

1 Hilfebedürftigkeit, soziale Probleme und soziale Dienste

Soziale Probleme und aus ihnen resultierende Anforderungen an die Sozialpolitik ergeben sich nicht allein aus einer unzureichenden Verfügung über materielle Ressourcen. Es gibt eine Vielzahl von *sozialen Bedarfs- und Notlagen*, deren Lösung oder Linderung durch die Bereitstellung von (mehr) Einkommen allein nicht möglich ist. Dies wird offensichtlich, wenn man etwa an die Lebensrisiken Krankheit und Pflegebedürftigkeit, an die verschiedenen psychosozialen Notsituationen oder an die Integration von Flüchtlingen denkt. Von entscheidender Bedeutung für die Lebenslage ist daher nicht nur, inwieweit die materiellen Grundbedürfnisse eines Menschen befriedigt werden und ausreichende Kaufkraft sichergestellt wird, sondern auch, ob und in welchem Umfang im Falle von sozialen Bedarfs- und Notlagen auf persönliche Hilfen durch andere zurückgegriffen werden kann, wenn die Betroffenen zur Problembewältigung allein nicht in der Lage sind. Lebenslage und Lebensqualität der Menschen werden also sowohl durch die Verfügungsmöglichkeit über Einkommen als auch über personenbezogene Hilfen bestimmt. Je nach Problemlage und Lebenssituation kommt dabei den sozialen Hilfe- und Unterstützungsleistungen eine unterschiedliche Bedeutung zu: Sie können vor allem in den Fällen von Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Krankheit weitaus wichtiger sein als finanzielle Leistungen. Finanzierung und Bereitstellung sozialer Dienste zählen heute zu einem immer wichtiger gewordenen Aufgabengebiet des Sozialstaates. Die Einkommensstrategie in der Sozialpolitik wird durch die *Dienstleistungsstrategie* ergänzt.

In die Situation des Hilfebedarfs geraten Menschen nicht nur in außergewöhnlichen Notlagen, sondern auch in typischen Lebenslagen und -phasen im Lebenslauf: *Kinder* sind ohne Hilfen durch andere gar nicht existenzfähig. Ihre Pflege, Betreuung und Erziehung sind für die körperliche, seelische und geistige Entwicklung unabdingbar. Dies gilt naturgemäß insbesondere für Kleinkinder, denen eine eigenständige Lebensführung ohne Hilfe anderer überhaupt nicht möglich ist. Aber auch für ältere Kinder und für Jugendliche besteht ein hoher Bedarf an Bildungs- und Erziehungsleistungen.

Übersicht XII.1

Anlässe, Zielgruppen und Handlungsformen sozialer Dienstleistungen
<p>Problemlagen und Anlässe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Versorgung- und Betreuung von Kindern • Bildung, Ausbildung, Weiterbildung • Krankheit • Behinderung • Pflegebedürftigkeit • Hilfebedürftigkeit bei der alltäglichen Lebensführung • Wohnungsprobleme • Delinquenz • Erziehungs- und Partnerschaftsprobleme • Armut, Ausgrenzung, Isolation • Sucht • Seelische Notlagen • Überschuldung • Arbeitslosigkeit • Flucht und Vertreibung
<p>Zielgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche • Ältere, insbesondere Hochaltrige • Kranke • Menschen mit Behinderungen • Pflegebedürftige • Migrant:innen und Flüchtlinge • Wohnungslose • Arbeitslose • Personen in sonstigen sozial schwierigen Lebenslagen
<p>Handlungsformen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterrichten und Erziehen • Beraten und Informieren • Begleiten, Betreuen und Versorgen • Behandeln, Pflegen, Rehabilitieren • Therapieren • Hilfe bei häuslichen Verrichtungen und Mobilität • Emotionale Unterstützung

Auch im *Krankheitsfall* sind die Betroffenen in einem hohen Maße auf persönliche Hilfen durch andere angewiesen: Die hochwertigsten medizinischen Apparaturen und die kostspieligsten Heil- und Hilfsmittel ersetzen nicht die Krankenpflege, können allein Heilungs- und Genesungsprozesse nicht bewirken.

In der Lebensphase *Alter* schließlich nimmt der Bedarf an persönlichen Hilfen deutlich zu, treten doch mit fortschreitendem Lebensalter jene problematischen Veränderungen in der Lebenslage immer häufiger auf, die eine Begrenzung der eigenständigen Lebensführung zur Folge haben, wie etwa Einschränkungen der körperlichen Fähigkeiten, chronische Krankheiten und Pflegebedürftigkeit.

Mit diesen Beispielen ist die Bandbreite sozialer Hilfebedürftigkeit aber lediglich angedeutet. Tatsächlich findet sich eine breite Vielfalt von Bedarfs- und Problemlagen, die persönliche Hilfen erfordern. Im Regelfall und in vielen Variationen geht es dabei immer um die Verbesserung der Lebenslage von Menschen, die von sozialen Problemen betroffen sind und Benachteiligungen erfahren, die ihrerseits wiederum im demografischen, sozialen und politischen Wandel ständigen Veränderungen unterliegen. Der Überblick über die Breite dieses helfenden, persönlichen Handelns wird erleichtert, wenn man zwischen Anlässen, Zielgruppen sowie Handlungsformen unterscheidet (vgl. Übersicht XII.1).

1.1 Was sind soziale Dienste?

Soweit die mit der Bewältigung der sozialen Risiken und Probleme verbundenen personenbezogenen Leistungen professionell und entgeltlich erbracht werden, bezeichnet man sie als *soziale Dienste* oder *soziale Dienstleistungen*. Beide Begriffe werden in der Regel und auch im Folgenden synonym verwendet; mitunter wird aber auch unterschieden: Als soziale Dienstleistungen gelten dann die beratenden, begleitenden, betreuenden, erzieherischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten im engeren Sinne. Unter sozialen Diensten werden die Dienstleistungsangebote von Ämtern, Behörden, Verbänden sowie sozialen Einrichtungen und Unternehmen verstanden. Bei dieser institutionellen Sicht wird auf die Leistung der gesamten Einrichtung abgestellt. Die Leistungserstellung erfolgt in einem betrieblichen Rahmen und erfordert auch solches Personal (z. B. Verwaltungskräfte), das nicht unmittelbar in den Prozess der personalen Hilfe eingebunden ist.

Familiäre oder ehrenamtliche Hilfeleistungen, da nicht professionell und entgeltlich erbracht, zählen nach dieser Definition nicht zu den sozialen Dienstleistungen oder sozialen Diensten. Dabei darf jedoch nicht aus den Augen gelassen werden, dass die meisten personenbezogenen Hilfe- und Unterstützungsleistungen unverändert nicht durch bezahlte Professionelle, sondern durch Laien im familiären und sozialen Raum erfolgen, vor allem durch Familienangehörige, Freund:innen und Nachbar:innen oder durch Personen, die im Rahmen eines bürgerschaftlichen Engagements helfend tätig werden. Die Beispiele Betreuung und Erziehung von Kindern, Versorgung von Kranken und Pflegebedürftigen, Unterstützung von Behinderten machen dies deutlich. Von den Beteiligten werden solche Hilfeleistungen dabei im Allgemeinen nicht als bewusst oder gezielt angebotene Dienstleistung verstanden, sondern vielmehr als Selbstverständlichkeit im Umgang miteinander wahrgenommen.

Allerdings lassen sich nicht-professionelle Hilfen und professionell erbrachte soziale Dienste nicht isoliert voneinander betrachten. Zumeist besteht, so beispielsweise in der ambulanten Pflege oder bei der Kindererziehung, ein komplementäres Verhältnis. Die familiär-häuslichen Leistungen werden durch professionelle Dienste ergänzt und unterstützt. In anderen Bereichen zeigt sich aber auch ein Substitutions-

und Konkurrenzverhältnis, das zu Spannungen und Konflikten führen kann. Familienhilfe oder ehrenamtliche Hilfe werden durch professionelle Dienste ersetzt oder aber ehrenamtliche Kräfte treten an die Stelle von hauptamtlichen Professionellen. Eine Darstellung und Analyse von Strukturen und Entwicklungsrichtungen sozialer Dienste macht es deshalb erforderlich, auch auf die nicht-professionell und unentgeltlich erbrachten, Hilfeleistungen einzugehen (vgl. Pkt. 8. dieses Kapitels).

1.2 Soziale Dienste als Reaktion auf soziale Probleme

Soziale Dienste grenzen sich von anderen erwerbsförmigen personenbezogenen Diensten insofern ab, als ihr Anlass in der Regel ein soziales Problem ist bzw. als solches *angesehen* und anerkannt wird. Das Soziale dieser Dienstleistungen ergibt sich immer aus den Zielgruppen und Zielsetzungen sowie aus den Angeboten und Anbietern. Die Unterschiede sind freilich fließend, wie man etwa an den Beispielen mobile Essensversorgung, Körperpflege und Reinigungsdienste sieht: Im Normalfall handelt es sich hier um kommerzielle persönliche Dienstleistungen, wie sie auch durch Fahrradkuriere, Friseur:innen und Reinigungskräfte geleistet werden könnten. Solche Leistungen werden jedoch dann als soziale Dienste aufgefasst, soweit sie sich gezielt an bestimmte sozial benachteiligte Personengruppen wie z. B. Behinderte und Pflegebedürftige richten, die mit wesentlichen Dimensionen der Alltagsgestaltung und -bewältigung überfordert sind, und sozialstaatlich reguliert und finanziert sind.

Soziale Probleme beziehen sich auf bestimmte soziale Bedingungen, Strukturen oder Situationen, die als Störung, Widerspruch oder Funktionsproblem der Gesellschaft analysiert werden können. Sie müssen empirisch wahrnehmbar sein. Welche daraus resultierenden Hilfebedarfe wie und in welcher Form dann auch professionell abgedeckt werden, hängt aber weder allein von übergeordneten sozialstaatlichen Zielen noch von der objektiven Bedarfslage ab. Immer auch entscheiden gesellschaftliche und weltanschauliche Normen, Vorstellungen und Interessen von Parteien, Verbänden und Organisationen sowie die jeweiligen sozio-ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen darüber,

- ob soziale Probleme als solche überhaupt öffentlich anerkannt,
- welche sozialen Dienste dann auch angeboten und
- in welchem Ausmaß die Dienste öffentlich finanziert werden.

Die gesellschaftlichen Vorstellungen über das, was als soziales Problem definiert und anerkannt wird und was als individuelles Problem gesellschaftlich unbeachtet bleibt, unterliegen einem ständigen Wandel. Dies zeigt sich z. B. an der jahrzehntelangen Missachtung des Themas Alkoholismus: Der Alkoholmissbrauch galt als individuelles Fehlverhalten, aber nicht als Krankheit. Ein weiteres Beispiel ist die Gewalt in der Familie, die über lange Jahre tabuisiert, als private Angelegenheit behandelt und nicht

als Anlass für soziale Interventionen und Hilfen angesehen wurde. Ein weiteres Beispiel dafür, wie lange es bis zur gesellschaftlichen Anerkennung als soziales Problem dauern kann, ist das Risiko der Pflegebedürftigkeit. Erst nach einer mehr als 20-jährigen Vorlaufdiskussion wurde 1994 die Gesetzliche Pflegeversicherung eingeführt.

2 Soziale Dienste: Grundlagen, Strukturen und Trends

2.1 Charakteristika sozialer Dienstleistungen

Bereitstellung und Finanzierung sozialer Dienste zählen zu einem immer wichtiger werdenden Aufgabengebiet der Sozialpolitik. Ihr Einsatz dominiert vor allem in den Bereichen:

- Arbeit und Arbeitsmarkt (Kapitel V),
- Qualifikation (Kapitel VI),
- Gesundheit und Gesundheitssystem (Kapitel VIII),
- Pflegebedürftigkeit und Pflege (Kapitel IX),
- Familie und Kinder (Kapitel X).

Einkommensstrategie und Dienstleistungsstrategie in der Sozialpolitik überlagern und ergänzen sich. Sie können jedoch auch in einem Spannungsverhältnis zueinanderstehen, wenn es angesichts der Ziele wie auch der Finanzierung der Sozialpolitik um die Setzung von Prioritäten geht. Zwei Beispiele können dies illustrieren: Soll bei der Pflege das Schwergewicht auf die Förderung der familiären Pflege durch die Zahlung von Pflegegeld gelegt werden oder auf die Förderung der ambulanten und stationären Pflege durch professionellen Pflegekräfte? Und in der Familienpolitik stellt sich die Frage, ob vorrangig das Angebot an Kindertagesstätten ausgebaut oder die häusliche Betreuung durch Zahlung eines Betreuungs- bzw. Familiengelds unterstützt werden soll.

Trotz ihrer Vielfältigkeit weisen soziale Dienstleistungen eine Reihe von Gemeinsamkeiten auf, die sie von der Güterproduktion, aber auch von sach- und unternehmensbezogenen Dienstleistungen unterscheiden und besondere Bedingungen für ihre Erbringung zur Folge haben. Bei diesen im Folgenden zu skizzierenden Charakteristika wird Bezug genommen auf die unmittelbare Tätigkeit am hilfesuchenden Menschen. Davon unbenommen fallen in den Einrichtungen, die soziale Dienste bereitstellen, auch andere Tätigkeiten an, die hier aber unberücksichtigt bleiben (Versorgung, Verwaltung, Hauswirtschaft usw.).

Personenbezug

Soziale Dienste sind ihrer Natur nach helfend, beratend, betreuend, unterstützend und damit personenorientiert, d. h. sie richten sich an Menschen in spezifischen so-

zialen Notlagen. Die Tätigkeit basiert auf institutionell hergestellten Interaktionsbeziehungen zwischen den beruflichen Expert:innen auf der einen und den Hilfe und Unterstützung Suchenden auf der anderen Seite. Es handelt sich um interaktionszentrierte Tätigkeiten mit direktem Personenkontakt, bei der die Helfer eine Vertrauensstellung einnehmen. Sie werden gegen Entgelt erbracht und beruhen nicht – wie die Hilfe im Familienkontext – auf normativ bestimmten Erwartungen gegenseitiger Hilfeleistungen (Reziprozitätserwartungen) (vgl. Pkt. 8.3 dieses Kapitels). Aufgrund der hohen Anforderungen hinsichtlich der Kompetenzen zur Problemdiagnose und -lösung und der Verantwortungsübernahme gegenüber den Klient:innen erfordert die Erbringung sozialer Dienste in aller Regel eine spezifische fachliche Qualifikation.

Die Tätigkeiten beschränken sich allerdings nicht auf die persönlichen Interaktionsbeziehungen. Aufgrund der Finanzierungsmodalitäten und ihrer Bürokratisierungsfolgen (vgl. Pkt. 6.2 dieses Kapitels) sowie der Qualitätssicherungsbestimmungen (vgl. Pkt. 7. dieses Kapitels) prägen immer mehr administrative Elemente den Arbeitsalltag. Protokoll- und Aktenführung, Berichtslegung, Falldokumentationen, Führung von Statistiken und digital gestützte Arbeit sind typische Merkmale moderner sozialer Dienstleistungsarbeit geworden, welche die unmittelbare Tätigkeit mit und an den Klient:innen überlagern.

