

Auf dem Weg zu einem neuen Wohlfahrtsmix? Pflege im Alter und der mögliche Beitrag der Bürgergesellschaft

Adalbert Evers

1. Einleitung: Zu den Begriffen Bürgergesellschaft, Wohlfahrtsmix und ihrer Bedeutung im Pflegebereich

Das Konzept der Bürgergesellschaft zielt auf die vielfältigen Beiträge im Gemeinwesen, die im sozialen und öffentlichen Raum erbracht werden, also dort, wo es nicht um marktwirtschaftliche Transaktionen geht, nicht um Angelegenheiten des privaten (Familien)Lebens und wo die betroffenen Bürger und Organisationen nicht als professionelle Politiker und Administratoren tätig sind. Je stärker in einer Gesellschaft Werte wie wechselseitiger Respekt, Bedacht auf die Belange anderer und des Gemeinwesens insgesamt, sowie die Fähigkeit, sich mit anderen gemeinsam zu organisieren, ausgeprägt sind, desto stärker ist sie als Bürger-Gesellschaft. Offensichtlich braucht Bürgergesellschaft für all das demokratische Regierungsformen. Ehrenamtliches Engagement ist eine der prägnantesten Formen, sich in der und für die Bürgergesellschaft einzusetzen. Gleichwohl kennt bürgerschaftliches Engagement auch viele andere Formen. Zu spenden, Mitglied eines Vereins zu sein, gelegentlich Zivilcourage zu zeigen, ein ausgeprägtes politisches Interesse zu kultivieren, die eigene Organisation so zu repräsentieren, dass sie nicht nur als egoistische Lobby handelt (ausführlich zu diesem Themenkomplex: Enquetekommission 2002: 57f.). Während im Bereich der Altenpflege und Altenhilfe ganz offensichtlich ist, wo im Wesentlichen die Beiträge von Staat, Kommunen, Kranken- und Pflegekassen, die privatwirtschaftlicher Akteure und die der Familie liegen, ist das, was Bürgergesellschaft hier leistet oder leisten könnte – abgesehen von der Rolle von Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und in diesen Zusammenhängen ehrenamtlich Tätigen – auf den ersten Blick nicht sonderlich prägnant. Die folgenden Überlegungen sollen das deutlicher werden lassen.

Das Konzept des Wohlfahrtsmix kann auf zwei verschiedene Weisen verstanden werden. Zum einen kann es als ein sehr begrenztes analytisches Klassifikationskriterium verstanden werden, das jenseits von Staat und Markt auch nach den Beiträgen von Familien und Organisationen der Bürgergesellschaft fragt – und vor allem in der Dimension der Erbringung von Leistungen und der Finanzierung. Im Bereich der Altenhilfe und Pflege kann man in diesem Sinne z. B. sichtbar machen, dass die Pflegearbeit in der Familie die wichtigste Stütze eines „gemischten“ Pflegesystems ist.

Die parastaatlichen Instanzen der Pflegekassen und die Ausgaben der Sozialhilfe sind gleich danach zu nennen. Als Träger von aus diesen Fonds finanzierten Angeboten kommen dann die ambulanten und stationären Dienste der freien Träger („Dritter Sektor“) und privatwirtschaftlicher Träger ins Spiel. In finanziellen Dimensionen sind – jenseits der finanziellen Eigenleistungen freier Träger – andere Beiträge aus der Bürgergesellschaft nur von geringer Bedeutung – die von Selbsthilfegruppen, Fördervereinen, Interessenverbänden u.a.m.

Zum anderen kann das Konzept des Wohlfahrtsmix aber auch in einem anspruchsvolleren Sinn als ein Leitbild zum Umbau des Wohlfahrtsstaates verstanden werden. Als Leitbild in diesem Sinne ist es bereits vor Jahrzehnten im Kontext der Debatte um Sozialstaat und Bürgergesellschaft (Evers/Wintersberger 2000; Evers/Olk 1996) und in jüngster Zeit auch in der Debatte um „dritte Wege“ in der Sozialpolitik und die Rolle eines aktivierenden Staates in der Bürgergesellschaft (Evers/Leggewie 1999) entwickelt worden. Kennzeichnend für das hier entstandene, nicht nur analytische sondern auch normativ aufgeladene Leitbild eines Wohlfahrtsmix ist,

- dass man hier jenseits der jeweiligen Balance von Staat und Markt Beiträgen der Bürgergesellschaft und damit auch freien Trägern und Familien mehr Gewicht geben will;
- dass dabei der Beitrag der Bürgergesellschaft in der Regel auch in Hinblick auf seine politischen und mitgestaltenden Dimensionen betrachtet wird. Organisationen der Bürgergesellschaft, wie z. B. Interessengruppen von Angehörigen oder Betroffenen, aber auch engagierte Professionelle und Personen aus den Medien, mögen in finanziellen Kategorien zum Pflege- und Hilfesystem wenig beitragen, gleichwohl können sie entscheidend dafür sein, ob es gelingt, Pflege zu humanisieren;
- dass man auf die Entwicklung von mehr Eigenverantwortung und entsprechender privatwirtschaftlicher Angebots- und Nachfragekomponenten setzt und
- dass man mit Blick auf die gerade genannten Ziele aktivierende Politiken vorschlägt, im Rahmen derer an die Stelle ausschließlich staatlicher Absicherung ein effektiver staatlicher Sicherheitsbeitrag in einem „Mix“ verschiedener aufeinander abgestimmter Beiträge treten kann; neben seiner Rolle als Financier rückt die Rolle des Staates als Regelungsinstanz und als Akteur in der öffentlichen Auseinandersetzung um Konzepte in den Vordergrund.

Für den Pflegebereich stellt sich bei einer solchen Orientierung nicht nur die Frage, was Familien, Staat, Kommunen, (Pflege)Kassen und freie Träger, Kirchen und Selbsthilfeorganisationen de facto beitragen, sondern

auch, was sie jeweils in Zukunft an Mitverantwortung tragen sollten und im Rahmen welches Pflegeleitbilds das geschehen soll.

