationen, ihre Größe und Betätigungsfelder fehlen vor allem in den Ländern, in denen der verbandliche Organisationsgrad gering ist und nationale Statistiken nicht geführt oder nicht systematisch aktualisiert werden<sup>13</sup> Dennoch haben wir versucht, unter Vorbehalt zumindest Anhaltspunkte für die Strukturierung des Feldes in einzelnen Ländern zusammenzustellen. Die folgende Darstellung trägt daher eher illustrativen Charakter und ist unbedingt durch systematische nationale und vergleichende Untersuchungen zu ergänzen (vgl. Übersicht 9).

*Schweden:* In Schweden ist die Erbringung sozialer Dienste öffentlich organisiert und die Gemeinden sind traditionell die Träger der Dienstleistungen. Nonprofit-Organisationen als Träger finden sich in Schweden traditionell kaum, wenn auch in jüngerer Zeit zunehmend Elternkooperativen im Bereich der Kinderbetreuung auftreten. In Schweden dominiert im Sozialbereich die Interessenvertretungsfunktion der Nonprofit-Organisationen vor der Dienstleistungsfunktion. Zahlreiche Behinderten-, Patienten-, Pensionärs-, und Elternvereinigungen vertreten die Interessen ihrer Klienten. Die Verbände sind nach dem Fachverbandsprinzip strukturiert und meist auf nationaler Ebene organisiert.

---

<sup>11</sup> In der Rechtspraxis wird unter ‚hauptsächlich‘ mind. 70% der Einkünfte verstanden.

<sup>12</sup> Zweckbetriebe sind wirtschaftliche Einrichtungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem gemeinnützigen Zweck der Organisation stehen (z.B. Altenheim-Kantine).

<sup>13</sup> Vgl. z.B. das britische Register der Charities, das neben aktiven Charities zahlreiche inaktive oder nicht mehr existente Organisationen auflistet. Schätzungen der Zahl aktiver Charities schwanken zwischen 90000 und mehr als 160000 (vgl. die Darstellung in Kendall und Knapp 1996).

Das schwedische System der Gesetzgebung sieht einen formalisierten Einfluß dieser Interessenverbände durch Stellungnahmen im Rahmen sogenannter öffentlicher Untersuchungskommissionen vor. Die bedeutendsten Einflußmöglichkeiten der schwedischen Sozialverbände sind allerdings auf der Ebene der Kommunen und Provinzen in Form von Behindertenräten, Pensionärräten, usw. gegeben, die sich aus Vertretern der Verwaltung und Verbandsvertretern zusammensetzen. Die Hauptaufgaben dieser Räte bestehen in Planungs- und Aufsichtsaufgaben im Bereich der lokalen sozialen Dienste. In Schweden besteht somit insgesamt ein günstiges institutionelles Umfeld für wohlfahrtspolitische Interessenorganisationen (Rauch 1999: 65). Es deutet damit einiges auf eine spezifisch schwedische – oder allgemeiner skandinavische Arbeitsteilung hin – in der die öffentlichen Träger die Dienstleistungs- oder ‚service-‘Funktion übernehmen, während im Bereich der Nonprofit-Organisationen der ‚voice-‘Funktion Priorität zukommt.

Für die *deutsche* Struktur der frei-gemeinwirtschaftlichen Anbieter ist die Existenz von wenigen Spitzenverbänden charakteristisch, die eine Vielzahl von Mitgliedern, ehrenamtlichen Helfern und angeschlossenen Vereinen, Verbänden und Einrichtungen organisieren. Die Breite des Leistungsspektrums ist beachtlich: Sie bieten zusammen im Sozialbereich ca. 262.000 Vollzeit-Arbeitsplätze an.<sup>14</sup> Hinzu kommen 420.000 ehrenamtlich tätige Mitarbeiter. Die deutschen Sozialverbände sind im Gegensatz zu den schwedischen überwiegend im Bereich der Erbringung sozialer Dienstleistungen tätig (sogenannte Sozialleistungsverbände). Ihr Tätigkeitsfeld erstreckt sich auf das gesamte Spektrum wohlfahrtsstaatlicher Leistungen wie Jugend-, Familien- und Altenhilfe, Behindertenhilfe und psychosoziale Dienste. Diese Aktivitäten der Sozialleistungsverbände werden durch sozialrechtliche Regulierungen unterstützt. Deren wichtigste, das Subsidiaritätsprinzip, festigt die Vorrangstellung der frei-gemeinnützigen Anbieter von Dienstleistungen vor den Angeboten öffentlicher Träger. Als zentrale politische Koordinationsstellen der Wohlfahrtsverbände fungieren die ‚Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege‘ und der ‚Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge‘. Die Beziehungen zwischen Verbänden und öffentlichen Stellen werden in der Regel als partnerschaftlich charakterisiert. Die korporatistische Kritik am System der deutschen Wohlfahrtspflege richtet sich dagegen gegen die Abhängigkeiten und Verflechtungen, die sich durch die enge Kooperation der Verbände mit öffentlichen Stellen ergeben sowie gegen eine vermutete Oligopolstellung der Spitzenverbände, die die Berücksichtigung von alternativen Anbietern und innovativen Angebotsformen erschwert.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Gemessen in vollzeit-äquivalenten Arbeitsplätzen, d.h. Teilzeit- werden auf Voll-Arbeitsplätze hochgerechnet.

<sup>15</sup> Allerdings ist die Interessenvertretung alternativer sozialer Träger und Projekte zumindest teilweise über den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband institutionalisiert. Der DPWV tritt selbst nicht als Anbieter von Dienstleistungen auf, betätigt sich aber als Vertretungsorgan und Beratungsgremium in allen Belangen für die ihm angeschlossenen Träger alternativer Projekte.

## ÜBERSICHT 9. Nationale Profile von Wohlfahrtsorganisationen im Sozialbereich

	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Schweden	Spanien
Organisationen	Spitzenverbände der ‚Freien Wohlfahrts-pflege‘	‚Œuvres privés à but non-lucratif‘	Charities	Einrichtungen der ‚particular initiatief‘	Schwedische Sozialverbände	Einrichtungen der ‚economía social‘ im weiteren Sinn
Umfang der Organisationen (Mitarbeiter/Mitglieder/Aktive)	262400 hauptamtliche, 420000 ehrenamtliche Mitarbeiter (FTE) <sup>a</sup> (1990)	308367 hauptamtliche Mitarbeiter (FTE)	146000 hauptamtliche Mitarbeiter (FTE) (1990) <sup>a</sup>		service-Organisationen: 9970 hauptamtliche Mitarbeiter (FTE) (1990) <sup>a</sup> alle Sozialverbände: 2 Millionen Mitglieder 500.000 Aktive, zumeist ehrenamtlich (1993)	
Organisationen von nationaler Bedeutung	Arbeiterwohlfahrt Caritas, Diakonisches Werk, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland	UNIOPSS URIOPSS ‚Association des Paralyés de France‘ ‚Fédération des Œuvres Protestants‘ ‚Secours Populaire‘- ‚Secours Catholique‘	‚Barnardos‘, ‚Help the Aged‘, ‚Age Concern‘, ‚Royal National Institute for the Blind‘	‚Landelijke Vereniging voor Thiszorg‘ ‚Nederlandse Rode Kruis‘ ‚Stichting Volksbond Rotterdam‘	‚Handikappades Samarbetsorgan‘ ‚Pensionärernas Riksorganisation‘ ‚Hem och Skola‘ (Heim und Schule), Rotes Kreuz, ‚Redda barn‘ (Rettet Kinder)	‚Caritas Española‘ ‚Cruz Roja‘ ONCE <sup>b</sup>
Aufgabenfelder	Gesamtes Spektrum der Wohlfahrtspflege	Armenfürsorge, Behindertenhilfe	institutionelle Kinder- und Jugendhilfe, Altenhilfe, Behindertenhilfe	Altenheime, Pflegeheime, Kinderheime, Anstalten für geistig Behinderte	Kinder, alte Menschen, Behinderte, Problemgruppen	alte Menschen, Behinderte (Blinde), sozial benachteiligte Gruppen
Funktionen	soziale Dienstleistungen Interessenvertretung	soziale Dienstleistungen Interessenvertretung	Soziale Dienstleistungen Interessenvertretung	Soziale Dienstleistungen	Interessenvertretung	Soziale Dienstleistungen Interessenvertretung
Organisationsgrad	Nationale hierarchisch-verbandliche Organisation des Feldes in Spitzenverbänden, z.T. nach weltanschaulichen Prinzipien	nationale verbandliche Organisation, allerdings unübersichtlicher Sektor, Kompetenzüberschneidungen	geringer verbandlicher Organisationsgrad, Vielzahl kleinerer, lokal operierender charities	geringer verbandlicher Organisationsgrad, Vielzahl kleiner und mittelgroßer Träger	Nationale verbandliche Organisation des gesamten Feldes, Fachverbandsprinzip Dachverbände	verbandliche Organisation, zahlreiche Dachverbände, Fachverbandsprinzip

<sup>a</sup> Mitarbeiterzahlen beziehen sich auf das Feld sozialer Dienste. Hauptamtlich Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten.

<sup>b</sup> Die drei genannten Organisationen gehören nicht der ‚economía social‘ im engeren Sinne an, sind jedoch den deutschen frei-gemeinwirtschaftlichen Organisationen vergleichbar und werden deshalb in die Betrachtung einbezogen.

Quellen: Archambault 1997; Eichhorn 1996 und 1998; Kendall und Knapp 1996; Anheier, Priller, u.a. 1998; Lundström und Wijkström 1997; Schmid 1996.

*Großbritannien* ist charakterisiert durch eine Vielzahl kleinerer Charities, deren Wirkungskreis zumeist lokal und deren verbandlicher Organisationsgrad in der Regel gering ist. Daneben gibt es einige nationale Großorganisationen. Klassische Verbandsaufgaben werden entweder von diesen Großorganisationen selbst wahrgenommen oder es werden Hilfen des ‚National Council for Voluntary Organisations‘ (NCVO) oder anderer spezialisierter Organisationen in Anspruch genommen. Das NCVO versteht sich als Sprachrohr des gesamten Sektors und vertritt ca. 600 national tätige Mitgliedsorganisationen. Die ‚Charities Aid Foundation‘ widmet sich der Finanzierung des Sektors der Charities. Sie berät spendenwillige Privathaushalte und Unternehmen und vermittelt zwischen Spendenwilligen und mittelsuchenden Charities. Das ‚Volunteer Centre, UK‘ berät Charities in Bezug auf die Aquirierung und den Einsatz ehrenamtlicher Helfer und initiiert Forschungen im Bereich Freiwilligenarbeit. Das ‚Directory of Social Change‘ unterstützt Charities durch betriebswirtschaftliche Beratung.

Die *niederländische* Organisationslandschaft im Bereich sozialer Dienstleistungen ist unübersichtlich. Zu ihr zählen eine Vielzahl kleinerer Einrichtungen und Organisationseinheiten. Der verbandliche Organisationsgrad ist niedrig. Die Verbandsstruktur ist durch ein Nebeneinander kleiner und mittelgroßer freigemeinwirtschaftlicher Organisationen gekennzeichnet. Ansprechpartner für die große Zahl freigemeinnütziger Träger ist direkt das jeweilige Ministerium oder die zuständige kommunale Gesundheits- und Sozialverwaltung. Es existieren nur wenige Organisationen von nationaler Bedeutung. Hier sind zu nennen die ‚Landelijke Vereniging voor Thuiszorg‘ (Nationale Vereinigung für Heimpflege), die historisch entstanden ist aus den sogenannten Kreuzvereinen oder Kreuzgesellschaften, kirchlichen Freiwilligengruppen, die sich älteren Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen annahmen. Die LVT arbeitet hauptsächlich im Bereich ambulanter Krankenversorgung; daneben werden hauswirtschaftliche Dienstleistungen für Pflegebedürftige angeboten. Das niederländische Rote Kreuz zählt zu den bedeutendsten freigemeinwirtschaftlichen Unternehmen. Ein Schwerpunkt seiner Arbeit liegt – neben seiner monopolartigen Stellung im Bereich Blutspendedienste – im Bereich Ferienwerke für Behinderte.

*Frankreich*: Die französische Verbandsstruktur blickt auf eine vergleichsweise kurze Tradition zurück. Sie ist ausgeprägt, aber nicht hierarchisch. Als Verband von nationaler Bedeutung ist der Dachverband UNIOPSS zu nennen (‚Union Nationale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux‘), der als Dachverband für den Bereich Gesundheit und soziale Dienste fungiert und weltanschaulich ungebunden ist. Der UNIOPSS gehören zahlreiche nationale Fachverbände und überregionale Organisationen an. UNIOPSS versteht sich als Interessenvertretungsorgan, ist Ansprechpartner für Vertreter der öffentlichen Hand in nationalen Gremien und Koordinationsstelle bei bereichsübergreifenden Fragen von nationaler Bedeutung. Daneben ist URIOPSS (‚Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires Sociaux‘) zu nennen, das Pendant zu UNIOPSS auf regionaler Ebene. Die URIOPSS versteht sich ebenfalls als Interessenvertretungsorgan, allerdings auf regionaler Ebene und arbeitet mit Vertretern der öffentlichen Hand in regionalen Gremien zusammen. In URIOPSS sind im Gegensatz zu UNIOPSS ausschließlich Träger von Einrichtungen vertreten. National tätige Organisationen im Bereich sozialer Dienstleistungen sind beispielsweise die ‚Association des Paralysés de France‘ (AFP), die sich der Behindertenhilfe und Interessenvertretung der Behin-

derden widmet, und die weltanschaulichen Verbände ‚Fédération des Œuvres Protestants‘, ‚Secours Populaire‘ und ‚Secours Catholique‘. Letzterer ist im Bereich Armenfürsorge tätig (Armenhilfe, Beobachtung von Pauperisierungstendenzen). Auch diese national tätigen Verbände sind gleichzeitig Mitglied in UNIOPSS.

*Spanien:* In Spanien finden wir ebenfalls eine verbandliche Organisation des Feldes sozialer Dienstleistungen. Es gibt zahlreiche Verbände (‚federaciones‘) und Dachverbände (‚confederaciones‘), die nach dem Fachverbandsprinzip strukturiert sind. Vor allem der Bereich Behindertenhilfe ist in Form nationaler Fachverbände organisiert und verfügt mit der ‚Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos‘ über ein national agierendes Forum, das vor allem Koordinationsaufgaben wahrnimmt. Auch die Zusammenarbeit der Stiftungen ist institutionalisiert im nationalen Stiftungszentrum (‚Centro de Fundaciones‘), das juristische und betriebswirtschaftliche Beratungs- und Informationsaufgaben wahrnimmt. Eine durchgängige hierarchisch-verbandliche Organisation findet sich bei der spanischen Caritas sowie dem spanischen Roten Kreuz. Die ‚Cáritas Española‘ versteht sich als Anlaufstelle für sozial Schwache und unterhält ca. 2000 Einrichtungen der Grundversorgung (‚Centros de Acogida de Base‘), die persönliche Beratung und Unterstützung, Lebensmittel, Kleidung, Möbel und medizinische Versorgung, aber auch Darlehen und Vorschüsse bieten. Die Zielgruppen umfassen das gesamte Spektrum der Wohlfahrtspflege, mit Betonung auf der Erstversorgung sozial benachteiligter Gruppen, und sind breit gestreut: Kinder und Familien, Jugendliche, Frauen, Ältere, Zigeuner, Einwanderer, Obdachlose, Behinderte, Aids-Kranke.

Das ‚Cruz Roja Española‘ steht als freiwillige humanitäre Organisation unter der Schirmherrschaft des Staates, namentlich des spanischen Königs und des Sozialministeriums. Das spanische Rote Kreuz versteht sich laut Satzung als eine Institution der Unterstützung und Zusammenarbeit mit der öffentlichen Hand. Die sozialen Aktivitäten bilden eine bedeutende Teilaufgabe des spanischen Roten Kreuzes und sind, wie bei der Caritas, den bedürftigsten Bevölkerungsgruppen vorbehalten, und umfassen insbesondere Dienste im Bereich der Alten- und Behindertenhilfe sowie an AIDS- und Suchtkranken. ‚Cruz Roja‘ wird aufgrund enger institutioneller Verflechtungen mit dem spanischen Sozialministerium regelmäßig bei der jährlichen Subventionsvergabe für Sozialprogramme bevorzugt, weshalb der Bereich seiner gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen im Wachsen begriffen ist. Das spanische Rote Kreuz wird von anderen frei-gemeinwirtschaftlichen Anbietern zunehmend als Konkurrentin um Subventionen des Sozialministeriums betrachtet, auf Gemeinde- und Provinzebene arbeitet das Rote Kreuz jedoch oft projektgebunden mit den Organen der Caritas zusammen.

Die ONCE (‚Organización Nacional de Ciegos Españoles‘) widmet sich traditionell der sozialen Integration der blinden und sehgeschädigten Spanier. Sie wurde von General Franco im Jahr 1938 gegründet, um die Versorgung der Kriegsversehrten des spanischen Bürgerkrieges sicherzustellen. Hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit zählt sie heute zu den zehn umsatz- und mitarbeiterstärksten spanischen Wirtschaftsunternehmen. Neben Einrichtungen direkter Dienstleistungen für Blinde (Brailleschulen, Ausbildungsstätten, Unterkünften, Werkstätten, Freizeitzentren) unterhält sie ein Netz an Forschungs- und Entwicklungsinstituten. Die ONCE ist eine national tätige Körperschaft des öffentli-

chen Rechts und steht ebenfalls unter der Schirmherrschaft des Staates. Durch ihre Aktivitäten (Arbeitsplatzvermittlung, Studienstipendien, usw.) sind die sehbehinderten Spanier weitgehend in den Arbeitsmarkt und das gesellschaftliche Leben integriert. Die Mitgliedschaft ist für Sehbehinderte quasi-obligatorisch, da die ONCE ihre Leistungen nur für Mitglieder bereit hält. Die Besonderheit der ONCE liegt in der ausschließlichen Selbstfinanzierung ihrer Leistungen über die Betreibung einer Lotterie, die ihr bei Gründung durch Verordnung des Regierungsministeriums gewährt wurde. Die ONCE umfaßt heute drei eigenständige Organisationen: die ONCE(-mutter), sowie die ‚Fundación ONCE‘ und die ‚Grupo de Empresas ONCE‘ als Tochterunternehmen mit eigenständigen Funktionen. Letztere umfaßt 56 privat-kommerzielle Unternehmen. Die Arbeit der ONCE ist nicht unumstritten, und es werden Vorwürfe ‚wirtschaftlicher Expansion im sozialen Kleid‘ erhoben. Auch international wird die Arbeit der ONCE diskutiert im Hinblick auf die gelungene Integration der Blinden im Bildungs- und Arbeitsmarkt durch ein stark an kommerzielle Unternehmen angelehntes Management.

### 3.4 Finanzierung

Im folgenden werden zunächst die Einnahmequellen von Nonprofit-Organisationen beschrieben. Hinsichtlich der Einnahmequellen sind 3 Gruppen von Einnahmen zu unterscheiden: Einnahmen aus selbst erwirtschafteten Mitteln, Einnahmen der öffentlichen Hand sowie Einnahmen aus Spenden.<sup>16</sup>

*Selbst erwirtschaftete Mittel* setzen sich aus den folgenden Arten zusammen:

- Gebühren und Beiträge von Klienten (z.B. Elternbeiträge in Kindergärten)
- Mitgliedsbeiträge (z.B. Vereinsbeitrag)
- Einnahmen aus kommerziellen Aktivitäten, die unmittelbar mit dem Organisationszweck in Verbindung stehen (z.B. Verkäufe von Produkten Behindertenwerkstätten, Lotterien, Benefiz-Veranstaltungen, usw.)
- Einnahmen aus kommerziellen Aktivitäten, die nicht unmittelbar mit dem Organisationszweck verknüpft sind: Dividenden, Einkommen aus Vermietung oder Verpachtung, aus Kapitalerträgen sowie aus anderen kommerziellen Aktivitäten (wie z.B. Erlöse aus der Unterhaltung von Blutbanken usw.)

Die zweite Gruppe, *Einnahmen aus Spenden*, beinhaltet

- Spenden und Zuwendungen von Individuen, als Geld- und Sachspenden sowie
- Unternehmensspenden in Form von Einzelspenden oder Sponsoring

Die dritte Einnahmequelle, *Einnahmen der öffentlichen Hand*, umfassen Zuwendungen staatlicher Stellen sowie Kostenersätze aus Mitteln der Sozialversicherung. Grob lassen sich unterscheiden:

---

<sup>16</sup> Wir orientieren uns hier an der Klassifikation, wie sie im Johns Hopkins Projekt Verwendung findet; siehe z.B. Kendall und Knapp, 1996: 117.



- Zuwendungen von staatlichen Stellen der verschiedenen Ebenen, sei es nationale, regionale oder lokale Ebene, in Form einmaliger Zuwendungen, der zeitlich begrenzten Förderung im Rahmen von Projekten, oder der regelmäßigen Förderung ‚laut Programm‘;
- Einnahmen aus Leistungsverträgen mit der öffentlichen Hand oder den Sozialversicherungsträgern in Form von Kostenersätzen, als Einzelfallpauschalen oder ‚block grants‘.

Die drei genannten Einnahmearten finanzieren die Arbeit von Nonprofit-Organisationen zu unterschiedlichen Anteilen, je nach Tätigkeitsfeldern. Dabei kommt der Förderung aus öffentlichen Mitteln eine besondere Rolle zu. Die Regulierung sowie die Praxis staatlicher Zuwendungen steuert das Ausmaß der Einbeziehung von Nonprofit-Organisationen in das staatliche System der Dienstleistungserbringung. Auch die übrigen Einnahmequellen von Nonprofit-Organisationen unterliegen teilweise staatlicher Regulierung. So können z.B. steuerliche Anreize für Individual- und Unternehmensspenden das Spendenaufkommen von Nonprofit-Organisationen mit bestimmen. Auch die Besteuerung von Einnahmen aus kommerziellen Aktivitäten unterliegt staatlicher Gesetzgebung und deren Ausgestaltung kann mitentscheiden über die Erschließung von weiteren Einnahmequellen.

Im folgenden werden zunächst die finanziellen Rahmenbedingungen für Nonprofit-Handeln im Bereich sozialer Dienstleistungen in den untersuchten Ländern dargestellt (Abschnitt 3.5.1). Sodann sollen einige quantitative Aussagen hinsichtlich der Einnahmenstruktur von Nonprofit-Organisationen sowie hinsichtlich Unterschieden zwischen den europäischen Ländern (Abschnitt 3.5.2) getroffen werden.

### 3.4.1 Rahmenbedingungen öffentlicher Förderung

Die öffentliche Förderung von Nonprofit-Aktivitäten beinhaltet institutionelle Förderung, Projektförderung oder Einzelfallförderung. Von institutioneller Förderung wird gesprochen, wenn die Förderung gesetzlich festgelegt oder vertraglich geregelt ist und sich mit einer regelmäßigen und langfristigen Verpflichtung der öffentlichen Hand gegenüber der Einrichtung verbindet. Projektförderung umfaßt zeitlich befristetes staatliches Engagement auf Antrag von Organisationen oder Vergabe nach Ausschreibung. Hierunter fallen z.B. Modell- und Pilotprojekte, die meist kurzfristig angelegt sind und keine dauerhaften Einkommensquellen darstellen. Einzelfallförderung bezieht sich in der Regel auf nicht gesetzlich oder vertraglich zu erbringende Leistungen. Die Förderung erfolgt auf dem Wege der Einzelfallprüfung und wird als ‚freiwillige Leistung‘ (so die deutsche Bezeichnung) auf Antrag vergeben. Einnahmen aus Einzelfallförderung sind nicht berechenbar, insofern sich die öffentlichen Stellen jederzeit aus der Finanzierung zurückziehen können.

Leider haben wir keine empirischen Anhaltspunkte für die Ausgestaltung der Projektförderung sowie freiwilliger staatlicher Unterstützung in den verschiedenen Ländern. Es gibt jedoch Informationen zur Ausgestaltung der institutionellen Förderung, die im folgenden für die einzelnen Länder beschrieben werden.

In *Deutschland*, *Frankreich* und den *Niederlanden*, den Ländern, die durch Sozialversicherungssysteme gekennzeichnet sind, bilden Pflugesätze und pauschale Zuweisungen die Basis für Kostener-

stattungen seitens der Sozialleistungsträger. Diese Einnahmequellen sind für die Wohlfahrtsorganisationen kontinuierlich verfügbar und kalkulierbar. In Deutschland und den Niederlanden findet sich darüber hinaus die Besonderheit, daß die Wohlfahrtsverbände gesetzlich in die Leistungserbringung und das Verfahren zur Ermittlung der Leistungsentgelte eingebunden sind.