Personalintensität und begrenzte Rationalisierbarkeit

Da die Tätigkeit an und mit Menschen erfolgt, lassen sich soziale Dienstleistungen sich nicht oder nur sehr begrenzt durch Maschinerie oder neue Informations- und Kommunikationstechnologien ersetzen. Allerdings werden sie zunehmend digitalisiert unterstützt (vgl. Pkt. 6.4 dieses Kapitels). Wegen dieser geringen Rationalisierungsfähigkeit sind sie personal- und damit kostenintensiv. Es liegt auch in der Natur personenbezogener sozialer Dienste, in ihrer Produktivitätsentwicklung immer im Rückstand gegenüber dem gesamtwirtschaftlichen Zuwachs zu bleiben und damit gegenüber industriell gefertigten Gütern relativ teuer zu werden. Kostensteigerungen sind damit vorprogrammiert.

Uno-actu-Prinzip

Für soziale Dienste gilt das uno-actu-Prinzip: Da sie unmittelbar an und mit Personen vollzogen werden, fallen ihre Produktion und Konsumtion zeitlich und räumlich zusammen, verlaufen somit simultan. Der Zwang zur gleichzeitigen Anwesenheit von Produzent:in und Leistungsempfänger:in lässt es nicht zu, dass soziale Dienste auf Vorrat erstellt und gelagert werden. Die Vorhaltung von Kapazitäten ist deshalb erforderlich, um sicherzustellen, dass auch bei vorab nicht absehbaren Notlagen die Leistungen schnellstmöglich erbracht werden können. Die Gleichzeitigkeit hat in räumlicher Hinsicht zur Konsequenz, dass entweder der/die Leistungsempfänger/in zum/r Produzenten/in kommen muss oder umgekehrt der/die Produzent/in den/die Leistungsempfänger/in aufsuchen muss. Da sich die Leistungen nicht transportieren lassen, müssen sich immer die Menschen bewegen. Um möglichst viele Hilfebe-

dürftige zu erreichen, ist deshalb, soweit mach- und finanzierbar, eine Wohnortnähe der Angebote erforderlich. Die fehlende Transportfähigkeit von personengebundenen Dienstleistungen bedeutet schließlich, dass ein Import von sozialen Diensten aus dem Ausland nur möglich ist, wenn ausländische Dienstleister ihre Leistungen vor Ort in Deutschland anbieten.

Ko-Produktion

Bei der Inanspruchnahme sozialer Dienste ist nicht nur die Präsenz der Betroffenen erforderlich, unverzichtbar ist auch deren aktive Beteiligung. Die Adressat:innen der Dienste sind immer auch Ko-Produzent:innen, d. h. zugleich Objekt und Subjekt des Dienstleistungsprozesses. Das Ergebnis einer sozialen Dienstleistung hängt also nicht allein vom angebotenen Leistungspotenzial (z. B. Qualifikation, Kommunikationsfähigkeit, Zeiteinsatz,) der Professionellen ab, sondern gleichermaßen von der Akzeptanz, Kooperationswilligkeit und -fähigkeit der Leistungsnehmer:innen. Der Besuch bei einem/r Arzt/Ärztin, das Aufsuchen einer Erziehungsberatungsstelle oder die Ratsuche bei einer Einrichtung der Schuldnerberatung sind wenig sinnvoll, wenn nicht die Hilfesuchenden bereit sind, im Hilfeprozess aktiv mitzuwirken. Die Mitwirkung kann nur freiwillig erfolgen, eine erzwungene Beratung oder Hilfe kann es nicht geben.

Unbestimmtheit der Nachfrage

Die Nachfrage nach sozialen Diensten ist in der Regel unspezifisch und ergibt sich zumeist erst im Verlauf des Interaktionsprozesses. Nur selten bezieht sie sich auf eine ganz bestimmte Leistung. Typisch sind hingegen allgemeine Bedarfsanforderungen: „Wie werde ich meine Schulden los?“ „Wie löse ich die Erziehungsprobleme mit meinem Kind?“ „Wie kann ich bei der Versorgung meiner altersdementen Mutter unterstützt werden?“. Infolge dieser Unbestimmtheit kommt es häufig vor, dass erst die Professionellen die eigentlichen Probleme und ihre Ursachen erkennen und den konkreten Hilfe- und Unterstützungsbedarf definieren.

Der Hilfe- und Unterstützungsbedarf bezieht sich immer auf einen ganz bestimmten Einzelfall. Deshalb kennt die soziale Dienstleistungsproduktion auch nur ganz selten pauschale, standardisierte Lösungen. Die Leistungen können längerfristig bis ständig erforderlich sein. Dies gilt z. B. für Hilfen für Behinderte, Pflegebedürftige, chronisch Kranke oder für die Betreuung und Erziehung von Kindern. Oftmals sind sie aber auch nur kurzfristig oder sporadisch notwendig, wie z. B. im akuten Krankheitsfall oder wenn eine spezifische Beratung benötigt wird. Der Bedarf kann unerwartet und plötzlich auftreten, etwa bei Krankheiten oder Unfällen, sich schleichend entwickeln, wie z. B. bei Pflegebedürftigkeit, oder absehbar sein, wie z. B. bei der Betreuung von Kindern.

Soziale Dienste als Erfahrungs- und Vertrauensgüter

Zu den Charakteristika sozialer Dienste zählt weiterhin, dass sie sog. *Erfahrungsgüter* sind, d. h. im Gegensatz zu den meisten Konsumgütern kann ihre Qualität nicht vor ihrer Erbringung und Nutzung beurteilt und geprüft werden. Die Qualität lässt sich erst erfahren, *nachdem* die Leistungen in Anspruch genommen worden sind. Eine Pflegeleistung etwa lässt sich immer erst im Nachhinein bewerten. Negative Konsequenzen schlecht oder unzureichend erbrachter sozialer Dienste können dann kaum noch oder nur mit einem sehr großen Aufwand rückgängig gemacht werden. Der auf Gütermärkten durchaus übliche Wechsel des Anbieters, um zukünftig bessere Bedingungen zu haben, ist bei manchen sozialen Diensten und Einrichtungen nur mit großem Aufwand möglich, wenn man etwa an den Wechsel einer Kindertagesstätte, einer Behinderteneinrichtung oder eines Pflegeheimes denkt. Auch sind Alternativen im lokalen oder regionalen Umfeld häufig nicht vorhanden.

Erschwerend kommt hinzu, dass bei vielen sozialen Diensten das *Ergebnis* nicht *unmittelbar* spürbar ist, sondern erst mit Zeitverzug oder gar nicht auftritt, wie z. B. im Falle der Erziehungs- oder Eheberatung. Als Ergebnis gilt dabei nicht die vollzogene Dienstleistung als solche (output), sondern deren Wirkung (outcome); Diese aber wiederum lässt sich nicht eindeutig dem Leistungsinput (so Konzepte, Methode und Zeitaufwand der Leistung, Qualifikation der Professionellen) zuordnen, sondern ist vom Leistungsprozess und damit – wie bereits aufgezeigt – auch stark von der Person des/r Adressaten/in und dessen/deren Engagement abhängig. Darüber hinaus kann die Wirkung der Dienstleistungen durch Veränderungen in den allgemeinen Lebensbedingungen des/r Klienten/in überlagert werden, so dass ein Nachweis über den Zusammenhang von input und outcome nur schwer möglich ist.

Diese Schwierigkeiten, die Qualität von sozialen Diensten zu erfassen, machen sie zu *Vertrauensgütern*. Hier müssen Leistungsempfänger darauf vertrauen, dass sie die richtige Leistung erhalten. Dieses Vertrauens- und Abhängigkeitsverhältnis tritt insbesondere dann auf, wenn ein komplexes soziales Problem vorliegt und Hilfesuchende wegen fehlender Sachkenntnis und des dadurch bedingten Machtgefälles zwischen Professionellen und Lai:innen sowie insbesondere wegen eingeschränkter Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit diese als „Agenten“ zur Spezifizierung der erforderlichen Einzelleistungen einsetzen müssen. Die Professionellen definieren nicht nur die Probleme, sie bestimmen damit auch Angebot und Nachfrage zugleich. Dies trifft im besonderen Maße für den Arzt/die Ärztin zu (vgl. Kapitel „Gesundheit und Gesundheitssystem“, Pkt. 4.1), aber beispielsweise auch für die beratenden und erziehenden Sozialarbeiter-/Sozialpädagog:innen in der Jugendhilfe.

Je stärker sich die Professionalisierung bei den Leistungsanbietern ausprägt, d. h. je stärker die Tätigkeiten in den sozialen Diensten einem Prozess der Verberuflichung, Ausdifferenzierung und Verwissenschaftlichung unterliegen, umso größer werden die Informationsasymmetrien und damit das Machtungleichheit zwischen Anbieter:innen und Nutzer:innen. Erstere verfügen als Expert:innen im Allgemeinen über bessere Informationen als die Nutzer:innen. Es verringern sich für sie die Mög-

lichkeiten der Leistungsüberprüfung und Qualitätskontrolle. Es sind speziell diese Wesensmerkmale sozialer Dienste als Erfahrungs- und Vertrauensgüter, welche die Qualitätssicherung und den Verbraucherschutz in der sozialen Dienstleistungserbringung zu hoch voraussetzungsvollen und schwierigen Aufgaben machen (vgl. Pkt. 7. dieses Kapitels).

Soziale Dienstleistungen werden somit nicht nur in der individuellen und direkten Interaktion zwischen Dienstleister:innen und Nutzer:innen erbracht, sondern in der Regel in einem komplexen und mehrere Ebenen umfassenden System oder organisationalen Umfeld, das sowohl die Organisation des/r Dienstleisters/in (z. B. Einsatz von Digitalisierung; vgl. Pkt. 6.4 dieses Kapitels), dessen organisationales Umfeld als auch das soziale Umfeld des/r Nutzers/in (insbesondere der Familie) und schließlich das System der Finanzierung umfasst. Letzteres wird in den meisten Fällen sozialstaatlich reguliert und abgesichert, zunehmend aber auch durch Eigenbeiträge oder ganz im Rahmen von Selbstzahlung erbracht. Soziale Dienstleistungen sind somit nicht nur selbst dynamischen Prozessen bei der Entstehung und/oder Akzentuierung von sozialen Problemlagen unterworfen, sondern immer auch durch solche im Kontext der konkreten, daraus bezogenen Dienstleistungserbringung im Zusammenspiel mit Finanzierung, Akzeptanz und Nutzung.

2.2 Soziale Dienste zwischen Staat und Markt

Soziale Dienstleistungen bewegen sich hinsichtlich ihrer Erbringung und Finanzierung zwischen Staat und Markt. Während beim Marktmodell Angebot und Nachfrage in Quantität und Qualität über Preise gesteuert werden, werden beim Sozialstaatsmodell die Leistungen als *Sachleistungen* öffentlich bereitgestellt und/oder öffentlich finanziert. Zwar finden sich zunehmend Beispiele für rein marktförmige Angebots- und Nachfragestrukturen, so im Bereich von Beratungs- und Erziehungsleistungen. In aller Regel sind in Deutschland soziale Dienste aber im unterschiedlichen Maße dem Markt- und Wettbewerbsprozess entzogen, werden also nicht zu Marktpreisen angeboten und nachgefragt, sondern über Steuern und Beiträge finanziert und können kostenfrei in Anspruch genommen werden. Allerdings tritt der Staat selber zumeist erst nachrangig als Produzent sozialer Dienste auf. Mit Leistungserstellung werden vorrangig gemeinnützige Einrichtungen und Träger beauftragt, die sich in den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege zusammengeschlossen haben. In bestimmten Marktsegmenten gilt dies zunehmend aber auch für privat-gewerbliche Unternehmen. Dies gilt besonders auffällig für professionelle ambulante und stationäre Pflegeangebote (vgl. Kapitel „Pflegetätigkeit und Pflege“, Pkt. 7.1). Die Anbieter stehen dabei in Konkurrenz zueinander, das gilt für den non-profit- wie für den profit-Sektor. In allen Fällen ist jedoch die Inanspruchnahme für die Klienten (weitgehend) kostenlos; die Finanzierung erfolgt über öffentliche Abgaben (vgl. Kapitel „Ökonomische Grundlagen und Finanzierung“, Pkt. 3.3).

Diese politische Steuerung und Finanzierung sozialer Dienste lässt sich aus zwei unterschiedlichen Begründungen bzw. Ursachen ableiten (vgl. Übersicht XII.2):

- Bei bestimmten Leistungen versagt der Markt- und Wettbewerbsmechanismus, ein privatwirtschaftliches Angebot wird überhaupt nicht entstehen.
- Zwar kann bei der Mehrzahl der sozialen Dienste der Marktmechanismus für Angebot und Nachfrage sorgen, aber die Ergebnisse sind sozialpolitisch problematisch. Denn bei einer Preissteuerung der Nachfrage wird die Inanspruchnahme durch das individuelle Einkommen bestimmt und bleibt damit begrenzt. Dies ist immer dann problematisch, wenn die Leistungen auf solche Bedarfe und Problemlagen zielen, deren Behebung aus der Sicht der Gesellschaft weder von der Zahlungsbereitschaft noch von der Zahlungsfähigkeit der Betroffenen abhängen soll.

Fehlende Marktfähigkeit

Eine Reihe von sozialen Diensten ist überhaupt nicht marktfähig, weil mangels einer individuellen Nachfrage kein privates Angebot entstehen kann. Klassische Beispiele für solche *öffentlichen Güter* sind die innere und äußere Sicherheit oder die Existenzsicherung (Grundsicherung/Sozialhilfe). Aber auch weite Bereiche der kommunalen Sozial- und Jugendhilfepolitik fallen hierunter.

Gemeinwesenarbeit, Schul- und Straßensozialarbeit, präventive Jugendarbeit stehen beispielhaft für Leistungen, für die es keine individuelle kaufkräftige Nachfrage und dementsprechend auch kein privates Angebot gibt. Da diese Leistungen nicht auf eine/n einzelne/n Adressaten/in zielen, sondern auf Sozialräume und größere Gruppen der Bevölkerung und kein/e Bewohner/in vom Nutzen ausgeschlossen werden kann (und soll), wird es keine individuelle Bereitschaft zur Zahlung von Marktpreisen geben. Denn auch jene können die Leistungen in Anspruch nehmen bzw. profitieren vom Leistungsergebnis – wie Einschränkung von Kriminalität und Gewalt, Aufwertung des Stadtteils und Wohngebietes, Gewährleistung von Sicherheit – die nicht zahlen. Dieses Problem lässt sich nur dadurch lösen, dass die Leistungen öffentlich finanziert werden.

Ungeeignet ist der Markt auch bei solchen Leistungen, die aus einem übergeordneten öffentlichen Interesse mitunter gar verordnet werden müssen. Hier entsteht eine Nachfrage schon deshalb nicht, weil potenzielle Konsument:innen den Nutzen nicht erkennen können oder wollen. Zudem zeichnen sie sich häufig auch durch Eingriffs- und Kontrollcharakter aus und müssen teilweise sogar gegen den Willen der Betroffenen in Anspruch genommen werden, so z. B. die Straffälligenhilfe, Gerichtshilfe, Inobhutnahme oder Heimunterbringung.

