

Situation und Zukunft der Altenpflege im sozialrechtlichen und gesellschaftlichen Gefüge

1. Grundlagen der Analyse

Zunächst müssen einige Voraussetzungen und Grundlagen der nachfolgenden Analyse – zumindest kurz - dargelegt werden. Auf diesen Vorentscheidungen basieren die Analysen.

Zunächst zur Mehrschichtigkeit des Themas. Im Prinzip muss man sich darüber klar werden, dass das gestellte Thema letztendlich eine gesellschaftliche Gesamtdiagnose darstellt. Es geht um die Analyse der Pflege im Sozialsystem, welches wiederum in der Gesellschaft als Generationengefüge eingebettet ist. Aus der Sicht der Person ist das Thema ebenso mehrfach in einander gefaltet: Es geht um die Analyse der Person in der Gesellschaft, die wiederum als Figuration der Personen innerhalb der soeben bereits angeführten Figuration der Generationen verstanden werden muss, wobei dieses gesamte Gefüge unter dem Aspekt der grundrechtlichen Chance auf Entfaltung der Person durch Teilhabe in nachhaltigen, fairen Relationen im gesellschaftlichen Generationenverhältnis zu betrachten ist. Die Problematik läßt – so gesehen – nichts an Komplexität zu wünschen übrig.

Die Haupthypothese soll lauten: Als Trend in der Neuordnung des Sozialhilferechts läßt sich festhalten, dass das Leitbild „Fördern und Fordern“ nicht zu einem Ende der einseitigen paternalen Gabe des Staates in Form des Fürsorgeprinzips führt, sondern – abzugrenzen von der genossenschaftsartigen Hilfe auf Gegenseitigkeit im Sozialversicherungswesen – zu einer neuen Form der Asymmetrie: Gewährung und Folgebereitschaft – eine Art lehnsrechtlicher Konstruktion (medizinisch: Compliance) gemäß den Leistungsvereinbarungen im SGB II und SGB XII (vgl. § 12 SGB XII).

Verschiedene Basisannahmen werden getroffen, auf denen die nachfolgenden Analysen beruhen.

a) Grundlegend ist der § 1 (1) SGB I im Lichte des GG und mit Blick auf die EU-Rechtsvorgaben. Es geht um die grundrechtliche Problematik, dass zur freien Entfaltung der Persönlichkeit der freie Zugang zu einem System sozialer Sicherung gehört, aus dem soziale Leistungen resultieren, die dem Individuum die Materialisierung seiner sozialen Grundrechte gewährleisten.

b) Ausgegangen wird von der theoretischen Vorentscheidung, wonach eine grundrechtsfundierte Sozialpolitik als lebenslauforientierte Intervention in die Lebenslagen der Person als Ressourcenausstattung verstanden wird, damit die Person ihre Entwicklungsaufgaben – die An- und Herausforderungen des Lebenszyklus – bewältigen kann.

c) Gesellschaftliche Kohärenz (Makroebene) basiert auf der gelingenden Bildung von Sozialkapital (Mesoebene), die wiederum ermöglicht wird durch empathiefähige Personen (Mikroebene). Unter Sozialkapital wird die Generierung einer vernetzten, von einer Gegenseitigkeitsökonomik getragenen Form des (lokalen) Zusammenlebens verstanden, die durch ein Vertrauensklima geprägt ist. Diese Form des sozialen Zusammenlebens (auf der Mesoebene) fundiert sodann (auf der Makroebene) gesellschaftliche Risikobewältigung (Ebene der sozialen Sicherungssysteme), basiert jedoch (auf der Mikroebene) auf gelungener Sozialisation, die die Menschen zur Ich-Stärke, Selbständigkeit und Selbstverantwortlichkeit erzieht, aber auch – durch Generierung von Empathiekompetenzen (infolge gelungener Erziehung zur Bindungsfähigkeit auf der Grundlage gemachter Bindungserfahrungen) – zur sozialen Mitverantwortung.

