

Pflegepolitik in der Diskussion

Grenzen und neue Aufgaben des Sozialstaats *

Von Adalbert Evers

Daß die Diskussion um die geplante neue Pflegeversicherung sich zugespitzt hat auf einen Streit um die Frage, wer zahlt, ist einerseits klärend. Daran zeigt sich, wie kontrovers heute tatsächlich die Meinungen darüber sind, was überhaupt finanzierbar ist, aber auch darüber, was an Risiken sozialstaatlich abgedeckt und was individuell getragen werden sollte. Andererseits verdeckt diese Debatte, daß Geld nur ein Gebiet neben anderen bezeichnet, auf dem sich die Frage nach den Grenzen und Aufgaben des Sozialstaats stellen läßt. Hinter der Frage, wer zahlt, steht z.B. die Frage, wer pflegt und wie die Qualität der Angebote insgesamt verbessert werden kann. Staatliche Politik kann hier auch durch Ordnungspolitik, Förderung von Innovationen, öffentliche Debatten und mehr Hilfen zur Selbsthilfe Einfluß nehmen. Überzeugende Politik ist auch – aber nicht nur – eine Frage des Geldes.

Der Entwurf zu einer Pflegeversicherung sieht z.B. das Recht auf eine bestimmte Zahl von Besuchen professioneller PflegerInnen und HelferInnen pro Monat oder wahlweise die Zahlung von Pflegegeldern an die Betroffenen vor. Nun gibt es Stimmen genug, die bezweifeln, daß mit diesen Formen der Intervention der ursprüngliche Anspruch auf eine bessere Pflege verwirklicht werden kann und so von den umstrittenen Finanzmitteln der beste Gebrauch gemacht wird. Die Möglichkeiten des Sozialstaats sind also nicht nur eine Frage des Geldes, oder anders, Grenzen der Finanzierbarkeit nicht gleichbedeutend mit den Grenzen des Sozialstaats überhaupt. Gerade wenn er als Geldverteilungsmechanismus und Dienstleistungsanbieter weniger tun kann, als viele erhoffen, wird es umso notwendiger, den Blick auf andere, bisher nicht deutlich genug erkannte oder unterbewertete Formen zu richten, in denen er gefordert wird und mehr als bisher tun kann und sollte. An vier beispielhaften Bereichen, wo die Trends besonders illustrativ sind, soll diese These belegt werden. Bezugspunkt ist dabei nicht unmittelbar die Bundesrepublik. Jüngste Entwicklungen in einer Reihe anderer Sozialstaaten in der europäischen Region liefern interessantes Anschauungsmaterial und ermöglichen es, auch für die Probleme hierzulande einige Schlußfolgerungen zu ziehen.

Verbesserte Bedingungen für Pflege in den Familien

In ganz Europa, ob in Schweden oder Spanien, werden mehr als 60 Prozent aller Hilfe- und Pflegeleistungen von den Familien, und hier wieder überwiegend von den Ehefrauen, Töchtern und Schwiebertöchtern erbracht. Der

m.E. wichtigste Trend, den wir in den meisten europäischen Ländern beobachten können, betrifft die erhöhte öffentliche Aufmerksamkeit für diese Leistungen. Gerade jetzt, wo deren Beiträge nicht mehr sicher scheinen, entdeckt man ihren Wert. Denn hier geht es um den mit Abstand wichtigsten Teil im Gesamtsystem von Institutionen und Verantwortlichkeiten für Hilfe und Pflege. Dabei sind die Beweggründe für diese erhöhte Aufmerksamkeit in den einzelnen europäischen Ländern sehr unterschiedlich. Konservative Familienideologie kann hier ebenso eine Rolle spielen, wie der Kampf der Frauen, denen es sowohl um die Anerkennung der großen gesellschaftlichen Bedeutung von nichtprofessionaler „Fürsorglichkeit“ als auch deren verbesserte materielle Sicherung und Anerkennung geht. Bei der Absicht, die private familiäre Pflege durch öffentliche Beiträge etwas zu erleichtern und zu unterstützen, sind in den letzten Jahren international dem Sozialstaat auf vier Ebenen neue Aufgaben zugewachsen; finanziell sind sie zu meist nicht sehr umfangreich, qualitativ jedoch bedeutsam:

1. neue Aufgaben auf der Ebene zusätzlicher Dienste und diesbezüglicher Rechte; das betrifft z.B. Fragen der Tages- und Kurzzeitpflege, der Förderung von Gruppen pflegender Angehöriger und einer stärkeren Sensibilisierung vorhandener Dienste für die schwierige Dreiecksbeziehung zwischen Angehörigen, KlientInnen und Professionellen.