Völlige Marktunfähigkeit schließlich zeichnet jene Dienste und Einrichtungen aus, die für Not- und Krisenfälle ausreichend Kapazitäten bereithalten müssen, unabhängig davon, ob sie jeweils voll genutzt werden – das gilt etwa für den Jugendschutz, für Ambulanzen, den Rettungsdienst oder für Frauenhäuser. Da die hohen Vorhalte-

kosten nicht den jeweiligen Nutzer:innen zugerechnet werden können, rentiert sich hier ein gewerbliches Angebot nicht. Unrentabel und damit nicht marktfähig können auch wohnortnahe Angebote sein. Diese sind zwar erforderlich, um bestimmte Personen und Nachfrager überhaupt erst zu erreichen. Wenn die Nachfrage aber wegen des engen räumlichen Einzugsgebietes zu gering ist, werden sich private Anbieter hier nicht engagieren. Beispiele dafür sind wohnortnahe Versorgungsangebote im ländlichen, dünn besiedelten Raum wie ambulante Pflegedienste, Kindertagesstätten oder Beratungszentren.

Korrektur unzureichender Marktergebnisse

Nur ein (kleinerer) Teil der sozialen Dienste hat den Charakter eines „öffentlichen Gutes“. Die Mehrzahl ließe sich zwar marktmäßig anzubieten, so wie das auch bei allen anderen personenbezogenen Dienstleistungen der Fall ist, da sich der Nutzen der Inanspruchnahme zu wesentlichen Teilen auf die Käufer:innen begrenzen lässt, das

Übersicht XII.2

Güter und Dienstleistungen und ihre Eigenschaften			
	Öffentliche Güter	Meritorische Güter	Private Güter
Merkmale	Güter/Dienstleistungen, die auf Grund von Marktversagen und politischer Entscheidung durch die öffentliche Hand kostenfrei angeboten werden (Finanzierung über Steuern), da sie von allgemeinem Wert sind und ihr Gebrauch nicht privatisierbar/individualisierbar ist bzw. sein soll. Die Nutzung dieser Güter durch Einzelne schließt die Inanspruchnahme durch Andere nicht aus.	Teilgruppe der öffentlichen Güter, die von der öffentlichen Hand auf Grund von Erwägungen des Allgemeinwohls bereitgestellt werden. Bei freiem Angebot über den Markt wird die Nachfrage der Adressaten nicht (ausreichend) berücksichtigt. In Bezug auf die Konsumentensouveränität nimmt der Staat eine Korrektur vor. Es werden Verhaltensweisen und Konsummuster beeinflusst. Die Präferenzen werden durch den Gebrauch der angebotenen Dienstleistungen korrigiert.	Güter/Dienstleistungen, die über Kauf/Verkauf frei am Markt zu haben sind, wobei der Kauf die Nutzung durch andere Kunden grundsätzlich ausschließt.
Beispiele	Innere u. äußere Sicherheit Soziale Existenzsicherung Präventive Jugendhilfe Gemeinwesenarbeit	Hilfen zur Erziehung Schuldnerberatung Arbeitsvermittlung Altenpflege	Freizeitgestaltung Haushaltshilfen Hotel- u. Gaststättenbesuche Frisör

Quelle: in Anlehnung an Trube, A., Wohlfahrt, N. (2000), Von der Bürokratie zur Merkatokratie? In: Boessenecker, K.-H., Trube, A., Wohlfahrt, N. (Hrsg.): Privatisierung im Sozialsektor, Münster, S. 27.

Ausschlussprinzip also greift. Wenn es dennoch zu einer öffentlichen Bereitstellung und/oder Finanzierung kommt, dann mit dem Ziel, das Marktergebnis zu korrigieren. Diese Güter werden als sog. *meritorische* („*verdienstvolle*“) Güter bezeichnet. Ihr Konsum ist erwünscht, und sie „verdienen“ es, durch staatliche Maßnahmen gefördert und gesteigert möglichst kostenfrei bereitgestellt zu werden.

Die Verteilung bzw. Inanspruchnahme sozialer Dienste analog der Einkommens- und Vermögensverteilung ist nicht nur sozialpolitisch inakzeptabel, sondern würde auch zu negativen externen Effekten führen, von denen die gesamte Gesellschaft betroffen wäre und die kostenträchtige Folgeprobleme nach sich ziehen würden. Die Einkommensverhältnisse dürfen insofern bei all jenen Leistungen, an deren Inanspruchnahme nicht nur der/die Einzelne, sondern auch die Gesellschaft insgesamt ein Interesse und Nutzen hat, keine Barriere für die Nachfrage sein.

Eine Markt- und Preissteuerung führt aber nicht nur wegen der Einkommensrestriktionen zu Versorgungsdefiziten. Auch die Ausstattung mit ausreichender Kaufkraft würde das Problem nicht oder nur unzureichend lösen. Denn es kann nicht unterstellt werden, dass die für den Kauf der Leistung maßgebenden individuellen subjektiven Wertschätzungen das gesellschaftlich erwünschte Versorgungsniveau sicherstellen. Der für die Marktwirtschaft leitende Grundsatz, dass die Konsument:innen am besten wissen, welche Bedürfnisse sie haben (Konsumentensouveränität), gilt bei der Nachfrage nach sozialen Diensten nicht oder nur sehr eingeschränkt – eine anderweitige Verwendung des Einkommens kann u. a. wegen Informationsmängeln, Irrtümern oder wegen der Überbetonung des Gegenwartsnutzens von Konsumgütern vorgezogen werden. Durch die Bereitstellung von Sachleistungen, die kostenfrei in Anspruch genommen werden können, werden insofern Präferenzen verschoben und korrigiert. Im Unterschied zur sozialpolitischen Einkommensstrategie greift der Staat also nicht nur in die *Einkommensverteilung* ein, sondern bestimmt auch den *Verwendungszweck* des Einkommens, um über diesen Weg ein insgesamt höheres Versorgungsniveau zu erreichen.

Das Axiom der Konsumentensouveränität geht darüber hinaus an jenen Personen völlig vorbei, die aufgrund ihrer Lebens- und Problemlage nur über eingeschränkte Handlungs- und Entscheidungsfähigkeiten verfügen und zur artikulierten Nachfrage nach konkreten Diensten überhaupt nicht fähig sind. Zu denken ist u. a. an Drogenabhängige, psychisch Kranke, Schwerstpflegebedürftige und/oder an Demenz Erkrankte. In der Jugendhilfe beispielsweise sind nicht nur individuelle Problemmeldungen von betroffenen Jugendlichen bzw. deren Eltern Auslöser von Aktivitäten, sondern auch Defizite im Hinblick auf einen gesellschaftlich als wünschenswert definierten Zustand. Jugendhilfe folgt in ihrem Handeln einem gesellschaftlichen Normalisierungsauftrag und orientiert sich nicht allein an den Wünschen ihrer Adressaten.

Regulierung von Leistungsanbietern und Leistungserstellung

Die öffentliche Finanzierung von sozialen Diensten bedeutet, dass die Leistungen kostenfrei und nach Bedarfskriterien in Anspruch genommen werden können. Eine

qualitativ ausreichende Versorgung ist damit aber noch nicht sichergestellt. Es gibt keinen Automatismus, der dafür sorgt, dass sich die Anbieter stets im Interesse der Klient:innen verhalten. Das gilt sowohl für Dienste, die der Staat in Eigenregie erbringt als auch für privatwirtschaftliche oder gemeinnützige Anbieter, die sich über öffentliche Mittel refinanzieren. Denn in der Regel erfolgt die Nachfrage nach sozialen Diensten sehr allgemein. Bei allen komplexen Problemen, deren Analyse Fachkenntnis voraussetzt, beauftragen die Betroffenen die Professionellen, in ihrem wohlverstandenen Interesse zu handeln und „das Beste“ für sie zu tun. Damit wird die spezifische Nachfrage nach Einzelleistungen im Wesentlichen durch den/die Leistungserbringer/in selbst definiert. Da das Risiko groß ist, dass diese Machtstellung ökonomisch ausgenutzt wird, ist eine politische Regulierung der Anbieter und des Angebotes notwendig. Das Handeln der Akteure wird durch gesetzliche Gebote geordnet. Beispiele dafür sind die Vergabeanforderungen der Bundesagentur für Arbeit bei der Finanzierung der beruflichen Weiterbildung, die Wohn- und Teilhabegesetze der Bundesländer oder die Qualifikationsanforderungen bei den sozialen Berufen. Ziel ist es, Qualitätsmaßstäbe festzulegen, Informationsasymmetrien auszugleichen und damit die Position der Nachfrager:innen und Klient:innen zu stärken.

2.3 Träger, Angebote und Beschäftigung im Überblick

Dem/r Betrachter/in präsentiert sich heute ein äußerst heterogenes Bild sozialer Dienste (Übersicht XII.3). Diese Vielfalt spiegelt sich sowohl auf der Träger- und Angebotsseite wie auch bei den beteiligten Berufen wider. Sie verdeutlicht die Bandbreite möglicher sozialer Hilfebedarfe und persönlicher Konflikt- und Notsituationen, ist damit zugleich auch Ausdruck der historischen Bedingtheit von Hilfebedarfen und der sozialpolitischen Reaktionen darauf. Zudem kommt darin der aktuelle Stand der Verberuflichung sozialer Dienste zum Ausdruck.

Entsprechend der historischen Funktionstrennung der Sozialpolitik in Deutschland in eine zentralstaatliche Ebene, zuständig für die Absicherung der Standardrisiken, und in eine kommunale Ebene, zuständig für die Absicherung der persönlichen Hilfebedarfe, sind für die Erbringung, Bereitstellung und Finanzierung sozialer Dienste neben den Ländern und Sozialversicherungsträgern vor allem auch die Kommunen als örtliche Träger zuständig. Dies ist zugleich Ausdruck ihres verfassungsmäßigen Auftrags zur (sozialen) Daseinsvorsorge (Art. 28 II GG). Gemäß dem Subsidiaritätsprinzip delegieren die Kommunen diese Aufgaben jedoch weitgehend auf freigemeinnützige und zunehmend auch auf privat-gewerbliche Träger (vgl. Pkt. 6.2 dieses Kapitels).

Infolge der verzögerten Entwicklung der sozialpolitischen Dienstleistungsstrategie in Deutschland (im Vergleich zu den skandinavischen Ländern) hat die Verberuflichung der sozialen Dienste spät eingesetzt. Ab den 1950er Jahren lässt sich eine Bedeutungszunahme erkennen, ein steiler Zuwachs setzt ab den 1970er Jahren ein.

Übersicht XII.3

Ausgewählte soziale Dienste und Einrichtungen	
Adressaten	Dienste und Einrichtungen
Kinder und Jugendliche	Kitas (Kinderkrippen, Kindergärten, Kinderhorte), Tagespflege, außerschulische Jugendbildung, Jugendfreizeitstätten, Jugendsozialarbeit, Kinderschutzzentren
Familien	Ehe- und Scheidungsberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Familienbildung, Familienerholung, Erziehungsberatung, Hilfe zur Erziehung, sozialpädagogische Familienhilfen
Frauen	Wiedereingliederungshilfen nach familienbedingter Berufsunterbrechung, Beratungsstellen für misshandelte Frauen, Frauenhäuser, Prostituiertenhilfe
Ältere Menschen	Altenberatungsangebote, Hilfen zur Aufrechterhaltung der selbständigen Lebensführung, Spezielle Wohnungsangebote wie betreutes Wohnen
Arbeitnehmer:innen	Betriebliche Sozialarbeit, berufliche Integrationshilfen für besondere Beschäftigtengruppen (z. B. Behinderte), Weiterbildung
Arbeitslose	Beschäftigungsprojekte, berufsvorbereitende Maßnahmen u. andere Jugendberufshilfen, Unterstützungs- und Trainingsprogramme für Langzeitarbeitslose, Arbeitslosenzentren
Kranke	Ambulante und stationäre medizinisch-pflegerische Versorgung, häusliche Krankenpflege, Fach- und Reha-Kliniken, öffentlicher Gesundheitsdienst
Pflegebedürftige	Ambulante Pflegedienste, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen, Angehörigenberatung
Suchtkranke	Suchtkrankenhilfe, Drogenberatung, Therapiezentren und -kliniken
Psychisch Kranke	Sozial-psychiatrische Dienste, betreutes Wohnen
Menschen mit Behinderungen	Eingliederungshilfe, Behindertenwerkstätten, Wohnheime, betreutes Wohnen, begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben
Personen in schwierigen Lebenslagen	Jugendgerichtshilfe, Bewährungshilfe, Straffälligenhilfe, Hilfen für Wohnungslose
Flüchtlinge, Asylsuchende	Sprachkurse, Sozialberatung, Wohn- und Unterbringungsangebote
Personen mit Beratungsbedarf	Mieterberatung, Schuldnerberatung, Verbraucherberatung, Ernährungsberatung

Mittlerweile zählen der soziale Dienstleistungssektor und die Sozial- und Gesundheitsberufe als bedeutsame wirtschaftliche Wachstumsfelder und beschäftigungspolitische Hoffnungsträger (vgl. Pkt. 2.5 dieses Kapitels).

Es ist allerdings nicht einfach, die Beschäftigtenzahlen im Bereich sozialer Dienstleistungen zu beziffern, da nicht eindeutig zu klären ist, welche Wirtschaftssektoren, Berufe und Tätigkeit im Einzelnen dazu zählen. Auch sind die Abgrenzungen der

amtlichen Statistik recht grob. Bezieht man sich auf Wirtschaftszweige, so weisen die Daten des Mikrozensus im Jahr 2017 für das gesamte Gesundheits- und Sozialwesen 5,5 Mio. Erwerbstätige aus. Gegenüber 2013 entspricht dies einem Zuwachs von rund 20 %. Mehr als 12 % aller Erwerbstätigen sind hier tätig.

Differenzierte Einblicke erlaubt die Berufsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, die sich allerdings nur auf versicherungspflichtig Beschäftigte bezieht und deshalb Selbstständige (hier vor allem die freiberuflichen Selbstständigen im Gesundheitswesen), Beamt:innen wie auch geringfügig Beschäftigte unberücksichtigt lässt (vgl. Tabelle XII.1). Danach arbeiteten im Jahr 2017 in den Gesundheitsberufen rund 3 Mio. und in den Pflegeberufen rund 1,5 Mio. Beschäftigte. Besonders stark besetzt sind dabei die Berufsgruppen „Gesundheits- und Krankenpflege“ mit etwa 0,95 Mio. Beschäftigten, „Altenpflege“ mit 0,5 Mio. Beschäftigten sowie „Erziehung, Sozialarbeit“ mit 1,4 Mio. Beschäftigten (vgl. dazu auch die jeweiligen Ausführungen in den Kapiteln „Gesundheit und Gesundheitssystem“, Pkt. 4.4, „Pflege und Pflegebedürftigkeit“, Pkt. 7.2 und „Familien und Kinder“ Pkt. 8.1).