Ein veränderter Wohlfahrtsmix wird heute vor allem unter zwei Gesichtspunkten diskutiert:

- dem der Stärkung von Marktelementen und mehr Eigenverantwortung der Konsumenten und
- dem der Stärkung der Rolle der Bürgergesellschaft und dabei auch verschiedener Formen des bürgerschaftlichen Engagements.

Beides steht heute nebeneinander. Es muss, so meine Überzeugung, sich nicht ausschließen. Die folgenden Überlegungen beziehen sich vor allem auf zwei Fragen: Sind wir mit den Reformprozessen in der Altenpflege tatsächlich auf dem Weg von einem traditionellen zu einem neuen Wohlfahrtsmix in dem Sinne, dass speziell bürgerschaftliche Elemente gestärkt werden? Und was könnte für einen neuen Wohlfahrtsmix in diesem Sinne förderlich sein?

2. Der traditionelle Wohlfahrtsmix in der Altenpflege – bürgerschaftliche Mitverantwortung als Teil eines hierarchischen Systems selektiver und begrenzter Hilfen

Es ist eine Binsenweisheit, dass im Bereich der Altenpflege die wesentlichen Beiträge immer von verschiedenen Seiten kamen und somit „gemischt“ waren. Was traditionell anders war als heute, betrifft vor allem das relative Gewicht der verschiedenen Beiträge, den rechtlichen Status der Betroffenen und Beteiligten und die Art der Verknüpfung der Beiträge. Der traditionelle Mix in der Altenpflege war durch Folgendes gekennzeichnet:

- einen Vorrang des Elements Familie,
- eine nur residuale Rolle des Staates,
- keine Attraktivität als potenzieller Markt für kommerzielle Anbieter,
- eine erhebliche Bedeutung von Beiträgen aus der Bürgergesellschaft und
- die staatliche Institution, die ihr am nächsten steht, die Kommune – Stadt, Gemeinde und Kreis.

Schaut man sich Bürgergesellschaft und Kommune näher an, so zeigt sich, dass im Bereich Hilfe und Pflege im Alter seit jeher eine Vielfalt von Institutionen, Organisationen und Angeboten kennzeichnend war, bei der Engagement eine prägende Rolle spielte. Das wird vor allem deutlich, wenn man neben ehrenamtlicher Mitarbeit auch die Bereitschaft zu freiwilligen finanziellen Unterstützungsleistungen seitens der Gemeinden, die Bildung von lokalen Solidargemeinschaften zur wechselseitigen materiel-

len Unterstützung im Pflegefall (lokale Pflegevereine) und ähnliche andere Formen von Engagement mit in Betracht zieht (ausführlich dazu: Evers/Rauch/Stitz 2002). Manches aus dieser Tradition hat bis heute überdauert. Ob man das als bloßes Relikt sehen sollte oder als wichtige Tradition, auf die man verweisen oder bei der man anknüpfen kann, ist eine Frage, auf die ich noch zurückkommen werde.

Hilfe und Pflege im Alter ist über lange Zeit eine Domäne kirchlich getragener Organisationen (Organisationen der Wohlfahrtsverbände, Gemeindeschwestern u.a.m.) gewesen, getragen von engagierten Personen, die zum Teil auch fachlich ausgebildet waren. Gemeinden und Kreise leisteten nicht allein im Rahmen der Pflichtleistungen nach BSHG, sondern darüber hinaus auch im Bereich von Ermessensleistungen freiwillige Beiträge zum Aufbau einer lokalen Infrastruktur der Hilfe und Unterstützung (Traditionen der Gemeindepflege, Investitionen in den Aufbau von Alten- und Pflegeheimen sowie Sozialstationen und laufende Beihilfen zum Unterhalt der Einrichtungen). Engagement wurde und wird im stationären und insbesondere auch im ambulanten Bereich von Trägern der freien Wohlfahrtspflege getragen, die traditionell oft aus Mitteln des eigenen Verbandes Dienste und Leistungen bezuschussten bzw. kostenfreie ergänzende Leistungen anboten. Auch nach In-Kraft-Treten der Pflegeversicherung werden vereinzelt Anbieter der Wohlfahrtsverbände zwecks Erhalt von Pflegequalitäten von diesen bezuschusst (z. B. zur Finanzierung „diakonischer Zeit“). Eine wichtige Rolle spielten darüber hinaus seit jeher Institutionen wie die Kirchengemeinden – etwa in Form der Organisation von Besuchskreisen u. Ä. Die Bedeutung derartiger nicht-fachlicher Beiträge zur allgemeinen Hilfe und Pflege hat sich mit der Konzentration von Finanzierungsleistungen der Kranken- und Pflegeversicherung auf medizinische Leistungen noch erhöht.

In vielen Gemeinden hatte sich also eine lokale Solidaritäts- und Selbsthilfekultur entwickelt, die – und das ist wichtig – mitunter bis heute überdauert und sich vereinzelt auch erneuert hat:

Eine beträchtliche Zahl von ambulanten und stationären Angeboten beruhte auf dem Engagement von selbstständigen lokalen (Träger)Vereinen, die auf Mitgliedschaften, Beiträgen und ehrenamtlicher Mitarbeit aufbauten. In einigen Gebieten Deutschlands (insbesondere in Baden-Württemberg) haben lokale Krankenpflegevereine eine lange Tradition und bis heute Bestand. Das Landesprogramm bürgerschaftliches Engagement in Baden-Württemberg greift derartige Ansätze auf (Diakonisches Werk 1998), Senioreninitiativen und Genossenschaften sind in ganz Deutschland entstanden.