2. Neue Aufgabenstellungen gibt es auf der Ebene arbeitsmarktbezogener Regelungen; hier ist z.B. Schweden zu nennen, wo man bis zu 30 Tage Pflegeurlaub bekommen, aber sich auch bei langfristigen Pflegeaufgaben als von der Kommune entgeltete Kraft anstellen lassen kann.

3. Neue Aufgaben stellen sich auch auf der Ebene der Konstruktion sozialer Sicherungen für pflegende Angehörige; hier haben die er-

sten im Zusammenhang der Pflegeversicherung geplanten Schritte in der Bundesrepublik international starke Beachtung gefunden.

4. Neue Entwicklungen können wir schließlich auch auf der Ebene direkter monetärer Entgelte beobachten; als eine Form der finanziellen Anerkennung von Bedarfen und Leistungen werden „Pflegegelder“ entweder direkt an die Pflegenden oder an die pflegebedürftigen Personen ausbezahlt.

Andere Formen öffentlicher Hilfen für Helfende beziehen sich vor allem auf die zweite, bislang eher unterschätzte Funktion, die helfenden Angehörigen im Rahmen der Dienstleistungsgesellschaft zugefallen ist – auf ihre Rolle als Anwälte, Moderatoren und Mitplanende bei der Erstellung von Pflegearrangements. Hier geht es ganz allgemein um nutzerfreundliche Dienste, aber speziell auch um verschiedene Formen von Information, Beratung und Unterstützung.

Die Infragestellung traditioneller Leitwerte und Orientierungsmuster verlangt im übrigen aber auch neue Beiträge der Politik und des Staates im Sinne der Förderung von öffentlichen Debatten, die helfen könnten, neue Maßstäbe zu gewinnen. Diese nicht finanzielle Dimension sozialstaatlicher Aufgaben unter dem Stichwort „Diskurspolitik“ ist bislang wohl ganz allgemein unterschätzt worden. Die Frage nach dem Status familiärer Hilfen enthält nämlich auch deshalb soviel Konfliktstoff und Schwierigkeiten, weil Öffentlichkeit und Politik bislang einer Diskussion darüber ausgewichen sind, ob es heute noch allgemein verbindliche Normen gibt oder geben kann, nach denen sich die Pflegeverpflichtungen der Angehörigen alter Menschen richten, wie sie aussehen und in welcher Form sie zur Grundlage staatlicher Politiken gemacht werden könnten. Angesichts einer weitgehend fehlenden öffentlichen Debatte über den zumutbaren Umfang familiärer Pflegeverpflichtungen ist es für Frauen und Töchter umso schwieriger, für sich eine Entscheidung zu treffen und schließlich in einer Pflege auszuhalten, zu der man sich einerseits nach wie vor verpflichtet fühlt, die aber gleichzeitig instinktiv auch als Zumutung und Diskriminierung empfunden wird.

Die verschiedenen Maßnahmen zeigen, wie man neue Aufgaben definiert, aber auch wie diese sozialstaatlichen Verpflichtungen das System vergleichsweise an Bedeutung verlieren. Vor allem zweierlei verdient hervorgehoben zu werden: 1. Ergänzende und unterstützende Dienste (z.B. Kurzzeitpflege, Information und Beratung) gewinnen gegenüber substitutiven Hilfen – die, wie im Extremfall das Pflegeheim, informelle Hilfen ersetzen – an Bedeutung. 2. Arten der öffentlichen Unterstützung erhalten mehr Gewicht, die nicht die Form der Dienstleistung annehmen, sondern (z.B. gezielte Form von Geldleistungen oder Freistellungsmöglichkeiten) auf das komplexere Problem

* Gekürzte Fassung der Antrittsvorlesung vom Februar 1994

der Schaffung einer unterstützenden Infrastruktur oder einer Umwelt zielen, die weniger rücksichtslos ist gegenüber Familien und Frauen. Der Sozialstaat wird also vergleichsweise wichtiger in der Dimension des „enabling“, der Befähigung gegenüber der Dimension der Versorgung. Und seine Rolle als Finanzier und Moderator von Entwicklungen wächst gegenüber seiner Rolle als Dienstleistungsstaat.