Die nachfolgenden 6 Abschnitte behandeln nunmehr als Stufen der Analyseentfaltung folgende Punkte: a) Mikropolitik der Pflegerelationen, b) Professionelle Pflege im Ausstrahlungsfeld des SGB II-Regimes, c) Pflege im Ausstrahlungsfeld des Medizinsystems, d) Fragmentierung von SGB V und SGB XI, Irrelevanz des SGB IX, Potenziale des SGB XII, e) Das Ausstrahlungsfeld des EU-Rechts-Regimes, f) Das Alter im intra- und inter-generationalen Gefüge.

2. Mikropolitik der Pflegerelationen

Hier muss eine Auswahl zentraler Entwicklungsfragen erfolgen.

Zunächst zur **Welt der Familie**: Mit Blick auf die Pflegearrangements wären mehr rationale Familienkonferenzen statt naturwüchsige Rollenzuschreibungen zu fordern. Es geht hier darum, dass sich die Pflegeakteure mit den Pflegebedürftigen wirklich klar werden darüber, was sie erwartet, was sie können, was man ihnen zumutet, was sie sich selbst zumuten können. Vieles bleibt sonst unausgesprochen, implizit und somit u. U. sogar qualitätsgefährdend, die Ressourcen zerstörend und somit insgesamt erodierend. Insbesondere die oftmals automatischen Rollenzuschreibungen an die Frauen (als Töchter, als Partnerinnen etc.) sind aufzubrechen. Jedoch muss bedacht werden, dass mit dieser Einsicht in die Notwendigkeit einer gewissen kommunikativen Rationalität die Pflege immer eine Sphäre bleibender Archaismen sein wird. Scham und Schuld, Ekel und Tabus prägen das Feld.

Eine Bemerkung zum **Hausarzt**: Die Studien legen immer noch dar, dass der Hausarzt eher Diagnostiker des Greisenalters ist und somit überholte kulturgeschichtliche Stadien des Altersbildes praktiziert. Er müsste Medizin als geriatrische Kunst praktizieren. Das vermag er heute aber (noch) nicht.

Zumindest eine Bemerkung zum komplexen Gebiet des Krankenhauses ist notwendig: das **Krankenhaus** ist in der vorherrschenden Medizinanthropologie immer noch dominant als Regime maskuliner Maschinenbaumetaphorik zu verstehen, die sich systemisch abgrenzt von der als verlängerte Mütterlichkeit definierten Pflege. Damit ist eine personenzentrierte, ganzheitlich-lebenslagenorientierte Behandlung, Versorgung und Betreuung nicht gewährleistet. Insbesondere für den älteren (chronisch

kranken, geriatrischen) Patienten bleibt das Krankenhaus im Durchschnitt ein Ort fragmentierter Versorgung, gebrochener Kommunikationen und brüchiger Interaktionen, fehlender Kooperationen, fragiler und defizitärer Vernetzung.

Die Situation der **stationären Langzeitpflege** ist komplex; nur wenige Aspekte seien hervorgehoben. Lange Zeit galt sie als Ort der Overprotektion. Damit wurden nicht nur die Axiomatik der personalen Selbständigkeit verletzt. Pflege war damit auch nicht aktivierend, nicht rehabilitationszentriert und zerstörte eher bleibende Selbsthilfepotentiale als diese zu fördern. Diese Probleme werden nunmehr überdeckt von Fragen der Minimalstandards, die angesichts knapper Ressourcen im Lichte der Gefahr des Qualitätsdumping notwendig erscheinen. Quo vadis stationäre Langzeitpflege?

3. Professionelle Pflege im Ausstrahlungsfeld des SGB II-Regimes

Ist nunmehr – zumindest mit einigen kurzen Skizzen – die Pflegeproblematik im Lichte vor allem der Medizinsystementwicklung betrachtet worden, so stellt sich nunmehr die Frage nach der Entwicklung der Pflege im Lichte des neuen SGB II-Regimes. Was ist das SGB II? Ein Blick in die normative Grammatik (§§ 1 und 2 SGB II) muss erfolgen.

Zunächst könnte das SGB II als **Vision** definiert werden: Demnach wäre das implizite Leitbild zu definieren als „Employability“-zentrierte „Modernisierung der Sozialverwaltung“ – als Empowerment-orientiertes Schnittstellenmanagement zwischen Sozialhilfe und Arbeitsförderung. Dagegen wäre fachlich wenig einzuwenden.