Trotz aller Unterschiede lassen sich gemeinsame Merkmale erkennen:

- In sämtlichen der aufgelisteten Berufsfelder und -gruppen zeichnen sich starke Beschäftigungsanstiege ab. In dem kurzen Zeitraum zwischen 2013 und 2017 kommt es zu Zuwächsen von 20 % und mehr, die weit über den Beschäftigungsanstieg in der Gesamtwirtschaft hinausreichen.
- In weiten Teilen der Gesundheits- und Sozialberufe besteht ein gravierender Fachkräftemangel.
- Der Frauenanteil an den Beschäftigten liegt durchgängig bei über 80 %. In der Folge ist auch der Anteil der Teilzeitbeschäftigten überdurchschnittlich hoch.
- Der weit überwiegende Teil der Beschäftigten weist den Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung, einen Fachschulabschluss oder eine (Fach-)Hochschulausbildung auf. Der Anteil der Beschäftigten ohne Berufsausbildung liegt zwischen 3 % und 6 %. Die Altenpflege macht mit rund 11 % eine Ausnahme.
- Neben den regulär Beschäftigten finden sich gerade im Bereich der sozialen Dienstleistungen besonders häufig Beschäftigungsformen, die vom Normalfall der sozialversicherungspflichtigen Vollzeit- oder Teilzeittätigkeit abweichen. Das betrifft u. a. geringfügig Beschäftigte (Minijobs), Selbstständige und Honorarkräfte. Ein großes Gewicht kommt den Helfer:innen im freiwilligen sozialen und ökologischen Jahr sowie im Bundesfreiwilligendienst zu.
- Anstellungsträger neben den Kommunen sind vor allem die Verbände der freien Wohlfahrtspflege. Hier arbeiteten im Jahr 2016 insgesamt 1,9 Million Beschäftigte (vgl. Abbildung XII.2). Darunter fallen jedoch nicht nur jene, die unmittelbar die sozialen Dienstleistungen erbringen, sondern auch das Personal in der Verwaltung, in der Hauswirtschaft und in den technischen Diensten.

Tabelle XII.1 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Bereich sozialer Dienstleistungen nach Berufen 2013 und 2017

	Absolut		Zuwachs 2017:2013 in %	in % der Be- schäftigten
	2013	2017		
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte insgesamt	28 254 578	30 847 631	9,2	100
Berufshauptfelder:				
• Gesundheitsberufe	2 671 319	2 996 636	11,2	9,7
• Soziale Berufe	1 180 585	1 448 282	22,7	4,7
Berufs(haupt)gruppen:				
• Medizinische Gesundheitsberufe, darunter	2 083 168	2 308 006	10,8	7,5
Gesundheits- und Krankenpflege	881 922	952 935	8,1	3,1
Nicht ärztliche Therapie	202 125	232 471	15,0	0,8
Psychologie, Psychotherapie	30 027	39 277	30,8	0,1
Human- und Zahnmedizin	222 540	263 669	18,5	0,9
• Nichtmedizinische Gesundheitsberufe, darunter	691 624	800 561	15,8	2,6
Altenpflege	421 258	507 498	20,5	1,6
Ernährungs- und Gesundheitsberatung	12 514	15 468	23,6	–
Körperpflege	146 518	156 659	6,9	0,1
• Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, darunter	1 358 899	1 669 700	22,9	5,4
Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehung	1 142 307	1 408 079	23,3	4,6
Hauswirtschaft, Verbraucherberatung	178 314	221 418	24,2	0,7

Quelle: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2019), Berufe im Spiegel der Statistik.

2.4 Leistungsausweitung und -differenzierung

Die erhebliche Ausweitung, Differenzierung und Spezialisierung sozialer Dienste in den zurückliegenden Jahren hängt insbesondere mit folgenden, längerfristig wirkenden gesellschaftlichen und sozialstrukturellen Trends zusammen:

- Auf der einen Seite kommt es durch die deutliche Ausweitung von persönlichen Konflikt- und Notlagen und deren qualitativer Veränderung zu einem wachsenden Bedarf der Bevölkerung an persönlicher Hilfe und Unterstützung. Gesunder Menschenverstand oder guter Wille reichen zu ihrer Bewältigung nicht aus, erforderlich sind berufsfachliche Spezialkenntnisse wie z. B. spezielle Beratungstechniken, ganzheitliche Pflegekonzepte oder Sozialrechtskenntnisse.
- Auf der anderen Seite ist ein schleichender Rückgang der Leistungsressourcen der individuellen Selbst- und Familienhilfe erkennbar, d. h. private Hilfemöglichkeiten nehmen ab.
- Die wachsende Nachfrage nach sozialen Diensten wird des Weiteren durch einen Wandel in der privaten Nachfrage bestimmt. Höhere Einkommen, mehr disponible Zeit oder die wachsende Komplexität und Intransparenz des Wirtschafts-, Steuer- und Rechtssystems führen ebenfalls zu einem wachsenden Bedarf an Beratung, Unterstützung, Hilfe und Kommunikation. Insgesamt lässt sich das Wachstum des Sozial- und Gesundheitssektors als eine direkte Folge der Steigerung des Lebensstandards interpretieren, der überhaupt erst einmal die Finanzierbarkeit von organisierter Expertenhilfe ermöglicht hat.
- Auch die Interessen der Diensteanbieter selbst können nachfragesteigernd wirken: Die in den sozialen Diensten engagierten Träger bzw. beruflich Tätigen sind naturgemäß an Erhalt und Ausweitung ihrer Einrichtungen und Dienste bzw. Arbeitsplätze interessiert und sind in ihrer Rolle als Agenten in der Lage, die konkrete Nachfrage nach ihren Dienstleistungen selbst zu beeinflussen. Die Gefahr besteht, dass erst dadurch Hilfeempfänger:innen zu Abhängigen der Helfer werden. Im Extrem kann sogar ein neu geschaffenes Angebot zur Nachfrage nach sozialen Diensten führen.

Es sind somit vor allem die abnehmenden Problemlösungskapazitäten primärer Sozialformen vor dem Hintergrund der sozial-ökonomischen und demografischen Veränderungen, die den Trend zur Ausweitung und Differenzierung sozialer Dienste bestimmt haben. In dieser funktionalen Sicht ist dies Ergebnis eines längerfristigen Prozesses, der im hohen Maße solche umfangreichen und zugleich komplizierten Hilfebedarfe mit sich gebracht hat, mit deren Absicherung und Befriedigung die privaten, insbesondere familiären Hilfspotenziale mehr und mehr überfordert sind. Dem widerspricht nicht, dass auch heute noch die Familie in vielen Bereichen die wichtigste Quelle an Unterstützung und Hilfen bei persönlichen Notlagen bildet (vgl. Pkt. 8.1 dieses Kapitels).

Prognosen gehen davon aus, dass die Beschäftigtenzahlen in den sozialen Dienstleistungsberufen weiter steigen werden. Gemeinhin gilt der soziale Dienstleistungssektor als ein wichtiger Bereich für neue Arbeitsplätze. Angesichts der anhaltenden Arbeitsplatzverluste im industriellen Sektor ist dies eine durchaus wünschenswerte Entwicklung. Im Einzelnen lassen sich folgende Trends erkennen:

- Bei einer rückläufigen Gesamtbevölkerung wird die Zahl der älteren, insbesondere der sehr alten Menschen weiter steigen und damit auch der alterstypische Hilfebedarf. Gleichzeitig nimmt der Anteil an jüngeren Menschen als potenzielle Helfer insbesondere in den Familien weiter ab. Die wachsende Zahl Kinderloser kann überhaupt nicht auf Unterstützung durch engste Familienmitglieder rechnen.
- Auch die zunehmende räumliche Trennung von Familienangehörigen kann zur Schwächung familiärer Hilferessourcen führen, zumindest im Bereich der direkten, unmittelbaren Unterstützung. Die Problematik der geografischen Distanz betrifft aber auch soziale Netzwerke wie Freundeskreise oder langjährige Nachbarschaften. Zugleich führen die Veränderungen in den Lebens- und Haushaltsformen, wie z. B. die Zunahme der Einpersonenhaushalte, dazu, dass die Netzwerke des sozialen Nahraumes weniger dicht und im Bedarfsfall weniger verlässlich werden.
- Die insgesamt steigende Frauen- und Müttererwerbstätigkeit und der Wandel im Geschlechterrollenverständnis verringern tendenziell das Potenzial an unentgeltlicher familienbezogener Arbeit von Frauen. Auf der anderen Seite ist nicht zu erkennen, dass Männer diese Lücken ausfüllen werden.
- Im Prozess der Individualisierung vermindert sich der Verpflichtungscharakter familiärer Hilfe. Die Verbindlichkeit geborener Gemeinschaften verliert an Bedeutung, der Verwandtschaftsstatus allein ist nicht mehr automatisch ein Grund zur Hilfeleistung. Auch lässt die Bindung an religiöse Werte nach, wodurch sich auch die Unterstützungsbereitschaft gegenüber nicht verwandten Dritten einschränken kann.
- Veränderungen im Krankheitsspektrum der Bevölkerung wie vor allem der Bedeutungszuwachs chronisch-degenerativer Krankheiten, die Zunahme von psychischen Krankheitsbildern, von Suchterkrankungen und Drogenabhängigkeit führen zu einer Ausweitung des Behandlungs- und Pflegebedarfs. Nachfragewirksam sind weiterhin ein gewachsener Kenntnistand und ein insgesamt gestiegenes Problembewusstsein in der Bevölkerung.
- Im Zuge des ökonomischen Umbruchs und seiner problematischen Folgen (Langzeitarbeitslosigkeit, wachsende Armutsrisiken, soziale Ausgrenzung und räumliche Segregation) muss mit einem anhaltend hohen sozialen Problempotenzial gerechnet werden.
- Hinzu kommt die Aufgabe, die anhaltende Migration sozial-, bildungs- und gesellschaftspolitisch zu begleiten. Flucht-, Katastrophen- und Wirtschaftswanderungen sind kaum zu steuernde Formen weltweiter Migration, und die

Bundesrepublik als Einwanderungsland im Herzen von Europa ist traditionelles wie zugleich attraktives Ziel, wie die Nettozuwanderungszahlen seit 2014/15 verdeutlichen. Die Folgen sind nicht nur wirtschaftlich zu bewältigen, auch die einheimische Integrationsbereitschaft und ihre Integrationsmöglichkeiten sind gefordert. Dies gilt für die professionellen sozialen Dienste wie für das freiwillige Engagement der Bevölkerung gleichermaßen, insbesondere in den Bereichen Wohnen, Beratung, Bildung, Integration und Infrastruktur.

Allerdings erfolgt eine Beschäftigungsexpansion nicht im Selbstlauf. Soweit soziale Dienste öffentlich erbracht und/oder finanziert werden, stellt sich immer auch das Problem der Finanzierbarkeit. Offen ist, wie sich der Markt für private soziale Dienste entwickelt und ob die Bereiche Freizeit, Bildung, Kultur, Integration, Gesundheitsförderung, Wellness und Tourismus weiter an Bedeutung gewinnen und ob sich für soziale Berufe neue und dauerhafte Einsatzfelder öffnen. Offen ist auch, ob es gelingt, das rückläufige familiäre Hilfef Potenzial durch sozialpolitische Flankierung zu stabilisieren (Zahlung von Pflegegeld, Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Kinderziehung sowie von Berufstätigkeit und privater Pflege) oder neue Formen des freiwilligen sozialen und bürgerschaftlichen Engagements zu fördern. Freiwerdende Zeitressourcen könnten dafür genutzt werden (vgl. Pkt. 8.2 dieses Kapitels).

2.5 Die beschäftigungs- und gesellschaftspolitische Bedeutung sozialer Dienste

Nach der üblichen Einteilung der Wirtschaftszweige werden die sozialen Dienste unter dem Begriff der „Sozialwirtschaft bzw. „Sozial- und Gesundheitswirtschaft“ subsumiert. Die Daten zeigen, dass die Sozialwirtschaft als kontinuierliche wachsende, ja boomende (Zukunfts-)Branche gelten kann. Steigende Umsätze in zentralen Segmenten (vor allem in der Pflege) und zunehmende Beschäftigtenzahlen (mit hohen Anteilen an Teilzeitarbeit und atypischen Beschäftigungsverhältnissen) signalisieren die Dynamik der sozialen Dienste, die ganz wesentlich für den starken gesamtwirtschaftlichen Bedeutungsanstieg des sog. „dritten Sektors“ der Dienstleistungen, verglichen mit dem verarbeitenden Gewerbe (vgl. Tabelle XII.2), verantwortlich sind.

Dabei gilt aus beschäftigungspolitischer Sicht noch zusätzlich zu bedenken, dass soziale Dienste aufgrund ihrer hohen Personalintensität erheblich weniger rationalisierungsfähig sind. Dem entspricht, dass über die verschiedenen Wirtschaftskrisen hinweg der soziale und gesundheitliche Dienstleistungsmarkt trotz verschiedener Eingriffe zur Kostensenkung nicht nur stabil geblieben, sondern sogar gewachsen ist und dass für ihn auch für die Zukunft hohe Steigerungsraten prognostiziert werden. Als wichtigster Treiber gilt dabei der demografische wie soziale Wandel, vor allem hinsichtlich der Felder der Kinderbetreuung sowie der sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Die ebenfalls stark gestiegenen An-

Tabelle XII.2 Erwerbstätige und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Bereich der Sozial- und Gesundheitswirtschaft 2018, 2013 und 2009

	2018		2013		2009	
	in Mio.	in %*	in Mio.	in %*	in Mio.	in %*
Erwerbstätige						
Insgesamt	44,8	100	42,3	100	40,9	100
Gesundheits- und Sozialwesen	5,5	12,3	4,9	11,6	4,6	11,2
Erziehung und Unterricht	2,8	6,3	2,5	5,9	2,4	5,7
Verarbeitendes Gewerbe	8,0	17,9	7,7	18,2	7,9	24,5
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte						
Insgesamt	32,9	100	29,3	100	27,7	100
Gesundheits- und Sozialwesen	4,9	14,9	4,3	14,7	3,7	13,4
darunter						
Gesundheitswesen	2,5	7,6	2,3	7,8	2,1	7,6
Heime	1,1	3,3	0,9	3,1	0,8	2,9
Sozialwesen	1,4	4,3	1,1	3,8	0,9	3,2
Erziehung u. Unterricht	1,3	4,0	1,2	4,1	1,1	4,0

* in % aller Erwerbstätigen bzw. sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Quelle: Statistisches Bundes (2019), Mikrozensus; Bundesagentur für Arbeit (2019). Beschäftigtenstatistik.

teile privat-gewerblicher Anbieter im sozialen Dienstleistungsmarkt mögen zwar aus sozialpolitischer Sicht problematisch sein (u. a. wegen befürchteter Qualitätsverluste), können aber in einer rein ökonomischen Betrachtung zweifellos als Bestätigung für günstige Wachstums- und Renditeaussichten gelten. Vor allem aber hat die freie Wohlfahrtspflege von diesem Wachstum profitiert und sich bundesweit zu einem der bedeutsamsten Arbeitgeber mit inzwischen rund 1,9 Mio. hauptberuflich Beschäftigten entwickelt (vgl. Pkt. 3.2.1 dieses Kapitels).