Gerade weil die Übernahme neuer Aufgaben sich im Kontext der Infragestellung oder des Abbaus traditioneller staatlicher Hilfen vollzieht, ist aber eine Bewertung dieser Veränderungen außerordentlich schwierig. Werden hier unterm Strich zusätzliche Rechte und Möglichkeiten geschaffen oder mit dem Verweis auf derartige Hilfen und Leistungen nur überproportionale Kürzungen bei den öffentlichen Angeboten gerechtfertigt?

Bessere Vermittlungsformen zwischen Angeboten und Bedürfnissen

Bei den Angeboten zur Hilfe und Pflege haben sich in vielen Teilen Europas Entwicklungen ergeben, die oft deshalb, weil sie schrittweise und zum Teil über lange Zeit erfolgten, in ihrer ganzen Tragweite nur unzureichend erfaßt wurden. Ich spreche hier von der über lange Zeit gewachsenen Vielfalt und dem unübersichtlichen Nebeneinander von Rechtssetzungen, Einrichtungen und Diensten im Bereich der Pflege und Hilfe. Kaum irgendwo sonst ist der Wohlfahrtsstaat in ähnlichem Ausmaß Opfer der eigenen, über viele Reformwerke, Gesetzesschritte und institutionelle Einzellösungen errungenen Erfolge geworden. Fragmentierungen können sich ergeben aus der Überlagerung und Sedimentierung verschiedener Gesetze und Vorschriften aus Regelungen, die jeweils Teilaspekte des Problems erfassen, aber auch aufgrund der zum Teil sprunghaft gewachsenen Zahl von Institutionen und Professionen im Hilfe- und Pflegebereich.

Bislang gibt es in fast allen europäischen Ländern eigentlich keine kohärente Antwort auf die sich damit ergebenden neuen Herausforderungen. In den nordischen Staaten mit ihren weitgehend öffentlichen und dezentralisierten Systemen ist es zwar gelungen, eine durchweg einheitliche lokale Zuständigkeit zu schaffen, so daß die Betroffenen relativ einfach einen Zugang zum Hilfesystem finden können. Aber das verhindert nicht, daß im Verlauf eines Pflegeprozesses verschiedene Institutionen und Personen auf je unterschiedliche Weise bestimmen, was notwendig ist, oder daß der Einfachheit halber Standardlösungen verordnet werden. Anders gesagt: Auch dort ist nicht gewährleistet, daß die richtigen, maßgeschneiderten Bündel von Hilfeleistungen verfügbar gemacht werden.



Wer pflegt? Zuhause meist die Gattinnen und Töchter.

Im Hinblick auf diese Probleme sind vor allem zwei Trends zukunftsbedeutsam. Eine wichtige Entwicklung, die vor allem von England ausgegangen ist, besteht in dem Diskurs über „consumerism“, also die Herstellung von mehr Konsumentenhoheit und Konsumentenfreiheit im Bereich der Dienste zur Pflege und Hilfe. Das hier gern benutzte Bild ist das eines offenen Marktes an Angeboten, die so strukturiert sind, daß sich die Betroffenen das ihrer Ansicht nach Beste herausholen und zusammenstellen können. Um Mißverständnisse zu vermeiden, gilt es zu betonen, daß dieser Diskurs nicht gleichgesetzt werden sollte mit der Orientierung auf Marktlösungen im Pflegebereich. Von bestimmten Markt Bereichen zu lernen, wie man dem gewachsenen Selbstbewußtsein von Nutzern und der Vielfalt ihrer Wünsche im eigenen Arbeitsstil Rechnung tragen kann, beinhaltet ja nicht notwendigerweise, den eigenen Status als öffentlicher oder freier Träger in Frage zu stellen.

Ein anderer, sehr konträrer Ansatz ist die englische Übernahme und Adaption von Techniken des „case management“. Hier geht es darum, daß eine spezielle Fachkraft mit den

Rechten und Möglichkeiten ausgestattet ist, nach einer Bestandsaufnahme der Bedarfssituation des jeweiligen Klienten ein entsprechendes Bündel an Hilfeleistungen zusammenzustellen und es mehr oder minder analog zur ärztlichen Verschreibung zu verordnen. Im englischen Kontext spielt dabei in einem Bild, das sich vereinfacht als das einer individualisierten Zuteilungswirtschaft kennzeichnen läßt, das Problem der bestmöglichen Verteilung knapper Ressourcen und der Vermeidung unsachgemäßer Leistungen eine große Rolle.