Erwähnt werden sollten in diesem Zusammenhang auch die lokalen Seniorenbüros (vgl. Felscher 1999). Hier gibt es zwar keine notwendige, aber doch eine mögliche Verknüpfung mit Fragen der Hilfe und Pflege im Alter. Aber so, wie Akteure, Strukturen und Regularien im Pflegebereich aussehen, darf man annehmen, dass von hier kaum Anfragen und Konzepte kommen für einen Brückenbau zu diesem Bereich von Engagement unter älteren Menschen.

Die Arbeit von Sozialstationen wird in der gesamten Bundesrepublik sehr oft durch Spenden aus der lokalen Bürgerschaft und durch organisierte Fördervereine unterstützt. Die dabei mobilisierten Unterstützungsleistungen reichen von symbolischen Beiträgen bis zu finanziell beachtlichen Komponenten.

Speziell im Betreuungswesen (Begleitung, rechtliche Vertretung, Verantwortungsübernahme für Lebensbedingungen) werden auch heute in sehr großem Umfang von Freiwilligen Solidaritätsaufgaben für Ältere und Pflegebedürftige wahrgenommen. Ein beträchtlicher Teil der 800.000 überwiegend älteren Menschen unter gesetzlicher Betreuung wird von ehrenamtlichen Betreuern begleitet, die auch eine wichtige Korrektivfunktion gegenüber professionellen und staatlichen Instanzen haben. Überwiegend bei den Wohlfahrtsverbänden angesiedelte Betreuungsvereine begleiten und verstetigen dieses Engagement.

Im Unterschied etwa zur Geschichte anderer sozial-staatlicher Bereiche, wie z. B. der der Institution Schule, sind also Ansätze der Hilfe und Pflege im Alter traditionell durch ein geringes Maß staatlicher Absicherung und Verantwortungsübernahme und ein großes Gewicht kommunalen und bürgerschaftlichen Engagements geprägt. Dieses hat sich nicht nur in Form ehrenamtlicher Mitarbeit, sondern auch in der Form organisatorischer und solidarischer finanzieller Arrangements realisiert.

Die damit erreichten Hilfe- und Sicherungsniveaus sind weit hinter denen anderer Bereiche (etwa der medizinischen Versorgung) zurückgeblieben (Alber/Schölkopf 1999). Bis heute sind Unterstützungsleistungen aus der Familie – insbesondere von Töchtern und Schwiegertöchtern sowie EhepartnerInnen – die wichtigste Ressource für Hilfe und Pflege im Alter (Klie 2001). Kehrseiten dieser Art von traditionellem „Wohlfahrtsmix“ mit seinem Zusammenspiel von Staat, Kommunen, Familien und bürgergesellschaftlichen Elementen waren vor allem:

- ein geringes Niveau garantierter sozialer Rechte,
- eine fortdauernde „Armenhilfe“-Anbindung der stationären Versorgung,
- eine defensive Familienorientierung bei den Betroffenen – wobei die Bevorzugung familialer Unterstützung auch viel damit zu tun hat, dass

man befürchtet, bei der Nutzung von Hilfen „von außen“ der Möglichkeit verlustig zu gehen, die Pflegeverhältnisse nach eigenem Ermessen gestalten zu können – sowie

- eine über lange Zeit gewachsene aber doch im Vergleich zu anderen Politikfeldern (vgl. KJHG) gering institutionalisierte kommunale Verantwortlichkeit.

Der Tendenz nach ging bereits im Vorfeld der Pflegeversicherung das bürgerschaftliche Element im Wohlfahrtsmix zurück. Maßgeblich dafür waren eine bestimmte Form der Professionalisierung, ein wachsendes Gewicht der Krankenpflege und eine kontinuierliche Abnahme von ergänzenden Finanzierungsbeiträgen und lokalen Einbindungen, z. B. seitens der Kirchen. Gleichzeitig gewannen Marktelemente mit dem wachsenden Gewicht gewerblicher Anbieter an Bedeutung (Kunstmann 1998). Dies geschah allerdings nur insoweit, als diese sich auf die Bereitstellung kassenfinanzierter Mittel stützen konnten, ein Markt selbst zahlender Kunden wurde von den privaten Anbietern nicht erschlossen.

3. Das Pflegeversicherungsgesetz – Chance für den Aufbruch zu einer neuen Konzeption von Wohlfahrtsmix in der Altenpflege

Wenn hier eine derartige, auf den ersten Blick erstaunliche These vertreten wird, dann ist es zum rechten Verständnis wichtig, zwischen dem Gesetz und der Art seiner Umsetzung zu unterscheiden. In vieler Hinsicht enthält das Gesetz Verweise auf ein neues Verständnis von sozialer Wohlfahrt in einem Wohlfahrtsmix, der auf eine „neue Kultur des Helfens“ zielte. Es waren Passagen und Aufgabenbestimmungen, die in der nachfolgenden Implementierung des Pflegeversicherungsgesetzes jedoch nicht zum Tragen gekommen sind. Erinnerung sollte zunächst an die positiven Seiten des Gesetzes:

- Das Gesetz sieht aus den Mitteln der Versicherung einen begrenzten, ergänzungsbedürftigen Unterstützungsbeitrag vor, der jedoch grundsätzlich jedem Bürger zustehen kann. Bereits damit ist die Frage, wer sich an den notwendigen ergänzenden Beiträgen beteiligt, gestellt.
- Das Gesetz erkennt die zentrale Aufgabe der Familie ausdrücklich an (zum Teil noch in der traditionellen Form des „Vorrangs“ der Familie).
- Es konzipiert die öffentlichen Aufgaben z. T. in einer durchaus modernen, „aktivierenden“ Weise: z. B. als solche der Selbsthilfeförderung und Beratung.

- Das Gesetz schafft einen Ordnungsrahmen für den Einbezug von kommerziellen Versorgungsbeiträgen.
- Das Gesetz gibt zumindest formell mit der Geldleistungsalternative und der Kombileistung mehr Möglichkeiten, je eigene gemischte Versorgungsarrangements zu treffen (Unterstützung individueller „Mixes“).