In *Schweden*, dem Land, in dem der Staat ein Quasi-Monopol auf die Erbringung sozialer Dienstleistungen hält, steht die öffentliche Unterstützung frei-gemeinwirtschaftlicher und privater Anbieter von sozialen Dienstleistungen im Ermessen der Gemeinden. Es besteht kein Anspruch auf Finanzierung unabhängiger Anbieter und die Modalitäten der staatlichen Kostenerstattung sind nicht eindeutig geregelt. Die Erstattung der anfallenden Kosten für frei-gemeinwirtschaftliche Einrichtungen, die im Bereich Altenhilfe (Pflegeheime) tätig sind, erfolgt eher auf der Basis von Tagessätzen oder Einzel Leistungsvergütungen. Von einer stabilen institutionellen Förderung im Sinne einer Anspruchsberechtigung und Gleichbehandlung mit öffentlichen Einrichtungen kann nicht gesprochen werden.<sup>17</sup>

Ganz anders dagegen im Bereich der schwedischen Verbände mit Interessenvertretungs-Funktion, denen generöse öffentliche Zuschüsse zur Verfügung stehen. Das System fußt auf flexiblen und festen Zuschüssen mit jeweils einem Mindestbetrag pro Verband und Jahr. Die schwedischen Behindertenverbände beispielsweise finanzieren sich zu 20%–60% aus diesen Zuschüssen. Dafür schließen sie Beihilfeverträge mit dem zuständigen Zentralamt für Gesundheits- und Sozialwesen ab. Für den Verband der Sehbehinderten beispielsweise macht die öffentliche Förderung pro Jahr und Mitglied 700 SKR aus, das entspricht ca. 160 DM pro Mitglied, die staatlicherseits für Aufklärungsarbeit und Interessenvertretung der Sehbehinderten eingesetzt werden. Die schwedische Politik der Förderung demokratischer voice-Funktionen wird damit direkt in den Bezuschussungsmodalitäten für ,service-, und ,voice-,Verbände messbar.

In *Spanien* ist zwischen der Altenhilfe und der Behindertenhilfe zu unterscheiden. In der Altenhilfe konkurrieren frei-gemeinnützige Organisationen mit kommerziellen Anbietern. Das spanische System der Finanzierung nicht-öffentlicher Einrichtungen beruht - ähnlich wie das britische - auf Leistungsverträgen, die durch Ausschreibung von Platzkontingenten vergeben werden.<sup>18</sup> Die spanischen freigemeinwirtschaftlichen Anbieter sind verpflichtet, der spanischen öffentlichen Versorgung Platzkontingente zur Verfügung zu stellen, was wegen der engen Ausgestaltung der Kostenermittlung und Beschränkungen der Nutzerentgelte nicht immer attraktiv ist. Die spanischen Organisationen sehen

---

<sup>17</sup> Dagegen ist die schwedische öffentliche Hand im Bereich Kinderbetreuung weniger zurückhaltend. Kinderbetreuung wird in Schweden traditionell als Kernaufgabe des Wohlfahrtsstaates angesehen und das hohe Leistungsniveau in diesem Bereich ist bekannt. Seit den 90er Jahren werden von seiten öffentlicher Stellen zunehmend Elternkooperativen gefördert, die in eigener Trägerschaft und gefördert aus Mitteln der Gemeinden Kinderbetreuungsdienste anbieten.

<sup>18</sup> Die Gesamtverantwortung für die Leistungserbringung in der Alten- und Behindertenhilfe liegt beim spanischen Sozialministerium oder den Sozialministerien der autonomen Regionen, die im Bereich Sozialhilfe die Verantwortung übernommen haben.

sich im Bereich Altenhilfe in einer Situation, die durch Mischfinanzierung ihrer Arbeit<sup>19</sup> und einen starken Wettbewerb mit kommerziellen Anbietern gekennzeichnet ist.

Im Bereich Behindertenhilfe gibt es für frei-gemeinwirtschaftlichen Organisationen keine Konkurrenz seitens privater oder öffentlicher Anbieter. Der Staat betätigt sich hier als Förderer und Finanzier, indem er u.a. der nationalen Blindenorganisation ONCE die Teilnahme am staatlichen Lotteriemarkt eröffnete. Die ONCE finanziert ihre sozialen Dienstleistungen fast ausschließlich über die Betreuung der Lotterie und die ihr angeschlossene Unternehmensgruppe.<sup>20</sup> Die 5 Spitzenverbände der Behindertenhilfe und der ONCE bestimmen das Leistungsangebot in diesem Bereich, das der Staat und die regionalen Behörden über Leistungsverträge und Investitionskostenzuschüsse mit finanzieren.

Am schwierigsten ist die Situation hinsichtlich öffentlicher Förderung in *Großbritannien* zu beurteilen. Dort organisieren die Gemeinden die Zusammenarbeit mit Nonprofit-Organisationen und privaten Anbietern sozialer Dienstleistungen. Die Gemeinden, die traditionell Träger der sozialen Dienstleistungen waren, sind mit dem Community Care Act von 1990 verpflichtet worden, verstärkt Nonprofit-Organisationen und private Anbieter als Träger einzubeziehen. Dies geschieht durch Leistungsverträge („out-contracting“) und Ankauf von Dienstleistungen („purchasing“). Mit dem ‚Community Care Act‘, der 1993 in Kraft trat, wurde der Einbezug unabhängiger Anbieter obligatorisch. Allerdings gibt es bislang keine einheitlichen Finanzierungsvorschriften und –praktiken für die Vergütung der privaten Anbieter seitens öffentlicher Stellen. In Großbritannien besteht ein ‚Quasi-Markt‘ für soziale Dienstleistungen im Rahmen der gemischten Wohlfahrtsökonomie (siehe Länderdarstellung Großbritannien in Kapitel 4).

Insgesamt läßt sich festhalten, daß die öffentliche Hand in den Ländern, die Sozialversicherungen eingeführt haben (Deutschland, Frankreich und die Niederlande) relativ stabile und kalkulierbare Einnahmequellen für Nonprofit-Organisationen im Bereich der stationären Altenhilfe bereit hält. Dagegen bestehen für Nonprofit-Organisationen in Großbritannien und Schweden unklare Finanzierungsmodalitäten im Ermessen der Gemeinden. In Spanien ist zwischen Alten- und Behindertenhilfe zu differenzieren. Im Bereich Altenhilfe konkurrieren frei-gemeinnützige mit öffentlichen Anbietern und kommerziellen Unternehmen, während ihnen im Bereich der Behindertenhilfe eine staatlich sanktionierte Quasi-Monopolstellung zukommt, die der Position der freien Wohlfahrtsverbände in der Bundesrepublik ähnelt.

---

<sup>19</sup> Die Mischfinanzierung spanischer Alten- und Pflegeheime beinhaltet z.B. auch unterschiedliche Leistungsentgelte, je nach Einkommenssituation der Klienten: Der Höchstbetrag des Entgelts beträgt 80% des monatlichen Gesamteinkommens für Patienten, die nicht den Sozialversicherungen angeschlossen sind, allerdings mit Begrenzung nach oben. Tendenziell bevorzugen spanische Alten- und Pflegeheime die Patienten, deren Entgelte nicht aus der Sozialversicherung vergütet werden.

<sup>20</sup> In jüngster Zeit hat die ONCE kommerziell arbeitende Tochterunternehmen gegründet, deren Einrichtung z.T. aus Lottereeinnahmen finanziert wurden und die einen Teil ihrer Gewinne an die Fundación ONCE abführen.

### 3.4.2 Andere Einnahmequellen

Neben öffentlichen Einnahmen stellen Einnahmen aus Spenden eine weitere Finanzierungsquelle für Nonprofit-Aktivitäten dar. Ein hohes *Spendenaufkommen* bildet eine wichtige unabhängige Einnahmequelle und kompensiert teilweise fehlende öffentliche Unterstützung. Wie bereits gezeigt kann bereits die Steuergesetzgebung das Spendenaufkommen beeinflussen. So sind etwa im britischen System deutliche Anreize für Privat- und Unternehmensspenden gesetzt, während in Schweden eine steuerliche Begünstigung von Privatspenden nicht vorgesehen ist. Eine weitere Einnahmequelle bilden *Klientenbeiträge*, also Eigenbeiträge oder Zuzahlungen der Nutzer sozialer Dienstleistungen, die jedoch nicht immer verfügbar (z.B. bei der Betreuung Obdachloser) und teilweise sozial administriert sind (z.B. Kindergartenbeiträge). Der Erhebung von Klientenbeiträgen sind Grenzen gesetzt. Ebenso bei *Mitgliedsbeiträgen*. Ein hoher Mitgliederstand kann zwar eine verlässliche Einnahmequelle darstellen, die jedoch insgesamt von eher untergeordneter Bedeutung sein dürfte.

Neben Einnahmen aus Spenden und Mitgliedsbeiträgen trägt die Erwirtschaftung von *Erlösen* aus gewinnorientierten Aktivitäten (z.B. Verkauf aus Produkten von Behindertenwerkstätten, Benefizveranstaltungen, Beteiligung an Lotterien usw.) zur Einnahmeerzielung bei. Erlösorientierte Aktivitäten stellen eine wichtige alternative Einnahmequelle dar. Es steht zu vermuten, daß ausgeprägte erinnahmeorientierte Aktivitäten (das aktive Aquirieren von Spenden, der systematische Einsatz von Fundraising, Veranstaltungen von Sammlungen, Lotterien, Verkauf von Produkten usw.) sowohl nach sozialen Tätigkeitsfeldern als auch nach Ländern unterschiedlich zum Einsatz kommen, und zwar um so stärker, je weniger Einnahmen aus öffentlichen Mitteln zur Verfügung stehen.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen wird versucht, anhand einiger weniger verfügbarer Daten die Einnahmestruktur von Nonprofit-Organisationen, aggregiert auf nationaler Ebene sowie für einzelne Organisationen zu betrachten. International vergleichbare Daten über die Finanzierung von Nonprofit-Aktivitäten für einzelne europäische Länder stehen lediglich im ‚Johns Hopkins International Third Sector-Projekt‘ zur Verfügung. Tabelle 10 zeigt die Einnahmestruktur des Feldes sozialer Dienstleistungen für 4 europäische Länder.

**TABELLE 10. Nationale Einnahmestruktur des Feldes sozialer Dienstleistungen im Vergleich**

	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Schweden
<i>Einnahmequellen (%-Anteile)</i>				
öffentliche Mittel	83	60	26	71
private Spenden	7	5	40	10
selbsterwirtschaftete Mittel	10	35	35	20
Gesamt	100	100	100	100

Quelle: Salamon/Anheier 1996: 150ff.

Die vier Länder zeigen unterschiedliche nationale Profile in der Einnahmestruktur. Für *Deutschland* ist eine hohe Abhängigkeit von öffentlichen Einnahmen zu konstatieren: 83% der Einnahmen der Organisationen, die Dienstleistungen im Nonprofit-Bereich anbieten, stammen aus öffentlichen Mitteln, d.h. Zuwendungen staatlicher Stellen und Kostenersätzen der Sozialversicherungen. Interessanterweise besteht auch bei *schwedischen* Dienstleistungsunternehmen im Feld sozialer Dienste eine starke Abhängigkeit von öffentlichen Mitteln. Wie erwähnt spielen schwedische Nonprofit-Organisationen eine vergleichsweise untergeordnete Rolle im Bereich der Erbringung sozialer Dienstleistungen und es besteht im Gegensatz zu Deutschland kein Anspruch auf öffentliche Förderung. Dennoch bedeutet dies offensichtlich nicht, daß in der Praxis keine öffentliche Unterstützung gewährt wird.

In *Großbritannien* spielt die öffentliche Förderung eine untergeordnete Rolle. Nonprofit-Aktivitäten im Sozialbereich rekurrieren auf alle drei Quellen der Unterstützung, über deren Anteile in individuellen Organisationen allerdings aus den aggregierten Daten keine Aussagen gemacht werden können, da große lokale und regionale wie auch Unterschiede zwischen einzelnen Organisationsarten bestehen. Private Spenden sowie Schenkungen und Erbschaften spielen in Großbritannien die wichtigste Rolle für die Arbeit von Nonprofit-Organisationen im Sozialbereich, in den anderen Ländern stehen sie erst an letzter Stelle in der Rangfolge der Einnahmen. Die britische Spendenkultur ist traditionell stark ausgeprägt und auf Armenfürsorge und Wohltätigkeit gerichtet.

Als Illustration und Ergänzung der vorgestellten Aggregatdaten sei auf Tabelle 11 verwiesen, die die Finanzierungsstruktur ausgewählter Organisationen in verschiedenen Ländern auflistet. Wir erwarten allgemein, daß es mehr oder wenige große Unterschiede geben wird im Hinblick auf die Finanzierung in einzelnen Tätigkeitsfeldern, aber auch Unterschiede nach Einrichtungstypen sowie Art und Selbstverständnis der aktiven Organisation. So werden beispielsweise Einrichtungen, die auf die Arbeit mit individuellen Risikogruppen spezialisiert sind, ihre Einnahmen zu erheblichen Teilen aus Spenden decken, während Einrichtungen, die im Bereich der institutionalisierten Kinder- oder Altenbetreuung tätig sind, ihre Arbeit zu erheblichen Anteilen aus öffentlichem Mitteln bestreiten. Karitative Großorganisationen, die lokale Gliederungen und vielfältige Aktivitäten unterhalten, werden dagegen wahrscheinlich auf eine Mischfinanzierung aus öffentlicher Unterstützung, Spendenaufkommen und Erlösen aus wirtschaftlichen Aktivitäten zurück greifen.

Zur Illustration ist in der Tabelle die Mittelherkunft einiger Organisationen im Sozialbereich in verschiedenen Ländern aufgeführt: Das Spendenaufkommen der ‚Caritas Barcelona‘ ist mit über 70% der Einnahmen aus Sammlungen, Kollekten, zweckgebundenen Spenden, Erbschaften und Schenkungen sowie Mitgliedsbeiträgen hoch. Die Caritas Barcelona betreibt u.a. Anlaufstellen für benachteiligte Gruppen (‚Centros de Acogida de Base‘) mit persönlicher Beratung und Unterstützung einschließlich der Bereitstellung von Lebensmitteln, Kleidung, Möbel usw., aber auch der Vergabe von Darlehen. In diesen Bereichen stehen öffentliche Mittel kaum zur Verfügung. Die Caritas greift daher auf professionelle Strategien des Fund-Raising zur Einnahmenerzielung zurück. Auch in Großbritannien ist ein Rechtsanspruch auf öffentliche Förderung nicht gegeben, die britische Politik des ‚out-contracting‘ bezieht jedoch frei-gemeinwirtschaftliche Anbieter von Fall zu Fall in die Leistungserbringung ein,

wenn auch aufgrund der gemeindlichen Zuständigkeit lokal und regional völlig unterschiedlich verfahren wird. Die britische Großorganisation ‚Barnardo’s‘ beispielsweise, die im Bereich der Familienfürsorge und Arbeit mit Problemkindern tätig ist, unterhält auf lokaler Ebene zahlreiche ‚family centres‘. Sie ist eine der Organisationen, die von den lokalen Behörden häufig als Vertragspartner gewählt wird. Dementsprechend ist der Anteil öffentlicher Mittel an ihren Einnahmen für britische Verhältnisse vergleichsweise hoch. Ganz anders die Organisation ‚Help the Aged‘, eine typisch britische Einrichtung, die keine eigenen Dienstleistungen anbietet, sondern ausschließlich Fundraising-Aktivitäten zugunsten benachteiligter alter Menschen entwickelt. Hier decken Spenden und Erbschaften die Einnahmen zu nahezu 100%.

**TABELLE 11. Einnahmenstruktur verschiedener Organisationen im Vergleich, 1994 (in %)**

	Spanien	Großbritannien		Deutschland	
	Caritas Barcelona	Barnardo's	Help the Aged	Verein für Grundschüler- betreuung	Selbsthilfe- gruppe ,Lieselotte Zwi- espalt'
Zweck der Organisation/ Zielgruppen	Diverse hu- manitäre Hilfen	Dienste für Kinder in Prob- lemfamilien	Fundraising für bedürftige alte Menschen	Elterninitiative mit Kinderhorten für Grundschüler	Selbsthilfe bei Depressionen
Einnahmen der öffentlichen Hand (Leistungsverträge, Entgelte, Zuschüsse, usw.)	32	40	4	66	25
Sammlungen, Kollekten	24	–	–	–	–
zweckgebundene Spenden	29	19	63	1,5	75
Erbschaften, Schenkungen	2	24	25	–	–
Mitgliedsbeiträge	8	–	–	0,5	–
Klientenbeiträge	–	–	–	32	–
Vermögenserträge	2	–	–	–	–
Andere Einnahmen	4	17	8	–	–

Quelle: *Gaskin und Smith 1996*.

Ein ‚typisches‘ Beispiel aus Deutschland ist ein kleiner Verein in Hessen, der zwei Kinderhorte betreibt und seine Einnahmen zu 2/3 aus der öffentlichen Hand (Landes- und kommunale Mittel) bestreitet. Spenden und andere private Einkünfte sind als Einnahmequellen zu vernachlässigen. Der Verein ist Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband und als freier Träger der Jugendhilfe besteht ein gesetzlicher Anspruch auf öffentliche Förderung. Der Verein ist für seinen Bestand auf die institutionelle Förderung angewiesen. Anders die Selbsthilfegruppe ‚Lieselotte Zwiespalt‘, die Hilfen bei Depressionen gewährt. Diese erhält zwar ebenfalls Unterstützung aus öffentlichen Mitteln, im Gegensatz

zum Kinderhort sind die öffentlichen Zuwendungen jedoch gering und als ‚freiwillige Leistungen‘ einzustufen, d.h. sie können jederzeit eingestellt werden. Angesichts ihrer autonomen Traditionen und dem Selbstverständnis als alternativen Organisationsformen verzichten Selbsthilfegruppen häufig bewußt und gänzlich auf öffentliche Förderung.

### 3.5 Freiwilliges Engagement im Nonprofit-Sektor

Freiwilliges Engagement ist häufig eine der wichtigsten Ressource von Nonprofit-Organisationen und wird in Sport- und Freizeitvereinen, Parteien, Kirchen, gemeinnützigen Organisationen und Einrichtungen ausgeübt. Uns interessiert an dieser Stelle das freiwillige Engagement in gemeinnützigen Einrichtungen. Wir suchen nach Anhaltspunkten dafür, inwieweit soziale Dienstleistungen – neben professionellem Engagement – von freiwilligem Engagement getragen werden. Leider gibt es wenig Anhaltspunkte über die Zusammensetzung der Mitarbeiterschaft in einzelnen Einrichtungen hinsichtlich professionellem Personal und freiwillig-ehrenamtlich Aktiven. Es lassen sich jedoch grob drei Einrichtungsarten unterscheiden:

- Einrichtungen, die überwiegend auf professionelles Personal zurückgreifen, wie z.B. Pflege- und Altenheime, Kindertagesstätten, usw. Es handelt sich hier um Einrichtungen, die ins öffentliche System der Leistungserbringung einbezogen sind und entsprechend professionelle Standards anwenden sowie Leistungskontrollen unterliegen.
- Einrichtungen, die in Bereichen tätig sind, die geringerer staatlicher Regulierung unterliegen, und zwar teilweise Unterstützung aus öffentlichen Mitteln erhalten, jedoch keine Ansprüche auf dauerhafte institutionelle Förderung geltend machen können (z.B. Arbeit mit Obdachlosen, Suchtgefährdeten, Migranten, usw.) Hier dürfte der Anteil freiwillig aktiver Personen gegenüber dem professionellen Personal überwiegen. Aufgrund in der Regel geringer staatlicher Fördermittel sind diese Organisationen für ihren Bestand auf die Mobilisierung von Freiwilligenarbeit angewiesen.
- Eine dritte Gruppe betrifft Einrichtungen, die ausschließlich auf freiwillig aktive Personen rekurrieren. Hierunter fallen z.B. fast alle Selbsthilfegruppen, aber auch kleine lokale Vereinigungen, die sich den verschiedensten gemeinnützigen Tätigkeiten widmen (z.B. Besuchsdienste für alte Menschen organisieren, Gelder sammeln, Bazare veranstalten, Vereinigungen zur Unterstützung allein erziehender Mütter, Obdachloser, usw.).

Leider gibt es kaum empirische Anhaltspunkte für die Verteilung von haupt- und ehrenamtlichen Tätigkeiten auf einzelne Einrichtungsarten. Es stehen uns lediglich Ergebnisse einer internationalen Umfrage von Gaskin und Smith zum bürgerschaftlichen Engagement aus dem Jahr 1994 zur Verfügung. Die Ergebnisse beruhen auf repräsentativen Bevölkerungsumfragen in 9 europäischen Ländern.<sup>21</sup> Tabelle 12 zeigt, daß das Ausmaß freiwilliger Arbeit in den europäischen Ländern stark

---

<sup>21</sup> Untersucht wurde ein repräsentativer Bevölkerungsquerschnitt. Allerdings wurden Personen von der Untersuchung ausgeschlossen, die der Landessprache nicht mächtig waren. Neben der Befragung wurden pro Land 150-250 Organisationen hinsichtlich ihrer Einnahmen und Ausgaben, Personal, Anteil ehrenamtlich Beschäftigter, Klientengruppen, Haupt-Tätigkeitsfeldern, etc. befragt. Aufgrund massiver Probleme bei der

variiert: *Schweden, Niederlande* und *Großbritannien* weisen die höchsten Anteile freiwilligen Engagements auf. Bei der Häufigkeit der Betätigung nimmt *Deutschland* den Spitzenplatz ein. Deutschlands relativ kleine Zahl von Freiwilligen zeichnet sich durch eine stärkere regelmäßige Verpflichtung aus (nur 1% der deutschen Freiwilligen geben an, sich weniger als 1mal pro Monat zu betätigen).

**TABELLE 12. Anteile und Häufigkeit freiwilliger Arbeit 1994 (in %)**

	Deutsch- land	Großbri- tannien	Irland	Nieder- lande	Schwe- den
<i>Anteil freiwilliger Arbeit<sup>a</sup></i>	18	34	25	38	36
<i>Häufigkeit<sup>b</sup></i>					
mind. einmal im Monat <sup>b</sup>	85	50	66	77	64
seltener	1	45	24	21	30
<i>Zahl der Organisatio- nen, für die Dienste er- bracht werden<sup>b</sup></i>					
1	60	66	64	75	74
2	23	22	22	19	18
3	5	6	6	3	5
4	4	1	4	1	1

<sup>a</sup> Anteil Freiwilliger in der Gesamtbevölkerung.

<sup>b</sup> Alle, die 1994 irgendeine Art von unbezahlter Arbeit erbracht haben. Die Auflistung beschränkt sich auf die ersten 4 Organisationen. Deshalb addieren sich die Zahlen nicht auf 100%.

Quelle: *Gaskin und Smith 1996: 65, 69 und 71.*

Nach Tätigkeitsfeldern differenziert (Tabelle 13) ergibt sich ein interessantes Bild: Sport und Freizeit sowie soziale Dienste und Kindererziehung binden in fast allen Ländern einen erheblichen Anteil ehrenamtlichen Engagements, allerdings zu jeweils unterschiedlichen Anteilen. So engagieren sich in den Bereichen soziale Dienste und Kindererziehung zusammengenommen 42% der deutschen, 35% der britischen, 32% der niederländischen und 18% der schwedischen Ehrenamtlichen. Lediglich in Schweden dominieren eindeutig Aktivitäten in den Bereichen Sport und Freizeit. Der relativ niedrige Anteil von Ehrenamtlichen im Bereich soziale Dienste/Kindererziehung in Schweden fällt auf, ist aber konsistent mit den früher gemachten Beobachtungen.

Nach Tätigkeitsmerkmalen differenziert (Tabelle 14) ist die große Bedeutung des Geldsammelns in *Großbritannien* auffällig. Wie im vorigen Abschnitt gezeigt, unterstützt der britische Staat die private Spendenbereitschaft seiner Bürger durch gezielte steuerliche Vergünstigungen und Arrangements. Dementsprechend populär ist auch die Aktivität des Geldsammelns. In den *Niederlanden, Schweden* und auch *Dänemark* dominiert der Tätigkeitsbereich Ausschußarbeit/Komitee. In *Deutschland* wird am

Stichprobenziehung, auch z.T. mangelnder Auskunftsbereitschaft der Organisationen sind jedoch vergleichende Interpretation der Daten nicht möglich, weshalb wir auf eine genauere Darstellung dieses Materials verzichten. (vgl Gaskin/Smith 1996: 127f.)



häufigsten die Tätigkeit ‚Besuchen, sich um Menschen kümmern‘, genannt, gefolgt von Unterricht und Ausbildung sowie Geldsammeln und Ausschußarbeit. Insgesamt zeigen die Zahlen, daß das Feld sozialer Dienste in fast allen untersuchten Ländern ein wichtiges Betätigungsfeld für freiwillig Aktive darstellt. Bezieht man den Bereich Religion (Tabelle 13) mit ein, dessen Aktivitäten zu erheblichen Teilen karitativ-soziale Dienstleistungen umfassen, so unterstreicht dies die vergleichsweise hohe Bedeutung freiwilligen Engagements im Bereich sozialer Dienstleistungen.