Bei aller Unterschiedlichkeit der beiden Ansätze ist ihnen gemeinsam, daß sie nach Dienstleistungsstrategien jenseits des bei uns so verbreiteten starren und uniformen Versorgungsdenkens suchen, das für die Probleme des nutzerzentrierten Aushandelns oder Konstruierens von Versorgungsarrangements keine Antenne hat. Als neue Lösungen besonders diskutierenswert sind hier z.B. Ansätze, wie sie bei einer modifizierten Übernahme der englischen „case management“-Experimente in den Niederlanden (Rotterdam) verfolgt worden sind. Das Profil des Pflegemanagers ist hier stärker das eines Anwalts- und Res-

sourcesbeschaffers für die Betroffenen, der ihren subjektiven Prioritäten mehr Raum gibt und zwar sowohl in bezug auf die rechtlich gesicherten Ansprüche als auch im Hinblick auf zusätzlich privat zu finanzierende Versorgungswünsche. Vielpersprechend erscheint mir diese Vorgehensweise, weil wir es hier mit einer subtilen Verschränkung von Elementen der beiden oben genannten Ansätze zu tun haben. Gegenüber dem „case management“ englischer Provenienz bietet sie für die Betroffenen mehr Mitentscheidungsmöglichkeiten, während im Unterschied zum Konzept des „consumerism“ mehr fachliche Einflußnahme und anwaltschaftliche Beratung vorgesehen sind.

Derartige innovative Ansätze machen nun aber auch deutlich, daß selbst von einer so bemühten sozialstaatlichen Institution, wie der besagten niederländischen Stadt Rotterdam, zugleich weniger und mehr geleistet wird, als man oft vom Sozialstaat verlangt. Eine passive Versorgungssicherheit, womöglich mit nach oben offenen Leistungsgrenzen, gibt es hier nicht. Die öffentlichen Mittel – Dienste und Geldleistungen – sind limitiert und knapp. Aber bei der Frage, wie man von ihnen und anderen, z.B. kommerziellen Angeboten, den bestmöglichen Gebrauch machen kann, helfen Institutionen des Gemeinwesens. Und so führen gerade die Einsicht in die Grenzen der öffentlichen Versorgungsmöglichkeiten, verbunden mit der Idee, die Klienten stärker als Ko-produzenten einer Lösung zu begreifen, zu neuen öffentlichen Aufgaben und Hilfeangeboten.

Realistischere Zielsetzungen für soziale Dienste

Eigentlich gibt es kein Land in Europa, in dem sich nicht eine „care gap“, also eine wachsende Lücke, entwickelt zwischen den informellen und formellen Ressourcen und Diensten auf der einen und dem, was allein aufgrund demographischer Verschiebungen bei gleichbleibendem Anspruchsniveau auf der anderen Seite an zusätzlichen Bedarfen zu prognostizieren ist. Interessant sind hier die Dilemmata der nordischen Länder, die ja über die vergleichsweise am stärksten entwickelten öffentlichen Angebote verfügen. In Dänemark, Schweden und Norwegen läßt sich nämlich zweierlei feststellen: (1.) Trotz absoluter Steigerung der Ausgaben sind die professionellen öffentlichen Dienste relativ hinter der Nachfrage immer weiter zurückgeblieben. (2.) Dementsprechende spontane Anpassungsbewegungen haben zu einem veränderten Status quo geführt, der mit den traditionellen Prinzipien und Versprechen der nordischen Systeme nicht mehr übereinstimmt. Angetreten waren sie mit einem Anspruch, an dem wir uns auch hierzulande bisher gern orientiert haben: Öffentliche Angebote sollten die Summe der in-

dividuellen Bedürfnisse nach Hilfe und Pflege abdecken können. Heute schält sich ein veränderter Denkansatz heraus. Er begreift die öffentlichen Mittel und Dienste als knappe Güter, mit denen nicht alle Bedürfnisse abgedeckt werden können, und das zwingt zu der schmerzhaften Aufgabe, Prioritäten zu setzen und Kriterien zu finden für eine gerechte Verteilung.