Die **implizite Tiefengrammatik** könnte jedoch anders aussehen: Das SGB II wäre zu definieren als neo-puritanischer Rekurs auf die Arbeitspflicht. Kulturell würde somit eine Art von Psychomythologie der „conditio humana“ sozialrechtlich implementiert: Schweiß und Brot (arbeitszentriertes SGB II vorrangig zum SGB XII: § 2 Abs. 1 SGB XII sowie § 21 SGB XII) werden eng und unlösbar aneinander gekoppelt.

Die **offensichtliche Praxis könnte so aussehen: Das SGB II wäre ein** Regime zur Entwicklung einer neuen Zumutbarkeits-Kultur, kulminierend in zumutbare Arbeit gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB II.

Die Perspektive wechselnd, wäre das SGB II (als Praxis) im Sinne einer **personalen Erlebnisordnung** so zu verstehen, dass (ganz im Sinne der differentiellen Psychologie) der aktivierende Wohlfahrtsstaat im Spektrum zwischen Tagesstrukturierung und Demütigung erlebt wird. Einerseits mag mancher Langzeitarbeitslose ein Ende der Isolierung erleben, eine Re-Integration in tagesstrukturierte Rhythmen, wie sie die Arbeitsgesellschaft kennzeichnen, andere Langzeitarbeitslose mögen sich öffentlich vorgeführt, stigmatisiert, gedemütigt fühlen. Letztendlich handelt es sich um eine Fortführung bestimmter Möglichkeiten der älteren Praxis der § 18-20 BSHG.

Arbeitsmarktpolitisch sind zwei Entwicklungsmuster relevant. Der arbeitsmarktpolitische Funktionalismus besteht in der Installation des Niedriglohnssektors, definier-

bar als eine anglo-amerikanisch orientierte nachholende Modernisierung. Ein weiterer Funktionalismus besteht in den Folgen für die sozialen Dienste. Möglich wird a) ein Eliten-Heloten-Dualismus in der Pflege, und b) ein Eliten-Heloten-Modell innerhalb des weiblichen Arbeitsmarktes als Modus der Ausschöpfung des Erwerbspersonenpotentials. Das Eliten-Heloten-Modell in der Pflege besagt, dass in Zukunft die qualifizierte Pflege professionell nur noch in (an)leitenden Funktionen anzutreffen sein wird, die ausführende Pflege wird unterschwellig qualifiziert und entsprechend entlohnt werden. Dieses sektorspezifische Eliten-Heloten-Modell entwickelt sich zu einer Struktur des weiblichen Arbeitsmarktes (der im Lichte der Vereinbarkeitsprobleme zu sehen ist: Hoch qualifizierte Frauen (humankapitalintensive Ausbildung) realisieren ihre Karriere in Vereinbarkeit mit einer gewünschten Fertilität durch Rückgriff auf weibliche Niedriglohnsegmente des Arbeitsmarktes (Tagesmuttermodell)).

4. Pflege im Ausstrahlungsfeld des Medizinsystems

Im Lichte der Alterung der Bevölkerung muss sich das Medizinsystem (im SGB V-Feld) stärker geriatrisch ausrichten und neue (soziodemographisch und epidemiologisch passungsfähige) Versorgungslandschaften entwickeln. Im Zentrum steht hierbei eine Ausdifferenzierung der Betriebsformen und die Entfaltung komplex integrierter Versorgung. Das GMG bietet dafür erste Ansätze, muss aber fortentwickelt werden. Die These wird vertreten, dass in der Generierung neuer Versorgungslandschaften die institutionelle Antworten auf die pauschalen Vergütungsregimes im sektoralen Fragmentarismus liegen. Denn bei kurzer Verweildauer im Krankenhaus und bei begrenzter Leistungsproduktion pauschal vergüteter Ärzte, die das Morbiditätsrisiko tragen, werden verschiedene Formen von Weiterleitungsketten ausgelöst, wobei die risikoselektierenden Effekte institutionell aufgefangen werden müssen. Es stellt sich daher in zentraler Weise die Frage: Welche Rolle spielt die Pflege (nach SGB XI) in der Versorgungskette: Ist die Pflege im Ausstrahlungsfeld des SGB V nur ein Problem-Container oder wird sie sich zu einem evidenz-fundierte Produktionsprogramm entwickeln?