Damit war grundsätzlich die Tür für einen Wohlfahrtsmix geöffnet, der insoweit „neu“ ist, als hier

- der Markt eine stärkere Rolle spielt,
- staatlich gesicherte soziale Rechte für alle den Rahmen bilden und
- die traditionelle hierarchische Ordnung (erst Familie, dann freie Wohlfahrt, dann staatlicher Zuschuss) durch eine dem Konzept nach kooperative Ordnung ersetzt wird, innerhalb derer Staat, freie Träger, Marktanbieter und betroffene Familien bei Pflegearrangements zusammenwirken und grundsätzlich mit ihren Beiträgen in unterschiedlicher Weise verknüpft werden können (ausführlicher zu dieser Interpretation des Pflegeversicherungsgesetzes: Evers 1998).

Beiträge aus der Bürgergesellschaft werden im Gesetz nur zum Teil genannt und aufgewertet; Elemente wie Selbsthilfe, Gesundheitsförderung und Beratung werden angesprochen, während man (auch in der gesamten Diskussion über das Gesetz) von bürgerschaftlichen Elementen, wie lokalen Fördervereinen für Sozialstationen, lokalen Pflegevereinen oder auch der Unterstützung aus kirchlichen Gemeinden, keine Notiz genommen hat. Auch bei den Wohlfahrtsverbänden, die sich nun als Versorgungsträger in ihrer Vorrangstellung beraubt sahen, wurde in der Regel unter der Rubrik Bürgergesellschaft nicht mehr angesprochen als die ohnehin vergleichsweise bescheidene Rolle der eigenen Ehrenamtlichen.

4. Die Art der Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes hat mögliche Beiträge der Bürgergesellschaft zum Wohlfahrtsmix bei Altenpflege und Altenhilfe ignoriert und an den Rand gedrängt

Dass die Implementierung des Pflegeversicherungsgesetzes in einer ganz bestimmten Weise erfolgte, die die vorher erwähnten positiven Möglichkeiten, die das Gesetz eröffnet hatte, nicht ausschöpfte, ja zumeist nicht einmal wahrnahm, hatte mit z. T. unvermeidlichen Halbheiten im Gesetz, vor allem aber mit der traditionellen Kultur von Orientierungen im gesundheitsnahen Sozialbereich zu tun. Was kennzeichnet die Umsetzung?

Aktivierende und unterstützende Maßnahmen für Betroffene und ihre Familien, bei denen bürgerschaftliche Elemente wie Seniorengenossenschaften, Beratungsarbeit freier Träger und Initiativen, Selbsthilfegruppen u.a.m. ins Spiel kommen könnten, haben bei der Mittelverwendung so gut wie keinen Stellenwert – es bleibt beim traditionellen, dem medizinischen Bereich entlehnten Versorgungsduktus. Dazu trägt bei, dass die Vergütungsregeln in der Pflegeversicherung einen scharf abgegrenzten Kernbereich paramedizinischer Versorgungsmaßnahmen in der Pflege privilegieren. Was das freiwillige Engagement in Form finanzieller Unterstützung von Pflegeleistungen angeht, so ist festzustellen, dass andere Träger und Anbieter (z. B. die Kommunen) sich aus freiwilligen bürgerschaftlichen Selbstverpflichtungen zu Kofinanzierungen mit Verweis auf die neue (Alleinzuständigkeit der) Pflegeversicherung weitgehend zurückgezogen haben.

Leistungsprofil und Kultur der Dienste haben sich im Rahmen der Leistungsvereinbarungen mit den Kassen zu Formen standardisierter medizinisch-pflegerischer Versorgung entwickelt. Die dementsprechenden Qualitätskonzepte machen es schwierig, überhaupt noch kommunikative und soziale Hilfen in die Versorgungsmuster zu integrieren und bei der Qualitätssicherung als Teil von Pflegequalität und Professionalität wahrzunehmen. „Alte und kranke Menschen sollen lernen, ihren Bedarf zu gewichten, und Pflegekräfte müssen lernen, ihre Einsätze zu begrenzen und nach zehn Minuten zu gehen. Das Ganze wird dann als Erfolg gefeiert, eine Einrichtung schließt und wir machen weiter in ‚Qualität‘ ... Es wird dazu kommen, dass auch Pflege im Akkord noch als Qualität bezeichnet wird. Eine Schwester, die es für fachlich richtig hält, bei einer Patientin länger zu bleiben, muss sich vorhalten lassen, sich nicht abgrenzen zu können.“ (Leiter eines Pflege- und Hilfsdienstes im Interview in: Forum Sozialstationen 1999)

Die Regeln und Vereinbarungen, die dem Pflegeversicherungsgesetz folgten, geben keine Anreize für eine „neue Kultur des Helfens“, lokale Unterstützungsbereitschaft, bürgerschaftliches Engagement o. Ä. Und der weitgehende Rückzug der Kommunen hat zusätzlich einen potenziellen Bezugsfaktor bzw. Sponsor bürgerschaftlicher Aktivitäten in diesem Bereich beiseite gerückt.

Die potenziellen positiven Möglichkeiten der Einbeziehung von Marktelementen – die Schaffung von Möglichkeiten zum privaten Einkauf zusätzlicher Unterstützungsangebote – kommen vor diesem Hintergrund nur sehr zögerlich in Gang. Für die Anbieter ist es bislang noch ausreichend und bequemer, im Rahmen der gegebenen Vergütungsordnungen die von Kranken- und Pflegekassen bereitgestellten Töpfe so weit eben möglich

auszuschöpfen. Die Betroffenen und ihre Familien werden nicht darauf angesprochen, Hilfe- und Pflegeangebote im Alter auch als einen Konsumbereich anzusehen und ein entsprechendes Bewusstsein für evtl. notwendige Eigenbeiträge jenseits der staatlich garantierten Leistungsniveaus zu entwickeln. Angesichts der Schwäche bürgerschaftlicher Komponenten des Wohlfahrtsmixes steht vor allem eine Stärkung technischer und kommerzieller Elemente im Vordergrund, die die Betroffenen weder als Bürger noch als Konsumenten aufwertet.