In Dänemark hat sich zum Beispiel auf dem Gebiet der häuslichen Hilfen die Anzahl alter Menschen, die Hilfen zur Haushaltsführung erhalten, zwar laufend erhöht, seit diese Leistung 1989 Teil der im Prinzip kostenlosen kommunalen Hilfe- und Pflegeangebote wurde; die Angebote konnten jedoch nicht so gesteigert werden, daß ein zunehmender Personenkreis ohne Qualitätseinbußen bedient wird. Die einzelnen KlientInnen bekommen zunehmend weniger Hilfe.

In Schweden ist zunächst einmal in den 80er Jahren die Zahl von Menschen in der Gruppe der über 65 jährigen, die in Altenheimen lebten, innerhalb von elf Jahren halbiert worden; ohne daß es einen personellen Ausbau der ambulanten Hilfen gegeben hätte. Darüberhinaus hat sich hier unter der Hand ohne öffentliche Diskussion oder die Einführung veränderter Zuteilungskriterien im Kontrast zu Dänemark eine stärkere Selektivität der häuslichen Hilfen ergeben. Die Zahl alter Menschen, „der über 65 jährigen“, die Hilfen zur Haushaltsführung erhalten, hat sich zwischen 1980 und 1991 von 22,5 auf 16,4 Prozent reduziert; gleichzeitig ist jedoch die Zahl der insgesamt geleisteten Stunden bis 1990 kontinuierlich gestiegen. Mit anderen Worten, häusliche Hilfen werden zu problemgruppenbezogenen Nothilfen; sie konzentrieren sich zunehmend in der Form zeitaufwendiger Hilfen auf die Gruppe der hochbetagten, schwer pflegeabhängigen Personen auf Kosten jüngerer pflegebedürftiger Menschen in der Gruppe der über 65jährigen.

Der schwedische Sozialgerontologe Mats Thorslund, der diese und andere Trends zusammengestellt und illustriert hat, schlußfolgert, daß in Schweden die Familien wahrscheinlich mehr Pflegelasten zu tragen haben werden, wobei natürlich Frauen besonders betroffen sind; die staatlichen Anbieter werden härtere Entscheidungen über Prioritäten treffen müssen, und aufgrund der Tatsache, daß öffentliche Angebote die Bedürfnisse nur zu einem Teil abdecken, ist insbesondere auch mit einer Ausweitung kommerzieller Anbieter zu rechnen.

Aus der Summe der gerade knapp vorgetragenen Befunde stellt sich mit Blick auf die Bundesrepublik noch einmal die Frage danach, welche Versprechen eine um den Ausbau professioneller Dienste zentrierte Strategie vernünftigerweise machen kann – den Betroffenen, aber auch den helfenden und pflegenden

Frauen. Wohl auch für die Politik hierzulande gilt, was der international renommierte niederländische Sozialgerontologe Knipscheer mit Blick auf sein Land so formuliert hat: „Die niederländische Gesellschaft bewegt sich vom Höhepunkt ihres Vertrauens in den sozialen Wohlfahrtsstaat zu Beginn der 70er Jahre in die Richtung einer realistischeren Balance von gesellschaftlicher und individueller Verantwortlichkeit. Dieser Übergang ist im Bereich der auf lange Zeit pflegebedürftigen alten Menschen ganz besonders deutlich. Der Glaube, daß ein professioneller Ansatz je das gesamte Gebiet der Pflege dieser alten Menschen abdecken könnte, muß ersetzt werden durch ein geteiltes Engagement der professionellen und informellen Netzwerke, eine synchrone Kombination professioneller und informeller Pflege“.