5. Fragmentierung von SGB V und SGB XI, Irrelevanz des SGB IX, Potenziale des SGB XII

Seit längeren Diskussionen ist evident, was zur **Änderung** ansteht: Die sozialrechtliche Fragmentierung von Krankheit und Pflege, von SGB V und SGB XI ist zu überwinden. Das SGB XI erweist sich immer mehr als Produkt einer sozialrechtlichen Pfadabhängigkeit: Die Dogmatik des Kausalprinzips im gegliederten Sozialsicherungswesen hat sich durchgesetzt und mit ihr die Autismen der isolierten Sektoren. Eine Gefahr mag eine entsprechende Änderung allerdings beinhalten: Drohen könnte ein Relevanzverlust der Pflege in einem medizinisch dominierten Leistungskatalog, während im SGB XI die Pflege eine eigene Relevanzwelt konstituieren konnte.

Pflegepolitisch irrelevant scheint weitgehend das SGB IX zu sein. Das integrations- und rehabilitationszentrierte Behindertenrecht des SGB IX – trotz des § 8 Abs. 3 SGB IX - ist arbeitsmarkt-fokussiert und regelt am alten Menschen vorbei, bezieht sich

wesentlich auf die §§ 53-60 SGB XII (Kapitel 6 des SGB XII) und dies trotz § 14 SGB XII: „Vorrang von Prävention und Rehabilitation“.

Die **Potenziale des SGB XII** sind erst noch auszuloten. Relevante Themenkreise sind: a) Grundsatz der Zusammenarbeit der Träger gemäß § 4 SGB XII, b) persönliche Budgets gemäß § 61 Abs. 2 SGB XII, c) Betonung des gesellschaftlichen Engagements auch in der Altenhilfe: § 11 SGB XII in Verbindung mit § 71 Abs. 2 SGB XII.

Insgesamt scheinen aber gravierende Neuerungen für die Alterspolitik nicht zu bestehen, wengleich die Potentiale des § 61 Abs. 2 SGB XII noch offenblieben müssen. Der Grundsatz gemäß § 4 SGB XII ist nicht neu, findet sich in vielen Rechtsbereichen – und ist überall gleich erfolglos.

Diskussionswürdig ist der § 11 i.V.m. § 71 Abs. 2 SGB XII. Sollten – ganz im Sinne des neo-puitanischen Geistes des SGB II – Leistungen der Altenhilfe abhängig werden von Leistungsvereinbarungen über ein entsprechendes gesellschaftliches (bürgerschaftliches) Engagement? Insgesamt schleicht sich das ökonomisierende Paradigma ein: Hilfebedürftige werden zu „nachfragenden Personen“. Die Ökonomisierung speist sich kulturell aber nicht aus der fachlichen Kritik an der Asymmetrie der paternalistischen Hilfe, sondern aus der Diffusion des puritanischen Arbeitsethos.

6. Das Ausstrahlungsfeld des EU-Rechts-Regimes

Nur kurze Anmerkungen zur hegemoniale Dominanz des EU-Wettbewerbsrecht im Lichte einiger exegetischer Möglichkeiten zum EU-Verfassungsverbund sind darzulegen, denn die Dominanz des Binnenmarkt-Projekts mit seinem EU-Wettbewerbsrechts wirkt sich massiv auf die Sektoren der sozialen Dienstleistungen aus. Betroffen ist auch zunehmend der „Dritte Sektor“. Das Ende der Steuerfreigemeinnützigkeit ist im Lichte des EU-Beihilfenrechts absehbar. Stattdessen werden neue Regimedimensionen deutlich: Leistungsvertrag statt Subvention, Leistungsvereinbarungen und Projektmanagement, klientenbezogene Leistungsfestsetzung, Entwicklungen im über- und unterschwelligen Bereich des europäischen Vergaberechts, Vertragsmanagement, Neuordnung der Geschäftsfelderpolitik, Ausgliederung und Schaffung neuer Rechtsformen etc.