**TABELLE 13. Freiwillige Arbeit nach Tätigkeitsfeldern<sup>a</sup>**

	Deutschland	Großbritannien	Irland	Niederlande	Schweden
Sport und Freizeit	29	20	39	34	40
Gesundheit	8	13	7	8	3
Soziale Dienste	26	22	22	16	11
Kindererziehung	16	13	11	16	7
Entwicklung des Gemeinwesens	16	7	16	8	3
Umwelt/Naturschutz	9	6	3	2	6
Politik	8	2	1	3	4
Gewerkschaft/Berufsverbände	6	2	1	2	9
Religion	21	17	14	11	15
Bürgerverteidigung und Notfalldienste	7	3	2	1	1

<sup>a</sup> Alle, die im Jahr 1994 irgend eine unbezahlte Arbeit erbracht haben. Mehrfachnennungen.

Quelle: *Gaskin und Smith 1996: 75.*

**TABELLE 14. Tätigkeitsmerkmale freiwilliger Arbeit<sup>a</sup>**

	Deutschland	Großbritannien	Irland	Niederlande	Schweden
Geld sammeln	25	51	51	18	17
Ausschußarbeit/Komitee	25	30	37	34	30
Büroarbeit/Administration	15	15	6	16	18
Information und Vermittlung	15	12	6	13	17
Interessenvertretung/Werbeveranstaltungen	17	5	1	12	16
Unterricht und Ausbildung	28	18	13	13	21
Besuchen/sich um Menschen kümmern	32	16	15	12	16
Beratung	18	5	3	6	12

<sup>a</sup> Alle, die 1994 irgend eine unbezahlte Arbeit erbracht haben. Mehrfachnennungen.

Quelle: *Gaskin und Smith 1996: 78.*

### 3.6 Quantitative Bedeutung des Feldes sozialer Dienstleistungen im Vergleich

Abschließend soll versucht werden, einige empirische Anhaltspunkte für den Umfang und die quantitative Bedeutung von Nonprofit-Organisationen im Feld sozialer Dienste zu geben. Leider liegen hier nur wenige vergleichende Daten vor. Das einzige Projekt, das sich international-vergleichend mit der Quantifizierung des Nonprofit-Bereichs befaßt hat, ist das ‚Johns Hopkins International Third Sector Projekt‘. In diesem Projekt wurde versucht, den Umfang und die Zusammensetzung des Nonprofit-Sektors in mehr als 20 Ländern weltweit zu quantifizieren. Der Bereich sozialer Dienste wurde als Teilbereich des Nonprofit-Sektors erfaßt (siehe auch Anhang A5).

Tabelle 15 gibt einen Einblick in die Größe und Zusammensetzung des dritten Sektors in 8 Ländern. Dabei ist festzuhalten, daß der Umfang des dritten Sektors durchaus variiert - auch in den untersuchten westeuropäischen Ländern. Während die Nonprofit-Sektoren der Länder Deutschland, Frankreich und Großbritannien vergleichbare Werte aufweisen, ist der dritte Sektor in Schweden deutlich kleiner, und in Italien, dem einzigen untersuchten südeuropäischen Land, nochmals kleiner.<sup>22</sup> In den Ländern gibt es Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Sektoren nach Tätigkeitsfeldern. Zunächst fällt auf, daß Nonprofit-Aktivitäten sich auf 4 große Bereiche konzentrieren: Mehr als  $\frac{3}{4}$  aller Aktivitäten erfolgen in den Feldern Kultur und Freizeit, Bildung und Forschung, Gesundheitswesen, und soziale Dienste. Allerdings ergeben sich nach Ländern z.T. deutliche Unterschiede in den Gewichtungen.

In *Deutschland* finden wir einen relativ großen dritten Sektor mit hohen Anteilen Nonprofit-Organisationen in den Bereichen Gesundheit und soziale Dienste. Dieser Befund läßt sich erklären durch die traditionelle Einbindung der Freien Wohlfahrtsverbände in das institutionalisierte System der Wohlfahrtspflege in der Bundesrepublik und deren Vorrangstellung bei der Leistungserbringung. Ein entgegengesetztes Bild findet sich in *Schweden*: ein vergleichsweise kleiner dritter Sektor korrespondiert mit geringen Anteilen von Nonprofit-Aktivitäten in den Bereichen Gesundheit (ca. 3%) und soziale Dienste (ca. 10%). Allerdings finden sich bei genauerer Betrachtung vergleichsweise bedeutende Aktivitäten in den Bereichen Bürger- und Verbraucher-Interessen und Wirtschafts- und Berufsverbände (22%). Die ausgeprägten Aktivitäten in diesen Bereichen deuten wiederum auf eine andere Rolle und Akzentuierung des schwedischen Dritten Sektors im Hinblick auf die Arbeitsteilung im System der Wohlfahrtsproduktion und -legitimation hin. Klausen und Selle (1996) etwa zeigen, daß in Schweden und anderen skandinavischen Ländern demokratischer Beteiligung und politischer Mitsprache in Interessenverbänden hohe Priorität beigemessen und diese auch staatlich unterstützt und gefördert werden. So ist z.B. der Einfluß der Interessenverbände sowohl im Verfahren der Gesetzgebung als auch bei der Implementation von Maßnahmen gesetzlich verankert.

---

<sup>22</sup> Wir haben zu Vergleichszwecken die Daten für die Vereinigten Staaten mit aufgelistet, das Land mit dem weltweit größten Nonprofit-Sektor.

**TABELLE 15. Beschäftigung im Nonprofit-Sektor im 8-Länder-Vergleich**

	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Italien	Japan	Schweden <sup>b</sup>	Ungarn	Vereinigte Staaten
<i>Beschäftigung im Nonprofit-Sektor<sup>a</sup></i>								
Zahl der Beschäftigten (FTE)	1,017,945	802,619	945,883	416,383	1,440,228		32,738	7,130,823
in % der Gesamtbeschäftigung	3.7	4.2	4.0	1.8	2.5	2.5	0.8	6.9
<i>Laufende Betriebskosten</i> (in Milliarden ECU) <sup>b</sup>	42.3	31.3	36.9	17.1	74.7		0.31	272.0
in % des Bruttonationalprodukts	3.6	3.3	4.8	2.0	3.2		1.2	6.3
Verteilung nach Feldern (in %)								
Kultur und Freizeit	7.3	17.8	20.5	8.5	1.2	(27)	56.2	3.1
Bildung und Forschung	11.9	24.8	42.4	21.7	39.5	(15)	4.0	22.7
Gesundheitswesen	34.5	14.5	3.5	16.4	27.7	(3)	0.9	52.6
Soziale Dienste	23.1	28.9	11.5	24.9	13.8	(10)	24.9	9.9
Umwelt und Naturschutz	0.7	0.7	2.2	0.2	0.2		1.5	0.7
Wohnungswesen, Beschäftigung	14.8	6.4	7.8	1.7	0.3		1.4	3.1
Bürger- und Verbraucherinteressen	1.1	2.9	0.7	2.2	0.9		0.4	0.3
Stiftungs- und Spendenwesen	0.2	0.0	0.7	1.0	0.1		0.7	0.4
Internationale Aktivitäten	1.5	1.1	3.7	1.3	0.5		0.1	1.2
Wirtschafts- und Berufsverbände	5.3	2.9	7.0	22.9	11.4	(22)	9.4	5.1
Andere	0.0	0.0	0.0	0.0	4.5		0.5	0.9
Insgesamt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		100.0	100.0

<sup>a</sup> In Vollzeitäquivalenten, d.h. Teilzeit- werden in Vollarbeitsplätze umgerechnet. Ohne freiwillig aktive Mitarbeiter.

<sup>b</sup> Die Zahlen für Schweden entstammen einem Diagramm in Salamon/Anheier (1996: 51) und sind deshalb nicht ganz exakt. Im schwedischen Länderband wurden diese Zahlen nicht aufgeführt.

Quelle: Salamon/Anheier 1996: 81ff. (tables 6.1-6.7).

In *Frankreich* findet sich die Konstellation eines bedeutenden dritten Sektors mit Dominanz im Bereich der Dienstleistungserbringung. Dieser Bereich hat von den jüngsten Verschiebungen in der Regierungspolitik profitiert: der administrativen Dezentralisierung verbunden mit einer aktiven *policy* der Kooperation von Kommunen und gemeinnützigen Trägern (vgl. die Länderdarstellung Frankreich in Kapitel 4.2).

In *Großbritannien* dominiert der Bereich Bildung und Forschung; dagegen sind Nonprofit-Aktivitäten im Gesundheitsbereich mit 3,5% gering ausgeprägt. Auch der Anteil der sozialen Dienste an der Nonprofit-Beschäftigung ist mit 11,5% vergleichsweise bescheiden. Der niedrige Prozentsatz an Nonprofit-Aktivitäten im Gesundheitsbereich spiegelt die Bedeutung des britischen Nationalen Gesundheitsdienstes wieder. Die Verantwortung für Regulierung des Gesundheitswesens und auch die die Leistungserbringung verbleiben beim britischen Staat. Im Bereich sozialer Dienste besteht dagegen keine umfassende öffentliche Verantwortung für die Leistungserbringung, daher der größere Anteil Nonprofit-Aktivitäten.

### **3.7 Marktanteile der Anbieter im empirischen Vergleich**

Die oben vorgestellten Daten geben Anhaltspunkte für den relativen Umfang von Nonprofit-Aktivitäten im Feld sozialer Dienstleistungen in den einzelnen Ländern, erlauben aber keine Aussagen über die Anbieterstruktur in den uns interessierenden Bereichen der Betreuung von Kindern und alten Menschen. In diesem Abschnitt werden die Marktanteile einzelner Anbietergruppen an der Erbringung sozialer Dienstleistungen näher beleuchtet und nationale ‚Wohlfahrtsmixes‘ im internationalen Vergleich dargestellt. Um zu empirischen Verallgemeinerungen zu gelangen, haben wir eine Tabelle angefertigt, die die Marktanteile der Anbieter in einzelnen Feldern sozialer Dienstleistungen – der Kinderbetreuung, der stationären und ambulanten Altenhilfe sowie der Behindertenhilfe – darstellt (siehe Tabelle 16). Leider ist die Tabelle lückenhaft, da für einige Bereiche nur wenige Angaben aus internationalen Quellen verfügbar waren (z.B. Behindertenhilfe). In einigen Fällen sind die Daten unspezifisch und unterscheiden nicht zwischen privat-kommerziellen und privat-nichtkommerziellen Diensten. Oft fehlen genaue Angaben zu den Verteilungen; statt dessen haben wir in diesen Fällen Näherungswerte aus Beschreibungen der Sekundärliteratur (‚überwiegend‘, ‚einige‘, ‚wenige‘) übernommen. Dennoch hat die Tabelle zumindest illustrativen Charakter, und es lassen sich daran einige Überlegungen zur Einbindung von Nonprofit- und privat-kommerziellen Angeboten ableiten.

Empirisch lassen sich aus der Tabelle vier Typen von Ländern unterscheiden:

*Länder mit überwiegend öffentlichem Dienstleistungsangebot:* Zunächst fallen in der Tabelle die skandinavischen Länder ins Auge mit hohen Anteilen an öffentlichen Dienstleistungen sowohl im Bereich Kinderbetreuung als auch in der Betreuung älterer Menschen. *Dänemark*, *Finnland* und *Schweden* weisen neben überwiegend staatlichen Angeboten nur ganz geringe Anteile an Nonprofit- bzw. privat-kommerziellen Anbietern auf. Dieser Befund überrascht nicht. Die skandinavischen sozialdemokratisch geprägten Wohlfahrtsstaaten sind bekannt für ihre hohen staatlichen Leistungsniveaus

– sowohl in den traditionellen Bereichen der sozialen Sicherung als auch hinsichtlich hoher Versorgungsquoten im Bereich der Angebote sozialer Dienstleistungen<sup>23</sup>. Auch Frankreich fällt tendenziell in die Kategorie der Länder mit überwiegend öffentlichem Angebot, zumindest hinsichtlich der Betreuung von Kindern in Einrichtungen als auch hinsichtlich der stationären Pflege alter Menschen.

*Länder mit hohen Anteilen an Angeboten von Nonprofit-Organisationen:* Hier sind vor allem Deutschland, die Niederlande, Frankreich und Belgien mit hohen Anteilen an Nonprofit-Aktivitäten in beiden Bereichen (Kinder- und Altenbetreuung) zu nennen. In Deutschland sind Nonprofit-Organisationen als Erbringer sozialer Dienstleistungen gesetzlich verankert und halten demzufolge hohe Anteile. Eine monopolartige Stellung mit teilweise über 90%-Anteilen kommt Nonprofit-Organisationen in den Niederlanden zu. Etwas geringer, aber immer noch erheblich sind die Anteile von Nonprofit-Organisationen an der Dienstleistungserbringung in Frankreich und Belgien.

Zwei der genannten Länder zeichnen sich historisch durch ihre religiös-gemischte Struktur (Deutschland und die Niederlande) aus. In den Niederlanden entstanden daraus und aus den liberalen und sozialistischen Bewegung die Säulen mit eigener sozialer, politischer und kultureller Infrastruktur. In Deutschland finden wir große katholische, protestantische und sozialdemokratische Gruppierungen, die eigene Wohlfahrtsorganisationen aufgebaut haben. Belgien und Frankreich als katholische Länder waren vor allem durch einen Gegensatz zwischen Staat und Kirche gekennzeichnet. Daneben entwickelten sich in Belgien die weltanschaulichen Gruppierungen der Liberalen und Sozialisten. In Belgien entstanden daraus die weltanschaulich geprägten Lager: Katholiken, Liberale und Sozialisten. Die Gründung eigener Nonprofit-Organisationen hatte für diese Gruppierungen identitätsstiftende Funktion. Die Einbindung bestehender weltanschaulicher und ideologischer Gruppierungen in die Erbringung gesellschaftlicher Dienstleistungen trägt in diesen Ländern zur Stabilität und Legitimität der politischen Systeme bei.

---

<sup>23</sup> *Norwegen* bildet hier allerdings eine gewisse Ausnahme. In Norwegen findet sich eine bis zum Anfang des Jahrhunderts zurück reichende Tradition der Aktivitäten von Nonprofit-Organisationen im Bereich der Erbringung sozialer Dienste.

TABELLE 16. Marktanteile der Träger sozialer Dienste im Vergleich, ca. 1994 und 1996\*

	Kinder (1996)				Alte Menschen				Behinderte Menschen
	Tagesstätten		Vorschulen	Tagesmütter <sup>o</sup>	Stationäre Pflege (1996)		Ambulante Dienste (1994)		
	ca. 0–2	ca. 3–5	ca. 3–5		Pflegeheime	Altenheime	Pflegedienst	hauswirtschaftliche Dienste	
Belgien	<b>60</b> ? <u>≤40</u> (1996) <sup>a</sup>		<b>43</b> ? <u>≤57</u> <sup>b</sup>		<b>55</b> – <u>45</u> (1990)	<b>35</b> <u>34</u> <u>31</u> (1990)	<i>ca. 40</i> <i>ca. 50</i>	<b>76</b> – <u>24</u>	
Deutschland	<b>73</b> – <u>27</u> <sup>d</sup> (1994)	<b>44</b> – <u>56</u>		<i>überw.</i>	<b>17</b> <u>20</u> <u>63</u>	<b>15</b> <u>18</u> <u>68</u>	– <i>einige</i> <u>überw.</u> <sup>j</sup>		<b>7</b> <u>10</u> <u>84</u>
Niederlande	<b>wenig</b> – <u>überw.</u> <sup>e</sup>		<b>32</b> – <u>68</u> <sup>f</sup>		<b>5</b> – <u>95</u>	<b>10</b> <u>&lt;5</u> <u>&lt;90</u> (1996)	<b>6</b> <u>überw.</u> <sup>j</sup>		
Frankreich	<b>68</b> – <u>≤32</u>		<b>87,5</b> – <u>&lt;12,5</u>	<b>ca. 16</b> <i>ca. 84</i> –	<b>57</b> <u>14</u> <u>29</u> <sup>i</sup>		<b>31</b> <i>einige</i> <sup>p</sup> <u>&lt;69</u>	<b>30</b> <u>25</u> <u>45</u> <sup>q</sup>	<b>87–93</b> <sup>n</sup>
Großbritannien	<b>11 (≤1)</b> [89 (≥99) <sup>h</sup> ]		<b>45</b> [55 <sup>l</sup> ]	<b>≤1</b> <b>≥99</b> –	<b>28</b> <u>66</u> <u>6</u> (1992) <sup>s</sup>	<b>22</b> <u>63</u> <u>15</u> (1996)	<b>überw.</b> <i>einige</i> <i>einige</i>	<b>77</b> <u>19</u> <u>4</u> <sup>t</sup>	
Dänemark	<b>überw.</b> <i>kaum</i> <u>wenig</u> <sup>c</sup>		<b>überw.</b> <i>kaum</i> <u>wenig</u>	<b>überw.</b>	<b>73</b> – <u>27</u> <sup>i</sup>		<b>überw.</b> <sup>j</sup> <i>wenige</i>		
Norwegen		<b>58</b> <u>7</u> <u>35</u>		<b>25</b> <u>75</u>					
Schweden	<b>87,5</b> <i>wenig</i> <u>≤12,5</u>		<b>88</b> – <u>≤12</u> <sup>g</sup>	<b>97</b> <u>3</u> –	<b>84</b> <u>≤16</u> <sup>i</sup> <u>kaum</u>		<b>96</b> <u>≤4</u> (1995)		
Spanien	<b>40</b> <sup>e</sup> <u>60</u> <sup>e</sup>		<b>ca. 2/3</b>  <i>ca. 1/3</i>		<b>22 (20)</b> <u>16 (44)</u> <u>53 (36)</u> (1990) <sup>m</sup>			– <u>≤40</u> <u>60</u>	
Italien	<b>95</b> <i>wenige</i> <u>≤5</u>		<b>71</b> <u>10</u> <u>19</u>		<b>32</b>  <u>≤68</u> (1988) <sup>r</sup>		<b>vorh.</b> <i>vorh.</i> <u>vorh.</u> <sup>k</sup>	<b>vorh.</b> <i>vorh.</i> <u>vorh.</u> <sup>k</sup>	

Legende: **Öffentliche Anbieter**

*Privat-Kommerzielle Anbieter*

*Nonprofit-Organisationen*

[Nonprofit- oder privat-kommerzielle Anbieter] (Unterscheidung nicht möglich)

\* *Anmerkung*: Prozentwerte sind in der Regel auf der Basis der Zahl der Einrichtungen ausgewiesen; wo anders verfahren wurde, ist dies als Fußnote vermerkt.

Zahlen für Kinderbetreuung und stationäre Altenhilfe für 1996, für ambulante Hilfedienste 1994. Abweichungen sind in Klammern vermerkt.

<sup>a</sup> Zahlen nur Wallonie.

<sup>b</sup> Überwiegend katholisch. Zahl der Kinder 1993.

<sup>c</sup> Kinder 0–5 Jahre.

<sup>d</sup> Zahl der Plätze 1994.

<sup>e</sup> 0–3 Jahre

<sup>f</sup> Kinder 4 Jahre und älter.

<sup>g</sup> Kinder 5 Jahre und älter.

<sup>h</sup> Zahlen für *day nurseries*, in Klammern Zahlen für *playgroups*.

<sup>i</sup> Zahlen für Pflege- und Altenheime.

<sup>j</sup> Zahlen für Pflegedienste und hauswirtschaftliche Dienste.

<sup>k</sup> Starke regionale Variationen. Keine Daten verfügbar.

<sup>l</sup> 50 % der Anbieter sind Forprofit-Organisationen.

<sup>m</sup> Alten- und Pflegeheimplätze zusammen. Zahlen in Klammern für Katalonien. Andere Zahlen für ganz Spanien 1990 (Zahl der Einrichtungen).

<sup>n</sup> Behinderte Kinder und Erwachsene. Alte Menschen nicht eingeschlossen.

<sup>o</sup> Nur registrierte Tagesmütter.

<sup>p</sup> Privat-kommerzielle Pflegedienste sind seit 1996 zugelassen.

<sup>q</sup> Prozentuierung auf Basis der geleisteten Stunden.

<sup>r</sup> Alten- und Pflegeheime zusammen, überwiegend Nonprofit-Einrichtungen.

<sup>s</sup> Anteile der Träger an den Plätzen.

Quellen: *Daten für Kinderbetreuung aus: Rostgaard/Fridberg 1998 (Stand der Daten 1996); MZES, Familienpolitische Datenbank (Stand der Daten 1996).*

*Daten für institutionelle Altenbetreuung aus: Rostgaard/Fridberg (Stand der Daten: 1996); EU Commission 1993 (Stand der Daten 1990); Deutschland: Anheier; Priller u.a. 1998: 44 (Stand der Daten: 1990); Niederlande: Eichhorn 1998 (Stand der Daten: 1996); Spanien: Eichhorn 1998 (Stand der Daten 1990).*

*Daten für ambulante Altenbetreuung aus: Hutten 1996 (Stand der Daten: 1994); Schweden: Eichhorn 1998 (Stand der Daten: 1995).*

*Daten für Behindertenhilfe aus: Frankreich: Archambault in Anheier, Priller u.a. 1988: 185 (Stand der Daten: 1994); Deutschland: Anheier; Priller u.a. 1998: 44.*

In den Niederlanden und Deutschland sind Nonprofit-Organisationen gesetzlich in die Erbringung der Dienstleistungen eingebunden – sei es durch das Gebot der Subsidiarität, das in Deutschland den Nonprofit-Organisationen gesetzlich Vorrang vor öffentlichen Anbietern einräumt, sei es, wie in den Niederlanden, durch einen historisch-gesellschaftlichen Kompromiss in der Arbeitsteilung zwischen öffentlichen Stellen und Nonprofit-Organisationen, der im Ergebnis zu einer monopolartigen Stellung von Nonprofit-Organisationen in Teilbereichen sozialer Dienste führt. Die starke Stellung der Nonprofit-Organisationen im Bereich der Altenbetreuung in den Niederlanden wird noch gestärkt durch einen gesetzlichen Ausschluß privat-kommerzieller Anbieter im Bereich der stationären pflegerischen Betreuung von alten Menschen.

Neben den traditionellen weltanschaulich oder religiös motivierten Nonprofit-Organisationen, die tendenziell das ganze Spektrum sozialer Dienste anbieten, finden wir zunehmend neue Typen von Nonprofit-Aktivitäten, die sich auf einzelne Bereiche und Gruppen konzentrieren und soziale Dienste überwiegend im Interesse ihrer eigenen Mitgliederschaft organisieren. In einigen Ländern werden diese Initiativen öffentlich unterstützt. Ein Beispiel dafür sind Elternkooperativen berufstätiger Eltern, die Kinderbetreuungsdienste anbieten. Vor allem in Schweden finden sich seit den 90er Jahren zunehmend Elterninitiativen, die öffentlich subventioniert Kinderbetreuungseinrichtungen betreiben. Elternkooperativen arbeiten nicht-gewinnorientiert und ihre Finanzierung erfolgt in der Regel zu einem wesentlichen Teil aus öffentlichen Mitteln sowie aus Elternbeiträgen. Daneben bildet die freiwillige Arbeit von Eltern in der Leitung, Verwaltung, in turnusmäßigen Reinigungsdiensten, der Organisation von festlichen Aktivitäten eine wesentliche dritte Ressource dieser Kooperativen. Sie sind daher eher den Nonprofit-Organisationen zuzurechnen. Allerdings bilden Elternkooperativen eine moderne Form von Nonprofit-Organisationen insofern, als ihre Tätigkeit nicht religiös/weltanschaulich motiviert oder auf Wohltätigkeit oder das Gemeinwohl gerichtet sind. Dagegen steht die Vertretung der Interessen der eigenen Mitgliederschaft im Vordergrund. Elterninitiativen in Schweden reagieren auf die seit Ende der 80er Jahre festzustellende Stagnation im Bereich des Ausbaus von Kinderbetreuungsangeboten.

Auch in Deutschland finden sich von Eltern organisierte Kinderbetreuungseinrichtungen, deren relative Bedeutung aber geringer ist als in Schweden. Diese sind meist im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband organisiert. Die Elterninitiativen in Deutschland organisieren ihre Arbeit in einem Feld, wo öffentliche Angebote und Angebote der klassischen Nonprofit-Organisationen begrenzt sind, vor allem im Bereich von Krabbelgruppen, Kinderkrippen und außerschulischen ergänzenden Betreuungsangeboten. Frankreich weist im Bereich Behindertenhilfe ebenfalls bedeutende Anteile an Nonprofit-Aktivitäten auf, die von Elternkooperativen initiiert wurden. Im Bereich der Behindertenhilfe für Kinder und erwachsene Menschen dominieren sie traditionell das Angebot. Es handelt sich hier in der Mehrzahl der Organisationen um Vereine, die als Initiativen von Betroffenen bzw. deren Eltern gegründet wurden, in einem Bereich sozialer Dienstleistungen, der von öffentlicher Seite vernachlässigt wurde.