Neubestimmung öffentlicher Verantwortung

Unter dieser Überschrift soll ausdrücklich thematisiert werden, was sich bereits wie ein roter Faden durch die bisherigen Ausführungen zog – die erheblichen Verschiebungen im Verhältnis von freien Trägern, kommerziellen Anbietern und staatlichen Stellen, die wir im Pflegebereich gegenwärtig erleben, etwas, das wir in der Forschung als „shifts in the welfare mix“ bezeichnet haben. Das Vordringen insbesondere kommerzieller Anbieter stationäre und ambulante Pflegeleistungen – auch in den nordischen Ländern – vollzieht sich dabei zum Teil als Resultat der wachsenden Lücke zwischen Nachfrage und öffentlichen Angeboten, was wir hier erleben, ist schlicht die Erosion eines ganzen Konzepts von öffentlicher Versorgung und Verantwortung. In Hamburg z.B. vermochten es die sozialdemokratische Stadtregierungen zwar, ein räumlich lückenhaftes Netz von Sozialstationen in freier Trägerschaft zu etablieren, aber deren Angebote sind so dünn, daß mittlerweile die Mehrheit aller ambulanten Hilfe- und Pflegeangebote durch kommerzielle Träger abgedeckt wird. Zum Teil sind derartige Verschiebungen bei Angeboten und Trägerschaft jedoch bereits das Ergebnis bewußter Reformpolitiken, die nach einem neuen Wohlfahrtsmix in diesem Bereich suchen. Auch hier läßt sich wiederum beobachten, daß der Trend zu „weniger Staat“ in finanziellen Dimensionen durchaus von dem Ziel begleitet sein kann, „mehr Staat“ im Sinne einer gestaltunfähigen Politik zu realisieren. Und dabei haben in einer ganzen Reihe europäischer Länder nun gerade die Kommunen eine Aufwertung erfahren.

Das läßt sich z.B. an den Reformen in den Niederlanden gegen Ende der 80er Jahre verfolgen, wo der Staat es erreichte, sich aus der Größengrenze durch eine Vielzahl von Gruppen und Vereinigungen zu befreien, die oft einer Organisation professionelle und Nutz-

interessen zu vertreten vorgeben und z.T. noch der Geographie weltanschaulicher Lager aus der Zwischenkriegszeit entstammen. Es gelang, diese Verbände zu zwingen, ihre Zahl drastisch zu reduzieren (z.B. die der Behindertenorganisationen von 95 auf immerhin 35) und sich zu reorganisieren. Ein wichtiges Element bei dem Versuch, politischen Handlungsspielraum zurückzugewinnen, war dabei eine Dezentralisierung der Finanzierung, die nun stärker über die Kommunen sowie über ausgewiesene Arbeitsaufträge läuft.

Auch in Schweden bildete die Zusammenlegung zuvor getrennter Kompetenzen von Bezirken und Kommunen im Pflegesektor und ihre ausschließliche Lokalisierung auf der kommunalen Ebene ein Kernstück der jüngsten Reformen im Pflegebereich; eine vergleichbar starke Stellung haben die Kommunen auch in Dänemark. In allen nordischen Ländern ist – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – dabei die Entwicklung im Sozialbereich in Richtung auf ein Finanzierungssystem gegangen, das zentrale Rückverteilungen und Zuschüsse nicht in Form einer Vielzahl zweckgebundener Mittel sondern als pauschale Zuwendungen vergibt. Das stärkt die lokalen politischen Gestaltungsmöglichkeiten ganz erheblich. Man ist bisher bereit gewesen, den Preis einer oft erheblichen Ungleichheit von Regelungen und Versorgungsniveaus zwischen verschiedenen Gemeinden für diese sozialen und politischen Vorteile zu zahlen.

Selbst in England, wo die Thatcher-Regierung in der Sozialpolitik durchweg auf das Wechselspiel der Verstärkung von Marktmechanismen und zentralstaatlicher Ordnungsmacht abstellte und damit einhergehend auf eine Schwächung der Kommunen, ist man bei der Strukturreform des Hilfe- und Pflegesystems anders verfahren. Einerseits geht es um weniger Staat: Die Kommunen sind nicht mehr privilegierte Träger von Dienstleistungsangeboten, sondern ihre Aufgabe ist nun vielmehr, Sorge zu tragen für die Entwicklung eines gemischten Marktes an Anbietern, auf dem auch freie Träger, Projekte und Initiativen ihre Chance erhalten sollen. Gleichzeitig bekommen die Gemeinden jedoch neue zusätzliche Aufgaben. Bereits erwähnt hatte ich die Pflegemanager, die als unabhängig von den Anbietern operierende kommunale Fachkräfte bei der Zusammenstellung eines sachgerecht geschnürten Hilfebündels assistieren sollen; außerdem sind die Gemeinden verpflichtet, eine quantifizierte Bedarfsplanung vorzulegen und eine qualifizierte Fachaufsicht auszuüben, kurz, im Zusammenspiel der verschiedenen Akteure die Fähigkeit zu „leadership“ zu entwickeln. Diese Anforderungen markieren auch die Differenz zu gängigen wirtschaftsliberalen Vorstellungen und Praktiken.