Da der weit überwiegende Teil der Umsätze in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft öffentlich finanziert wird, vermindern sich infolge der erforderlichen Steuer- und Beitragsabzüge die Nettoeinkommen der belasteten Bürger:innen und entsprechend die für den privaten Konsum verfügbaren Mittel. Die Finanzmittel werden jedoch nur scheinbar dem Wirtschaftskreislauf entzogen, denn sie führen unmittelbar zu Einkommen der Erbringer der sozialen Dienste. Dem kann entgegengehalten werden, dass durch diesen sozialstaatlichen Umverteilungsvorgang Wachstums- und Wohlstandsverluste entstehen, da die Potenziale einer marktförmigen Einkommens-

verwendung, die eine höhere Wertschöpfung und höhere Beschäftigungseffekte versprechen, begrenzt werden. Für diese These finden sich jedoch – auch im internationalen Vergleich – keine empirischen Befunde (vgl. Kapitel „Ökonomische Grundlagen und Finanzierung“, Pkt. 6.2). Länder mit hohen Abgabenbelastungen und einem ausgeprägten öffentlich finanzierten sozialen Dienstleistungssektor weisen hinsichtlich von Wachstumsraten und Beschäftigungsniveau keineswegs eine schlechtere gesamtwirtschaftliche Bilanz auf als Länder mit einem schwach ausgebauten Sozialstaat, in denen die sozialen Dienste nur im geringen Maße öffentlich finanziert werden. Die skandinavischen Länder auf der einen und die USA auf der anderen Seite sind die typischen Beispiele für diesen Vergleich.

Aber es geht nicht allein um den Nachweis, dass sich öffentlich finanzierte soziale Dienste volkswirtschaftlich durchaus rechnen. Eine weitgehend marktlich gesteuerte, vom persönlichen Einkommen abhängige soziale Versorgung weist große Lücken auf und wirkt sozial selektiv. Deswegen ist es erforderlich, sich die gesellschaftsgestaltende Funktion sozialer Dienste vor Augen zu führen. Sie tragen nicht nur dazu bei, sozial beeinträchtigte oder gar problematische Lebenslagen zu verbessern, deren Auswirkungen zu begrenzen oder gar zu überwinden. Sie sind zugleich auch Produzent und Gestalter besserer oder gar guter Lebenslagen und damit Impulsgeber für die Gestaltung wünschenswerter sozialer Lebensverhältnisse. Damit sind sie zugleich Beleg und Motor für die Produktivfunktion von Sozialpolitik (vgl. Kapitel „Ökonomische Grundlagen und Finanzierung“, Pkt. 6.2).

2.6 Rechtliche Grundlagen sozialer Dienste

Niveau, Struktur und Entwicklung der Bereitstellung und Inanspruchnahme von sozialen Diensten werden bei einer öffentlichen Finanzierung politisch gesteuert. Über die Frage, was, für wen, wann und wo angeboten wird, entscheiden nicht primär die Kräfte des Marktes, sondern politische Instanzen, die in einer Demokratie durch Wahlen legitimiert sind. Es ist deshalb zunächst immer eine politische Frage, in welchem Ausmaß für soziale Dienste öffentliche Finanzmittel bereitgestellt werden. Zu entscheiden ist über das Steuer- und Beitragsaufkommen, die Belastbarkeit von Bürger:innen und Wirtschaft sowie über die Prioritätensetzung bei den öffentlichen Aufgaben und Ausgaben. Die konkrete Struktur der sozialen Dienste hängt darüber hinaus von den rechtlichen Regelungen, den Finanzierungsverfahren, aber auch von den Eigeninteressen der Einrichtungsträger und den fachlichen Entscheidungen der Leistungserbringer:innen ab.

In einem Rechtsstaat werden öffentliche Einnahmen wie Ausgaben und Leistungen durch Gesetze und Verordnungen geregelt. Die Gebietskörperschaften unterliegen in ihrem Ausgaben- und Finanzgebaren haushaltsrechtlichen Bestimmungen und Kontrollen. Diese Verrechtlichung betrifft auch die sozialen Dienste. Insofern ist das vorhandene Angebot an sozialen Diensten immer auch Reflex der jeweiligen

Rechtsgrundlagen und nicht allein eine Reaktion auf den tatsächlichen Bedarf. Darin wiederum zeigen sich Prioritäten bzw. Widerstände der Politik, bestimmte soziale Probleme überhaupt rechtlich zu regeln und ihnen eine angemessene Finanzierungsgrundlage zu geben. Im Ergebnis heißt dies: Dort, wo durch die Rechtsetzung und Rechtsprechung präzise Leistungsansprüche sowie eindeutige und abgesicherte Finanzierungszusagen für klar definierte persönliche und/oder soziale Bedarfslagen vorgegeben sind, werden auch entsprechende Angebote seitens der Träger bereitgestellt und dauerhaft unterhalten – und umgekehrt.

Die Hilfesuchenden haben immer dann das höchste Maß an Sicherheit und Verlässlichkeit, wenn ein individueller und zur Not auch einklagbarer Rechtsanspruch auf Leistungen gegeben ist. Insgesamt gilt, dass die Rechtsansprüche des Einzelnen auf personenbezogene Hilfen deutlich schwächer ausgeprägt sind als die Rechtsansprüche auf Geldleistungen, wie sie durch die Leistungsgesetze des Bundes (z. B. Ansprüche auf Wohngeld, Kindergeld, Elterngeld, Ausbildungsförderung) oder durch die Sozialversicherungsgesetze (z. B. Ansprüche auf Renten, Arbeitslosengeld, Krankengeld) normiert sind. Soziale Dienste sind vor allem im Bereich des Gesundheitssystems und der pflegerischen Versorgung durch Rechtsansprüche abgesichert; die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Pflegeversicherung haben aufgrund ihrer Beitragszahlungen Ansprüche auf medizinische und pflegerische Dienste.

So ist die seit Mitte der 1990er Jahre stattgefundenen deutliche Ausweitung der Dienste und Einrichtungen für ambulante und teilstationäre Pflege wesentlich Ausdruck der mit der Einführung der Pflegeversicherung erfolgten sozialrechtlichen Absicherung des Pflegebedarfs. Dem Risiko der Pflegebedürftigkeit wurde der Status eines allgemeinen Lebensrisikos zuerkannt, mit der Konsequenz seiner (Teil-) Absicherung innerhalb der Sozialversicherung. Seither stehen die weitaus meisten pflegerischen Dienste und Einrichtungen im Grundsatz auf einer gesicherten Finanzierungsgrundlage und konnten in der Konsequenz ihre Kapazitäten im Zuge der allmählichen Umsetzung der Pflegeversicherung deutlich ausweiten.

Soziale Dienste, die außerhalb des Sozialversicherungsrechts geregelt sind, werden weit überwiegend durch Bundesgesetze (so durch das SGB VIII/Kinder- und Jugendhilfe) sowie durch landesrechtliche Vorschriften normiert, aber jeweils von den Kommunen ausgeführt und finanziert. Im Kinder- und Jugendhilfegesetz finden sich bis auf wenige Ausnahmen keine individuell einklagbaren Rechtsansprüche auf spezifische Leistungen. Charakteristisch sind vielmehr Ansprüche „dem Grunde nach“ sowie Kann- und Soll-Vorschriften. In der Regel handelt es sich um Handlungspflichten der zur Gewährleistung der Kinder- und Jugendhilfe verpflichteten Städte und Kreise. Entscheidungen über Leistungen unterliegen aber der verwaltungsrechtlichen Überprüfbarkeit; bei Ablehnung von Anträgen steht die Möglichkeit zum Widerspruch bis hin zum verwaltungsgerichtlichen Klageweg offen.

Für alle bundes- und landesgesetzlichen Vorschriften gilt, dass sie neben der grundsätzlichen Leistungsverpflichtung zumeist nur den organisatorischen Rahmen

für die Hilfgewährung vorgeben (also das „Ob“), die konkrete Gewährleistungspraxis (d. h. das „Wie“) jedoch weitgehend den jeweiligen Durchführungsorganen überlassen. Dies sind zumeist die örtlichen und überörtlichen Träger, die ihrerseits wiederum die Aufgaben häufig auf freigemeinnützige oder privat-gewerbliche Träger delegieren. Der/die einzelne Bürger/in hat zwar Ansprüche auf soziale Dienste dem Grunde nach, nicht jedoch auf ein bestimmtes Versorgungsniveau und auf eine ganz bestimmte Art der Ausführung. Die prinzipielle Gestaltungsfreiheit von sozialen Diensten durch die örtlichen Träger ist Ausdruck ihrer Organisations- und Personalhoheit. Dies bedeutet für die Hilfesuchenden auf der einen Seite zwar den theoretischen Vorteil eines regionale Besonderheiten und Erfordernisse berücksichtigenden Dienstangebotes, aber auf der anderen Seite nicht selten auch Unklarheit und Ungewissheit. So wirken die oftmals unterschiedlichen Beratungs- und Vergabepraktiken in den Ämtern auf viele Betroffene wie eine ungleiche Behandlung gleicher Sachverhalte durch ein und dieselbe Institution, infolgedessen auch wie reine Willkür.

Die Kommunen haben die Möglichkeit, über die bundes- und landesrechtlichen Vorgaben hinaus freiwillige Leistungen anzubieten. Diese sind aber immer abhängig von den örtlichen Besonderheiten und dabei insbesondere den Finanzierungsmöglichkeiten. Eine Folge ist, dass das tatsächliche Angebot häufig unter dem eigentlichen Bedarf liegt. Die Liste an Beispielen einer Bedarfsunterdeckung ist lang: Ausbau von Tagesstätten für Kinder unter drei Jahren, Hilfen für Wohnungslose, Freizeit- und Erholungsangebote für bestimmte sozial benachteiligte Gruppen, sozial-kulturelle Bürgerzentren, Schuldner-, Verbraucher- und Suchtkrankenberatung, Angebote für Migrant:innen, unterstützende und ergänzende Dienste für ältere Menschen im vorpflegerischen Raum. Gerade die finanzschwachen Kommunen haben aber häufig mit besonderen sozialen Problemen zu kämpfen (vgl. Pkt. 6.4 dieses Kapitels).

Die für die praktische Sozialpolitik im Kern unerlässliche Verrechtlichung sozialer Probleme konfrontiert insbesondere die sozialen Dienste mit ihrer Orientierung auf immaterielle Bedarfslagen mit einem klassischen Problem, nämlich als sozialpolitisch bearbeitungsbedürftig anerkannte soziale Probleme und Bedarfslagen, die den Betroffenen aber selbst häufig gar nicht bewusst sind und im Hinblick auf konkrete Lösungswünsche oft gar nicht benannt werden können, in sozialrechtlich exakt definierte und handhabbare Ansprüche zu überführen. Dadurch entsteht die Gefahr, dass die eigentliche Bedarfslage auf das gesetzlich „Geregelte“ verkürzt wird. Die Betrachtung und Verhandlung genuin sozialpolitischer Anliegen unter dem Gesichtspunkt des Rechts führt dabei nicht selten zu einer Entfremdung von Dienstleister:in und Klient:in und erschwert damit die notwendige Ko-Produktion, vor allem in Bezug auf eine ganzheitliche Problemsicht und Eigenbeteiligung. Auf der anderen Seite ist aber erst die Verrechtlichung von sozialen Problemen und daraus resultierender Bedarfslagen eine unerlässliche Voraussetzung im System administrativer Dienstleistungsproduktion für gezieltes und erfolversprechendes sozialstaatliches Handeln. Es ist aber eher eine Bringschuld der Dienstleister, sich dieser Ambivalenz bewusst zu sein, als des/der sich in einer Notlage befindlichen Hilfesuchende/n.

Die Bereitstellung sozialer Dienste ist zudem noch lange nicht mit ihrer tatsächlichen Nutzung identisch. Ob und durch welche Personen Angebote angenommen werden, ob die Inanspruchnahme bedarfsgerecht ist oder eine Unter- bzw. auch eine Überinanspruchnahme stattfindet, ist u. a. stark abhängig von der konkreten administrativen Praxis und dem Verhalten der Leistungserbringer. Insofern ist die individuelle Nutzung von Dienstangeboten sehr voraussetzungsvoll. Es gilt z. B. Komm-Strukturen zu überwinden, Papierkriege zu führen oder Verwaltungsstrukturen zu durchschauen. Viele Menschen – insbesondere mit sehr umfassendem und differenziertem Hilfebedarf – finden sich im Dickicht der unterschiedlichen sozialen Dienste nicht zurecht.

Die Formen administrativer Leistungsabwicklung, die noch immer in weiten Teilen den bekannten Strukturprinzipien bürokratischer Organisation folgen, wie Standardisierung, Typisierung, Formalisierung (Schriftlichkeit und Aktenführung), Arbeitsteilung und Spezialisierung, können sich als Barrieren erweisen, so dass in der Konsequenz viele an sich Leistungsberechtigte an rechtlichen und/oder administrativen Hürden scheitern. Dies gilt insbesondere für sehr alte Menschen mit traditioneller Behördenscheu, für Migrant:innen mit Verständnis- und Verständigungsproblemen oder für Menschen mit einem niedrigen Bildungsniveau und Sozialstatus. Der Zugang zu sozialen Diensten ist häufig mehr über die Schichtzugehörigkeit oder eine höhere Bildung gesteuert als über den tatsächlichen Bedarf. Dies gilt für die sozial selektive Nutzung von Beratungs- und Informationsangeboten, von Kultur- und Freizeitangeboten oder von Vorsorgeuntersuchungen. Mit mehr Bürgerfreundlichkeit soll dem entgegengewirkt werden (vgl. Pkt. 7. dieses Kapitels). Auch die zunehmende Digitalisierung der sozialen Dienstleistungsproduktion ist keineswegs immer bürgernah. Die sog. digitale Spaltung der Gesellschaft in Kenner und Nutzer einerseits und Nicht-Wissende und Nicht-Nutzende andererseits, noch verstärkt durch subjektive wie objektive Akzeptanzbarrieren, führt zunehmend dazu, dass besonders Hilfebedürftige (z. B. sehr alte Menschen, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen) nicht oder nur sehr schwer erreicht werden.

Zu Problemen kann es auch kommen, wenn im Zuge des Prozesses von Standardisierung, Spezialisierung und Professionalisierung die Hilfebedürftigen nach Einzelproblemen unterteilt werden. Statt eine ganzheitliche Problemsicht und -lösung vorzunehmen, werden Aufgaben getrennt wahrgenommen. So kann es im Zuge der administrativen Bearbeitung eines Anspruchs geschehen, dass der Gesamtbedarf eines Menschen lediglich an die gesetzlichen Vorgaben angepasst wird, womit in der Konsequenz nur Teile der Gesamtproblematik erfasst, andere dagegen ausgefiltert werden. Insofern stößt der Prozess der Verrechtlichung und Bürokratisierung an enge Grenzen, da sich viele immaterielle Bedarfslagen überhaupt nicht normieren lassen, z. B. im Bereich der psychosozialen Beratung oder der persönlichen Zuwendung.