Bevor die Erwägungen zum abschließenden Abschnitt 6 kommen, sei ein **Zwischenfazit** gezogen. Die Aufteilung des alten BSHG in das SGB XII und (Hartz IV-bedingt) in das SGB II ändert alterspolitisch einerseits nicht viel, andererseits doch. Einerseits: Das SGB XII bringt (abgesehen vom persönlichen Budget) keine neuen Impulse für die Alterspolitik. Im Lichte der Interdependenz der Sozialgesetzbücher und der entsprechenden Leistungspraxis bleibt es bei den historisch gewachsenen Problemen: der Fragmentismus zwischen SGB V und SGB XI, der Fragmentismus innerhalb des SGB V, die weitgehende pflegepolitische Irrelevanz des SGB IX. Andererseits: das SGB XII ist von der normativen Logik des SGB II geprägt: „Fordern und Fördern“ gilt auch hier, selbst bei den nicht erwerbsfähigen Segmenten des Sozialhilfeklientels. Die schleichende Ökonomisierung (im Sinne des Denkens der Wettbewerbssteuerung und des marktlichen Kontraktdenkens) – EU-rechtlich beschleunigt – zeichnet

sich somit in der Altenhilfepolitik ab. Das Sozialrecht trägt dergestalt zu einem veränderten gesellschaftlichen Klima in der kulturellen Umgangsweise mit dem Alter bei.

7. Das Alter im intra- und inter-generationellen Gefüge

Zunehmend neo-puritanisch und neo-liberal wird damit ausgelebt, was anthropologisch gesehen durchaus im Kern eine gewisse Berechtigung hat: Das Alter ist keine „Narrenzeit“, es ist nur begrenzt eine „späte Freiheit“. Das Alter ist nicht aus dem gesellschaftlichen Gefüge von generationenübergreifenden Aufgaben-, Rechte- und Pflichtenzusammenhänge entbunden. Das Alter muss sich dem Problem der inter-generationellen Gerechtigkeit als Reziprozitätsproblem gegenüber den nachwachsenden Generationen stellen. Faktisch tut dies das Alter bereits: Intensive Austauschbeziehungen zwischen den Generationen – die Literatur ist hier Legende - belegen das. Auch praktiziert das Alter genossenschaftsartige kollektive Selbstsorge auf Gegenseitigkeit (in Form von Seniorengenossenschaften), steht also auch in intra-generationellen Austauschbeziehungen. Die alterssicherungsrechtlichen Entwicklungen (Anhebung der Altersgrenze, Absenkung der Rentenniveaus und Begrenzung der Rentensteigerungsdynamik etc.) integrieren auch in diesem Zweig das Alter in die inter-generationellen Verpflichtungszusammenhänge.

Literaturhinweise

Schulz-Nieswandt, Frank (2004): Geschlechterverhältnisse, die Rechte der Kinder und Familienpolitik in der Erwerbsarbeitsgesellschaft, Anthropologisch orientierte Forschung zur Sozialpolitik im Lebenszyklus, Bd. 1, Münster: Lit.

Schulz-Nieswandt, Frank (2005: i.D.): Sozialpolitik und Alter, Reihe Grundriss Gerontologie, Bd. 5, Stuttgart u.a.: Kohlhammer.

Schulz-Nieswandt, Frank/Kurscheid, Clarissa (2004): Integrationsversorgung, Anthropologisch orientierte Forschung zur Sozialpolitik im Lebenszyklus, Bd. 2. Münster: Lit.

Schulz-Nieswandt, Frank/Kurscheid, Clarissa (2005): Kompetenzzentrierte sozialpolitische Interventionen in der Wohlverhaltensperiode des Privatinsolvenzrechts, Materialien zur Familienpolitik Nr. 20/2005: www.bmfsfj.de.

Schulz-Nieswandt, Frank u.a. (2006). Zur Genese des europäischen Sozialbürgers. Anthropologisch orientierte Forschung zur Sozialpolitik im Lebenszyklus, Bd.3, Münster: Lit (i.V.).