Angeichts all dieser Tendenzen zu einer Aufwertung der kommunalen Verantwortlichkeit

stellt sich die Frage, ob man in Deutschland überhaupt erfaßt hat, auf welchen Weg man sich hier mit der Pflegeversicherung begeben hat. Daß sie unmittelbar geeignet ist, mehr Gelder für Hilfe und Pflege zu mobilisieren, soll nicht bestritten werden. Die Frage ist aber, ob sie ihrer ganzen Konstruktion nach irgendeinen Beitrag dazu leistet, politische Verantwortung zu fördern und die inhaltliche Debatte über das Politikum Hilfe und Pflege wachzuhalten. So, wie es der jetzige Reformentwurf vorsieht, würde professionelle und öffentliche Hilfe und Pflege zu einem Geschäft, das sich nahezu ausschließlich zwischen Pflegekassen und denjenigen öffentlichen oder kommerziellen Anbietern von Hilfe- und Pflegeleistungen abspielt, mit denen die Kassen Verträge abschließen. Die seit jeher geringe Rolle der Gemeinden jenseits des Zahlens von Sozialhilfe wird nun noch weiter reduziert. Die Kommunen haben bei der Frage, wer was zu welchen Konditionen in der Hilfe und Pflege anbietet, nichts mehr mitzureden – und leider gibt es Zeichen, daß viele Kommunalvertreter darüber eigentlich froh sind.

Grenzen anerkennen und neue Aufgaben setzen

1. *Die Stärkung von Fürsorglichkeit und der Ausbau von Diensten ist nicht ein und dasselbe.* In Sachen Pflege und Hilfe gilt es, eine Politik in Frage zu stellen, die den Ausbau professioneller öffentlicher Dienste und Hilfen gewissermaßen als Königsweg für die Bewältigung unserer Probleme fixiert hat. Die Bereitschaft, hier Grenzen anzuerkennen, öffnet jedoch zugleich den Blick auf neue Aufgabenstellungen. Zum einen geht es um die Verantwortung der Politik für eine Intensivierung der öffentlichen Diskussion über die Vorstellungen von Rechten und Pflichten, die staatlichem und privatem Handeln in Sachen Hilfe und Pflege zugrundeliegen sollen. Es gilt, zwei gesellschaftliche Verträge zu überprüfen: (1.) den Vertrag zwischen den Generationen: Was kann die jüngere Generation der älteren realistischere Weise an familiärer Hilfe versprechen? (2.) den Vertrag zwischen den Geschlechtern: Wie unverrückbar ist eigentlich ein familiäres Pflegemodell, das sich de facto weitgehend auf Pflege durch Gattinnen und Töchter reduziert? Warum nur von den neuen Vätern und nicht auch von den neuen Söhnen sprechen? Zum anderen geht es um die Überwindung der bislang vorherrschenden substitutiven Dienstleistungsperspektive. Ähnlich, wie für den Gesundheitsbereich die Hinwendung von der beschränkten Perspektive der medizinischen Versorgung zu den Aufgaben und Möglichkeiten einer breit angelegten Gesundheitsförderung diskutiert wird, gilt es auch im Pflegebereich jenseits der pflegerischen Versorgung die Aufmerksamkeit stärker der Förderung von Fürsorglichkeit zuzuwen-

den, jener Ressource auf die wir alle angewiesen sind, aber deren noch vorhandene Bestände wir eher aufzuzehren als pfleglich zu entwickeln scheinen.

2. *Umorientierung bei der Bekämpfung sozialer Ungleichheiten.* In dem Maße, wie öffentlich finanzierte Pflege- und Hilfeleistungen knapp bleiben oder noch knapper werden, während gleichzeitig – ob wir es wollen oder nicht – auf grauen Märkten mehr billige Arbeit angeboten wird und sich die Einkommenshierarchien verstärken, sind einer auf mehr Gleichheit zielenden Politik auch bei Hilfe und Pflege engere Grenzen gesetzt, als wir gedacht haben. Möglichkeiten, angesichts dessen Ungleichheiten zu bekämpfen, und neue Aufgaben stellen sich vor allem dort, wo es darum geht, die vorhandenen Angebote, öffentlich wie private, Gruppen besser zugänglich zu machen, die besonders benachteiligt sind, weil sie über weniger familiäre Ressourcen, weniger Bildung, Information und soziale Kompetenz verfügen. Bei der Bekämpfung derartiger vermeidbarer Ungleichheiten werden Information, persönliche Beratung, Förderung und Anwaltschaft wichtiger, als man sie bisher genommen hat.