Der „neue“ Wohlfahrtsmix reduziert sich also im Wesentlichen auf die Verflechtung der zwei Komponenten Staat und Markt – oder sollte man sagen, auf einen Filz von Bürokratie und Kommerz? Die Aufmerksamkeit für das, was Familien sowie andere bürgernahe, kommunale und bürgergesellschaftliche Akteure am Rand des Geschäftsbereichs Pflege tun, bleibt gering.

Gleichwohl hat sich in den letzten Jahren lokal eine kleinteilige Kultur engagierter Unterstützungsleistungen zu stabilisieren vermocht. Quantitative Übersichten existieren nicht. Immer wieder werden in Fallstudien und Berichten neue Formen der Vereinsbildung genannt, die von lokalen Unterstützungsbeiträgen, Projektmitteln einzelner Stellen und Unterstützung der Verbände zehren, wie Einrichtungen zur Pflegeberatung (auch telefonisch, Nottelefone, Besuchsdienste, Nachbarschaftskreise u.a.m.). Nur gelegentlich (z. B. über kirchliche Träger) gelingt es allerdings, die Arbeit dieser Initiativen und Vereine systematisch mit der professionellen Versorgungspraxis zu verknüpfen. Anbieter ambulanter Pflegedienste zeigen in der Regel kein Interesse an der Vernetzung mit derartigen Initiativen, und es existieren auch keine Anreizstrukturen und Konzepte in dieser Richtung. Auch bei Heimangeboten sind Tendenzen der Öffnung für ehrenamtliche Mitarbeit und Partnerorganisationen auf lokaler Ebene eher die Ausnahme – eine Frage freiwilligen Engagements des jeweiligen Leitungspersonals (zur Dokumentation solcher Ansätze vgl.: Wohlfahrtswerk Baden-Württemberg 2002).

Das alles geschieht vor dem Hintergrund einer großen und weiter wachsenden Lücke bei Bedarfen, die in ihrem gesamten Umfang wohl kaum mit organisierten bezahlten Hilfen noch mit einer Kombination derartiger Angebote und familialer Leistungen abzudecken sein werden:

- Es ist allgemein mit einer wachsenden Zahl von Personen mit die somatische Pflegebedürftigkeit begleitenden sozialen Problemen (Vereinsamung, mangelnde Kommunikationsmöglichkeiten, fehlende Unterstützung im Haushalt) zu rechnen.

- Die Bedeutung langfristiger Pflegeabhängigkeit, die extensive zeitliche Betreuung erfordert (wie z. B. bei Demenzkranken), wird zunehmen.
- Zur Erhaltung und Entlastung familialer Hilfefpotenziale wird es zusätzlicher Anstrengungen („Hilfen für Helfende“) bedürfen.

Vor diesem Hintergrund kann man zugespitzt formulieren, dass eine Zukunft für humane Formen der Hilfe und Pflege nicht allein mit mehr Ressourcen für professionelle Unterstützung zu gewinnen sein wird, sondern neben der Unterstützung familialer Leistungen auch der Formen des freiwilligen Engagements bedarf. Gegenwärtig wächst angesichts der Lücken bei professionellen Angeboten, materiellen Leistungen und bürgerschaftlichen Potenzialen vor allem die individuelle Nothilfe Betroffener – in Form der Inanspruchnahme von grauen und schwarzen Arbeitsmärkten bei Hilfe und Pflege mit allen bekannten Merkmalen der mangelnden Transparenz, Qualität und Versorgungssicherheit.

Abwehr, Skepsis und besondere Schwierigkeiten in Hinblick auf eine Wieder-Aufwertung bürgerschaftlichen Engagements im Pflegebereich sind jedoch trotzdem verständlich. Vor allem zwei aus der Vergangenheit tradierte Erfahrungen spielen hier eine Rolle. Zum einen wird die Einrichtung der Pflegeversicherung oft immer noch als Schaffung einer neuen sozialstaatlichen Alleinzuständigkeit (nach dem Vorbild der Gesundheitsversorgung) missverstanden, sodass Eigenleistungen gleich welcher Art bestenfalls als Nothilfe erscheinen, die es „eigentlich“ überflüssig zu machen gelten sollte. Zum anderen bestehen gerade im Hilfe- und Pflegebereich mit einer langen Tradition der öffentlichen Unterfinanzierung und vergleichsweise geringen Professionalisierungsgraden verständliche Vorbehalte gegen die Aufwertung von „Laienarbeit“ und freiwilligen materiellen Beiträgen der Bürgerschaft. Sie werden weithin in Verbindung gebracht mit einer Rückkehr zu vorsozialstaatlichen Niveaus und dem Versuch, gerade erst etablierte sozialstaatliche (Mit)Verantwortung wieder zurückzunehmen.