*Länder mit hohen Anteilen privat-kommerzieller Anbieter:* Durchgängig hohe Anteile privat-kommerzieller Anbieter in den Bereichen Kinder- und Altenbetreuung finden wir in Großbritannien und



Spanien. Für England gilt, daß die Erbringung von Dienstleistungen durch private Anbieter als Bestandteil der ‚mixed economy of care‘ verankert ist. Der Wettbewerb von Anbietern wird gefördert, Effizienz- und Kostengesichtspunkte steuern die Vergabe von Leistungen (siehe hierzu weiter unten, Abschnitt 4). Die spanische Vergabepaxis von Platzkontingenten in Alten- und Pflegeheimen durch jährliche Ausschreibungen bezieht private Anbieter explizit ein. In beiden Ländern kann von einer Quasi-Konkurrenz zwischen privaten Anbietern und Nonprofit-Organisationen im Bereich der stationären Betreuung alter Menschen gesprochen werden. Spanien und Großbritannien stellen insofern gemischte Systeme dar, in denen kein Anbieter eindeutig dominiert. Es gibt in beiden Ländern keinerlei ‚Schutzklauseln‘, die der Arbeit von Nonprofit-Organisationen Vorrang einräumen. Allerdings bewegt sich das spanische Angebot sozialer Dienstleistungen auf einem viel niedrigeren Niveau als das britische und die relative Bedeutung von Nonprofit-Organisationen und privaten Anbietern ist hier ein Indiz der relativen Schwäche des öffentlichen Systems der Dienstleistungserbringung, nicht einer aktiven *policy*. Wie im nächsten Kapitel zu zeigen sein wird, muß Spanien insgesamt als defizitäres System mit Nachholbedarf im Bereich sozialer Dienste charakterisiert werden, in welchem Nonprofit-Organisationen und private Anbieter ‚Lückenbüsser-Funktionen‘ übernehmen (vgl. Kapitel 4).

In den übrigen Ländern sind die Anteile privat-kommerzieller Angebote in den Bereichen der Kinder- und Altenbetreuung als insgesamt eher gering einzustufen. Dagegen finden wir in fast allen Ländern privat-kommerzielle Anbieter in einzelnen Teilbereichen sozialer Dienstleistungen.

*Länder mit Anteilen privat-kommerzieller Anbieter in Teilbereichen sozialer Dienstleistungen:* Im Teilbereich Tagesmütterdienste beispielsweise sind hohe Anteile privater Anbieter in Deutschland und Frankreich zu finden. Im Teilbereich ambulante Dienste für alte Menschen finden wir relativ hohe Anteile privat-kommerzieller Anbieter in Belgien und Frankreich. Im Teilbereich stationäre Altenhilfe finden sich privat-kommerzielle Anbieter auch in Deutschland und Spanien. Hinsichtlich der Anteile an Tagesmüttern ist Vorsicht bei der Interpretation der Daten geboten. Die Daten beziehen sich nur auf registrierte Tagesmütter und naturgemäß ist wenig bekannt über die Gesamtzahl an Tagesmüttern, die Kinderbetreuungsdienste anbieten. Hier sind die Übergänge in einen grauen Markt sowie den informellen Bereich der Erbringung von Diensten im Kreis von Verwandten und Bekannten fließend. Von dieser Ungenauigkeit abgesehen deuten die Zahlen dennoch auf eine gewisse Rolle privat-gewerblicher Anbieter im Bereich ambulanter Dienste in fast allen Ländern hin. Selbst in Ländern, in denen gewerbliche Dienstleistungen ansonsten kaum vorkommen (Niederlande und die skandinavischen Länder) finden wir Anteile privater Anbieter in diesem Teilbereich. Ambulante Dienste sind in der Regel wenig kostenintensive Bereiche, da relativ einfache pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen erbracht werden, die keine größeren Investitionen bedingen. Somit können sich in diesem Bereich offensichtlich kleinere und mittlere gewerbliche Pflegedienste mit wenigen Mitarbeitern ansiedeln. Auch finden wir in einigen Ländern traditionell kommerzielle Anbieter im Bereich der stationären Altenhilfe. Hier wäre zu untersuchen, inwiefern es sich um gehobene Angebote handelt, deren Leistungsangebote über Pflegestandards hinaus höherwertige Angebote für eine Mittelschicht-Klientel bereit halten.

## 4. Soziale ‚Dienstleistungsregime‘ in Europa

Der folgende Abschnitt greift die wesentlichen Ergebnisse aus den Kapiteln 2 und 3 zusammenfassend auf. Es wird versucht, Gemeinsamkeiten und Unterschiede der europäischen Länder in ihren Systemen sozialer Dienstleistungen zu beschreiben. Wir greifen dabei zurück auf das Konzept europäischer Wohlfahrtsstaatstypen (vgl. Kapitel 1) und stellen die Frage, inwiefern sich in Europa verschiedene ‚Dienstleistungsregime‘ identifizieren lassen. Zunächst werden zentrale Indikatoren im Querschnittsvergleich behandelt (Abschnitt 4.1). Anschließend werden neuere Entwicklungen in ausgewählten Ländern beispielhaft diskutiert (4.2).

### 4.1 Dienstleistungsregime im Ländervergleich

Tabelle 17 stellt zentrale Indikatoren zum Niveau sozialer Dienste für Kinder und alte Menschen sowie zum Anteil verschiedener Anbieter für neun europäische Länder zusammen, die unterschiedliche Wohlfahrtsstaatstypen repräsentieren: Deutschland, Frankreich, Belgien und die Niederlande<sup>24</sup> als Vertreter des ‚konservativ-mitteuropäischen‘ Typs, Schweden und Dänemark als Vertreter des skandinavischen Typs, Großbritannien als Repräsentant des liberalen Wohlfahrtsstaatsmodells sowie die südeuropäischen Länder Spanien und Italien.

Die Tabelle repräsentiert den status quo des Niveaus sozialer Dienstleistungen und der Anbieterstruktur Mitte der 90er Jahre. Es ist zu beachten, daß sich das System sozialer Dienste in einigen Ländern in dynamischer Entwicklung befindet, sowohl was das Niveau des Angebots als auch die Anteile verschiedener Anbieter angeht. Eine Querschnittsbetrachtung kann deshalb immer nur eine Momentaufnahme sein. Wir haben daher versucht, in Abschnitt 4.2 zentrale Entwicklungstendenzen beispielhaft für ausgewählte Länder vorzustellen. Hinzu kommt, daß die Datenbasis für einen Querschnittsvergleich und insbesondere eine vergleichende Längsschnittbetrachtung außerordentlich dünn ist. Die angegebenen Größen können deshalb nur als grobe Richtwerte interpretiert werden.

Die skandinavischen Länder Schweden und Dänemark bilden eine deutlich abgegrenzte Gruppe mit hoch entwickelten Diensten für Kinder wie alte Menschen, wobei durchweg öffentliche Anbieter dominieren. In beiden Ländern nehmen öffentliche Anbieter in allen betrachteten Dienstleistungsbereichen eine monopolartige Stellung ein. Nonprofit-Organisationen und kommerzielle Anbieter spielen mit Ausnahme stationärer Einrichtungen für alte Menschen in Schweden praktisch keine Rolle. Doch selbst in diesem Bereich liegt ihr Anteil deutlich unter einem Fünftel. Damit zeigt sich auch im Bereich sozialer Dienstleistungen das bekannte Bild der skandinavischen Wohlfahrtsstaaten, die ein hohes Versorgungsniveau mit einer öffentlichen Produktion sozialer Dienste verknüpfen.

---

<sup>24</sup> Die Niederlande und Belgien werden oft dem sozialdemokratischen Typ zugeordnet (vgl. Kohl 1999), aber im Bereich sozialer Dienste ist diese Zuordnung nicht adäquat.

**TABELLE 17. Indikatoren des Dienstleistungsangebots in Europa, ca. 1995**

Indikator / Land	Belgien	Niederlande	Deutschland	Frankreich	Schweden	Dänemark	Spanien	Italien	Großbritannien
<i>Sozialausgaben</i> <sup>a</sup>	27,7	30,1	28,4	29,0	35,1	33,4	21,9	23,4	26,7
<i>Kinderbetreuung</i>									
Deckungsgrad (0-2) <sup>b</sup>	30	(8) <sup>f</sup>	2 <sup>g</sup>	23	33	48	2	6	2
Deckungsgrad (3-5) <sup>b</sup>	98	71	78 <sup>g</sup>	99	72	82	84	91	60
Vorschule <sup>c</sup>	ja	(nein) <sup>h</sup>	nein	ja	nein	nein	ja	ja	(nein) <sup>h</sup>
<i>Altenhilfe</i>									
Deckungsgrad (stationär) <sup>d</sup>	6,4	8,8	6,8	6,5	8,7	7,0	2,4 <sup>i</sup>	2,4 <sup>i</sup>	5,1
Deckungsgrad (ambulant) <sup>d</sup>	4,5	12,0	9,6	6,1	11,2	20,3	2,0 <sup>i</sup>	1,0 <sup>i</sup>	5,5
Gesundheitsdienst <sup>e</sup>	nein	nein	nein	nein	ja	ja	ja	ja	ja
<i>Marktanteile</i> <sup>j</sup>									
Kinderbetreuung (0-2)	ÖNF	NFÖ	ÖNF	ÖNF	ÖNF	ÖNF	NÖF	ÖNF	FÖ
Kinderbetreuung (3-5)	NÖ	NÖ	NÖF	ÖN	ÖNF	ÖNF	ÖNF	ÖNF	FÖ
Altenhilfe (stationär)	ÖNF	NÖF	NFÖ	ÖNF	ÖFN	ÖN	NÖF	NÖF	FÖN
Altenhilfe (ambulant)	ÖNF	NF	NF	NÖF	ÖF	ÖNF	NFÖ	k.A.	ÖFN

<sup>a</sup> In % des Bruttoinlandsprodukts.

<sup>b</sup> In % der Altersgruppe.

<sup>c</sup> Existenz eines ausgebauten Vorschulsystems.

<sup>d</sup> In % der Bevölkerung über 65.

<sup>e</sup> Existenz eines allgemeinen Gesundheitsdienstes.

<sup>f</sup> Überwiegend in Kurzzeitbetreuung.

<sup>g</sup> Alte Bundesländer

<sup>h</sup> Auf ältere Kinder beschränktes bzw. wenig ausgebautes System.

<sup>i</sup> Rangfolge der Anbieter nach den Marktanteilen.

<sup>j</sup> Ö = Öffentlich; N = Nonprofit; F = Forprofit.

Fehlender Buchstabe = kein nennenswertes Angebot.

k.A. = keine Angabe.

Quellen: Siehe Tabellen 1, 2, 3, 16.

Dennoch gibt es in Schweden seit Anfang der 90er Jahre Tendenzen im System sozialer Dienste, die zu einer größeren Vielfalt von Anbietern geführt haben (siehe Länderdarstellung Schweden), während das dänische System relativ stabil geblieben ist.

Die südeuropäischen Länder bilden ebenfalls eine abgegrenzte Gruppe mit gering entwickelten sozialen Diensten für beide Zielgruppen. Lediglich vorschulische Einrichtungen haben in Spanien und Italien einen relativ hohen Deckungsgrad. In beiden betrachteten Ländern ist die Anbieterlandschaft vielfältig, wobei jedoch öffentliche Anbieter und Großorganisationen wie Caritas oder Rotes Kreuz neben einer Vielzahl lokaler Nonprofit-Organisationen und kommerzieller Anbieter dominieren. Deutliche Unterschiede gibt es im Gewicht des öffentlichen Sektors, der in Italien durchweg größer ist als in Spanien. Der öffentliche Sektor sozialer Dienstleistungen in Spanien ist unterentwickelt, daher halten Nonprofit-Organisationen und kommerzielle Anbieter relativ hohe Marktanteile. Das spanische System sozialer Dienste ist durch eine Mischung verschiedener Träger und ein im europäischen Vergleich niedriges Versorgungsniveau charakterisiert. Spanien hat einen deutlichen Nachholbedarf an sozialer Infrastruktur (siehe Länderdarstellung Spanien).

Großbritannien ist das einzige hier betrachtete Land, in dem mit Ausnahme der ambulanten Altenhilfe in beiden Dienstleistungsbereichen kommerzielle Anbieter dominieren. Die Dominanz kommerzieller Anbieter ist das Ergebnis verschiedener Reformen seit den 80er Jahren, die als ‚schleichende Privatisierung‘ bezeichnet wurden und das traditionell öffentlich geprägte Angebot sozialer Dienste in Großbritannien nachhaltig verändert haben (siehe Länderdarstellung Großbritannien). Nonprofit-Organisationen spielen in den von uns betrachteten Bereichen sozialer Dienste eine eher nachrangige Rolle. Das Versorgungsniveau sozialer Dienste liegt im mittleren Bereich für die Betreuung alter Menschen, die Kinderbetreuung ist vergleichsweise gering entwickelt.

Die mitteleuropäischen Länder zeichnen sich in dieser Betrachtung vor allem durch eine vergleichsweise starke Rolle von Nonprofit-Organisationen aus. Nonprofit-Organisationen und öffentliche Anbieter teilen sich im wesentlichen das Feld der Kinder- und Altenbetreuung, jedoch in unterschiedlicher Gewichtung. Von allen europäischen Ländern haben die Niederlande den höchsten Anteil an Nonprofit-Organisationen. Im Bereich der Altenhilfe besitzen sie eine fast monopolartige Stellung. In der Bundesrepublik dominieren ebenfalls Nonprofit-Organisationen, aber der Anteil öffentlicher Anbieter ist durchwegs größer als in den Niederlanden, und es findet sich im Gegensatz zu den Niederlanden ein bedeutender Anteil kommerzieller Anbieter im Bereich der Altenhilfe. Im stationären Sektor liegt er bei ca. 20% mit steigender Tendenz, seit Einführung der Pflegeversicherung wächst er auch im ambulanten Bereich stark an (siehe Länderdarstellung Deutschland).

In Belgien und Frankreich dominieren dagegen fast überall öffentliche Anbieter, mit Ausnahme der belgischen Vorschulen und französischen ambulanten Pflegedienste. Dort halten die katholische Kirche in Belgien bzw. Nonprofit-Organisationen in Frankreich die größten Anteile. Die Entwicklung des Nonprofit-Sektors in Frankreich ist jedoch im Unterschied zu den Niederlanden, Belgien und Deutschland jüngerer Datums (mit Ausnahme der Behindertenpolitik und der historisch bedingten besonderen Stellung der katholischen Kirche im Bildungswesen). Frankreichs neuere Entwicklung

weist steigende Anteile von Nonprofit-Organisationen an der Dienstleistungserbringung auf. Die ‚Wiederentdeckung‘ des Nonprofit-Sektors in Frankreich ist eng mit der seit 1982 erfolgten Dezentralisierung verknüpft (siehe Länderdarstellung Frankreich).

Auch im Niveau des Dienstleistungsangebots zeigen sich Unterschiede zwischen den mitteleuropäischen Ländern: Während alle untersuchten Länder mittlere bis hohe Betreuungsquoten für alte Menschen aufweisen, unterscheiden sie sich deutlich im Feld der Kinderbetreuung: Hohe Betreuungsquoten finden wir in Belgien und Frankreich, vergleichsweise niedrige Quoten in den Niederlanden und Deutschland. In den Niederlanden ist der Unterschied besonders deutlich: im Bereich Kinderbetreuung ist das Land am unteren Ende des europäischen Spektrums angesiedelt, während die Niederlande gleichzeitig für alte Menschen mit führend in Europa sind. Die Unterschiede in den Kinderbetreuungsquoten ergeben sich aus zwei Faktoren. Der eine ist die Existenz bzw. Nicht-Existenz eines Vorschulsystems. Die Vorschulsysteme Belgiens und Frankreichs erfassen nahezu alle Kinder ab 3 Jahren, während in Deutschland deutlich weniger Kinder Kindertagesstätten besuchen. In den Niederlanden ist die Betreuungsquote für 3-5jährige Kinder noch niedriger. Aber auch die Betreuungsquoten für unter dreijährige sind in Belgien und Frankreich deutlich höher als in Deutschland und den Niederlanden. Anttonen und Sipilä (1996) erklären diese Unterschiede durch die stärkere Orientierung der Länder Deutschland und Niederlande an einem konservativen ‚breadwinner-Modell‘ der Familie, das den Familien – traditionell Müttern – die primäre Betreuungsfunktion für Kinder zuweist. Dies zeigt sich an den im Vergleich zu Frankreich und Belgien relativ niedrigen Erwerbsquoten für Mütter kleiner Kinder. In Frankreich beinhaltet die aktive Familienpolitik dagegen Maßnahmen zur Förderung der Frauenerwerbstätigkeit über ein ausgebautes Kinderbetreuungssystem.

Es spricht also insgesamt einiges dafür, im Fall der konservativen, mitteleuropäischen Länder zwei ‚Dienstleistungsregime‘ zu unterscheiden: eines, das die Kinderbetreuung generell als öffentliche Aufgabe begreift (Belgien und Frankreich) und eines, das die Aufgabe der Betreuung kleiner Kinder primär der Familie zuweist (Deutschland und die Niederlande).

Die hier vorgestellten Indikatoren liefern grobe Anhaltspunkte für die Struktur des Angebots sozialer Dienste in Europa Mitte der 90er Jahre. Doch sind die Systeme sozialer Dienste in vielen Ländern Europas in Veränderung begriffen. Wie die einzelnen Länder auf die Herausforderungen der 80er und 90er Jahre reagiert haben, soll im folgenden Abschnitt untersucht werden. In den Länderdarstellungen werden zunächst die Grundmerkmale des Systems sozialer Dienste sowie die historische Ausgangslage beschrieben. Anschließend werden Entwicklungen in den Angeboten für Kinder und alte Menschen, Veränderungen des Anbietermix sowie nationale Lösungswege für anstehende Probleme dargestellt. Die ausgewählten Länder repräsentieren wiederum die europäischen Dienstleistungsregime.

## 4.2 Länderdarstellungen: Frankreich, Deutschland, Schweden, Großbritannien, Spanien

### Frankreich – Dezentralisierung und Wiederentdeckung der Nonprofit-Organisationen

Frankreich repräsentiert einen konservativen Wohlfahrtsstaat mit einigen besonderen Merkmalen. Das französische System sozialer Dienste für Kinder und alte Menschen läßt sich durch folgende Merkmale kennzeichnen:

- eine ausgebautes Vorschulsystem in überwiegend öffentlicher Trägerschaft;
- ein hoch entwickeltes Angebot an Betreuungseinrichtungen für Kinder unter drei Jahren überwiegend in öffentlicher Trägerschaft, aber mit hohem Anteil nicht-öffentlicher Anbieter;
- ein gut ausgebautes System der Altenhilfe, das sich aber nur zögerlich und unvollständig aus dem Gesundheitswesen und der Armenhilfe (*aide sociale*) heraus entwickelt hat und in dem Nonprofit-Organisationen und kommerzielle Anbieter eine größere Rolle spielen;
- eine starke Stellung des Zentralstaats im Bereich Familie und Kinder und ein generelles Überwiegen öffentlicher Anbieter in fast allen Bereichen sowie eine schwache formale Stellung von Nonprofit-Organisationen.

Historisch wurde das französische System sozialer Dienste geprägt durch den Zentralismus des administrativen Systems, das fragmentierte und korporatistische soziale Sicherungssystem, die frühe Entstehung einer umfassenden staatlichen Familienpolitik, die besondere Stellung der katholischen Kirche und die traditionelle Schwäche des assoziativen Sektors in der französischen Gesellschaft. Die Zentralisierung des administrativen Systems überließ den Kommunen nur geringen Spielraum in allen Angelegenheiten, die für national bedeutsam erachtet wurden. Dies wirkte sich insbesondere im Gesundheits- und Bildungsbereich aus, für die der Zentralstaat früh Verantwortung übernahm. Dasselbe gilt für Maßnahmen zugunsten von Kindern und Familien, die in Frankreich als Pionier der Familienpolitik in Europa früh als zentralstaatliche Aufgaben definiert wurden. Dagegen blieben Armenfürsorge, Altenhilfe und soziale Dienste für spezifische Gruppen am Rande dieses Systems. In diesen eher unterentwickelten Bereichen waren überwiegend Kommunen und freie Anbieter tätig, deren typische Betätigungsfelder Armen-, Alten- und besonders Behindertenhilfe waren (vgl. Archambault 1996).

Nonprofit-Vereinigungen konnten lange Zeit keinen festen Platz in der französischen Sozialordnung finden. Im 19. Jahrhundert waren sie als Überbleibsel des *ancien régime* weitgehend diskreditiert, besaßen in der republikanischen Staatsauffassung keine demokratische Legitimation und hatten eine schwache organisatorische Basis. Ebenso galt die katholische Kirche lange Zeit als Repräsentantin des alten Systems. Sie war in der Französischen Revolution weitgehend enteignet worden und besaß praktisch keine finanziellen Ressourcen, um eine ähnlich aktive Rolle als Anbieter sozialer Dienste zu spielen wie in anderen Ländern. Dennoch hat sie die starke sozial-katholische Bewegung in Frankreich geprägt und erheblich zur Entwicklung der französischen Familienpolitik beigetragen. Im

Bildungsbereich konnte sie sich eine starke Stellung sichern, ansonsten war ihr soziales Engagement jedoch begrenzt. Auch die Arbeiterbewegung hatte in Frankreich eine schwache organisatorische Basis, zum einen aufgrund der späten und weniger durchgreifenden Industrialisierung, zum andern aufgrund der syndikalistischen Tradition der französischen Arbeiterbewegung.

Dieser Kontext prägte die historische Entwicklung der französischen *action sociale*, deren Leistungen zwar überwiegend auf freiwilliger Grundlage entstanden, aber dennoch häufig von öffentlichen oder halb-öffentlichen Trägern erbracht wurden. Die *action sociale* richtet sich in erster Linie auf Personen, die aufgrund ihres Alters, einer Behinderung oder aus anderen sozialen Gründen nicht über genügend Ressourcen verfügen, um ihre notwendigen Bedürfnisse zu decken. Leistungen werden in Form von Geld oder Diensten erbracht und können gesetzlich geregelt oder fakultativ sein. Die *action social* eröffnet traditionell ein weites Betätigungsfeld für unterschiedliche Akteure, insbesondere freie Wohlfahrtsvereinigungen, aber auch öffentliche Akteure wie Gemeinden und Sozialversicherungskassen, die spezielle Fonds für freiwillige Leistungen geschaffen hatten. Das französische Sozialversicherungssystem beruht auf pluralistischer Grundlage, ist hoch entwickelt, aber stark fragmentiert, nicht etatistisch, sondern vielfach privatrechtlich organisiert und selbstverwaltet. Aus dieser Tradition entwickelte sich der bedeutende Beitrag dieser Institutionen zur *action sociale*. Krankenkassen sind besonders auf dem Feld medizinisch-sozialer Dienste, Rentenkassen in der Altenhilfe und Familienkassen im Bereich der Kinderbetreuung tätig (siehe Kapitel 2).

Betrachtet man die Entwicklung der verschiedenen Dienstleistungen für Kinder und alte Menschen, begann der Ausbau der Vorschulen für Kinder zwischen 3 und 5 Jahren zuerst, gefolgt von Betreuungseinrichtungen für jüngere Kinder und schließlich der Altenhilfe. Die Vorschulen blicken auf eine lange Tradition zurück. Ihr vollständiger Ausbau begann Ende der 60er/Anfang der 70er Jahre und war in den 80er Jahren abgeschlossen. Die Einrichtungen sind überwiegend staatlich, der Anteil katholischer Schulen liegt bei 12%. Ende der 70er/Anfang der 80er Jahre wurden Einrichtungen für Kinder zwischen 0 und 2 Jahren ausgebaut, vor allem unter dem Einfluß steigender Vollzeitbeschäftigung von Frauen in der französischen Dienstleistungsgesellschaft. In diesem Bereich halten Nonprofit-Organisationen, vor allem Elternkooperativen, einen hohen Anteil. Finanziert wurde dieser Ausbau vor allem durch die Sozialversicherungskassen für Familienleistungen. Im Gegensatz dazu hatte Frankreich noch zu Beginn der 90er Jahre in der Altenhilfe im internationalen Vergleich hohen Nachholbedarf, vor allem bei ambulanten Diensten. Der Ausbau dieser Dienste geschah bereits unter dem Vorzeichen der 1982 erfolgten Dezentralisierung.