3 Träger und Anbieter sozialer Dienste

Soziale Dienstleistungserbringung ist arbeitsteilig organisiert. Während die staatliche Ebene (Bund und Länder) entsprechend dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 GG) über Zielsetzung, Adressaten, Umfang, Standards und Qualität sozialer Dienste entscheidet, obliegt den Kommunen als dritter Säule des Staates – im Zusammenwirken mit freigemeinnützigen und freien Trägern – vielfach deren Umsetzung und Durchführung (Implementation) und häufig auch ihre Finanzierung. Auch die Sozialversicherungsträger, die nur in geringem Umfang eigene Dienste vorhalten, delegieren die Mehrheit ihrer Dienste aus Gründen der Arbeitsentlastung und ggf. auch der Betroffenennähe auf die örtliche Ebene. Dem entspricht auch EU-Recht mit seiner Interpretation des Subsidiaritätsprinzips: *Regieren durch Dezentralität* bei gleichzeitigem zentralen Monitoring.

Soziale Dienste werden von folgenden Trägern verschiedener Rechts- und Organisationsformen angeboten (vgl. Abbildung XII.1):

Öffentliche Träger, dazu gehören:

- Sozialversicherungsträger,
- Städte, (Land-)Kreise und Gemeinden als örtliche Träger,
- Bund, Länder sowie die höheren Kommunalverbände als überörtliche Träger. Bund und Länder sind nur ganz selten (z. B. Länder im Bereich Justiz) eigenständige Träger sozialer Dienste, allerdings können sie diese beschließen bzw. durch Förderprogramme anstoßen. In größeren Kreisen können auch kreisangehörige Städte (Teil-)Aufgaben als örtliche Träger übernehmen.

Freigemeinnützige Träger, darunter

- Organisationen, Vereine und Verbände, die den sechs Spitzenverbänden der Wohlfahrtspflege angeschlossen sind,
- Kirchen und sonstige Religionsgemeinschaften,
- andere ausdrücklich als freigemeinnützige Träger anerkannte Sozialverbände und Wohlfahrtsorganisationen.

Privat-gewerbliche Träger, hierbei handelt es sich im Wesentlichen um

- Einzelpersonen, die auf Rechnung arbeiten (z. B. niedergelassene Ärzt:innen, Therapeut:innen, Betreuer:innen),
- kleinere Firmen (z. B. private Pflegedienste) sowie
- größere Sozialunternehmen und -konzerne, oft mit mehreren Niederlassungen und vielfach in der Rechtsform der GmbH oder AG (z. B. private Alten- und Pflegeheime, Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken).

Insgesamt ist die Entwicklung des bundesdeutschen Systems der sozialen Dienstleistungsproduktion durch einen international einmaligen Wohlfahrtskorporatismus gekennzeichnet. Dabei besitzen die Verbände der freien Wohlfahrtspflege sowie seit 1996 auch die privat-gewerblichen Anbieter eine gesetzlich gestützte privilegierte Stellung (vgl. Pkt. 3.3.2 dieses Kapitels).

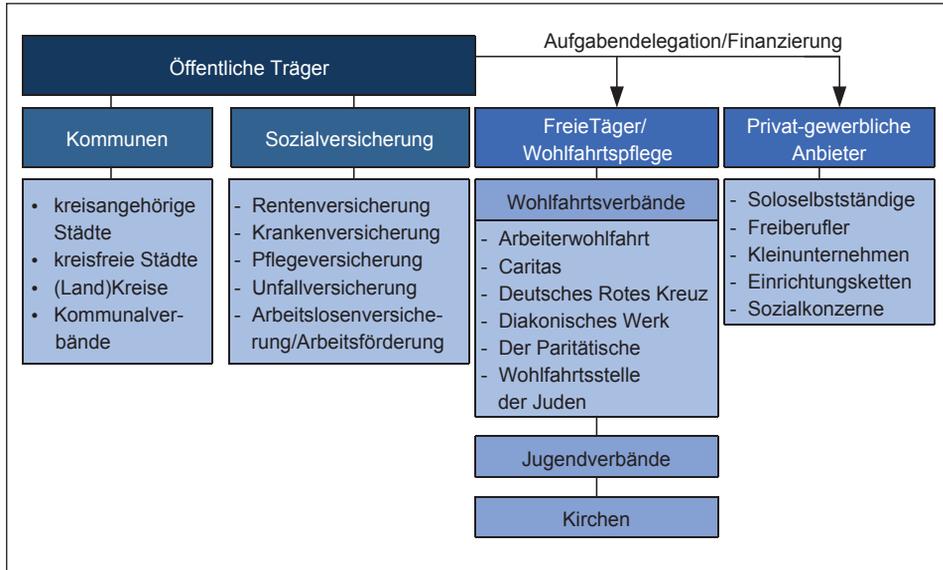
3.1 Öffentliche Träger

3.1.1 Sozialversicherungen

Zu den öffentlichen Trägern zählen zunächst die Sozialversicherungsinstitutionen. Für ihre Versicherten bzw. Mitglieder stellen sie entweder in eigener Regie bestimmte soziale Dienste bereit, so z. B. Sozialdienste bei einzelnen Krankenkassen, medizinische Dienste und Beratungsangebote der Pflegekassen, Berufsberatung oder Arbeitsvermittlung bei den Arbeitsämtern, oder – was der Regelfall ist – finanzieren die Dienste anderer (öffentlicher, freigemeinnütziger oder privat-gewerblicher) Träger. Leistungsanspruchnahme und Finanzierung folgen hierbei im Allgemeinen dem *Sachleistungsprinzip*. Lediglich bei der Pflegeversicherung spielt das Geldleistungsprinzip eine wichtige Rolle, denn alternativ oder ergänzend zur Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen (vor allem ambulante Dienste und (teil)stationäre Einrichtungen) werden Pflegegelder an die Versicherten gezahlt (vgl. Kapitel „Pflegebedürftigkeit und Pflege“, Pkt. 6.2).

Auf der Grundlage des Sachleistungsprinzips können die Versicherten bestimmte soziale Dienstleistungen kostenlos in Anspruch nehmen, weil ihre Versicherung mit den jeweiligen Anbietern hierüber vertragliche Vereinbarungen abgeschlossen hat. Die entsprechenden Kosten bzw. Honorare werden aus dem Beitragsaufkommen finanziert. So gewähren die Krankenkassen ärztliche Leistungen oder Krankenhauspflege, die Pflegekassen übernehmen pflegerische Leistungen durch ambulante Pflegedienste, Tages-, Kurzzeit-, Nachtpflegeeinrichtungen oder in Pflegeheimen, soweit mit den Anbietern Versorgungsverträge abgeschlossen sind. Die Rentenversicherungsträger bewilligen Kuren bzw. Rehabilitationsmaßnahmen, die Arbeitsämter schließlich übernehmen die Kosten für eine berufliche Bildungsmaßnahme. In all diesen Fällen brauchen die Versicherten nicht direkt zu bezahlen. Die Abrechnung erfolgt zwischen dem entsprechenden Sozialversicherungsträger und dem Leistungsanbieter. Eine Variante des Sachleistungsprinzips ist die Vergabe von Gutscheinen an die Begünstigten, mit denen sie die ihnen zustehenden Leistungen beim Leistungsanbieter eintauschen können (vgl. Pkt. 6.3 dieses Kapitels).

Abbildung XII.1 Träger und Anbieter sozialer Dienste



3.1.2 Kreisfreie Städte, (Land-)Kreise und Gemeinden

Zu den öffentlichen Trägern sozialer Dienstleistungserbringung zählen insbesondere die Städte, (Land-)Kreise und Gemeinden (Kommunen) als örtliche Träger. Ihre Aufgaben leiten sich aus ihrer verfassungsrechtlich abgesicherten Zuständigkeit – als Teil ihres Rechts zur kommunalen Selbstverwaltung – für die sozialen „Anliegen der örtlichen Gemeinschaft“ (Art. 28 II GG; „Daseinsvorsorge“) ab. Dies wird im Sozialgesetzbuch (SGB I) noch dahingehend konkretisiert, dass die Leistungsträger verpflichtet sind, darauf hinzuwirken, dass die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen Dienstleistungen ausreichend zur Verfügung stehen und dass dies in Zusammenarbeit mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen zu erfolgen hat (institutionelle Subsidiarität; vgl. Pkt. 3.2.2 dieses Kapitels). Dieses Vorrangprinzip wurde 1994 für die pflegerischen Dienste und Einrichtungen und 1996 auch auf die Sozial-, Kinder- und Jugendhilfe ausgedehnt (vgl. Pkt. 3.2.3 dieses Kapitels).

Insgesamt lassen sich drei Gruppen von Aufgaben der Gemeinden unterscheiden (vgl. im Detail Kapitel „Ökonomische Grundlagen und Finanzierung“, Übersicht II.2):

- Freiwillige Selbstverwaltungsaufgaben,
- Pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben und
- Staatliche Aufgaben.

Die soziale Daseinsvorsorge kann in diesem System als Querschnittsaufgabe betrachtet werden, die meisten Aufgaben sind entweder Pflichtaufgaben (z. B. SGB V und XII) oder freiwillige Selbstverwaltungsaufgaben. Was aber alles konkret im Rahmen ihrer Allzuständigkeit dazu zählt, ist nicht vorgegeben, was seit längerem Gegenstand von Diskussionen vor allem zwischen den Kommunen und Sozialversicherungsträgern (vor allem Pflegekassen) ist.

Die Daseinsvorsorge gilt gemeinhin als ein deskriptiver Begriff ohne rechtlich verbindlichen Regelungsgehalt, der darauf zielt, Personen und benachteiligte Gruppen zu stärken und zu einer eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlicher Teilhabe zu befähigen. Seine Ausgestaltung auf örtlicher Ebene soll im Wesentlichen durch soziale Hilfen und Dienste sowie durch Angebote und Leistungen im Rahmen der öffentlichen Infrastruktur erfolgen. Demgegenüber werden immer dort Grenzen in der kommunalen Mitwirkungsverantwortung betont, wo die eigentlichen Versorgungsaufgaben im Sozialversicherungssystem und in den hier festgelegten Zuständigkeiten geregelt sind. Dies wird insbesondere für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung proklamiert, also immer da, wo Sicherstellungsaufträge gesetzlich anderen Trägern aufgegeben sind. So ist die ambulante medizinische Versorgung durch das SGB V (GKV) den Kassenärztlichen Vereinigungen (vgl. Kapitel „Gesundheit und Gesundheitssystem“, Pkt. 4.3.2) und die pflegerische Versorgung durch das SGB XI (SPV) den Pflegekassen zugewiesen. Diese strikte Abgrenzung ist im Hinblick auf den verfassungsrechtlich geregelten Daseinsvorsorgeauftrag nicht unproblematisch. Durch eine partielle Kompetenzerweiterung der Kommunen in der sonst den Pflegekassen vorbehaltenen Pflegeberatung (vgl. Kapitel „Pflegebedürftigkeit und Pflege“, Pkt. 8.1) hat das Pflegestärkungsgesetz III von 2018 zu einer ersten Korrektur dieser strikten Abgrenzung beigetragen.

Ergänzt werden diese allgemeinen Vorschriften zur Daseinsvorsorge gemäß Art. 28 II GG durch verschiedene Sozialgesetze des Bundes und der Länder, die jeweils die örtlichen Träger für die konkrete Durchführung der darin normierten Aufgaben und Verpflichtungen verantwortlich machen. So wird z. B. die Aufgaben der Kommunen in der Gemeindeordnung für NRW (§ 8 GO NRW) so postuliert, „innerhalb der Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit die für die wirtschaftliche, soziale und kulturelle Betreuung ihrer Einwohner erforderlichen öffentlichen Einrichtungen zu schaffen“. Dies gilt insbesondere für die Leistungen nach dem Sozialhilfegesetz (SGB XII) sowie dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII). So sind die kreisfreien Städte und (Land)Kreise zugleich die örtlichen Träger der Sozial-, Kinder- und Jugendhilfe. Die damit jeweils verbundenen Aufgaben gehören zu ihren Pflichtaufgaben (pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben). Weitere typische Beispiele für bundesgesetzlich vorgegebene Pflichtaufgaben, die im Sinne der mittelbaren Staatsverwaltung kommunal durchgeführt werden und für die eine staatliche Rechtsaufsicht besteht, sind z. B. die Jugendgerichtshilfe, die Adoptionsvermittlung oder die Schwangerschaftskonfliktberatung. Beispiele für landesrechtlich geregelte Pflichtaufgaben sind die Versorgung mit Tageseinrichtungen für Kinder nach den jewei-

ligen Gesetzen (z.B. Kinderbildungsgesetz in NRW; Kindertagesbetreuungsgesetz in Baden-Württemberg) oder wie in NRW die Pflegekonferenzen (vgl. Pkt. 4.1 dieses Kapitels). Ein wichtiger Grund für die Delegation von bundes- und landesgesetzlich geregelten Aufgaben zur praktischen Durchführung auf die kommunale Ebene liegt in den dort besseren Möglichkeiten für eine dezentrale und bürgernahe Versorgung.

Die Kommunen sind aber nicht nur für die klassischen sozialen Dienste und Einrichtungen der Jugend-, Familien- und Altenhilfe zuständig. Vielmehr haben sie im Lauf der Zeit ihre Zuständigkeit im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung und einer breiteren Interpretation der Daseinsvorsorge auf nahezu alle sozialen Arbeitsfelder ausgedehnt und sind somit zu einem eigenständigen sozialpolitischen Akteur mit deutlichen Schwerpunkten auf den Sach- und Dienstleistungen avanciert. So gibt es vielerorts kommunale Jugendberufshilfen ebenso wie Frauenhäuser oder Beratungsstellen für unterschiedliche Anlässe und Zielgruppen. Häufig bilden auch mehrere örtliche Träger Zweckverbände zur gemeinsamen Durchführung von sozialen Aufgaben, bei denen die Finanzkraft einer einzelnen Kommune nicht ausreichen oder der örtliche Bedarf ein eigenes kommunales Angebot nicht rechtfertigen würde (z.B. mehrere Kommunen betreiben eine gemeinsame Drogenberatungsstelle). Letztlich ist das kommunale Engagement im Bereich der sozialen Dienste weniger ein Ausdruck formaler Zuständigkeit als vielmehr der jeweiligen finanziellen Möglichkeiten.

Kommunale Sozialverwaltung

Zur Durchführung ihrer sozialen Aufgaben unterhalten die Städte, Gemeinden und (Land-)Kreise eigene Ämter, Fachbereiche, Einrichtungen und Dienste. In ihrer konkreten Ausgestaltung sind sie dabei weitgehend frei von gesetzlichen Vorgaben und orientieren sich an der örtlichen Bedarfslage sowie an sonstigen regionalen Besonderheiten. Dies ist Ausdruck der Organisationsfreiheit und Personalhoheit der Städte und Gemeinden im Rahmen ihres kommunalen Selbstverwaltungsrechts, d.h. Kommunen haben das Recht auf eine für ihre Zwecke erforderliche eigenständige Organisations- und Personalpolitik, soweit dem nicht gesetzliche Vorgaben (z.B. zum Aufbau eines Jugendamtes oder eines Gesundheitsamtes oder tarifpolitische/beamtenrechtliche Vereinbarungen) entgegenstehen. Dennoch haben sich in den Kommunen bundesweit nahezu einheitliche Strukturen in der Aufbau-, Ablauforganisation und Personalausstattung herausgebildet. Die politisch relevanten Entscheidungen werden dabei zumeist in den jeweiligen Ausschüssen von den gewählten (oder bestimmten) Abgeordneten getroffen, nicht selten aber in den Verwaltungen selbst vorbereitet. Auf kommunaler Ebene sind insbesondere der Jugendhilfeausschuss (als gesetzlicher Pflichtausschuss; s. u.), sowie der Sozial-, Gesundheits-, oder Sportausschuss (wenn vorhanden) mit der Behandlung sozialer Themen befasst.