Alles in allem: Während die Aufwertung von Potenzialen der Bürgergesellschaft z. B. in der gegenwärtigen Diskussion im Schulbereich vor dem Hintergrund eines hohen Sockels staatlicher Beiträge leicht als eine zusätzliche Dimension und mögliche Bereicherung wahrgenommen werden kann, liegt es vor dem ganz anders gearteten Hintergrund der Entwicklung im Pflegebereich nahe, sie lediglich als Nothilfe und Abwälzung von Verantwortungen zu interpretieren. Die Schwierigkeit der Entwicklung von Praktiken und Konzepten zur Förderung bürgerschaftlichen Engagements im Pflegebereich besteht deshalb auch darin, Leitbilder zu entwerfen, wo die Aufwertung von Engagement nicht als Lückenbüßer, sondern als dy-

namischer Bestandteil einer Modernisierung und Humanisierung der Pflegekultur erscheinen kann. In diesem Zusammenhang lässt sich mit Klie (2001: 95) die Frage formulieren: „Wie gelingt es, dass professionelle Helfer mit BürgerInnen, Angehörige mit bürgerschaftlich Engagierten, die Kommunen mit den Kassen neue Wege in der Pflege gehen, aus denen Leitbild prägende Geschichten werden können, wie Pflege in fairer Weise gelingen kann: fairer im Geschlechterverhältnis, fairer in der Verteilung von Solidaritätsaufgaben in der Kommune und fairer auch im Generationenverhältnis.“

Ein neuer Wohlfahrtsmix als positives normatives Leitbild würde, gewendet auf den Pflegebereich, sich vor allem über vier Ziele definieren:

- eine Aktivierung von bürgergesellschaftlichen und eine Aufwertung familialer Beiträge in der Pflege und Hilfe;
- eine Art der Einbeziehung von Marktelementen, bei der vor allem unternehmerische und innovative Dimensionen sowie die Förderung von individueller Eigenverantwortung zum Tragen kommen;
- ein Design von Einrichtungen und Diensten, in dem neben Professionalität, staatlicher Verantwortung und Marktelementen auch bürgerschaftliche Beiträge vorgesehen sind (vgl. Enquetekommission 2002: 577f.);
- eine entsprechende Umorientierung sozialer Sicherungsregeln und öffentlicher Altenhilfeplanung im Rahmen der Entwicklung einer aktivierenden Sozialpolitik.

5. Aktivierender Staat und Bürgergesellschaft – mehr als bloße Begleithetorik? Was für einen neuen Wohlfahrtsmix getan werden könnte

In zehn Thesen soll nun abschließend der Aspekt der Aufwertung bürgerschaftlichen Engagements weiter vertieft werden (vgl dazu auch: Evers/Rauch 1999; Klie 2002; Evers/Rauch/Stitz 2002: 206f.; Enquetekommission 2002: 521f.).

1. Jeder Denkansatz in Kategorien des „Wohlfahrtsmix“ macht es zunächst einmal erforderlich, sich ausdrücklich zur strukturellen Begrenztheit des öffentlichen Versorgungsbeitrags zu bekennen bei gleichzeitiger Verpflichtung, mehr der vorhandenen Mittel im Sinne öffentlicher Investitionen in die Erhaltung und Förderung von produktiven Beiträgen von nicht-staatlicher Seite zu verwenden. Man sollte nicht vergessen, dass auch im Rentenbereich Alterssicherung nicht mehr ausschließlich staatlich-öffentlich finanziert wird. Eine sicher-

lich gewagte, aber illustrative Analogie ergibt sich, wenn man die im Vergleich zur Pflegeversicherung ganz anders gearbete Balance der Verwendung der Mittel der Arbeitslosenversicherung betrachtet. Im Unterschied zum Pflegeversicherungsbereich gehen hier nur etwa zwei Drittel aller Gelder in passive Versorgungsleistungen, während ein Drittel Maßnahmen der Qualifizierung, Vermittlung und Beratung, also einer aktiven und aktivierenden Arbeitsmarktpolitik, zugute kommt.

2. Wenn schon einmal die Nähe zum Gesundheitssektor vergrößert worden ist, dann sollte neuen Elementen eines Public Health und der Gesundheitsförderung mehr Gewicht gegeben werden, statt sich wie bisher allein an den traditionellen Elementen medizinisch-fachlicher Versorgung zu orientieren und eine Medikalisierung der Pflege in einem eher traditionellen Sinne voranzutreiben. Das kann zunächst bedeuten, die Kassen auch dazu zu bewegen, selbst familienunterstützende Initiativen (z. B. Unterstützungsgruppen für pflegende Angehörige) stärker zu fördern und dabei – auch in Modellprojekten – die Kooperation mit entsprechend aufgeschlossenen Pflegeanbietern zu suchen.
3. Redet man nun von Beiträgen der Bürgergesellschaft, so wäre ein grundsätzlicher Punkt zuallererst zu nennen: Neben Engagement als Beitrag zur Verbesserung finanzieller Grundlagen der Pflege und als soziales Engagement hat in diesem Bereich bürgerschaftliches Engagement vor allem als Anwaltschaft und aktiv gelebte Zivilcourage eine besondere Bedeutung. Die schwache Personengruppe pflegebedürftiger und alter Menschen ist angewiesen auf Vereinsstrukturen, Verbände, Personen und fachliche Initiativen, die gegenüber Tendenzen der Ökonomisierung, Bürokratisierung und einer bevormundenden Professionalität ihre Stimme erheben und Probleme öffentlich machen, die oft elementare Menschen- und Bürgerrechte betreffen (Kunz 2000).
4. Wenn man nicht nur Pflege-, sondern auch Lebensqualität realisieren will, dann geht es im Bereich stationärer Angebote grundsätzlich um die innere und äußere Öffnung der Institutionen. Sie sollten sich als „soziale Unternehmen“ verstehen, d. h. als „hybride Organisationen“ bei denen sich nicht nur staatlich/kommunale und marktliche, sondern auch bürgerschaftliche Elemente miteinander verschränken (ausführlicher dazu: Evers/Rauch/Stitz 2002 und Enquetekommission 2002: 493f. und 577f.). Erst diese Öffnung schafft auch die Möglichkeit, Ressourcen des Engagements wahrnehmen, pflegen und einbeziehen zu können. Dazu zählen Angebote lokaler