Das System sozialer Dienste wurde in jüngerer Zeit durch zwei zentrale Entwicklungen beeinflusst, die administrative Dezentralisierung und die damit verbundene Wiederentdeckung der freien Wohlfahrtspflege in der französischen Gesellschaft. Die Dezentralisierung übertrug die Kompetenz für soziale Dienste den *départements* und Kommunen, unter anderem mit dem Ziel, Nonprofit-Organisationen auf lokaler Ebene stärker in den gegen Ende der 80er Jahre beginnenden Ausbau ambulanter Dienste für ältere Menschen einzubeziehen. Die Wiederentdeckung der Assoziationen war eng mit dem Anwachsen des Problemdrucks in diesem Bereich verbunden, in dem der Staat his-

torisch nur schwach verankert war. Dadurch wurden die in diesem Feld traditionell tätigen freien Vereinigungen aufgewertet. Während die stationäre Altenhilfe weiterhin durch öffentliche Anbieter beherrscht wird, sind die ambulanten Dienst zu einer Domäne freier Vereinigungen geworden. In noch stärkerem Maße gilt dies traditionell für soziale Dienste für Behinderte, wo über 90% der Leistungen von Nonprofit-Organisationen erbracht werden. Weniger bedeutend sind sie im Bereich sozialer Dienste für Kinder. Zwar führen sie ca. 40% der Kindertagesstätten für Kinder unter 3 Jahren (meist in Form von Elternkooperativen), aber der Anteil katholischer Vorschulen liegt bei nur 12%, ein im internationaler Vergleich sehr niedriger Wert.

Insgesamt scheint sich das französische System zwar erfolgreich an neue Entwicklungen angepaßt zu haben, es wäre aber übertrieben, von dem begrenzten Bedeutungszuwachs freier Vereinigungen im Bereich einiger sozialer Dienste gleich auf eine neue Rolle im französischen Wohlfahrtsmix zu schließen. Insgesamt betrachtet, scheint sich das französische System eher im traditionellen Rahmen fortzuentwickeln. Die Renaissance des Nonprofit-Sektors seit Beginn der 80er Jahre sollte nicht überbewertet werden. Sie ist zum Teil durch den notwendig gewordenen Ausbau sozialer Dienste in denjenigen Problembereichen zu erklären, in denen freie Vereinigungen traditionell angesiedelt waren und der Staat keine eigenen Institutionen aufgebaut hatte. Zu erklären ist dies auch durch den Zwang, öffentliche Mittel einzusparen. Das auf wenige Bereiche beschränkte quantitative Wachstum freier Anbieter wurde auch keineswegs von einer verbesserten formalen Stellung dieser Vereinigungen im französischen System sozialer Dienste begleitet. Zwar wurden die Nonprofit-Organisationen auf lokaler Ebene in die Koordination sozialer Dienste einbezogen, spielen aber nach wie vor eine eher passive Rolle. Vorgaben und Pläne werden von öffentlichen Instanzen, insbesondere den *départements* gemacht. Die freien Vereinigungen haben nach wie vor keinen öffentlichen Status, ganz zu schweigen von einem gesetzlich verankerten Vorrang im Angebot sozialer Dienste oder einem Rechtsanspruch auf öffentliche Subventionen. Trotz ihres quantitativen Bedeutungszuwachses erfüllen sie im französischen System sozialer Dienste formal betrachtet nach wie vor eine eher komplementäre Funktion.

Traditionell genießen staatliche und kommerzielle Aktivitäten in Frankreich eindeutig Vorrang vor Nonprofit-Aktivitäten (vgl. Kapitel 3). Dies wird auch darin deutlich, daß sich freie Vereinigungen auf Tätigkeitsfelder konzentrieren, die nicht zum klassischen Aufgabenbereich des Staates gehören und nur schwer zu kommerzialisieren sind. Aufschlußreich ist auch, daß ganz im Einklang mit dieser grundsätzlichen Orientierung der französischen Politik gerade kommerzielle Anbieter sozialer Dienste erheblich gestärkt wurden. Der französische Staat fördert die Beschäftigung von Dienstleistungspersonal in privaten Haushalten, zum Beispiel Tagesmüttern, Kindermädchen oder Pflägern, durch Minderung von Steuer- und Sozialabgaben. Außerdem können pflegebedürftige Personen seit 1997 eine einkommensgeprüfte Geldleistung (*prestation spécifique dépendance*) erhalten, um Pflegepersonen selbst zu bezahlen. Neben sozialpolitischen Zielen geht es in beiden Fällen auch darum, angesichts hoher Arbeitslosigkeit und hoher Belastung der Sozialkassen positive Beschäftigungseffekte durch die Schaffung einfacher Dienstleistungsjobs zu erzielen.



## Deutschland –Öffnung und Ausbau des traditionellen Systems sozialer Dienste

Deutschland repräsentiert ebenfalls einen konservativen Wohlfahrtsstaat, aber mit anderen Merkmalen der Organisation sozialer Dienste. Das deutsche System läßt sich wie folgt charakterisieren:

- eine moderate Entwicklung sozialer Dienste für Kinder mit hohem Anteil an Nonprofit-Anbietern;
- ein gut ausgebautes System der Altenhilfe mit hoher Bedeutung von Nonprofit-Anbietern und steigendem Anteil kommerzieller Anbieter;
- eine begrenzte Rolle des Bundes im Bereich sozialer Dienste, bedingt durch die föderale staatliche Ordnung mit Ländern und kommunaler Selbstverwaltung;
- eine durch das Prinzip der Subsidiarität bedingte bevorzugte Stellung von Nonprofit-Organisationen, die als Teil des öffentlichen Systems überwiegend staatlich finanziert werden.

Historisch wurde das System sozialer Dienste in Deutschland geprägt durch die konfessionell gemischte Sozialstruktur, den hohen Industrialisierungsgrad mit einer starken Arbeiterbewegung und die zum Teil durch diese Faktoren bedingte, im internationalen Vergleich als außergewöhnlich zu bezeichnende öffentlich institutionalisierte Stellung der freien Wohlfahrtspflege und die föderale politische Ordnung sowie die Selbstverwaltung der Kommunen. Auf staatlicher Ebene entwickelten sich soziale Dienste in Deutschland im Rahmen von Landes- und kommunaler Sozialpolitik. Der Zentralstaat besaß nur die Rahmengesetzgebungskompetenz, während Durchführung und Erbringung sozialer Dienste Angelegenheit der Länder und Kommunen war. Die außergewöhnliche Stellung der Wohlfahrtsverbände geht auf ihre Entstehung im Kaiserreich und ihre Verankerung als quasi-öffentliche Institutionen in der Weimarer Republik zurück. Soziale Dienste werden seitdem überwiegend im Rahmen der weltanschaulich geprägten freien Wohlfahrtsverbände erbracht, die historisch aus der konfessionellen Spaltung Deutschlands und der besonderen Stellung der starken deutschen Arbeiterbewegung in der Gesellschaft des 19. und frühen 20. Jahrhunderts hervorgegangen sind. Im Kaiserreich standen sowohl Katholiken als auch die sozialdemokratische Arbeiterbewegung im Gegensatz zur herrschenden politischen und sozialen Ordnung. Kulturkampf und Sozialistengesetze markieren die historischen Konflikte, die zur Mobilisierung dieser Minderheiten führte. Im Rahmen dieser Spaltungen entwickelten sich auch die Wohlfahrtsorganisationen. Auch die protestantischen Kirchen entwickelten ähnliche Organisationen. In der Weimarer Republik wurde die Rolle freie Träger institutionalisiert. Der weltanschaulich geprägte Wohlfahrtspluralismus wurde gesetzlich verankert und fester Bestandteil des öffentlichen Systems. In der Bundesrepublik wurde die Vorrangstellung freier Träger unter dem Prinzip der Subsidiarität erneut verankert. Die Wohlfahrtsverbände errangen sowohl im Bereich sozialer Dienste für Kinder als auch für ältere Menschen eine dominante Position. Auch im Bereich der Armenfürsorge und anderer sozialer Dienste sind sie von zentraler Bedeutung; freie Organisationen übernahmen einen Großteil des Angebots sozialer Dienste in fast allen Bereichen.

Betrachtet man die Entwicklung der verschiedenen Dienste für Kinder und alte Menschen, waren Kindergärten die ersten, die relativ weit ausgebaut wurden. Im internationalen Vergleich blieb das Angebot jedoch begrenzt und wurde meist in Form von Teilzeitplätzen erbracht. Erst Ende der 90er Jahre wurde unter dem Druck der staatlichen Garantie auf einen Kindergartenplatz ein hoher Deckungsgrad

erreicht. Traditionell dominieren hier Nonprofit-Organisationen. Im Gegensatz dazu blieb das Angebot an Kinderkrippen niedrig, wobei öffentliche Anbieter dominieren. Die Altenhilfe entwickelte sich ebenfalls zögerlich, heute sind diese Dienste jedoch relativ hoch entwickelt. In diesem Bereich spielen ebenfalls Nonprofit-Organisationen und darüber hinaus kommerzielle Anbieter eine große Rolle.

Die Wiedervereinigung brachte zwei deutsche Gesellschaften zusammen, die gerade im Bereich sozialer Dienste sehr unterschiedlich organisiert waren. In der ehemaligen DDR waren Kinderbetreuungseinrichtungen hoch entwickelt. Sie wurden überwiegend von den volkseigenen Betrieben angeboten. Im Gegensatz dazu war die Altenpolitik weniger entwickelt. Nach der Wende brach dieses System zusammen und das westdeutsche System wurde auf die neuen Bundesländer übertragen. Dabei standen die Wohlfahrtsverbände vor der schwierigen Aufgabe, ihre Verbandsstrukturen in den neuen Bundesländern von Grund auf aufzubauen. Sie mußten erhebliche Ressourcen mobilisieren, um hier Fuß zu fassen. Doch öffentliche Einrichtungen blieben in den neuen Bundesländern in größerem Umfang bestehen als in den alten. Dadurch haben sich zwar die Gewichte zwischen öffentlichen und freien Trägern im gesamtdeutschen System sozialer Dienste verschoben, aber seine wesentlichen Merkmale wurden nicht verändert.

In den 90er Jahren gab es außerdem zwei wichtige Entwicklungen, die das historisch gewachsene System sozialer Dienste in der Bundesrepublik beeinflusst haben: die 1999 voll wirksam gewordene Garantie auf einen Kindergartenplatz für Kinder zwischen 3 und 5 Jahren und die Einführung der Pflegeversicherung 1994/1995. Das Recht auf einen Kindergartenplatz hat zwar einen zügigen Ausbau bewirkt, die Organisation des Systems aber nicht verändert. Nach wie vor dominieren freie Träger. Die Pflegeversicherung war sicherlich die wichtigste soziale Innovation des vergangenen Jahrzehnts, die zum Teil neue Elemente in das System sozialer Dienste eingeführt hat. Sie vereint drei zentrale Strukturmerkmale des deutschen Sozialsystems: Sozialversicherung, Subsidiarität und Anbieterpluralismus. Die Finanzierung erfolgt über ein den Krankenkassen angegliedertes Sozialversicherungssystem. Finanzierung und Leistungserbringung sind standardisiert, wodurch Rechtssicherheit für Anbieter wie Klienten geschaffen wird. Im Leistungskatalog, der Geldleistungen, ambulante soziale Dienste und stationäre Pflegeleistungen beinhaltet, gibt es eine klare Rangordnung: gemäß dem Subsidiaritätsprinzip genießt Pflege in der Familie Vorrang, gefolgt von ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen. Der Anbieterpluralismus wird dadurch gewährleistet, daß die Pflegeversicherung ambulante und stationäre Dienstleistungen verschiedener Anbieter nach einheitlichen Pflegesätzen finanziert, ohne die Organisation des Angebots direkt zu steuern. Dies ist zum Beispiel ein großer Unterschied zu den Niederlanden, in denen der Staat sehr viel direkter Volumen und Verteilung des Angebots steuert (siehe Länderdarstellung Niederlande unten). Besonders wichtig ist, daß dadurch auch kommerziellen Anbietern, die im Heimbereich schon immer eine Rolle spielten, im ambulanten Bereich ein Betätigungsfeld eröffnet wurde, was indirekt auch die Stellung der freien Wohlfahrtsverbände im System sozialer Dienste verändert.

Empirische Untersuchungen zeigen, daß der Ausbau stationärer und ambulanter Pflegedienste schon seit den 70er Jahren durchaus mit dem Anstieg des Problemdrucks mithalten konnte (vgl. Schölkopf

1998). Allerdings mußte im ambulanten Bereich zunächst der Ende der 60er Jahre einsetzende Niedergang der religiös geprägten Gemeindeschwestern kompensiert werden. Dies geschah durch den von den Ländern seit den 70er Jahren vorangetriebenen Aufbau von Sozialstationen, die mit professionellen Kräften besetzt sind und von Gemeinden oder Wohlfahrtsverbänden organisiert werden. Nach dem Verschwinden katholischer und protestantischer Ordensschwester aus den Krankenhäusern griff nun auch hier ein Strukturwandel vom religiös geprägten Ehrenamt zur professionellen Dienstleistung.

Die Pflegeversicherung hat das Wachstum sozialer Dienste zwar nicht ausgelöst, aber doch erheblich beschleunigt, vor allem im ambulanten Bereich. Nach einem Bericht der Bundesregierung (1998) stieg zum Beispiel die Zahl ambulanter Pflegeeinrichtungen zwischen 1992 und 1998 von rund 4000 auf über 11000 an. 1992 war noch die überwiegende Teil der Sozialstationen in freier Trägerschaft, aber bis heute hat vor allem die Zahl gewerblicher Anbieter rasch zugenommen. In vielen Regionen gibt es inzwischen sogar ein Überangebot. Eine ebenfalls starke Zunahme wird für Kurzzeitpflegeeinrichtungen berichtet, während bei stationären Einrichtungen ein leichter Rückgang zu verzeichnen war, begleitet von Verschiebungen in den Anteilen verschiedener Anbieter. Von 1994 auf 1997 ging die Zahl der Plätze in stationären Einrichtungen um rund 4% zurück. Im gleichen Zeitraum fiel der Anteil der Plätze in öffentlichen Einrichtungen der stationären Altenhilfe von 20% auf 13%, der Anteil kommerzieller Träger stieg von 17% auf 22%. Der Anteil freier Träger bewegte sich kaum von 63% auf 65%.

Insgesamt hat sich das System sozialer Dienste in Deutschland als sehr anpassungsfähig erwiesen. In zwei zentralen Bereichen konnte in relativ kurzer Zeit ein deutlicher Ausbau erreicht werden. Bemerkenswert ist außerdem, daß dieser in einer Zeit knapper öffentlicher Mittel geschafft wurde. Die Versorgung mit Kindergartenplätzen ist deutlich angestiegen und erreicht international hohe Werte. Besonders bemerkenswert ist jedoch der starke Ausbau der ambulanten Altenhilfe. Hier nimmt Deutschland im internationalen Vergleich nun einen im oberen Bereich liegenden Platz ein. Der Druck zu Veränderungen ging zwar von mehreren Akteuren aus, aber in beiden Fällen war es der Bundesgesetzgeber, der die entscheidenden Veränderungen herbeiführte: durch das Recht auf einen Kindergartenplatz und die Pflegeversicherung. Das Angebot wurde jedoch überwiegend im Rahmen der klassischen Arbeitsteilung zwischen Ländern, Gemeinden und Wohlfahrtsverbänden ausgebaut. Dabei wurde das System aber auch ein Stück weit für kommerzielle Anbieter im Bereich der Altenhilfe geöffnet.

### Schweden – Anpassung des öffentlichen Systems

Schweden repräsentiert in dieser Länderauswahl den skandinavischen Wohlfahrtsstaatstyp. Das schwedische Dienstleistungsregime läßt sich durch folgende Merkmale charakterisieren:

- ein umfassendes System öffentlicher Dienstleistungen für Kinder und alte Menschen
- universelle Dienstleistungen für alle Bevölkerungsgruppen, unabhängig vom sozio-ökonomischen Status

- Dienstleistungserbringung durch autonome Lokalverwaltungen, Finanzierung der Dienste teilweise durch lokale Steuern.

Die Wohlfahrtspflege in Schweden wird seit altersher von Staat und Kommunen dominiert. Mit der Einführung der Reformation in Schweden im Jahre 1527 durch den schwedischen König wurde die römisch-katholische Kirche entmachteter. Gleichzeitig erklärte sich der König zum Oberhaupt der lutherischen Kirche. Das gesamte kirchliche Eigentum und die kirchlichen Liegenschaften wurden verstaatlicht. Die römisch-katholische Kirche hatte seit dem Mittelalter eine Rolle in der Armenfürsorge und war verpflichtet, einen Teil des ‚Zehnten‘, der an die Kirche abzuführen war, für Aufgaben der Armenfürsorge zu verwenden. Der Staat übernahm nunmehr auch die sozialen Verpflichtungen der Kirche und konfiszierte auch den überwiegenden Teil des ‚Zehnten‘.

Seitdem wurde die Dienstleistungserbringung Aufgabe der Kommunen: Bereits 1686 wurden die Fürsorgeleistungen der Gemeinden gesetzlich verankert, 1862 wurde die lokale Verwaltung der Kommunen eingeführt und einer vom Volk gewählten Leitung übertragen. Den Kommunen fiel die Verantwortung für persönliche Hilfen zu, die sowohl die ökonomische Unterstützung als auch die personenbezogene Betreuung der Allerärmsten umfaßte. Bis in die 50er Jahre des 20. Jahrhunderts waren die schwedischen Kommunen sehr klein, die Wohlfahrtspflege lag überwiegend in der Verantwortung ehrenamtlicher Gemeindevorstände. Die Gemeindeform reduzierte die Zahl der Kommunen von 2500 auf 284, was zu einer erhöhten Effektivität führte. In diesem Rahmen konnte auch die kommunale Wohlfahrtspflege erheblich ausgebaut werden.

In Schweden und anderen skandinavischen Ländern hat sich seit den 70er Jahren ein umfassender ‚sozialer Dienstleistungsstaat‘ herausgebildet, der sich auf die Kernbereiche Betreuung von Kindern und alten Menschen konzentriert. Dabei zeigt der Bereich Kinderbetreuung seit den 70er Jahren bis in die jüngste Zeit enorme Wachstumsraten in der Zahl angebotener Plätze. Die Ausgaben für Kinderbetreuung haben sich zwischen 1970 und 1993 verzehnfacht. Schweden liegt heute europaweit unter den Spitzenreitern in den Betreuungsquoten für Kinder, zusammen mit Dänemark und Norwegen. Triebfeder für den Ausbau der Kinderbetreuungseinrichtungen in Schweden und anderen skandinavischen Ländern war die rasche Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit seit den 60er Jahren, die von allen politischen Kräften unterstützt wurde. Es entwickelte sich in Schweden ein weitgehender Konsens gegenüber dem Modell der Doppelverdienerfamilie, die durch öffentliche Angebote von Betreuungsfunktionen entlastet wird. Die Betreuung von Kindern wurde und wird auch weiterhin als öffentliche Aufgabe definiert. 1995 wurde eine Betreuungsgarantie für alle Kinder zwischen 1 und 12 Jahren eingeführt, deren Eltern berufstätig oder in Ausbildung sind. Allerdings ist über die Zeit ein Abbau der Betreuungsstandards zu beobachten, vor allem eine Erhöhung der Gruppengrößen und eine Verschlechterung der Kinder/Personalschlüssel. Das universelle Kinderbetreuungsangebot wird durch eine teilweise Senkung von Betreuungsstandards aufrechterhalten (vgl. Lewis 1998: 266).

Bei der Betreuung alter Menschen in stationären Einrichtungen zeigt sich ein differenzierteres Bild: zwischen 1960 und 1984 verdoppelt sich der Anteil alter Menschen in stationären Einrichtungen von 4% auf 8%, seither ist ein Rückgang zu beobachten (1993: 5%). Damit liegt Schweden in diesem

Bereich zwar hinter den anderen skandinavischen Ländern, nimmt europaweit aber immer noch eine Spitzenstellung ein. Ganz ähnlich verlief die Entwicklung der Heimpflegedienste: 1965 erhielten 9% der alten Menschen Heimpflegedienste, 1981 stieg die Zahl auf 25%, seither ist ein stetiger Rückgang zu verzeichnen (1993: 13%). Eine Abnahme der stationären Betreuung alter Menschen mit Konzentration auf die stationäre Betreuung Hochbetragter ist in vielen Ländern Europas zu verzeichnen, allerdings wird dieser Abbau meist von einem Ausbau ambulanter Betreuung kompensiert. In Schweden dagegen erfolgt auch in der ambulanten Betreuung eine Konzentration auf bedürftigere Bevölkerungsgruppen. Beispielsweise werden Personen, die lediglich hauswirtschaftliche Dienste benötigen, zunehmend weniger vom öffentlichen Dienstleistungssystem erfaßt – eine Entwicklung, die für Schweden ein Novum darstellt und nicht im Einklang mit dem universalistischen Anspruch steht. Weniger hilfebedürftige Personen sind teilweise auf private ambulante Dienste bzw. die Hilfe des Ehepartners oder nahe wohnender Angehöriger verwiesen.

Die Entwicklung Schwedens in den 90er Jahren ist geprägt durch eine verschärfte Finanzierungskrise des Wohlfahrtsstaates im Gefolge einer ökonomischen Krise und rapiden Zunahme der Arbeitslosigkeit. Die Antwort des schwedischen Staates auf diese Finanzierungsengpässe besteht im Abbau von Betreuungsstandards im Bereich Kinderbetreuung und teilweise Verlagerung auf Elternkooperativen. Im Bereich der stationären Altenbetreuung erfolgt eine teilweise Verlagerung der Dienste an privat-kommerzielle Anbieter (1995: 9% private Heime mit öffentlicher Unterstützung), bei Heimpflegediensten eine Konzentration auf bedürftige Gruppen. Diese Entwicklungen sind jedoch von keinem grundlegenden *policy*-Wechsel begleitet, obwohl sie nicht im Einklang mit dem Prinzip der ‚gleichen Dienste für alle‘ stehen. De facto kann man in Schweden von einer teilweisen Angleichung der Verhältnisse an einen europäischen Durchschnitt ausgehen: Der Abbau im schwedischen System der Altenbetreuung erfolgt von einem außerordentlich hohen Niveau im stationären Bereich in Richtung auf einen europäischen Durchschnitt. Im Bereich der Kinderbetreuung geht die Entwicklung von einem quantitativ und qualitativ herausragenden Kinderbetreuungssystem zu einem quantitativ weiterhin umfassenden, qualitativ eher durchschnittlichen Angebot. Die Einbeziehung anderer als öffentlicher Anbieter erfolgt zurückhaltend. Die Erbringung von Dienstleistungen verbleibt als Quasi-Monopol bei den Gemeinden.

In Schweden existiert wie in anderen skandinavischen Ländern eine starke Gemeinschaftsorientierung. Eine Unterscheidung zwischen Staat und Gesellschaft wird nicht getroffen. Die schwedischen Gemeinden genießen ein vergleichsweise hohes Maß an Legitimität und Autonomie. Lokale Demokratie und Selbstverwaltung haben eine lange Tradition. Dies zeigt sich beispielsweise in der Steuerkompetenz der Gemeinden: 1986 stammten 40% der schwedischen lokalen Einnahmen aus lokalen Einkommensteuern. Was die Implementierung sozialer Dienstleistungen angeht, sind die Gemeinden innerhalb staatlicher Rahmengesetzgebung relativ autonom. Es bleibt den Gemeinden überlassen, welche Einzelmaßnahmen jeweils umgesetzt werden. In der Praxis führt dies jedoch zu erheblichen lokalen und regionalen Unterschieden in Angebot und Qualität von Dienstleistungen. Für den Bereich Kinderbetreuung läßt sich beispielsweise zeigen, daß wohlhabende Gemeinden die jeweils teureren Alternativen – Betreuung in Kindertagesstätten – bevorzugen, während weniger wohlhabende eher

auf preiswertere Angebote, wie öffentlich subventionierte oder registrierte Tagesmütterdienste zurückgreifen. Die wichtigste erklärende Variable für ein gut ausgebautes lokales Betreuungssystem ist jedoch die Frauenerwerbsquote: Je höher der Anteil erwerbstätiger Frauen in einer Gemeinde, um so umfassender ist das Kinderbetreuungsangebot.