Die wichtigsten für die Bereitstellung sozialer Dienste zuständigen Ämter sind das Sozial-, das Jugend-, das Gesundheitsamt sowie die Jobcenter:

- Die *Sozialämter* sind insbesondere zuständig für die Aufgaben der Kommunen als örtliche Träger der Sozialhilfe nach den Vorschriften des SGB XII (Sozialhilfe) (vgl. Kapitel „Einkommen“, Pkt. 6.4). Zu ihren wichtigsten Aufgaben zählen die Hilfen zum Lebensunterhalt und die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Auch für die Eingliederungshilfe für Behinderte sind sie mitzuständig, aber seit 2017 nur noch für die Finanzierung existenzsichernder Leistungen. Die konkreten Eingliederungsleistungen sind dagegen seither im Bundesteilhabegesetz (BTHG) und den entsprechenden Landesgesetzen geregelt. Je nach örtlichen Bedingungen kann ihre Zuständigkeit auch noch auf weitere artverwandte Sozialleistungen ausgedehnt werden. In der Regel sind sie zuständig für die Abwicklung der Grundsicherung im Alter, weiterhin für die Aufgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, nach dem Betreuungsrecht, für die Hilfen an Wohnungslose oder für bestimmte Teilaufgaben im Rahmen der Pflegeversicherung. In vielen vor allem größeren Kommunen umfasst ihr Aufgabengebiet zudem die gesamte Sozialplanung und -berichterstattung. Sozialämter bestehen in allen kreisfreien Städten und (Land-)Kreisen; soweit kreisangehörige Städte und Gemeinden mit der Durchführung von Sozialhilfemaßnahmen betraut sind, auch dort. Obwohl die örtlichen Träger nicht verpflichtet sind, Sozialämter einzurichten, ist dies doch in größeren Städten nahezu bundesweit der Fall.
- Die *Jugendämter* sind in ihrem regionalen Einzugsbereich maßgeblich zuständig für die Durchführung der Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) (vgl. Kapitel „Familie und Kinder“, Pkt. 10). Dessen Aufgabenkatalog spiegelt faktisch die interne Aufbauorganisation eines Jugendamtes wider. Dabei umfasst die Kindertagesbetreuung heute den zentralen und kostenintensiven Teil der Aufgaben. Von Bedeutung sind darüber hinaus die erzieherischen Hilfen mit dem Schwerpunkt „Sicherung des Wohls gefährdeter Kinder und Jugendlicher“ (z. B. Erziehungsberatung oder sozialpädagogische Familienhilfe). Auch an der Jugendgerichtshilfe (Mitwirkung in jugendrichterlichen Verfahren) sind sie beteiligt. Jugendämter zeichnen sich durch eine Doppelfunktion aus: Einerseits sind sie Träger von Diensten und Einrichtungen, andererseits Gewährleistungsträger für eine angemessene Infrastruktur und für die Ausstattung mit entsprechenden sozialen Diensten. Im Gegensatz zu den Sozialämtern ist die Einrichtung von Jugendämtern für alle kreisfreien Städte und (Land-)Kreise verpflichtend; sowie – je nach Landesrecht – auf Antrag möglich in allen kreisangehörigen Städten und Gemeinden, wenn ihre Leistungsfähigkeit zur Erfüllung der Aufgaben nach dem SGB VIII sichergestellt ist. Dies gilt z. B. in NRW in kreisangehörigen Städten und Gemeinden mit mehr als 25 000 Einwohnern. Ein besonderes Strukturmerkmal des Jugendamtes ist seine Zweigliedrigkeit: Es besteht aus der Verwaltung des Jugendamtes, das in der Öffentlichkeit allgemein als das Jugendamt gilt, sowie dem Jugendhilfeausschuss – Ausschuss für Kinder, Jugend und Familie, in dem Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Verbände sowie sachkundige Einwohner:innen als „geborene Mitglieder“ stimmberechtigt tätig sind.

- Die *Gesundheitsämter* (vielfach als „Fachdienst Gesundheit“ bezeichnet) sind zuständig für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Sie sind wie Jugendämter für alle kreisfreien Städte und (Land-)Kreise verpflichtend, unterliegen aber landesrechtlichen Vorschriften und verfügen deshalb über weniger bundeseinheitliche Strukturen wie die Sozial- oder Jugendämter. Zuständig sind entweder die Landessozialministerien oder die Landesgesundheitsämter, die die Aufgaben teilweise auf die kommunale Ebene delegiert haben. Ihr Aufgabenbestand ist traditionell zweigeteilt: Zum einen handelt es sich schwerpunktmäßig um den Gesundheitsschutz, d. h. typische Aufsichts- und Kontrollarbeit, die aus der staatlichen Gesundheitsaufsicht resultieren, wie z. B. amtsärztliche Versorgung, Gesundheitsschutz und -aufsicht. Zum anderen sind sie für die kommunale Gesundheitspflege zuständig, d. h. konkret für Kinder-, Jugend- und Müttergesundheitspflege oder für die ambulante psychiatrische Versorgung (neuerdings vielerorts mit Schwerpunkt ältere psychisch Kranke). Als zunehmend bedeutsame, zumeist als kommunalpolitische Querschnittsaufgabe organisiert, ist den Kommunen die lokale Gesundheitsförderung, -berichterstattung und -planung zugewachsen. Die direkte Gesundheitsversorgung ist ihnen aber explizit untersagt. Sie dürfen nur dann selbst medizinisch tätig werden, wenn dies durch die niedergelassenen Ärzt:innen oder andere freie und privatwirtschaftliche medizinische Versorgungseinrichtungen nicht sichergestellt werden kann. In ihrer Funktion als Träger von Präventionsaufgaben werden die Kommunen aber immer wichtiger, so z. B. als relevante Akteure in der neuen Nationalen Präventionskonferenz gemäß Präventionsgesetz, womit der Gesetzgeber explizit auf die besondere Bedeutung der Lebenswelt Kommune als gesundheitsrelevantes Setting reagiert hat (vgl. Kapitel „Gesundheit und Gesundheitssystem“, Pkt. 3.1).
- Mit dem *Jobcenter* bilden Kommunen und örtliche Arbeitsagenturen eine gemeinsame Einrichtung, die für die Aufgaben nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) zuständig ist. Während die Bundesagentur für die Finanzierung des Arbeitslosengeldes II sowie für die Eingliederungsmaßnahmen zuständig ist, zeichnen die Kommunen vor allem für die Finanzierung ergänzender Leistungen, wie Kinderbetreuung, Schuldnerberatung, psychosoziale Betreuung und Suchtberatung verantwortlich. Die Kosten der Unterkunft werden gemeinsam getragen (vgl. Kapitel „Einkommen“, Pkt. 6.2.4). Ausgewählte Kommunen haben nach dem sog. Optionsmodell *alleine* die Trägerschaft für die Ausführung des SGB II übernommen. Ende 2018 gibt es 130 zugelassene kommunale Träger (zkT).
- Weitere kommunale Ämter mit Spezialaufgaben in der örtlichen Sozialpolitik sind in größeren Kommunen die *Wohnungsämter* (auch Amt für Wohnungswesen genannt), zuständig insbesondere für die Wohnraumversorgung, Wohngeldgewährung und Wohnberechtigungsscheine. Diese ursprünglich enge Aufgabenführung hat sich mittlerweile vielerorts zur *sozialen Stadtpolitik* ausgeweitet und umfasst heute so wichtige sozialpolitische Felder wie Infrastrukturversorgung, Stadt- und Quartiersentwicklung. Je nach örtlichen Gegebenheiten können auch Schul-

Kultur- oder Sportämter an lokalen sozialpolitischen Aufgaben beteiligt sein. Vor allem die lokale Sportförderung ist zu einem wichtigen Instrument der Gesundheitspolitik oder der sozialen Integration geworden.

Die bestehende Ämtertrennung ist Ergebnis der zumeist gesetzesanalogen Aufbauorganisation der Sozialverwaltung und steht deswegen schon seit langem in der Kritik. Betont wird u. a. die fehlende Orientierung an der realen Lebenswelt der Betroffenen. So stehen die getrennten Ämterstrukturen im Grundsatz quer zu den häufig sehr komplexen Problemen der Klienten (Multiproblemfälle). Ämter sind nach Sach Gesichtspunkten organisiert, aber nicht entsprechend der tatsächlichen Fallkonstellationen. Für Armutslagen beispielsweise ist häufig die Gleichzeitigkeit von Arbeitsmarkt-, Erziehungs-, Familien-, Wohnungs- und Gesundheitsproblemen charakteristisch. Zuständig sind jedoch jeweils die Jobcenter sowie die Jugend-, Wohnungs- und Gesundheitsämter. Daraus können Mehrfachbetreuungen resultieren, nicht selten sogar ohne Wissen der beteiligten Ämter voneinander. Naturgemäß wird dadurch eine ganzheitliche Problemsicht und -bearbeitung erschwert. Auch steigt der verwaltungsinterne Arbeitsaufwand unnötig.

Mit der Einrichtung der Jobcenter ist es gelungen, zumindest in der Unterstützung und Betreuung Arbeitsuchender diese traditionelle Zergliederung der Hilfen nach Zuständigkeiten zu überwinden. Weitere in diese Richtung weisende Reformvorschläge zielen auf die Reorganisation der Sozialverwaltung nach lebensweltlichen, d. h. ganzheitlichen Gesichtspunkten. So gibt es in einigen Kommunen mittlerweile Fachbereiche für Soziales, die insbesondere Sozial- und Jugendhilfe integrieren, aber z. B. auch Wohnungshilfen, Alten- und Gesundheitshilfe einschließen.

Kommunale soziale Dienste

Im Regelfall unterhalten die örtlichen Träger zur Durchführung ihrer Aufgaben eigene kommunale soziale Dienste, die vor Ort arbeiten und zumeist von Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagog:innen, Heilpädagog:innen und anderen gesundheitlichen und pflegerischen Fachkräften wahrgenommen werden. Sie sind durch eine dezentrale Aufgabenwahrnehmung und Geh-Struktur gekennzeichnet, d. h. die Hilfesuchenden werden weit überwiegend zu Hause aufgesucht und müssen nicht wie im Falle der Komm-Struktur mit ihren Bedarfsanliegen bei den zuständigen Ämtern und Einrichtungen selbst vorstellig werden. Damit lassen sich typische Zugangsbarrieren zu sozialen Diensten leichter überwinden.

Die Grundorganisationsform für die kommunale soziale Dienstleistungserbringung ist der *Allgemeine Soziale Dienst (ASD)*, auch häufig als Kommunaler Sozialdienst (KSD) bezeichnet, der sich aus der früheren Familienfürsorge entwickelt hat. Er gilt gemeinhin als der Basisdienst der sozialen Arbeit vor Ort. Nach heutigem Verständnis sind für seine Arbeit die Begriffe „Ganzheitlichkeit“, „Lebensweltorientierung“, „Allzuständigkeit“ sowie „Hilfe zur Selbsthilfe“ konstitutiv. Die Aufgabenstellung bezieht sich im Kern auf alle Lebenslagen und Lebensphasen mit sozialem

Dienstleistungsbedarf, ist zielgruppen- und problemübergreifend angelegt, häufig auch über die genuin kommunale Zuständigkeit hinaus. Damit ist die Arbeitsweise explizit auch auf die Überwindung von Ressortzuständigkeit und -denken ausgerichtet. Wegen der Komplexität sozialer Problemlagen und des breiten Handlungsspektrums wird somit ein hohes Maß an unterschiedlichen beruflichen Kompetenzen und Kenntnissen vorausgesetzt, was allerdings nicht immer Realität ist. Der ASD/KSD ist zwar der Schnittpunkt von Jugend-, Sozial-, Gesundheits-, Wohnungshilfe und dgl., wegen des starken Anteils von Jugendhilfeaufgaben aber üblicherweise organisatorisch dem Jugendamt zugeordnet, eher selten dagegen dem Sozial- oder Gesundheitsamt. Häufig ist auch – so vor allem in größeren Städten – die Organisationsform eines eigenständigen Amtes für soziale Dienste vorzufinden. In eher seltenen Fällen findet sich auch die Delegation an einen freien Träger.

Der ASD/KSD ist einer der größten und bedeutendsten örtlichen sozialen Dienste überhaupt und zuständig für die allgemeine soziale Grundversorgung im jeweiligen Einzugsgebiet (Bezirke). Er ist zumeist nach dem Regionalprinzip aufgebaut, d. h. pro Bezirk ist eine soziale Fachkraft tätig. Die zu betreuenden Fälle schwanken je nach Problemdichte. Die Aufgaben sind breit gestreut und umfassen im Prinzip alle mit der Durchführung von gesetzlich vorgeschriebenen wie freiwilligen kommunalen Sozialleistungen verbundenen Aufgaben mit Schwerpunkten im Bereich außerdienstlicher Tätigkeit, soweit nicht andere Sozialleistungsträger zuständig sind. Traditionelle Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, neuerdings auch der Flüchtlingshilfe. Wichtigste Rechtsgrundlagen sind das Sozialgesetzbuch (SGB), insbesondere das Kinder- und Jugendhilfe- sowie das Sozialhilfegesetz, die jeweiligen einschlägigen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), des Bundesteilhabegesetzes, des Jugendgerichtsgesetzes und ggf. weitere betroffene Sozialgesetze.

Das Aufgabenspektrum spiegelt am deutlichsten die im Zuge des demografischen und sozialen Wandels stattgefundene Ausdifferenzierung von sozialen Risiken und Notlagen wider. So gehören zum aktuellen Aufgabenkatalog des ASD/KSD u. a.

- die Schwangeren- und Erziehungsberatung,
- Kernaufgaben aus dem Bereich der Kinder-, Jugend- und Partnerschaftshilfe wie Information, Beratung, Vermittlung bei Konflikten zwischen den Partnern oder zwischen Kindern und Eltern bei Trennung oder Scheidung,
- Schuldnerberatung,
- individuelle Krisenintervention,
- vorbeugende Gesundheits- und Krankenhilfe,
- Hilfen für Pflegebedürftige bzw. für pflegende Angehörige,
- Altenhilfe,
- Vermittlung wirtschaftlicher Hilfen nach dem SGB XII, also Geld- und Sachleistungen,
- Integrationshilfen für besondere Gruppen oder für Personen mit besonderen

- sozialen Schwierigkeiten wie Behinderte, Migrant:innen und Wohnungssuchende,
- laufende Kooperation mit Familien-, Vormundschafts- und Jugendgerichten sowie mit anderen Institutionen, so vor allem mit freien Trägern, Kirchen, einschlägigen Vereinen und Verbänden, mit Schulen, Banken und Sparkassen, den lokalen Job-Centern sowie Arbeitsagenturen, mit Selbsthilfeorganisationen und/oder der organisierten Freiwilligenhilfe sowie in bestimmten Regionen und Fällen auch mit Vertreter:innen von Migrant:innen, Flüchtlingen oder Asylbewerber:innen.