- Vereine, Organisationen und Initiativen zu ergänzenden kulturellen Angeboten, Mobilitätshilfen u.a.m. Ein Beispiel aus einem verwandten Bereich: Für die Finanzierung etwa von ambulanten und stationären Hospizen ist gemäß § 39a SGB V freiwilliges Engagement eine Voraussetzung.
5. Insbesondere bei ambulanten Angeboten sollte der bislang weitgehend übersehene Beitrag von lokalen Solidaritäts-, Selbsthilfe- und Unterstützungsstrukturen zur Verbesserung des finanziellen Spielraums bei ergänzenden Angeboten gesichtet werden: die heute in vielen Bundesländern immer noch nicht abgeschlossene Suche von lokalen Krankenpflegevereinen, Träger- und Fördervereinen für Sozialstationen nach einer Neubestimmung und Aufwertung ihrer Rolle verdient mehr Unterstützung und Anerkennung. Auf der Ebene der Unterstützung individuellen Engagements ist die Sicherstellung der freiwilligen Übernahme von Betreuungen und Anwaltschaften – auch im Rahmen von Satzungen und Qualitätsverordnungen zur Heimführung, zur Mitbestimmung und Mitverwaltung – ein weiterer wichtiger Schwerpunkt.
 6. Neue freie Träger, Vereine und Initiativen, die die vorhandenen Angebote und Dienste bereichern können, sollten durch Kommunen und Kreise mehr Förderung erfahren: Das gilt z. B. für Angebote wie Fahrdienste, Begleitservice bei Arzt-, Behördenbesuchen und Erledigungen verschiedenster Art, hauswirtschaftliche Unterstützung, die Organisation von Besuchskreisen, Hospiz- und Sterbebegleitung. Kommunale Förderungsformen sollten sensibel sein auch für zunächst instabile Initiativen und Projekte und offen für Probleme ihrer Verstetigung.
 7. Neben den fachlich unmittelbar betroffenen Akteuren wie freien Trägern, Kranken- und Pflegekassen, Kreisen, Gemeinden und Ländern sind auch andere Akteure wie z. B. die Kirchen aufgefordert, auf die im Gesetz geforderte neue Kultur der Hilfe und Mitmenschlichkeit hinzuwirken. Eine derartige Kultur (Klie 2000) ist ohne die Nutzung und Förderung von Engagement in seinen verschiedensten Formen nicht möglich.
 8. Eine modellhafte Rolle kann hier der (Wieder)Gewinnung von lokalen Unterstützungspotenzialen und einer örtlichen Einbettung von Einrichtungen in freier Trägerschaft zukommen – Netze und Partnerschaften in der lokalen Bürgerschaft (Verbindung zu den Kirchen, zu Förderstrukturen, Sponsoring etc.). Hier liegen bislang nur unzureichend genutzte spezifische Vorteile gemeinnütziger nicht-kommerzieller Träger und Angebote im Wettbewerb mit privatwirtschaftlichen

Anbietern. Die wachsende Bedeutung von Angeboten zwischen den Extrempunkten einer abgeschlossenen häuslichen oder Heimversorgung unterstreicht noch die Bedeutung der lokalen Einbettung von Trägern und Angebotsformen (Wüstenrot 1997). Unterstützt werden sollte darüber hinaus die Gründung eigenständiger Agenturen (wie z. B. Seniorengenossenschaften) auf der Basis von freiwilligem Engagement und deren Ergänzungsleistungen zu und Vernetzung mit professionellen Angeboten.

9. Was nun die Forderung nach „mehr Markt“ im Wohlfahrtsmix angeht, so kann man diese Forderung ganz verschieden ausbuchstabieren. Politik sollte nach meiner Ansicht daran interessiert sein, die potenziellen Vorteile kommerzieller Anbieter als „innovative Pioniere“ für mehr Selbstverantwortung in der Pflege für sich zu nutzen, statt kommerzielle Anbieter ausschließlich als zusätzliche und bedenkenlose Kostgänger staatlicher Pflegemarktfinanzierung anzusehen. Grundsätzlich gehört das bisherige System eines hoch reglementierten Quasi-Marktes im Pflegebereich, wo die entsprechenden Standardisierungen die Kassen und nicht die Betroffenen zu den eigentlich umworbenen und maßgeblichen Leistungseinkäufern machen, auf den Prüfstand (Schmidt 1991).
10. Insgesamt sollten auch Prozesse und Verfahren der Qualitätssicherung einen Mix darstellen, in den neben den viel erörterten Komponenten professioneller und staatlicher Kontrolle sowie des Konsumentenschutzes auch bürgergesellschaftliche Elemente eingehen. Ein mögliches Mittel wären hier etwa „Social Audits“ – die Bewertung von Anbietern in lokalen öffentlichen Hearings unter Beteiligung von Bürgern, Politikern, Anbietern, Fachleuten. Gerade hier könnten Pflegekonferenzen als Schaltstelle und Vermittlungsinstanz im Mix der Anbieter, Nutzer und Finanziers aktiv werden und eine zusätzliche Funktion erhalten.

Eine Schlussbemerkung

Ob die laufenden Modernisierungsprozesse einen neuen Wohlfahrtsmix begünstigen, der neben der staatlichen Verantwortung und der Aufwertung der Komponente Markt- und Kundenorientierung insbesondere auch die Bürger und das soziale Kapital der Bürgergesellschaft aktiviert und aufwertet, wird vor allem von der Beantwortung zweier Fragen abhängen.

Die erste Frage ist die nach der Bewertung der spezifischen Traditionen des Pflegebereichs, der im Unterschied zum Bereich der medizinischen

oder auch schulischen Versorgung seit jeher ein stärker bürgernaher und lokal eingebundener Versorgungsbereich war. Diese Eigenschaften hatten maßgeblich zu seiner eigenen Identität beigetragen. Wenn Modernisierungskonzepte diese Elemente als Ressource und identitätsstiftende Komponenten außer Acht lassen oder sogar als Modernisierungshindernis werten, wird natürlich in diesem Bereich die Förderung von Engagement (in Form von Spenden- und Unterstützungsbereitschaft, aber auch persönlicher Mitarbeit) äußerst schwierig und bürgerschaftliche „Aktivierung“ zur Wortblase.