Der schwedische Wohlfahrtsstaat genießt weiterhin hohe Legitimität, auch in Krisenzeiten. Das öffentliche System der Dienstleistungserbringung ist - neben dem System sozialer Sicherung - ein wesentlicher Baustein dieses Wohlfahrtsstaates, der sich am Gleichheitsgrundsatz orientiert und Frauen und Männern gleichermaßen die Teilnahme am Erwerbsleben garantiert. Das ‚Doppelverdienermodell‘ erfordert ein ausgebautes öffentliches Betreuungssystem. Solange dieser Grundkonsens weiter besteht, dürfte das System der öffentlichen Dienstleistungserbringung nicht prinzipiell auf dem Prüfstand stehen. Alternative Anbieter von Diensten sind aus dieser Sicht nur begrenzt verfügbar. Non-profit-Organisationen nehmen im schwedischen System traditionell ‚voice‘-Funktionen wahr und treten als Anbieter von Diensten kaum in Erscheinung. Verbleiben die Gemeinden als Anbieter. Ihre relative Autonomie in der Implementierung von Maßnahmen macht sie zu Garanten für eine zielgerichtete Dienstleistungsversorgung. Allerdings ist dieses System in einem fragilen Gleichgewicht, und es besteht eine dauerhafte Spannung zwischen einem zentralistischen Wohlfahrtsstaat und einem System lokaler, autonomer Einheiten, die in Zeiten zurückgehender Staatseinnahmen ihre Leistungen bündeln müssen und zunehmend lokale Unterschiede in der Dienstleistungsversorgung produzieren.

## Großbritannien – Budgetierung und Privatisierung

Das britische System sozialer Dienstleistungen fußt auf der Vorstellung einer ‚mixed economy of welfare‘. Der Gedanke einer gemischten Wohlfahrtsökonomie läßt sich zurückverfolgen bis in die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, als die Grundlagen für das moderne Gesundheits- und Sozialsystem gelegt wurden. Das heutige System sozialer Dienstleistungen läßt sich allgemein wie folgt charakterisieren:

- soziale Dienstleistungen bleiben auf bedürftige Gruppen beschränkt und auf Fälle, in denen individuelle Hilfen versagen;
- Haupt-Zielgruppen sozialer Dienstleistungen sind alte Menschen, behinderte Menschen und ‚Risiko-Kinder‘;
- Gemeinden übernehmen primär Regulierungs- und Kontrollfunktionen, die Dienstleistungserbringung erfolgt durch unabhängige Anbieter.

Großbritannien läßt sich charakterisieren als ein sozialstaatliches System, in dem liberale Vorstellungen stets eine große Rolle spielten. Im 19. Jahrhundert war die Sozialpolitik britischer Regierungen traditionell darauf ausgerichtet, Eingriffe in die soziale Umwelt zu vermeiden und Entscheidungen dem einzelnen und den ökonomischen Kräften zu überlassen. So bildeten sich beispielsweise öffentliche Institutionen zur sozialen Sicherung der Bevölkerung nur vergleichsweise zögernd heraus. Es

entwickelten sich schon im 19. Jahrhundert Selbsthilfeeinrichtungen, die sogenannten ‚friendly societies‘, die die Vorläufer des sozialen Sicherungssystems in England bildeten.<sup>25</sup> Von großer Bedeutung waren zu dieser Zeit auch bereits die vielfältigen Aktivitäten von ‚Charities‘, die sich aus der Idee der Wohltätigkeit und Armenfürsorge heraus entwickelten. Ihre Aktivitäten erstreckten sich vor allem auf direkte Hilfen für Alte, Kranke und Waisen, mit fortschreitender Industrialisierung konzentrierten sie sich auf die Linderung sozialer Probleme in den Städten. Im 19. Jahrhundert wurde ein Großteil der Aktivitäten in der Armenfürsorge von den Charities getragen, der Staat agierte als ‚Juniorpartner‘, und füllte lediglich die Lücken, die freiwillige soziale Tätigkeiten hinterließen.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden in England die Weichen zum britischen Wohlfahrtsstaat in seiner modernen Ausprägung gestellt, mit einer breit angelegten Volksversicherung, einem für die gesamte Bevölkerung kostenlosen Nationalen Gesundheitsdienst und einem System personenbezogener Dienste in öffentlicher Verantwortung. Das Ziel der Reformen Beveridge's war die Gewährleistung eines Mindeststandards an sozialer Sicherheit und sozialen Diensten für die gesamte Bevölkerung. Der Nationale Gesundheitsdienst stellte die Grundversorgung an Gesundheitsdiensten sicher, im Bereich sozialer Dienste entwickelte sich eine Versorgung auf hohem Niveau für alte Menschen, Kinderbetreuung blieb dagegen gering entwickelt. Während die Bereiche Gesundheit und Bildung in der Zuständigkeit des Zentralstaats verblieben, wurde die Erbringung sozialer Dienste den Gemeinden übertragen.

Seither war die Rolle der freiwilligen Organisationen in der Dienstleistungserbringung eine komplementäre, in Ergänzung der Dienste in öffentlicher Trägerschaft, teilweise ersetzten sie fehlende öffentliche Angebote. Bis heute haben die britischen Wohlfahrtsorganisationen eine begrenzte komplementäre Funktion in der Dienstleistungserbringung beibehalten, teilweise verlaufen ihre Dienstleistungsaktivitäten parallel und unkoordiniert zu den Angeboten lokaler Behörden. Daneben haben sie jedoch weitere Funktionen übernommen. Die Expansion des britischen freiwilligen Sektors erfolgte seit den 60er Jahren vor allem in den Bereichen Selbsthilfe, Beratungs- und Auskunftsdienste sowie pressure-Funktionen.

Das System sozialer Dienstleistungen wurde in jüngerer Zeit einer grundlegenden Reform unterzogen. Hauptziel war die Einführung von Marktprinzipien in den öffentlichen Sektor, um die Effizienz und Qualität öffentlicher Dienstleistungen zu verbessern. Die Reformbemühungen fanden ihren Niederschlag im ‚National Health Service and Community Care Act‘ von 1990. Das Gesetz, das 1993 in Kraft trat, markiert einen Einschnitt in der Entwicklung sozialer Dienste in England und verändert die Rolle der lokalen Behörden nachhaltig. Die lokalen Behörden sollen nach dem Willen der Gesetzgeber künftig primär Management-, Koordinations- und Kontroll-Funktionen übernehmen, die Dienstleistungserbringung soll verstärkt in den unabhängigen Sektor verlagert werden. Die Zusammenarbeit mit unabhängigen Anbietern wird vertraglich geregelt (‚out-contracting‘). Der Ankauf von Plätzen (‚purchasing‘)

---

<sup>25</sup> Die Leistungen der friendly societies bestanden vor allem in der Zahlung von Krankengeld, Sterbegeldern, Wanderbeihilfen und in beschränktem Ausmaß Altersrenten.

in Einrichtungen unabhängiger Anbieter ersetzt tendenziell die Dienstleistungserbringung in kommunaler Trägerschaft. Die Sozialbehörden nehmen gleichzeitig Kontrollfunktionen wahr im Hinblick auf die Qualität der Angebote. Zur Finanzierung ihrer Aufgaben werden den Gemeinden vom Zentralstaat Budgets zur Verfügung gestellt, die pro Kopf der Bevölkerung und nach Risikomerkmale zugeteilt werden. Die Finanzierungsstruktur ist komplex. Der NHS und Community Care Act schließt prinzipiell alle Zielgruppen der lokalen Sozialbehörden: alte Menschen, behinderte Menschen, Menschen mit Suchtproblemen sowie Risiko-Kinder, denen aufgrund familiärer oder anderer Probleme eine Heimeinweisung droht, ein.

Mit dem Community Care Act wurde den Gemeinden die Gesamtverantwortung für die Betreuung alter Menschen übertragen mit der Maßgabe eines Ausbaus der ambulanten Pflege und eines stärkeren Einbezugs des unabhängigen Sektors. Diese Maßnahmen sind zu sehen vor dem Hintergrund einer seit den 80er Jahren stark gewachsenen Nachfrage nach Pflegeplätzen und eines starken Wachstums an Heimplätzen, zum Großteil in privater Trägerschaft („schleichende Privatisierung“). Die Zahl der Heimplätze in England hat sich von 1975 bis 1990 verdoppelt. 1990 war die Hälfte aller Heimplätze privat, die andere überwiegend in Trägerschaft der Gemeinden. Die Finanzierung der Aufenthalte der Heimbewohner belastete bis in die 90er Jahre hinein das soziale Sicherungssystem stark über Income Support-Zahlungen. Mit dem Community Care Act wurde die finanzielle Gesamtverantwortung für die Altenbetreuung in die Hände der Gemeinden gelegt, unter Bereitstellung von zusätzlichen Mitteln, allerdings mit der Maßgabe, 85% der zugeteilten Mittel für den Ankauf von Plätzen im unabhängigen Sektor zu verwenden.

Den Gemeinden fällt nun auch die Aufgabe zu, die jeweilige Bedürftigkeit festzustellen („care assessment“) und maßgeschneiderte Betreuungspakete für jeden Einzelfall zu schnüren. Die individuell notwendigen Dienstleistungen sollen von unabhängigen Anbietern „eingekauft“ werden. Die britische Regierung versprach sich von diesen Reformen eine stärkere Ausrichtung an den Bedürfnissen der Nutzer, die Verhinderung vorzeitiger Heimeinweisungen und vor allem Kosteneinsparungen. De facto fällt damit den Gemeinden aber (unausgesprochen) die schwierige Aufgabe zu, angesichts stagnierender Budgets ihre Ressourcen zu rationieren und die Feststellung von Bedürftigkeit den verfügbaren Mitteln anzupassen. Im Ergebnis bleibt in Großbritannien eine wachsende (allerdings nicht bezifferbare) Zahl pflegebedürftiger alter Menschen ohne ausreichende Betreuung oder ist auf private – bezahlte oder informelle – Hilfearrangements angewiesen.

Die Praxis des Ankaufs von Betreuungsplätzen hat binnen kurzer Zeit nach Einführung zu Veränderungen im Anbietermix geführt. Zahlen für die stationäre Altenpflege zeigen, daß bei stagnierender Gesamtzahl von Betreuungsplätzen die Zahl der Heime in kommunaler Trägerschaft weiter abnimmt, jedoch zugunsten von angekauften Plätzen in privaten Heimen, die von den lokalen Behörden unter Vertrag genommen werden (Evandrou und Falkingham 1998: 233). Der Anteil an Heimplätzen, die von freiwilligen Organisationen angeboten werden, ist seit Mitte der 80er Jahre auf niedrigem Niveau stabil geblieben, doch auch hier zeigt sich ein Effekt des out-contracting: der Anteil von Plätzen unter Vertrag in Heimen in Trägerschaft von Nonprofit-Organisationen ist ebenfalls im



Wachstum begriffen. Angesichts ihrer oben beschriebenen Tätigkeitsprofile und Aufgabenschwerpunkte darf allerdings bezweifelt werden, daß sich freiwillige Organisationen - mit Ausnahme einiger Großorganisationen - künftig stärker als bisher in den Kernbereichen der Altenbetreuung engagieren werden. Letztlich werden also im wesentlichen die kommerziellen Anbieter vom out-contracting profitieren und das Verhältnis der Heimplätze unter Vertrag wird sich wahrscheinlich weiter zu ihren Gunsten verschieben.

Die Betreuung von Kindern in Tagesstätten wird nicht als Hauptaufgabe der Social Service Departments gesehen. Die britische Politik zielte traditionell auf die Bereitstellung von Teilzeit-Arbeitsplätzen, die es Frauen ermöglichen sollten, Berufstätigkeit und häusliche Pflichten zu vereinbaren. Die Organisation der Kinderbetreuung wurde den berufstätigen Müttern weitgehend selbst überlassen. Dies hat zu einer Vielzahl von privaten Arrangements geführt. Neben der Betreuung durch Familienangehörige oder Nachbarn spielen Tagesmütter eine relativ bedeutende Rolle im britischen System. Tagesmütter müssen registriert sein und unterliegen Regulierungen im Hinblick auf die Zahl der zu betreuenden Kinder, häusliche Sicherheitsvorkehrungen, usw.

Das Angebot an Kinderbetreuungseinrichtungen ist seit den 80er Jahren gewachsen, was vor allem auf das Wachstum von ‚day nurseries‘ sowie Tagesmütterdiensten zurückzuführen ist. Der Anteil von Kinderbetreuungseinrichtungen in kommunaler Trägerschaft hat dagegen seit Mitte der 80er Jahre kontinuierlich abgenommen. Die Zahl der angekauften Plätze seitens der Kommunen in Einrichtungen unabhängiger Anbieter hat leicht zugenommen. Dies kompensiert aber nicht den Abbau von Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft. Im Ergebnis wurden 1995 weniger als 15% der Plätze in day nurseries und nur etwa 1% der Plätze in play groups und bei Tagesmüttern von den Lokalbehörden finanziert. Es kann daraus gefolgert werden, daß sich die lokalen Behörden angesichts der Notwendigkeit der Kostenreduzierung zunehmend aus der Bereitstellung von Kinderbetreuungsplätzen als ‚freiwilliger Leistung‘ zurückziehen und sich auf ihre Pflichtaufgaben im Bereich der Betreuung von ‚Risikokindern‘ und alten Menschen konzentrieren.

In Großbritannien finden wir demzufolge einen erheblichen Markt für unabhängige Kinderbetreuungseinrichtungen in Trägerschaft von Nonprofit-Organisationen, überwiegend aber privat-kommerziellen Anbietern, die vor allem Tagesbetreuung in ‚day nurseries‘ anbieten. Vor allem gut ausgebildete Mütter kleiner Kinder greifen auf kommerzielle Angebote zurück, die in der Regel erhebliche Eigenbeiträge der Eltern erfordern. Einkommenschwache Familien sind dagegen auf private Netzwerke und die Angebote von play groups angewiesen, die häufig von Nonprofit-Organisationen getragen werden und in der Regel preiswerte, auch stunden- und tageweise Betreuungsdienste anbieten.

In jüngster Zeit wird auch im Feld der Kinderbetreuung mit der Einführung von Quasi-Märkten experimentiert: Die Einführung von ‚vouchers‘ für alle 4-jährigen Kinder sollte es Eltern ermöglichen, ihre Kinder von einer Einrichtung ihrer Wahl betreuen zu lassen. Der Wert der Betreuungsgutscheine umfaßt eine tägliche 3-4-stündige Betreuung, je nach Einrichtung. Allerdings war diesen Experimenten nicht der gewünschte Erfolg beschieden. Viele Eltern benutzten die Gutscheine, die auch für vorschulische Einrichtungen Gültigkeit haben, um ihren 4-jährigen Kindern eine vorzeitige Einschulung in spe-

zielle Vorklassen („rising fives“) zu ermöglichen. Die neue Labour-Regierung hat jüngst ein stärkeres öffentliches Engagement im Bereich Kinderbetreuung sowie eine Betreuungsgarantie für alle drei- und vierjährige Kinder angekündigt, allerdings stehen konkrete Maßnahmen bislang aus.

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß das System sozialer Dienstleistungen in Großbritannien im Umbruch begriffen ist. Allerorten wird mit der Einführung von Marktprinzipien experimentiert. Die Gemeinden ziehen sich aus der Produktion von Dienstleistungen zurück, der Anbietermix verschiebt sich zugunsten unabhängiger, vor allem kommerzieller Anbieter. Dennoch findet eine Privatisierung von Leistungen im eigentlichen Sinne nicht statt, da das Dienstleistungsangebot weiterhin in öffentlicher Verantwortung erbracht wird und unter öffentlicher Kontrolle verbleibt. Den Gemeinden kommt hier eine Schlüsselstellung zu. Ihre Aufgaben verlagern sich in Richtung auf Planung und Management. Dennoch bleiben sie auch die Ansprechpartner für Klienten, ermitteln das Ausmaß der Bedürftigkeit, schnüren Betreuungspakete und führen Verhandlungen mit Anbietern.

### Spanien – ein Dienstleistungssystem mit Nachholbedarf

Spanien vertritt in unserer Länderdarstellung das südeuropäische Wohlfahrtsregime, das im internationalen Vergleich durch eine späte und unterdurchschnittliche Entwicklung gekennzeichnet ist. Spanien ist jedoch in einiger Hinsicht auch ein Sonderfall mit einer Reihe historisch bedingter spezifischer Merkmale, welche die wohlfahrtsstaatliche Entwicklung verzögerten. Spanien war wirtschaftlich bis in neuere Zeit durch einen hohen Agrarsektor gekennzeichnet, politisch wurde es bis Ende der 70er Jahre von einer konservativen Diktatur beherrscht. Kulturell dominierte die mit diesem System eng verbündete katholische Kirche. Seit den 70er Jahren erlebt das Land jedoch eine beschleunigte Modernisierung: wirtschaftlich begann der Umbruch bereits in der letzten Phase der Diktatur, politisch wurde die Demokratisierung in der Verfassung von 1978 besiegelt, womit auch die kulturelle Öffnung und Erneuerung Spaniens verbunden war. Der EU-Beitritt von 1986 bescherte dem Land wirtschaftliches Wachstum, das jedoch das Grundproblem der spanischen Gesellschaft, die hohe Arbeitslosigkeit, nicht lösen konnte. Trotz dieses Wandels blieb der spanische Wohlfahrtsstaat und insbesondere das System sozialer Dienste hinter anderen europäischen Ländern zurück.

Das System sozialer Dienste für Kinder und alte Menschen lässt sich durch folgende Merkmale charakterisieren

- ein begrenztes öffentliches System sozialer Dienste;
- ein unterentwickeltes System der Altenhilfe;
- ein umfassendes Vorschulsystem für Kinder ab 3 Jahren
- ein gemischtes System von Anbietern.

Das System der sozialen Sicherung hat sich in Spanien langsam und mit Verzögerung entwickelt, zunächst als beitragsfinanziertes Sozialversicherungssystem nach Bismarck'schem Muster, das allerdings während der Franco-Diktatur fragmentiert blieb und nur wenige Risiken und Berufsgruppen erfaßte. Seit Mitte der 60er Jahre wurden die Weichen gestellt in Richtung auf ein universalistisches

System der sozialen Sicherung, allerdings wurde erst in der demokratischen Verfassung von 1978 das Prinzip der universellen sozialen Sicherung für alle Spanier verankert.

Seither kam es zu einer Reihe von Reformen, vor allem im Bereich der Einkommenssicherung und der Gesundheit. 1986 wurde der Nationale Gesundheitsdienst eingeführt, das Gesundheitssystem kann seit 1990 als voll implementiert bezeichnet werden. Heute werden mehr als 90% der Spanier vom System der Gesundheitsfürsorge erfaßt. Allerdings kann von einer umfassenden und adäquaten Versorgung der Bevölkerung nicht gesprochen werden, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen trifft auf ein immer noch bei weitem unzureichendes Angebot.

Die Entwicklung des Systems der sozialen Sicherung insgesamt ist bis heute nicht abgeschlossen. Der spanische Sozialstaat ist im europäischen Vergleich als unterentwickelt zu bezeichnen. Auch die Entwicklung im Feld sozialer Dienste ist verzögert und hinkt der Problementwicklung hinterher. Die Ausgaben für soziale Dienste betragen 1990 0,85% des BIP, verglichen mit einem europäischen Durchschnitt von ca. 3% im gleichen Jahr.

Historisch betrachtet waren soziale Dienstleistungen in Spanien begrenzt auf die Linderung von Armut und die Betreuung von Risikogruppen (Arme, Behinderte, Obdachlose, Zigeuner, usw.). Während des Franco-Regimes kam der Caritas als der Organisation der katholischen Kirche hierbei eine besondere Rolle zu. Die Caritas arbeitete zunächst in den traditionellen Bereichen kirchlicher Mildtätigkeit, begann jedoch in der zweiten Hälfte der 50er Jahre, ihre Arbeit zu modernisieren: Es kam zu einer inneren Modernisierung, vor allem Professionalisierung, der verbandlichen Arbeit, sowie zu einer Verwissenschaftlichung, z.B. durch Gründung eines eigenen Forschungsinstituts, das sich mit den sich wandelnden sozialen und ökonomischen Verhältnissen und modernen Interventionsformen auseinandersetzte. Die Caritas übernahm im System des Franquismus die Aufgabe, für die Wohlfahrtspflege adäquate Reaktionen auf die Herausforderungen der gesellschaftlichen Modernisierung zu entwickeln.

Das moderne System sozialer Sicherung und sozialer Dienstleistungen hat sich in Spanien erst seit den 80er Jahren entwickelt, auf der Basis der demokratischen spanischen Verfassung von 1978. Zielvorgaben für den modernen spanischen Wohlfahrtsstaat sind die Einführung einer sozialen Grundversicherung für alle Bürger, der Schutz der Familie, die Integration von Behinderten sowie der Ausbau eines Systems sozialer Dienste für alte Menschen.

Die Grundversorgung der Bevölkerung mit sozialen Diensten stand traditionell nicht im Vordergrund der Politik. Dies hängt auch damit zusammen, daß in Spanien traditionell der Familie, insbesondere Müttern, die Aufgabe der Betreuung von Kindern und alten Menschen zugeschrieben wurde. ‚The Spanish family system is characterized by a low degree of individualization in that people tend to depend as much on kin and family networks as on welfare institutions.‘ (Flaquer, 1998: 1) Spanien hat heute einen großen Nachholbedarf in der öffentlichen Betreuung alter Menschen. Stationäre und ambulante Hilfedienste sind im europäischen Vergleich unterentwickelt und können die Nachfrage nicht decken. Im Jahr 1998 erhielten 2,9% der Spanier institutionelle Altenbetreuung, 1,8% der Bevölkerung über 65 Jahren erhielt Haushaltshilfedienste (gegenüber 4% im EU-Durchschnitt).

Die Verantwortung für die Altenbetreuung liegt beim spanischen Sozialministerium bzw. den Ministerien der autonomen Regionen, die teilweise die Verantwortung für soziale Dienste übernommen haben. Die nationale Altenpolitik zielt auf eine Erhöhung des Angebots stationärer und ambulanter Dienste unter Einbeziehung des Nonprofit-Sektors. Die Altenpolitik wird innerhalb der sogenannten ‚acción concertada‘ entwickelt. Die Ziele beinhalten im einzelnen eine effektivere institutionelle und territoriale Koordination der Dienste, eine stärkere öffentliche Beteiligung an der Finanzierung sowie eine Stärkung des unabhängigen Sektors in der Dienstleistungserbringung. Angesichts der hohen spanischen Arbeitslosenquoten wird der Beschäftigungswirkung eines Ausbaus sozialer Dienstleistungen eine hohe Bedeutung beigemessen.

Die spanische Politik geht in Richtung auf eine stärkere Integration von Diensten und Schaffung eines öffentlichen ‚Netzwerks sozialer Dienstleistungen‘, in welchem den Kommunen primär Regulierungsfunktionen zukommen. Nonprofit- und private Anbieter sollen als Partner in die öffentliche Dienstleistungserbringung einbezogen werden. Die Beziehungen zwischen Kommunen und unabhängigen Anbietern werden - ähnlich wie in England - vertraglich geregelt, z.B. durch jährlich erfolgende Ausschreibungen von Betreuungsplätzen. Die größte Bedeutung in der Dienstleistungserbringung für alte Menschen kommt - neben dem öffentlichen Sektor - der spanischen Caritas zu. Daneben spielt das Rote Kreuz als Anbieter eine wichtige Rolle. Privat-kommerzielle Anbieter sind auf dem Betreuungsmarkt für stationäre Altenbetreuung ebenfalls stark vertreten.

Kinderbetreuungsdienste sind nicht Bestandteil des Systems sozialer Dienstleistungen. Allerdings besitzt Spanien ein Vorschulsystem, das dem Bildungsministerium zugeordnet ist. Dieses wurde seit den 70er Jahren stetig ausgebaut und erfaßt heute nahezu alle vier- und fünfjährigen Kinder. Im Bereich der Betreuung von dreijährigen Kindern zeigt sich ein langsames Anwachsen (von 17% 1974 auf 28% 1990), während die Quote für zweijährige Kinder auf niedrigem Niveau (5-6%) stagniert. Die gesamte Kinderbetreuung ist in Spanien dem staatlichen Bildungsministerium bzw. den Bildungsministerien der autonomen Regionen zugeordnet. Insgesamt ist das Niveau der Kinderbetreuung in Spanien heute auf einem durchschnittlichen Niveau anzusiedeln, mit großen regionalen Unterschieden. Allerdings sind die Kinderbetreuungsangebote vor dem Hintergrund einer extrem niedrigen Geburtenrate und steigender Frauenerwerbstätigkeit zu sehen. Da Elternurlaubsregelungen in Spanien ebenfalls unterentwickelt sind, sind die spanischen erwerbstätigen Mütter auf Kinderbetreuungseinrichtungen angewiesen. Der Ausbau des Systems der Kinderbetreuungseinrichtungen für dreijährige Kinder gewinnt als Maßnahme zur Unterstützung der Frauenerwerbstätigkeit seine Bedeutung.