3. *Sicherung grundlegender gleicher Rechte bei gleichzeitiger Anerkennung von wachsender Vielfalt.* Je größer die Vielfalt der Anbieter wird, je mehr Hilfe- und Pflegeleistungen Verhandlungssache sind und Verhandlungsgeschick voraussetzen, desto weniger realistisch scheinen Versuche zu sein, Verlässlichkeit und Gleichheit durch eine Vereinheitlichung, Normierung und Standardisierung dieser Angebotsvielfalt zu erreichen, und desto mehr Sinn macht es, grundlegende einheitliche Rechte in Form von Geld, Stundendeputaten oder auch vouchers, Gutscheinen, die zur Wahl von Diensten berechtigen, zu fixieren. Bei aller sonstigen Kritik stellt die geplante Pflegeversicherung hier eine begrüßenswerte Innovation dar. Ihr Anspruch ist bescheiden. Anstatt wie im Gesundheitsbereich zu versprechen, daß alles, was technisch und fachlich in den Bereich des Möglichen gerückt wird, auch öffentlich finanziert und zugänglich gemacht werden soll, garantiert die geplante Pflegeversicherung lediglich nach oben limitierte Leistungen. Weil jedoch die Form von Geld- bzw. von Pflegestundenleistungen gewählt wurde, kann dies nachprüfbar, verlässlich und einheitlich geschehen.

4. *Wohlfahrtspluralismus – Neubestimmung der öffentlichen Verantwortung.* Die ordnungspolitischen Auseinandersetzungen der letzten Jahre, die ja zu einem Teil auch auf dem Pflegesektor ausgetragen worden sind, zeigen m.E. die Grenzen jedweder eindimensionalen Rationalität – nicht nur derjenigen, die auf eine absolute Vorherrschaft politisch-administrativer Lösungen setzt, sondern auch derer, die von einem klaren Vorrang der

Marktrationalität oder der Erstzuständigkeit von Familien ausgehen. Das Problem liegt offenbar in einer Kombination und wechselseitigen Relativierung dieser Logiken und Teilbeiträge. Die Pflegekrise sollte als Aufforderung verstanden werden, sich von einer Sichtweise zu befreien, die Sozialstaatlichkeit vor allem in administrativen und versorgungswirtschaftlichen Kategorien zu bestimmen sucht. Hier sind vor allem die Gemeinden aufgefordert, mehr politische Verantwortung zu übernehmen. Sie bemißt sich dann nicht allein am Umfang der Zuschüsse für etablierte gemeinnützige Träger, sondern daran, ob man den Mut hat, angesichts knapper Finanzen auch einmal Versorgungsleistungen ein Stück zurückzufahren, um Gelder für sozialpolitische Zukunftsinvestitionen frei zu machen.

Zum Autor:



Prof. Dr. Adalbert Evers, Jahrgang 1948, lehrt seit dem SS 1993 Vergleichende Gesundheits- und Sozialpolitik am Fachbereich Haushalts- und Ernährungswissenschaften der Universität Gießen; Studium der Architektur und Stadtplanung in Aachen; Promotion im Bereich Politikwissenschaften

(1977) an der Universität Bremen und Habilitation für das Fach Soziologie an der Universität Frankfurt (1988); zunächst wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Planungstheorie an der RWTH Aachen, ab 1983 Mitarbeit am Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung in Wien, dort zuletzt als Direktor des Bereichs „Care Policies and Services“. Leitung verschiedener international vergleichender Forschungsprojekte und Veröffentlichungen zu Fragen der Privatisierung sozialer Leistungen und Einrichtungen, zu Innovationen im Bereich gesundheitlicher und sozialer Dienste, insbesondere für ältere Menschen, sowie zu Fragen des Strukturwandels sozialstaatlicher Politiken.