Das führt zur zweiten Frage; wie sollen die bislang noch weitgehend „hohlen“ Konzeptionen einer „aktivierenden“ Gesellschafts- und Sozialpolitik gefüllt werden? Geht es hier lediglich um die Maxime, den Einzelnen zu „fördern und fordern“ (wie etwa bei Arbeit und Sozialhilfe), oder wird in diesem Konzept auch an das soziale Kapital der Bürgergesellschaft, also die Stärkung von Gemeinschaftsfähigkeit und solidarischem Handeln, gedacht (Blanke u.a. 2000)? In einzelnen Politikfeldern sind für die zuletzt angesprochene Version von „Aktivierung“ bereits erste Schritte gemacht worden. Positive Beispiele gibt es z. B. aus dem Bereich der Stadtentwicklung mit Programmen für „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf“ und für Konzepte eines „Quartiersmanagement“, aber auch für so manchen Ansatz in der lokalen Jugendhilfe-, Schul- und Beschäftigungspolitik, der durch Kooperation mit Vereinen, freien Trägern, Bürgerstiftungen und einzelnen Engagierten geprägt ist. Wann werden im Handlungsfeld der lokalen Altenhilfe dementsprechende Ansätze und Förderungskonzepte (Blaumeiser u.a. 2002) eine bessere Chance bekommen?

Literatur

- Alber, J./Schölkopf, M. (1999): Seniorenpolitik – Die soziale Lage älterer Menschen in Deutschland und Europa, Amsterdam: G+B-Verl. Fakultas.
- Blanke, B. u.a. (2000): Sozialstaat im Wandel. Herausforderungen, Risiken, Chancen, neue Verantwortung (Wissenschaftliche Eingangsuntersuchung für das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen).
- Blaumeiser, H. u.a. (2002): Handbuch Kommunale Altenplanung. Grundlagen – Prinzipien – Methoden, Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland.
- Diakonisches Werk der evangelischen Landeskirche in Baden e.V. (Hg.) (1998): Vom Krankenpflegeverein zum Diakonieverein – Neue Chancen und Herausforderungen. Workshop 1998/1999, Karlsruhe.
- Evers, A. (1998): Zwischen Versorgung und Aktivierung. Das Pflegegesetz ermöglicht eine Kultur der Pflege – seine Umsetzung droht sie zu verbauen. In: Schmidt

- R./Thiele A. (Hg.): Konturen der neuen Pflegelandschaft: Positionen, Widersprüche, Konsequenzen, Regensburg, S. 7-22.
- Evers, A./Klie, T. (1999): Zur Neuausrichtung kommunaler Alterssozialpolitik oder: Nach dem Pflegeversicherungsgesetz – freiwilliges kommunales Engagement?, in: Schmidt R. u.a. (Hg.): Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Beiträge zur Sozialen Gerontologie und Altenarbeit, Frankfurt am Main.
- Evers, A./Olk, T. (1996): Wohlfahrtspluralismus – Analytische und normativ-politische Dimensionen eines Leitbegriffs, in: Evers, A./Olk, T. (Hg.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft, Opladen: Westdeutscher Verlag, Seite 9-60.
- Evers, A./Rauch, U. (1999): Ambulante Altenpflege – Umbau oder Abbau kommunaler Verantwortlichkeiten?, in: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 45, Heft 2, S. 170-185.
- Evers, A./Rauch, U./Stitz, U. (2002): Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen. Hybride Organisationsformen im Schul-, Kultur- und Altenpflegebereich, Berlin: Sigma Verlag.
- Evers, A./Wintersberger, H. (Hg.) (1990): Shifts in the Welfare Mix. Their Impact on Work, Social Services and Welfare Policies, Frankfurt am Main/Boulder, Colorado: Campus/Westview .
- Evers, A./Leggewie, C. (1999): Der ermunternde Staat. Vom aktiven Staat zur aktivierenden Politik, in: Gewerkschaftliche Monatshefte 6/99, S. 331-340.
- Felscher, H. (Hg.) (1999): Seniorenbüros stellen sich vor, Stuttgart/Marburg/Erfurt: Verlag Peter Wiehl.
- Forum Sozialstationen 1999: Das Interview, S. 17-20.
- Klie, T. (2000): Mut zum menschlichen Profil, in: Neue Caritas, Heft 18, S. 8-13.
- Klie, T. (2001): Pflegekulturelle Orientierungen im Wandel – Perspektiven für die Angehörigen, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Nr. 3, S. 90 –96.
- Klie, T. (2002): Bürgerschaftliches Engagement in der Altenhilfe und Altenpflege, in: Enquetekommission zur Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements (Hg.): Bürgerschaftliches Engagement und Sozialstaat, Opladen: Leske und Budrich (im Erscheinen).
- Kunstmann, W. (1998): Zur Entwicklung und Situation der häuslichen Kranken- und Altenpflege, in: Zwischenzeiten – Jahrbuchbuch für kritische Medizin 30, Hamburg, S. 85-101.
- Kunz, H. (2000): Menschenwürde im Alter unbezahlbar? – Altenheime zwischen Sparzwang und neuen Anforderungen, in: Kommune, Heft 1/2000, S. 17-20.
- Schmidt, R. (1991): Altenhilfe – (k)ein Geschäft für Profis? Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Bd. 84, Berlin.
- Wohlfahrtswerk Baden-Württemberg (Hg.) 2002: Bürgerengagement im Pflegeheim – Fachtagung (Eigenverlag).
- Wüstenrot Stiftung Deutscher Eigenheimverein e.V. (Hg.) (1997): Wohnquartiernahe Alltagshilfen – Ergebnisse eines bundesweiten Wettbewerbs, Stuttgart.