In einer Gesamtbewertung läßt sich das spanische System sozialer Dienstleistungen als ein defizitäres System beschreiben, das durch unzureichende Dienstleistungen aufgrund knapper Ressourcen gekennzeichnet ist. Seit der Demokratisierung hat sich jedoch eine Vielzahl von Sozialzentren und -ämtern auf kommunaler Ebene entwickelt, daneben sind eine Vielfalt von lokalen Nonprofit-Initiativen und Vereinigungen zur Verbesserung der sozialen Situation der ärmsten Bevölkerungsgruppen und zur Bearbeitung neuer Problemfelder entstanden. Dennoch sind der Leistungsfähigkeit des Systems enge Grenzen gesetzt. Der Ausbau der sozialen Dienstleistungen

hinkt der Problementwicklung hinterher, was auch mit dem *timing* der notwendigen Reformen und der wirtschaftlichen Entwicklung Spaniens zusammen hängt: Der Ausbau des Wohlfahrtsstaates in Spanien fällt in Zeiträume wirtschaftlicher Rezession und hoher Arbeitslosigkeit und wird dadurch behindert, während sich in den meisten europäischen Ländern die wohlfahrtsstaatlichen Sicherungs- und Dienstleistungssysteme in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg auf der Basis einer lang anhaltenden wirtschaftlichen Prosperität entwickeln konnten.

## Schlußbemerkung

Die vergleichende Betrachtung der europäischen Dienstleistungsregime hat gezeigt, daß trotz gemeinsamer Entwicklungstrends große Unterschiede in den Systemen sozialer Dienste zwischen den europäischen Ländern bestehen, die teils historisch bedingt, teils durch neuere Entwicklungen beeinflusst sind. Die europäischen Länder stehen vor ähnlichen Problemen: Die Nachfrage nach sozialen Diensten wächst, gleichzeitig besteht der Zwang zu Kosteneinsparungen. In dieser Situation sind alle Länder gezwungen, auch im Bereich sozialer Dienste die Ausgaben zu begrenzen. Doch die im einzelnen ergriffenen Maßnahmen unterscheiden sich, weil historisch gewachsene Strukturen unterschiedliche Ausgangslagen für Anpassungsprozesse schaffen.

Einige Länder haben Nachholbedarf an Diensten und trotz Sparzwängen wird der Ausbau der Systeme vorangetrieben. In andern Ländern dagegen, die schon früh hohe Versorgungsniveaus erreichten, werden Dienste teilweise abgebaut. Dadurch verringern sich Unterschiede in den Niveaus sozialer Dienste zwischen den europäischen Ländern. Aus sozialpolitischer Sicht ist zwar durchaus anzuerkennen, daß in einigen Ländern trotz widriger ökonomischer Bedingungen ein Ausbau sozialer Dienste gelang, in andern ein Abbau vermieden werden konnte. Es muß in diesem Zusammenhang aber auch erwähnt werden, daß dies häufig durch Anpassung von Qualitätsstandards oder höhere Kostenbeteiligung von Klienten erkauft wurde.

Die Systeme sozialer Dienste werden in vielen Ländern Reformen und Anpassungen unterzogen. Neue Finanzierungsinstrumente werden entwickelt, Aufgaben auf die Gemeinden verlagert, Maßnahmen zur Steigerung der Effizienz, bei gleichzeitiger Qualitätssicherung, werden eingeführt. Budgetierung, Einführung marktwirtschaftlicher Elemente, Diversifikation der Dienste und ‚targeting‘ sind hier Stichworte. Den Gemeinden kommt in diesen Prozessen eine wachsende Bedeutung zu: Sie übernehmen zunehmend Steuerungs- und Managementfunktionen, sind Mittler zwischen zentralstaatlichen Regulierungsinstanzen, Trägern der Dienste und Klienten. Auch die Stellung der Träger in den Systemen verändert sich. Nonprofit-Organisationen und kommerzielle Anbieter konnten zwar im Zuge der Reformen Marktanteile im Dienstleistungsangebot ausbauen, aber häufig um den Preis stärkerer öffentlicher Kontrolle von Finanzierung und Leistungen. In diesem Sinne werden nicht-öffentliche Träger stärker ins öffentliche System eingebunden.

Die viel beschworene Pluralisierung von Anbietern ist nur eine Seite der Entwicklung, die andere ist eine umfassendere wohlfahrtsstaatliche Regulierung. Dies trifft auch auf Länder zu, in denen administrative Kompetenzen dezentralisiert wurden. Zwar kann man in dieser Entwicklung einen teilweisen Rückzug des Staates aus der Produktion gesellschaftlicher Wohlfahrt sehen, aber öffentliche Verantwortung wird keinesfalls aufgegeben. Vielmehr kommt nun den Gemeinden eine zentrale Rolle in der Koordination sozialer Dienste zu, indem wohlfahrtsstaatliche Funktionen auf die kommunale Ebene verlagert werden. Aus sozialpolitischer Sicht kann man diese Entwicklung durchaus kritisch betrachten. Es ist zum Beispiel vorstellbar, daß größere regionale Ungleichheiten entstehen. Außerdem können Probleme der Zurechnung politischer Verantwortung für Mißstände entstehen, vor allem in Fällen, in denen Gemeinden finanziell stark vom Zentralstaat abhängen.

Im Zuge der Reformen der Systeme sozialer Dienste kommt es auch zu einer begrenzten Verschiebung in Angebot und Trägerschaft sozialer Dienste. Die Schlagworte Diversifikation der Angebote und Pluralisierung von Anbietern sind vor dem Hintergrund der gewachsenen Dienstleistungssysteme kritisch zu betrachten. Mit Ausnahme Großbritanniens haben die Anpassungsprozesse die in den Ländern traditionell bestehende Anbieterlandschaft nicht grundlegend verändert, aber die Systeme doch ein Stück weit für Veränderungen geöffnet. Auch wenn die quantitative Bedeutung kommerzieller Anbieter bisher nicht übermäßig angestiegen ist, verändert ihre Zunahme doch die Beziehungen zwischen den Akteuren im System auf Dauer. Probleme der Koordination und Kontrolle von Finanzierung und Angebot, auch in qualitativer Hinsicht, werden zunehmend drängender. Auch Nonprofit-Organisationen werden sich an die geänderten Bedingungen anpassen, zum Beispiel indem sie Selbstverständnis und Aufgabenfelder neu definieren. Es stellt sich dabei die Frage, ob neben die bereits weitgehend erfolgte Professionalisierung dieser Organisationen nun auch eine zunehmende Marktorientierung oder gar Kommerzialisierung tritt, die das Profil und die Qualität sozialer Dienste auf längere Sicht stark verändern könnte.

Im Zuge der Anpassungsprozesse blieben die traditionellen Tätigkeitsschwerpunkte der Anbieter in den einzelnen Ländern meist erhalten, doch treten neue Akteure hinzu. Im Bereich der Altenhilfe ist ein Bedeutungszuwachs kommerzieller Anbieter zu verzeichnen. Im Bereich der Kinderbetreuung spielen in einigen Ländern Elternkooperativen eine wichtige Rolle, die häufig als Lückenbüßer für ein unzureichendes öffentliches Angebot entstehen. Auch hier muß kritisch angemerkt werden, daß die oft positiv bewertete Vielfalt der Angebote und Anbieter durchaus neue Probleme geschaffen hat, vor allem in ungleichen Zugangschancen und ungleicher Verteilung sozialer Dienste auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen.

Entwicklungstrends wie Dezentralisierung, Pluralisierung, und Kommerzialisierung sollten aus historischer Perspektive nicht überbewertet werden, können aber doch auf längere Sicht die Organisationslandschaft sozialer Dienste verändern. Von entscheidender sozialpolitischer Bedeutung dürfte die Frage sein, ob und inwieweit sich dadurch die soziale Ungleichheit in unseren Gesellschaften verschärfen wird. Es ist anzunehmen, daß Chancen der Versorgung mit sozialen Diensten zunehmend variieren, sei es durch die unterschiedliche Leistungsfähigkeit von Gemeinden, die Gewinnerwartungen kommerzieller Anbieter oder die höhere Organisationsfähigkeit bestimmter sozialer Schichten.

Trotz einheitlicher Entwicklungstrends bleiben große Unterschiede zwischen den europäischen Ländern in den Systemen sozialer Dienste bestehen. Entwicklungen verlaufen auf unterschiedlichen nationalen Pfaden, die jedoch leider bisher wenig vergleichend erforscht sind. Schon der Querschnittsvergleich hat mit großen Problemen zu kämpfen, die in ungenügenden quantitativen Datengrundlagen, aber auch im Mangel an komparativen Studien begründet sind. Zum Beispiel ist die Bedeutung der verschiedenen Akteure im System sozialer Dienste wenig vergleichend erforscht. Aus unserer Sicht fehlt es auch an Studien über die unterschiedlichen Träger und die veränderte Rolle der Gemeinden in der Koordination und Steuerung sozialer Dienste. Vor allem der Nonprofit-Sektor, der vielfältig strukturiert ist, und die Nonprofit-Organisationen bedürfen weiterer vergleichender For-

schung, da ein deutlicher Wandel in Struktur, Selbstverständnis und Tätigkeitsschwerpunkten der Organisationen festzustellen ist.

Ebenso wichtig wäre es, auf dieser Grundlage die vielfältigen Beziehungen zwischen den verschiedenen Akteuren vergleichend zu erforschen, denn sie bestimmen die Dynamik des Systems. Dies ist um so wichtiger, als sich diese Beziehungen verändern und dadurch die Lebenslage großer Bevölkerungsgruppen in unseren Gesellschaften beeinflussen. Entwickelt sich der Wohlfahrtsstaat in Richtung auf eine größere lokale Verantwortung und Vielfalt? Folgt daraus eine größere regionale Disparität? Wird der Aspekt sozialer Ungleichheit wichtiger, wenn die Bedeutung kommerzieller Anbieter zunimmt? Was folgt aus der zunehmenden Wertschätzung und Bedeutung von Bürgerengagement für die traditionellen und neuen Formen von Nonprofit-Organisationen und ihre Rolle im öffentlichen System sozialer Dienste? Unterschiede und Gemeinsamkeiten der europäischen Länder in diesen wichtigen Entwicklungen sowie ihre Ursachen und Konsequenzen vergleichend zu erforschen, wäre eine große Herausforderung.



## Literatur

- Abrahamson, Peter. 1995. Welfare pluralism: Towards a new consensus for a European social policy? In: *Current Politics and Economics of Europe* 5, no. 1: S. 29-42.
- Adams, Robert, (ed.). 1996. *The personal social services: Clients, consumers or citizens?*, Longman social policy in Britain series. London, New York: Longman.
- Alber, Jens. 1995. A framework for the comparative study of social services. In: *Journal of European Social Policy* 5, no. 2: S. 131-149.
- Alber, Jens, Guillemard, Anne-Marie und Walker, Alan. 1993. *Ältere Menschen in Europa: Wirtschafts- und Sozialpolitik. Bericht 1993 der europäischen Beobachtergruppe*. Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Generaldirektion V, Beschäftigung, Arbeitsbeziehungen und soziale Angelegenheiten.
- Alber, Jens und Schölkopf, Martin. 1999. *Seniorenpolitik: Die soziale Lage älterer Menschen in Deutschland und Europa*. Amsterdam: G+B Verlag Fakultas.
- Alfandari, Elie. 1989. *Action et aide sociales*. Paris: Dalloz.
- Anheier, Helmut K. und Salamon, Lester M. 1993. Die internationale Systematik der Nonprofit-Organisationen. Zur Definition und Klassifikation des "Dritten Sektors" intermediärer Organisationen. Bauer, Rudolph (ed.). *Intermediäre Nonprofit-Organisationen in einem neuen Europa*. Studien zur vergleichenden Sozialpädagogik und internationalen Sozialarbeit. Rheinfelden, Berlin: Schäuble Verlag.
- Anheier, Helmut K., Priller, Eckhard u.a. (ed.). 1997. *Der Dritte Sektor in Deutschland. Organisationen zwischen Staat und Markt im gesellschaftlichen Wandel*. Berlin: edition sigma.
- Anttonen, Anneli and Sipilä, Jorma. 1996. European social care services: Is it possible to identify models? In: *Journal of European Social Policy* 6, no. 2: S. 87-100.
- Archambault, Edith. 1996. *Le secteur sans but lucratif. Associations et Fondations en France*. Paris: Economica.
- Archambault, Edith. 1997. *The nonprofit sector in France*. Johns Hopkins Nonprofit Sector Series, 3. Manchester, New York: Manchester University Press.
- Bäcker, Gerhard, Heinze, Rolf G. und Naegele, Gerhard. 1995. *Die Sozialen Dienste vor neuen Herausforderungen*. Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik, Münster: Lit.
- Backhaus-Maul, Holger und Olk, Thomas. 1994. Von Subsidiarität zu "outcontracting": Zum Wandel der Beziehungen von Staat und Wohlfahrtsverbänden in der Sozialpolitik. Streeck, Wolfgang (ed.) *Staat und Verbände. Politische Vierteljahresschrift*, Sonderheft 25. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 100-135.
- Badelt, Christoph. 1999. Ehrenamtliche Arbeit im Nonprofit Sektor. In: Badelt, Christoph (ed.). *Handbuch der Nonprofit Organisation: Strukturen und Management*. 2. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Badura, Bernhard und Gross, Peter. 1976. *Sozialpolitische Perspektiven. Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen*. München: Piper.
- Bahle, Thomas, Fuduli, Katherina, Holzer, Beatrix und Maucher, Mathias. 1998. *Eine familienpolitische Datenbank für Europa*. Mannheim: MZES Arbeitspapier.
- Bauer, Rudolph and Thränhardt, Anna-Maria, (eds.). 1987. *Verbandliche Wohlfahrtspflege im internationalen Vergleich*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Brenton, Maria. 1985. *The Voluntary Sector in British Social Services*. Social Policy in Modern Britain. London, New York: Longman.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, (ed.). 1998. *Erster Bericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 1. Januar 1995*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (ed.). 1994. *Betreutes Wohnen in Europa*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 41. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (ed.). 1996. *Altenhilfe in Europa. Rechtliche, institutionelle und infrastrukturelle Bedingungen*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 132.1.
- Byrne, Liam. 1996. *Local Government Transformed*. Manchester: Baseline Book.
- Cabrero, Gregorio Rodríguez and Codorniú, Julia Monserrat, (eds.). 1996. *Las entidades voluntarias en España. Institucionalización, estructura económica y desarrollo asociativo*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Campling, Jo. 1996. *The Personal Social Services*. Edinburgh: Addison Wesley.
- Cohen, Brownen and Hagen, Unni. 1997. *Children's Services: Shaping up for the Millenium*. Edinburgh: The Stationery Office.
- Ceccaldi, Dominique. 1993. *Les institutions sanitaires et sociales*. Paris: Foucher.
- Dechamps, Anna. 1989. *Volunteers und ehrenamtliche Helfer. Ein deutsch-englischer Vergleich*. Bad Heilbrunn/Obb. Klinkhardt.
- Eichhorn, Peter. (ed.) 1996. *Freie Wohlfahrtspflege in Europa aus betriebswirtschaftlicher Sicht I: Länderstudien Frankreich, Großbritannien und Italien*. Baden-Baden: Nomos.
- Eichhorn, Peter. (ed.) 1998. *Freie Wohlfahrtspflege in Europa aus betriebswirtschaftlicher Sicht II: Länderstudien Niederlande, Österreich, Schweden und Spanien*. Baden-Baden: Nomos.
- Escobedo, Anna. 1999. *Features of the Spanish Welfare Mix*. Barcelona: unveröffentlichtes Manuskript.
- Esping-Andersen, Gosta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, Gosta. 1999. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- EU Commission. 1993. *European Observatory on Old Age*. Unpublished. EU Commission.
- EU Commission Directorate General V, (ed.). 1996. *A review of services for young children in the European Union 1990-1995*. London: European Commission Network on Childcare.
- EU Commission. 1997. *Schlüsselzahlen zum Bildungswesen in der Europäischen Union*, Luxemburg.
- EUROSTAT. 1999. *Social protection, expenditure and receipts: European Union, Iceland and Norway. Data 1980-1996*. Population and social conditions. Theme 3. Luxembourg: Office for official publications of the European Communities.
- Evandrou, Maria and Falkingham, Jane. 1998. The Personal Social Services. In: Glennerster, Howard and Hills, John (eds.). *The State of Welfare. The Economics of Social Spending*. Oxford: Oxford University Press. S. 189-256.

- Evers, Adalbert. 1995. Part of the welfare mix: The third sector as an intermediate area. In: *Voluntas* 6, no. 2: S. 159-182.
- Evers, Adalbert und Olk, Thomas. 1996. Wohlfahrtspluralismus. Analytische und normativ-politische Dimensionen eines Leitbegriffs. In: Evers, A. und Olk, Thomas (eds.). *Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 9-60.
- Flaquer, Lluís. 1998. Länderbericht Spanien. In: Flora, Peter und Franz Rothenbacher, eds.. *Family Change and Family Policy in Southern Europe*. Mannheim: unveröffentlichtes Manuskript.
- Flora, Peter (ed.). 1986 u.a. *Growth to Limits. The Western European Welfare States Since World War II*, 5 vols., Berlin: de Gruyter.
- Flora, Peter and Sheila Kamerman and Alfred Kahn (eds.). 1998 u.a.. *Family Change and Family Policies in the West*, 5 vols. with country studies (forthcoming). Oxford University Press.
- Glendinning, Caroline, (ed.). 1998. *Rights and realities. Comparing new developments in long-term care for older people*. Bristol: Policy Press.
- Goldsmith, Mike. 1999. Local Politics in Europe. In: Balme, Richard and Faure, Alain and Mabileau, Albert (eds.). *Les nouvelles politiques locales. Dynamiques de l'action publique*. Paris: Presses de Sciences Po.
- Goll, Eberhard. 1991. *Die freie Wohlfahrtspflege als eigener Wirtschaftssektor: Theorie und Empirie ihrer Verbände und Einrichtungen*. Baden-Baden: Nomos.
- Guillén, Ana M. 1997. Welfare State Development in Spain. A Historical and Explanatory Approach. In: Ascoli, Ugo and Bouget, Denis et al.: *Comparing Social Welfare Systems in Southern Europe*, Volume 3: France - Southern Europe, MIRE.
- Häusler, Eveline, und Pantenburg, Stephan. Wohlfahrtsorganisationen in Frankreich und Großbritannien. In: *Caritas* 94, 1993, S. 451-462.
- Hamberger, Franz und Höffer-Mehlmer, Markus. 1993. Intermediäre Organisationen und die Modernisierung der Wohlfahrtspflege. Das Beispiels Spaniens unter Franco und nach 1975. In : Bauer, Rudolph. (ed.). *Intermediäre Nonprofit-Organisationen in einem neuen Europa*. Rheinfelden und Berlin: Schäuble Verlag.
- Hauser, Heike. 2000. *Politik für Behinderte in Deutschland und England im Vergleich*. Universität Mannheim: Diplomarbeit.
- Heinze, Rolf G. and Olk, Thomas. 1981. Die Wohlfahrtsverbände im System sozialer Dienstleistungsproduktion. Zur Entstehung und Struktur der bundesrepublikanischen Verbändewohlfahrt. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 33, no. 4: S. 94-114.
- Hesse, Joachim Jens and Sharpe, Laurence J. 1991. Local government in international perspective: Some comparative observations. In: Hesse, Joachim Jens. (ed.). *Local government and urban affairs in international perspective: Analysis of 20 Western industrialised countries*. Baden-Baden: Nomos.
- Holzer, Beatrix. 1999. *Die Institutionalisierung von Kinderbetreuungseinrichtungen in Großbritannien und Deutschland im Vergleich*. Universität Mannheim: Diplomarbeit.
- Hutten, Jack B. F. and Kerkstra, Ada, (eds.). 1996. *Home care in Europe. A country-specific guide to its organization and financing*. Aldershot: Ashgate.
- Igl, Gerhard. 1992. Soziale Sicherung und Versorgung in Frankreich. In: *Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht (ZIAS)* 6: S. 233-275.

- Jacobzone, Stephane. 1999. *Ageing and care for frail elderly persons: An overview of international perspectives*. Labour market and social policy - Occasional papers, 38. Paris: OECD.
- Jamieson, Anne, (ed.). 1991. *Home Care for older people in Europe. A comparison of policies and practices*. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press.
- Kahn, Alfred J. and Kamerman, Sheila B. 1976. The Personal Social Services: Policy, Program, and Implementation. In: Kahn, Alfred J. and Kamerman, Sheila B. (eds.). *Social Services in International Perspective. The Emergence of the Sixth System*. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office. S. 361-400.
- Kalisch, David W. Aman, Tetsuya, and Buchele, Libbie A. 1998. *Social and health policies in OECD countries: A survey of current programmes and recent developments. Annex: Tables and charts*, Labour market and social policy. Occasional papers, 33. Paris: OECD.
- Kamerman, Sheila B. and Kahn, Alfred. 1997. *Family Change and Family Policies in Great Britain, Canada, New Zealand and the United States*. Oxford: Clarendon Press.
- Kendall, Jeremy and Knapp, Martin. 1996. *The voluntary sector in the United Kingdom*. Johns Hopkins Nonprofit Sector Series, 8. Manchester, New York: Manchester University Press.
- Klausen, Kurt Klaudi and Selle, Per. 1996. The Third Sector in Scandinavia. In: *Voluntas* 7, no. 2: 99-122.
- Kohl, Jürgen. 1999. Wohlfahrtsstaatliche Regimetypen im Vergleich. In: Glatzer, Wolfgang and Ostner, Ilona. (eds.). *Deutschland im Wandel. Sozialstrukturelle Analysen*. Sonderband der Zeitschrift *Gegenwartskunde* 11. Opladen: Leske & Budrich.
- Lewis, Jane (ed.). 1998. *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*. Aldershot: Ashgate
- Laroque, Michel. 1990. *Politiques sociales dans la France contemporaine. Le social face a l'avenir*. 3. überarb. u. erw. Aufl. Collection "Les Grands Actuels". Paris: Ed. S.T.H.
- Loges, Frank. 1992. Wohlfahrtsorganisationen in Europa: Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*. 10: S. 381-386.
- Lundström, Tommy. 1996. The state and voluntary social work in Sweden. In: *Voluntas*, 7, S. 123-146.
- Lundström, Tommy and Wijkström, Filip. 1997. *The nonprofit sector in Sweden*. Johns Hopkins Nonprofit Sector Series, 11. Manchester, New York: Manchester University Press.
- Mabileau, Albert. 1996. *Kommunalpolitik und Verwaltung in Frankreich. Das 'lokale System' Frankreichs*. Basel: Birkhäuser.
- Means, Robin and Smith, Randall. 1994. *Community Care. Policy and Practice*. Public Policy and Politics. Houndmills et al.: Macmillan Press LTD.
- Munday, Brian, (ed.). 1992. *Social Services in the Member States of the European Community: A Handbook of Information and Data*. Canterbury: University of Kent.
- Munday, Brian and Ely, Peter, (eds.). 1996. *Social Care in Europe*. London et. al.: Prentice Hall.
- Nicolaysen, Bente. 1999. *How new ist the 'new pluralist system of care'? Non-statutory providers in the Norwegian childcare market, 1980-1995*. Mannheim: MZES (unveröffentlichtes Manuskript).
- OECD, (ed.). 1994. *Private sector involvement in the delivery of social welfare services: Mixed models from OECD countries*. Leed Notebooks. Local Economic and Employment Development. (OCDE/GD (94) 69), 19. Paris: OECD.

- OECD, (ed.). 1996. *Caring for frail elderly people. Policies in evolution*. Paris: OECD.
- OECD, (ed.). 1996. *Social Expenditure Statistics of OECD Members Countries. Provisional Version*. Labour Market and Social Policy. Occasional Papers, 17. Paris: OECD.
- OECD, (ed.). 1999. *A Caring World. The New Social Policy Agenda*. Paris: OECD.
- Olk, Thomas. 1991. *Ehrenamtliche Arbeit in England*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Page, Edward C. 1991. *Localism and Centralism in Europe. The Political and Legal Bases of Local Self-Government*. Comparative European Politics. Oxford: Oxford University Press.
- Page, Edward C. and Goldsmith, Michael J. (eds.). 1987. *Central and Local Government Relations: A Comparative Analysis of West European Unitary States*. Sage Modern Politics Series, 13. London et. al.: Sage Publications Ltd.
- Prognos AG, (ed.). *Freie Wohlfahrtspflege im zukünftigen Europa. Soziale Sicherung und Versorgung im internationalen Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Niederlande, Spanien*. Studie der Prognos AG im Auftrag der Bank für Sozialwirtschaft GmbH. Köln: Bank für Sozialwirtschaft GmbH.
- Rauch, Dietmar. 1999. *Intermediäre Organisationen im Sozialbereich in Schweden*. Mannheim: Universität Mannheim: Diplomarbeit.
- Rostgaard, Tine. 1998. *Caring for Children and Older People. A Comparison of European Policies and Practices*. Florence, European University Institute: European Forum. Centre for Advanced Studies.
- Rostgaard, Tine and Fridberg, Torben. 1998. *Caring for Children and Older People - A Comparison of European Policies and Practices*. Social Security in Europe, 6. Copenhagen: Reproset.
- Salamon, Lester M. 1997. *The international guide to nonprofit law*. New York: John Wiley.
- Salamon, Lester M. and Anheier, Helmut K. (eds.). 1997. *Defining the Nonprofit Sector. A cross-national analysis*. Johns Hopkins Nonprofit Sector Series, 4. Manchester, New York: Manchester University Press.
- Salamon, Lester M. und Anheier, Helmut K. 1997. Der Nonprofit-Sektor im internationalen Vergleich: Ein theoretischer Versuch. In: Schauer, Reinbert, Anheier, Helmut K. and Blümle, Ernst-Bernd (eds.). *Der Nonprofit Sektor im Aufwind - zur wachsenden Bedeutung von Nonprofit-Organisationen auf nationaler und internationaler Ebene*. Linz: Universitätsverlag Rudolf Trauner.
- Salamon, Lester M. and Anheier, Helmut K. 1996. *The emerging nonprofit sector. An overview*. Johns Hopkins Nonprofit Sector Series, 1. Manchester, New York: Manchester University Press.
- Sanchez, Jean-Louis. 1993. *L'action sociale décentralisée. Bilan et perspectives*. Paris: Edition Odas.
- Schmid, Josef. 1996. *Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherungssysteme in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schmid, Josef. 1996. *Wohlfahrtsverbände in modernen Wohlfahrtsstaaten. Soziale Dienste in historisch-vergleichender Perspektive*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schölkopf, Martin. 1999. Altenpflegepolitik - an der Peripherie des Sozialstaats? Die Expansion der Pflegedienste zwischen Verbändewohlfahrt, Ministerialbürokratie und Parteien. In: *Politische Vierteljahresschrift* 40, no. 2: S. 246-278.

- Schölkopf, Martin. 1998. Die Altenpflege und die Daten: Zur quantitativen Entwicklung der Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen. In: *Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik*. 47, no. 1: S. 1-9.
- Schulte, Bernd. 1996. Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (ed.). *Altenhilfe in Europa. Rechtliche, institutionelle und infrastrukturelle Bedingungen - Vergleichender Gesamtbericht*, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 132.1. Stuttgart, Berlin Köln: Kohlhammer.
- Seibel, Wolfgang. 1999. Der Nonprofit Sektor in Deutschland. In: Badelt, Christoph (ed.). *Handbuch der Nonprofit Organisation: Strukturen und Management*. 2. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Sipilä, Jorma. 1997: *Social care services: The key to the Scandinavian Welfare Model*. Aldershot: Ashgate.
- Thévenet, Amédée. 1995. *Les institutions sanitaires et sociales de la France*. 4. ed. Paris: Presses Universitaires de France.
- Thévenet, Amédée. 1998. *L'aide sociale en France*. 7. ed. Paris: Presses Universitaires de France.
- Walker, Alan and Maltby, Tony. 1997. *Ageing Europe*. Rethinking Ageing Series. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Weekers, Sylvia & Pijl Marja. 1998. *Home Care and Care allowances in the European Union*. Utrecht: Netherlands Institute of Care and Welfare (NIZW).
- Wijkström, Filip. 1997. The Swedish nonprofit sector in international comparison. In: *Annals of Public and Cooperative Economics* 68, no. 4: S. 625-663.
- Wistow, Gerald, Knapp, Martin, Hardy, Brian, and Allen, Caroline. 1994. *Social Care in a Mixed Economy*. Public Policy and Management Series. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

## Anhang

**ÜBERSICHT A1. Einrichtungen zur Betreuung von Kindern im Vorschulalter in den  
Ländern der EU und Norwegen, ca. 1996<sup>a</sup>**

Land	Einrichtungstypen und Altersgruppen		
	Organisierte Betreuung durch Tagesmütter	Kindertagesstätten	Vorschulische Einrichtungen
Belgien	<i>Services de gardiennes encadrés/Dienst voor opvanggezinnen</i> (0-3, selten 0-6)	<i>Crèche/Kinderdagverblijf</i> (0-3) <i>Prégardiennat/Peutertuin</i> (1,5-3) <i>Maison communale d'accueil</i> (0-6) <sup>b</sup>	<i>Ecole maternelle/Kleuterschool</i> (2,5-6)
Dänemark	<i>Kommunal dagpleje</i> (0-3, selten 0-6)	<i>Vuggestuer</i> (0-3), <i>Bornehaver</i> (3-6), <i>Aldersintegrerede institutioner</i> (0-6 u. älter)	<i>Bornehaveklasser</i> (ab 5)
Deutschland	-	<i>Kinderkrippen</i> (0-3) <i>Kindergärten</i> (3-6)	<i>Vorklassen</i> (5-6) <sup>c</sup>
Griechenland	-	<i>Vrefikos stathmos</i> (0-3) <i>Pedikos stathmos</i> (2,5-6)	<i>Nipiagogion</i> (4-6)
Spanien	-	<i>Guardería infantil</i> (0-3 oder 3-6)	<i>Escuela infantil</i> (0-3; 3-6; oder 0-6)
Frankreich	<i>Crèche familiale/assistante maternelle agréée</i> (0-3)	<i>Crèche collective/parentale</i> (0-3) <i>Halte-garderie</i> (0-6) <i>Jardin d'enfant</i> (2-6)	<i>Ecoles maternelles</i> (2-6)
Irland	-	<i>Day nursery</i> (0-5) <i>Playgroup</i> (3-6)	<i>Preschool centres</i> (2-6) <sup>d</sup> <i>Early primary education</i> (4-5) <sup>e</sup>
Italien	-	<i>Asilo nido</i> (0-3)	<i>Scuola materna</i> (3-6)
Niederlande	<i>Gastouderbureau<sup>f</sup></i>	<i>Kinderdagverblijf</i> (0-4) <i>Crèche</i> (0-4) <sup>g</sup> <i>Peuterspeelzaal</i> (2-3)	<i>Basisonderwijs</i> (ab 4) <sup>e</sup>
Österreich	-	<i>Kinderkrippen</i> (0-3) <i>Kindergärten</i> (3-6)	-
Portugal	<i>Creche familiar</i> (0-3)	<i>Creche</i> (0-3) <i>Jardim de infancia</i> (3-6)	<i>Jardim de infancia de rede publica</i> (3-6)
Finnland	<i>Perhepäivähoito</i> (0-7) <sup>h</sup>	<i>Päiväkoti</i> (0-7)	<i>Peruskoulu</i> (ab 6)
Schweden	<i>Familjedaghem</i> (0-7)	<i>Daghem</i> (0-7) <i>Deltidsgrupp</i> (4-7)	<i>Skola</i> (ab 6) <sup>e</sup>
England/ Wales	(--) <sup>i</sup>	<i>Day nursery</i> (0-5) <i>Playgroup</i> (2-5)	<i>Nursery education</i> (3-5) <i>Reception class</i> (ab 4) <sup>e</sup>
Norwegen	<i>Familjebarnhager</i> (0-5)	<i>Barnhager</i> (3-5)	-

*Legende: kursiv: Name der Einrichtung in Originalsprache;*

*kursiv: Kindertagesstätte mit Bildungsfunktion (mit pädagogisch ausgebildetem Personal).*

<sup>a</sup> In den meisten Ländern beginnt die Schulpflicht mit 6 Jahren. Ausnahmen sind Dänemark, Finnland und Schweden (7 Jahre) sowie Großbritannien und die Niederlande (jeweils mit 5 Jahren).

<sup>b</sup> Nur in französischsprachiger Gemeinschaft.

<sup>c</sup> Nur in wenigen Bundesländern.

<sup>d</sup> Nur für Risikogruppen in bestimmten Regionen.

<sup>e</sup> Frühere Einschulung.

<sup>f</sup> Nur Vermittlungstätigkeit.

<sup>g</sup> Betriebliche, Elterninitiativen und andere Einrichtungen.

<sup>h</sup> Unterschiedliche Formen.

<sup>i</sup> Gemeinden können für Bezieher niedriger Einkommen Zuschuß für Tagesmütter bezahlen.

Quellen: *EU Commission General Directorate V. 1996; EU Commission 1997; Rostgaard/Fridberg 1998; MZES Familienpolitische Datenbank o.J.*

## ÜBERSICHT A2. Kinderbetreuungseinrichtungen: öffentliche Zuständigkeit und Finanzierung<sup>a</sup>

Land		Organisierte Betreuung durch Tagesmütter	Kindertagesstätten	Vorschulische Einrichtungen
Belgien	Zuordnung	Sozialbereich	Sozialbereich	Bildungswesen
	Zuständigkeit	Gemeinschaften <sup>b</sup>	Gemeinschaften <sup>b</sup>	Gemeinschaften
	Finanzierung	Gemeinschaften, Regionen, Sozialversicherung <sup>c</sup> , Gemeinden	Gemeinschaften, Regionen, Sozialversicherung <sup>c</sup> , Gemeinden	Gemeinschaften
Dänemark	Zuordnung	Sozialbereich	Sozialbereich	Bildungswesen
	Zuständigkeit	Sozialministerium und Gemeinden	Sozialministerium und Gemeinden	Bildungsministerium und Gemeinden
	Finanzierung	Gemeinden	Gemeinden	Gemeinden
Deutschland	Zuordnung	– <sup>d</sup>	Sozialbereich <sup>e</sup>	Bildungswesen
	Zuständigkeit	–	Bund, Länder und Gemeinden	Länder und Gemeinden
	Finanzierung	–	–	–
Griechenland	Zuordnung	–	Sozialbereich	Bildungswesen
	Zuständigkeit	–	Sozial- und Innenministerium und lokale Sozialbehörden	Bildungsministerium und lokale Schulbehörden
	Finanzierung	–	Gemeinden	Zentralstaat
Spanien	Zuordnung	–	Bildungsbereich <sup>f</sup>	Bildungswesen
	Zuständigkeit	–	Bildungsministerium, <i>Comunidades autónomas</i> <sup>g</sup> und lokale Schulbehörden	Bildungsministerium, <i>Comunidades autónomas</i> <sup>g</sup> und lokale Schulbehörden
	Finanzierung	–	<i>Comunidades autónomas</i> , Zentralstaat, Gemeinden	<i>Comunidades autónomas</i> , Zentralstaat, Gemeinden
Frankreich	Zuordnung	Sozialbereich	Sozialbereich	Bildungswesen
	Zuständigkeit	Sozialministerium, <i>départements</i> (Sozialbehörden) und lokale Sozialbehörden	Sozialministerium, <i>départements</i> (Sozialbehörden) und lokale Sozialbehörden	Bildungsministerium und Gemeinden <sup>h</sup>
	Finanzierung	Gemeinden, <i>départements</i> , Sozialversicherung <sup>i</sup>	Gemeinden, <i>départements</i> , Sozialversicherung <sup>i</sup>	Zentralstaat, Gemeinden
Irland	Zuordnung	–	Sozialbereich	Bildungswesen
	Zuständigkeit	–	Gesundheitsministerium und regionale Gesundheitsbehörden	Bildungsministerium und lokale Schulbehörden
	Finanzierung	–	Regionale Gesundheitsbehörden	Zentralstaat
Italien	Zuordnung	–	Sozial- und Bildungsbereich	Bildungswesen
	Zuständigkeit	–	Gesundheitsministerium und Bildungsabteilungen der Gemeinden	Bildungsministerium und lokale Bildungseinrichtungen



## ÜBERSICHT A2. (Fortsetzung)

Land		Organisierte Betreuung durch Tagesmütter	Kindertagesstätten	Vorschulische Einrichtungen
Niederlande	Finanzierung		Gemeinden und Regionen	Zentralstaat und Regionen
	Zuordnung	Sozialbereich	Sozialbereich	Bildungswesen
	Zuständigkeit	Gesundheits- und Sozialministerium, Gemeinden	Gesundheits- und Sozialministerium, Gemeinden	Bildungs- und Kulturministerium und lokale Schulbehörden
Österreich	Finanzierung	Gemeinden	Gemeinden, Arbeitgeber <sup>f</sup>	Zentralstaat
	Zuordnung	–	Sozialbereich	–
	Zuständigkeit	–	Bundesfamilienministerium, Jugend-/Sozialbehörden der Bundesländer, Gemeinden	–
Portugal	Finanzierung	–	Bundesländer und Gemeinden	–
	Zuordnung	Sozialbereich	Sozialbereich	Bildungswesen
	Zuständigkeit	Sozialministerium und lokale Sozialbehörden	Sozialministerium und lokale Sozialbehörden	Bildungsministerium und lokale Schulbehörden
Finnland	Finanzierung	k.A.	Zentralstaat	Zentralstaat
	Zuordnung	Sozialbereich	Sozialbereich	Bildungswesen
	Zuständigkeit	Sozial- und Gesundheitsministerium und Gemeinden	Sozial- und Gesundheitsministerium und Gemeinden	Bildungsministerium und lokale Schulbehörden
Schweden	Finanzierung	Gemeinden	Gemeinden, Staat	Staat und Gemeinden
	Zuordnung	Sozialbereich	Bildungsbereich	Bildungsbereich
	Zuständigkeit	Sozialministerium, Bezirksbehörden und Gemeindesozialbehörden	Bildungsministerium, Bezirksbehörden und Gemeindesozialbehörden	Bildungsministerium, Bezirksbehörden und Gemeindesozialbehörden
England/Wales	Finanzierung	Gemeinden	Gemeinden, Staat	Gemeinden, Staat
	Zuordnung	Sozialbereich	Sozialbereich	Bildungswesen
	Zuständigkeit	Gemeinden	Gesundheits- und Sozialministerium und lokale Sozialbehörden	Bildungsministerium und lokale Bildungsbehörden
	Finanzierung	(keine öffentliche Finanzierung)	Gemeinden	Zentralstaat und Gemeinden

<sup>a</sup> Ohne Elternbeiträge und Eigenleistungen anbietender Nonprofit-Organisationen.

<sup>b</sup> Spezielle Institutionen: Kind en Gezin (Flämische Gemeinschaft), Office de la Naissance et de l'Enfance (französischsprachige Gemeinschaft), Dienst für Kind und Familie (deutschsprachige Gemeinschaft).

<sup>c</sup> Caisses d'allocations familiales (Familiensozialversicherungskassen).

<sup>d</sup> - = nicht vorhanden

<sup>e</sup> In manchen Bundesländern Bildungsbereich.

<sup>f</sup> Seit 1990.

<sup>g</sup> 1996: 7 von 17 mit voller Autonomie.

<sup>h</sup> Nur für ergänzende soziale Dienste.

<sup>i</sup> *Caisses d'allocations familiales* (Familiensozialversicherungskassen).

<sup>j</sup> Arbeitgeber kaufen Platzkontingente für ihre Angestellten.

k.A. = keine Information in der Literatur.

**ÜBERSICHT A3. Stationäre Pflegeeinrichtungen: Regulierung und Finanzierung, ca. 1996**

Land	Einrichtungen <sup>a</sup>	Regulierung/Angebot	Finanzierung
Dänemark	<i>Plejhjem</i> (1) <sup>b</sup>	Gemeinde	Gemeinde
Schweden	<i>Särskilda boende</i> (1 und 2)	Gemeinde	Gemeinde, Staat
Finnland	<i>Vanhainkoti</i> (2)	Gemeinde	Staat, Gemeinde
Niederlande	<i>Verpleeghuizen</i> (1) <i>Verzorgingshuizen</i> (2)	Regionale Gesundheits- und Sozialbehörden/Gemeinden	Pflegeversicherung <sup>c</sup>
England/Wales	<i>Nursing home</i> (1) <i>Residential home</i> (2)	Gesundheitsbehörden/ Gemeinden	Gesundheitsbehörden, Gemeinden
Frankreich	<i>Maison de retraite - section médicale</i> (1) <i>Maison de retraite</i> (2)	Regionen/départements	Krankenversicherung, départements
Deutschland	<i>Pflegeheim</i> (1) <i>Altenheim</i> (2)	Gemeinden und Kreise	Pflegeversicherung, Kommunen

<sup>a</sup> Typ (1): überwiegend Pflege; Typ (2): überwiegend Wohnen.

<sup>b</sup> *kursiv* = Originalsprachliche Namen der Einrichtungen/Dienste.

<sup>c</sup> AWBZ: Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten (Allgemeines Gesetz über besondere Krankheitskosten; Pflegeversicherung).

Quelle: Rostgaard/Fridberg 1998.

#### ÜBERSICHT A4. Merkmale der Sektoren der Wohlfahrtsproduktion

Institution	Markt	Staat	Gemeinschaft	Zivilgesellschaft
Sektor der Wohlfahrtsproduktion	Markt-Sektor	Staats-Sektor	informeller Sektor / Sektor der Haushaltsproduktion	Nonprofit-Sektor / intermediärer Bereich
1. Prinzip der Handlungs- koordination	Wettbewerb	Hierarchie	Persönliche Verpflichtung	Freiwilligkeit
2. zentraler kollektiver Akteur (Angebotsseite)	Unternehmen	öffentliche Verwaltungen	Familien (Nachbarschaften, er- weiterte Verwandtschafts- netze, Betriebskollegien, Freund- schaftsbeziehungen)	Assoziationen
3. Komplementärrolle auf der Nachfrageseite	Konsument, Kunde	Sozialbürger	Mitglied der Gemeinschaft (z.B. der Familie, Nation etc.)	Mitglied der Assoziation / Mitbürger
4. Zugangsregel	Zahlungsfähigkeit	legal verbürgte Anspruchsrechte	Askription / Kooptation	Bedürftigkeit
5. Austauschmedium	Geld	Recht	Wertschätzung / Achtung	Argumente / Kommunikation
6. zentraler Bezugswert	(Wahl-) Freiheit	Gleichheit	Reziprozität / Altruismus	Solidarität
7. zusätzliches Gütekriterium	Wohlstand	Sicherheit	persönliche Teilhabe	soziale und politische Aktivierung
8. zentrales Defizit	Ungleichheit, Negierung nicht monetarisierbarer Folgelasten	Vernachlässigung von Minderheitenbedürfnissen, Einschränkung von Dis- positionsfreiheiten, Ent- mutigung von Selbst- hilfemotiven	Einschränkung der Wahl- freiheit durch moralische Verpflichtung, Ausschluß von Nicht-Mitgliedern	ungleiche Verteilung der Leistungen und Güter, Pro- fessionalisierungsdefizite, reduzierte Effektivität der Management- und Organi- sationsstrukturen

Quelle: Evers und Olk 1996: 23.

## ÜBERSICHT A5. Das Johns Hopkins International Third Sector-Projekt

Eine breit angelegte komparative Studie zum dritten Sektor wurde Ende der 80er Jahre von Lester Salamon und Helmut Anheier vom Johns Hopkins Institute for Policy Studies in Baltimore initiiert.<sup>26</sup> Das Projekt geht von der These eines bislang vernachlässigten und in seiner Bedeutung unterschätzten gesellschaftlichen Bereiches aus: dem sogenannten dritten Sektor, der neben Staat und Markt einen wesentlichen Wirtschaftsfaktor darstellt und seit den 80er Jahren in vielen Ländern überproportionale Wachstumsraten aufweist (Salamon und Anheier 1996: 26).

Die Abgrenzung des Nonprofit-Sektors erfolgt auf empirischer Grundlage: Der Nonprofit-Sektor eines Landes umfaßt jeweils die Gesamtheit der Nonprofit-Organisationen. Zur Klassifizierung von Organisationen werden 5 Merkmale herangezogen. Demnach sind zum Nonprofit-Sektor diejenigen Organisationen zu rechnen, die formal strukturiert, organisatorisch unabhängig vom Staat, nicht gewinnorientiert, eigenständig verwaltet und zu einem gewissen Grad von freiwilligen Beiträgen und von Freiwilligenarbeit getragen werden (Salamon/Anheier 1997: 33f.) *Formal strukturiert* impliziert jede Art von 'organisatorischer Permanenz' (z.B. regelmäßige Treffen, Verfahrensregeln, usw.); dagegen sind weder schriftliche Satzung noch Registrierung der Organisation notwendig. Als *organisatorisch unabhängig* vom Staat gelten Organisationen, in deren Leitungsgremien keine Regierungsmitglieder vertreten sind. Dagegen spricht eine überwiegende Finanzierung durch öffentliche Gelder nicht für eine organisatorische Abhängigkeit. *Nicht gewinnorientiert* bedeutet, daß Gewinne aus eigenen erwerbswirtschaftlichen Aktivitäten dem Organisationszweck zugute kommen, keinesfalls aber an Mitglieder der Organisationen ausgeschüttet werden. *Eigenständige Verwaltung* impliziert Selbstverwaltung der Mittel sowie Kontrolle der Aktivitäten im Hinblick auf den Organisationszweck. Zuletzt dürfen nonprofit Organisationen keine Zwangsvereinigungen darstellen, sondern müssen zum Teil von *freiwilligen Leistungen* (in Form von Spenden und/ oder Freiwilligenarbeit) getragen sein. Die genaue Prüfung, ob eine Organisation den Kriterien entspricht, muß oft am Einzelfall durch Experten vorgenommen werden.

Eine weitere Abgrenzung des Johns Hopkins-Projektes betrifft die Klassifizierung der Organisationen mithilfe der 'International Classification of Nonprofit Organizations' (ICNPO) nach Haupttätigkeitsbereichen. Diese gruppiert die ausgewählten Nonprofit-Organisationen nach ihrem Haupt-Tätigkeitsfeld (z.B. würde ein Forschungsinstitut im Bereich Gesundheit unter Forschung klassifiziert, nicht unter Gesundheit).<sup>27</sup> Die ICNPO-Klassifikation ist im wesentlichen aus der 'International Standard Industrial Classification' (ISIC) der UN hervorgegangen. Sie entwickelt die relevanten Kategorien der ISIC-

---

<sup>26</sup> Das 'Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project' stellt einen internationalen Projektverbund dar, der in einer ersten Projektphase Anfang der 90er Jahre Länderstudien in 13 entwickelten und weniger entwickelten Gesellschaften durchführte. In der derzeit laufenden zweiten Projektphase ist die Zahl der untersuchten Länder auf fast 30 angewachsen.

<sup>27</sup> Einheit der Analyse ist die Einrichtung oder Betriebsstätte, nicht die Organisation als solche, die verschiedene Einrichtungen oder Betriebsstätten unterhalten kann (Caritas in Deutschland und ihre Krankenhäuser). Als Schlüssel für die Einordnung verwendet die ICNPO die Kategorie 'wirtschaftliche Tätigkeit' und Einrichtungen

Klassifikation weiter im Hinblick auf die Einbeziehung von Nonprofit-Organisationen (vgl. die Gegenüberstellung in Salamon/Anheier 1997: 51ff).<sup>28</sup>

Die Datenerhebung folgte in den einzelnen Ländern jeweils unterschiedlichen Strategien. In einzelnen Ländern standen kompakte nationale Daten- und Informationsquellen zur Verfügung, die eine relativ gute Quantifizierung des Sektors nach der Beschäftigtenstruktur sowie Tätigkeitsfeldern erlaubte (wie z.B. in Deutschland mit der Arbeitsstättenzählung sowie den statistischen Erhebungen zu den Aktivitäten der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege), während in anderen Ländern die Merkmale des Feldes durch komplizierte Verfahren, z.B. Kombination verschiedener nationaler und regionaler Datenquellen, ergänzt durch Umfragen bei einzelnen Organisationen (wie z.B. im Falle Großbritanniens) ermittelt wurden.

Die Unterschiede in der Methode der Datenerhebung können hier nicht diskutiert werden. Ein generelles Problem des Ansatzes scheint jedoch in der volkswirtschaftlichen Orientierung des Konzepts des dritten Sektors zu liegen. Für Deutschland bedeutete dies, daß z.B. nur Organisationen mit mindestens 1 hauptamtlichen Beschäftigten aufgenommen wurden. Die große Zahl der Vereine, die keine hauptamtlichen Mitarbeiter beschäftigen, sind in der Arbeitsstättenzählung nicht erfaßt und damit in der Operationalisierung des Third Sector-Projektes für Deutschland unterrepräsentiert.

---

werden nach den von ihnen angebotenen Dienstleistungen und Gütern (z.B. Gesundheitsdienste, soziale Dienstleistungen, Umweltschutz) unterschieden.

<sup>28</sup> Im wesentlichen wird ISIC-Hauptgruppe 3 'Health and Social Work' aufgespalten in eine Gruppe Health und eine Gruppe Social Services, die 'Other Community and Social and Personal Services'- Kategorie wird in 8 Bereiche spezifiziert, und es wird eine neue Kategorie 6 'Development and Housing' eingeführt, die im wesentlichen den Aktivitäten von Nicht-Regierungsorganisationen in Entwicklungsländern Rechnung trägt.