Insgesamt versteht sich der ASD/KSD als Anlauf-, Filter- und Sondierungsstelle wie auch als konkrete Leistungs- und Vermittlungsinstitution. Allerdings kommt es auch vor, dass Kontroll- und Ermittlungsaufgaben, so vor allem für die Sozial- und Ordnungsämter oder die Ausländerbehörden, wahrgenommen werden müssen. Indem der ASD/KSD Außendienstaufgaben für mehrere Ämter gleichzeitig übernimmt, trägt er damit auf Seiten der Dienste mit dazu bei, die viel kritisierte Ämtertrennung in der Sozialverwaltung und das hier typische „Silodenken“ zu überwinden. Mittlerweile ist auch in den meisten Kommunalverwaltungen die fallbezogene Aufhebung der zuvor zumeist strikten Trennung zwischen Innen- und Außendienst, z. B. durch gemeinsame Fallentscheidungen, erfolgt, also die lange Jahre übliche Trennung zwischen administrativer (durch Sachbearbeiter:innen) und individueller Fallbearbeitung (durch Angehörige sozialer Berufe) überwunden.

Zwar liegt traditionell der Arbeitsschwerpunkt des ASD/KSD in der Einzelfallhilfe und hier insbesondere der Hilfe zur Selbsthilfe. Dennoch gehören zu seinen Aufgaben auch gemeinwesenorientierte, sozialraumbezogene Arbeitsansätze, die auf die präventive Vermeidung und Überwindung sozialer Probleme vor Ort abheben. Dabei sollen seine wohnbezirksbezogenen Erfahrungen besser für eine regionalisierte und bedarfsgerechtere Planung und Ausgestaltung sozialer Dienste im sozialen Raum genutzt werden (vgl. Pkt. 4.1 in diesem Kapitel). Dem entsprechen Bemühungen zu einer stärkeren klientenbezogenen Interessenvertretung in der Lokalpolitik, die Übernahme von Aufgaben des case-managements, der Aufbau und die Förderung von Netzwerkstrukturen sowie die Mobilisierung von Selbsthilfekräften.

Für besondere soziale Schwerpunktbereiche bzw. für bestimmte Probleme, Aufgabenfelder oder Zielgruppen gibt es in den Kommunen, je nach Größe, noch verschiedene Spezialdienste, auch besondere soziale Dienste genannt (BSD). Diese sind entweder gesetzlich vorgeschrieben, beruhen auf landesrechtlichen Sonderbestimmungen oder sind im Rahmen der kommunalen Organisationsfreiheit eingerichtet worden. Sie bestehen in der Regel neben dem ASD/KSD und arbeiten zumeist bezirksübergreifend. Organisatorisch können sie – je nach Aufgabenbereich – entweder als BSD an die jeweiligen Fachämter, also vor allem an das Sozial-, Jugend- und Gesundheitsamt, angebunden oder aber – und dies mit zunehmender Tendenz – in freie Trägerschaft überführt sein.

Sie gibt es zumeist immer dann, wenn genügend Nachfrage besteht und aufgrund der Besonderheit des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs vertieftes Fachwissen, besondere Erfahrungen und/oder die ständige Kooperation mit Dritten, wie z. B. mit Gerichten, Banken oder Inkassoeinrichtungen, erforderlich ist. Wurde über Jahre hinweg noch ein Zuviel an Spezialdiensten kritisiert, so überwiegen heute durchaus die Vorzüge professionalisierter sozialer Spezialdienste. Sie gibt es z. B. im Bereich der Sozialhilfe/Sozialämter für Schuldnerberatung, die Arbeit mit Älteren (z. B. Seniorenberatung), die Heimunterbringung oder als Sonderdienste für Ausländer:innen oder Flüchtlinge. Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe/Jugendämter werden z. B. vielfach die Erziehungsberatung, die Schulsozialarbeit, die Jugendgerichtshilfe, die Adoptionsvermittlung, das Pflegekinderwesen oder die sozialpädagogische Familienhilfe durch einen Spezialdienst durchgeführt. Im Bereich der Gesundheitshilfe/Gesundheitsämter gilt dies für die Arbeit mit psychisch Kranken (sozialpsychiatrische Dienste), mit Drogen- und/oder Suchtkrankenhilfe oder für die Krankenhaussozialarbeit.

Das Nebeneinander von ASD/KSD und BSD, zu dem vor Ort auch noch soziale Dienste und Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege oder privat-gewerblicher Träger kommen, gab und gibt wiederholt Anlass zur Kritik. Sie bezieht sich zum einen auf die traditionelle Spannung zwischen Generalisierung (ASD/KSD) und Spezialisierung (BSD) sozialer Dienste, zum anderen auf Fragmentierungen, Silodenken und Mehrfachzuständigkeit, fehlende Abstimmung untereinander und – aus Sicht der Betroffenen – deren Intransparenz. Diese Kritik ist seit längerem ein Bezugspunkt für Bemühungen um mehr Kooperation und Vernetzung in der kommunalen Sozialpolitik (vgl. Pkt. 4.1 dieses Kapitels).

Höhere Kommunalverbände als überörtliche Träger der Sozialhilfe

Überörtliche Träger der Sozialhilfe in der Bundesrepublik Deutschland sind, je nach Landesrecht, entweder die Länder oder höhere Kommunalverbände. Die Aufgaben und Zuständigkeiten sind in erster Linie im SGB XII geregelt. Der Schwerpunkt liegt vor allem bei Aufgaben von überregionaler Bedeutung und/oder besonderer finanzieller Tragweite. Auch die konzeptionelle Entwicklung von Hilfen fällt in ihren Aufgabenbereich. Schwerpunktmäßig sind sie zudem in folgenden Bereichen tätig: Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege sowie Hilfe für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten.

Überörtliche Träger nach SGB XII sind z. B. in NRW die beiden Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe, in Bayern die sieben Regierungsbezirke oder in Baden-Württemberg die Landeswohlfahrtsverbände Baden und Württemberg-Hohenzollern. Zur Durchführung ihrer Aufgaben können sie wieder andere, zumeist örtliche Träger heranziehen, müssen dann aber einen Teil der Kosten tragen. Mit ihrem Angebot decken sie jeweils einen bestimmten regionalen Einzugsbereich ab. Entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Fälle bzw. den Gesamtaufwendungen müssen sich die örtlichen Träger dieser Region per Umlage an den Kosten beteiligen.

Neben der fachlichen Beratung und teilweise auch Kontrolle der übrigen Träger (insbesondere von Heimen und vergleichbaren Einrichtungen) liegt die Zuständigkeit der überörtlichen Träger in solchen sozialen Aufgaben, die nur in einem größeren Gebietsrahmen zu lösen sind, weil deren Durchführung z. B. besonders schwierig und/oder teuer ist und deshalb nicht so leistungsfähige und/oder finanzschwache Kommunen überfordern würden. Sie sind auch dann zuständig, wenn ein übergeordnetes sozialstaatliches Interesse an einer möglichst einheitlichen Aufgabenerledigung besteht. Häufig handelt es sich auch um solche Bedarfe, für die sich ein eigenständiges kommunales Angebot aufgrund der geringen Nachfrage gar nicht lohnen würde. Indem ihre Dienste und Einrichtungen auf die Herstellung vergleichbarer Lebensverhältnisse in allen Landesteilen zielen, kommt den überörtlichen Trägern somit auch die Funktion eines regionalen Ausgleichsfaktors zu.

3.2 Freie Wohlfahrtspflege

3.2.1 Die Wohlfahrtsverbände und ihre Bedeutung

Charakteristisch für die organisierte soziale Dienstleistungserbringung in Deutschland ist die starke Beteiligung der freien Wohlfahrtspflege (auch als frei-gemeinnützige Träger bezeichnet). Darunter versteht man die Gesamtheit aller sozialen Hilfen, die auf freigemeinnütziger Grundlage in organisierter Form in der Bundesrepublik Deutschland geleistet werden. Die freie Wohlfahrtspflege unterscheidet sich einerseits von gewerblichen – auf Gewinnerzielung ausgerichteten – Anbietern, aber auch von den öffentlichen Trägern. Sie hat sich in Abgrenzung zu beiden als intermediäre Einrichtung etabliert mit dem Ziel, weder öffentlich noch privat-gewerblich organisierte soziale Arbeit verrichten zu wollen. Allerdings übernehmen ihre Träger im Delegationsverfahren (via Kontraktmanagement) viele öffentliche, d. h. kommunale Aufgaben (vgl. Pkt. 5.1.2 dieses Kapitels). Gemeinnützigkeit, Freiwilligkeit und weltanschauliche Bindung gelten als ihre Markenzeichen.

Die freie Wohlfahrtspflege hat sich in sechs Spitzenverbänden zusammengeschlossen, die sich durch weltanschauliche oder religiöse Motive und Zielvorstellungen unterscheiden, was aber in der konkreten Dienstleistungspraxis nicht immer zum Tragen kommt. Gemeinsames Selbstverständnis ist auch, dass sie unmittelbar an die Hilfsbereitschaft und an die Solidarität der Bevölkerung anknüpfen. Ihre gemeinsamen Interessen vertreten sie in der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW). Zu den freien Trägern zählen auch die Einrichtungen von Kirchen und sonstigen Religionsgemeinschaften sowie die Jugendverbände und Organisationen der Jugendsozialarbeit. Zudem haben sich vielgestaltige Bewegungen in gemeinnützigen Vereinen oder Selbsthilfebewegungen und -gruppen und dgl. in gemeinnützigen Vereinen den Wohlfahrtsverbänden angeschlossen und werden ihnen häufig zugerechnet.

Im Trägersystem sozialer Dienste nehmen die Wohlfahrtsverbände eine Art Zwischenstellung ein: Einerseits sind sie nicht staatlich, d.h. sie sind privatrechtlich organisiert, entscheiden eigenständig über die Prioritäten ihrer Arbeit und deren Ausrichtung und sind zu ihren Leistungen grundsätzlich nicht verpflichtet. Andererseits sind sie nicht gewinnorientiert wie privat-gewerbliche Anbieter, sondern als Non-Profit-Organisationen sowohl an den Bedürfnissen der Hilfeempfänger wie an einem gesellschaftlichen Gemeinwohlverständnis orientiert. Im Unterschied zu Profit-Organisationen arbeiten sie nicht nur mit bezahlten Mitarbeiter:innen, sondern unter Einbeziehung von privatem, unentgeltlichem Engagement – vor allem auf Basis der klassischen ehrenamtlichen Freiwilligenarbeit (vgl. Pkt. 8.3.1 dieses Kapitels).

Nach verbandsoffiziellen Selbstdarstellungen zeichnen sich die Wohlfahrtsverbände vor allem durch eine besondere Nähe zu den sozialen Problemen vor Ort wie zu Betroffenen und Helfern aus. Proklamiert wird die Funktion der „Gemeinwohl-Agenturen“. Sie verstehen sich als Vertreter der Interessen und Bedürfnisse von sozial schwachen Bevölkerungsgruppen, für die sie eine Lobbyfunktion, verbunden mit sozialanwaltschaftlichen Zielsetzungen, wahrnehmen. Gemeinsames Ziel ist, wie es in offiziellen Verbandsstellungen der BAGFW heißt, die „Verbesserung von Lebenslagen“. Mit „engagiertem sozialpolitischem Handeln“ sollen „die Interessen von Benachteiligten in den gesellschaftlichen Dialog“ eingebracht und dazu beigetragen werden, dass „der Sozialstaat zukunftsfähig bleibt.“ Gemeinsames Ziel ist weiterhin „die Sicherung und Weiterentwicklung der sozialen Arbeit durch gemeinschaftliche Initiativen und sozialpolitische Aktivitäten“. Dafür stellen sie notwendige Hilfen zur Verfügung, bieten soziale Dienstleistungen an und eröffnen Möglichkeiten des freiwilligen sozialen Engagements.

Die besondere Stellung der freien Träger wird in den Büchern des Sozialgesetzbuches ausdrücklich anerkannt, was zugleich als Ausdruck des Subsidiaritätsprinzips gilt (vgl. Pkt. 3.2.2 dieses Kapitels). Die Rechtfertigung unterschiedlicher weltanschaulicher und konfessioneller Orientierungen schöpfen die Wohlfahrtsverbände auch aus dem im Sozial- bzw. Kinder- und Jugendhilferecht verankerten „Wunsch- und Wahlrecht der Hilfesuchenden“.

Wohlfahrtsverbände sind multifunktionale Organisationen. Sie

- sind zum einen Anbieter sozialer Dienstleistungen und stehen in (begrenzter) Konkurrenz zueinander sowie in zunehmend offener Konkurrenz zu privatwirtschaftlichen Anbietern. In bestimmten Bereichen der sozialen Dienste nehmen sie eine beherrschende Stellung ein.
- verstehen sich gemäß Subsidiaritätsprinzip als Mitgarant des Sicherstellungsauftrages der Kommunen gemäß dem verfassungsrechtlichen Auftrag zur „Daseinsvorsorge“.
- sind Weltanschauungsverbände mit ganz bestimmten normativen, d.h. konfessionellen oder partei gebundenen oder überparteilichen Leitbildern.

- agieren als sozialpolitische Interessensverbände mit einem sozialanwaltschaftlichen Auftrag.
- sind Mitgliedervereine mit beachtlichen Mitgliederzahlen.

Diese Multifunktionalität in eine Gesamtstrategie einzubinden, die zudem ihre öffentliche Förderung legitimiert, erfordert eine schwierige Balance. Diese wird umso schwieriger, je stärker die freie Wohlfahrtspflege auf öffentliche Mittel angewiesen ist, einem wachsenden Ökonomisierungsdruck unterliegt und in einer Gesellschaft agiert, in der sich traditionelle religiöse und politische Bindungen auflösen.

Zu den sechs Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege zählen:

- Deutscher Caritasverband,
- Diakonisches Werk,
- Arbeiterwohlfahrt,
- Deutsches Rotes Kreuz,
- Paritätischer Wohlfahrtsverband,
- Zentralwohlfahrtsstelle der Juden.

Übersicht XII.4

Diakonisches Werk

Dem Diakonischen Werk der evangelischen Kirche Deutschlands (DW) gehören als Mitglieder die 17 Landesverbände der EKD, neun Freikirchen mit ihren diakonischen Einrichtungen sowie 67 Fachverbände der verschiedensten Arbeitsfelder an. In den Diakonischen Werken der Landeskirchen der EKD sind die einzelnen rechtlich selbstständigen Diakonien der örtlichen Kirchengemeinden bzw. Kirchenverbände vereinigt. Hinzu kommen große Einzelmitglieder, z. B. Krankenhäuser oder Behindertenheime, in der Rechtsform von Stiftungen oder gGmbHs.

Träger von Einrichtungen und Diensten sind die kreiskirchlichen und gemeindlichen diakonischen Werke (als eingetragene Vereine) sowie die Stiftungen und gGmbHs. Die größte Bedeutung haben die v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel mit etwa 23 000 Plätzen in den stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen und gut 19 600 Beschäftigten.

Das Diakonische Werk entstand 1976 durch die Fusion des bis dahin selbständig nebeneinander bestehenden Hilfswerkes der Evangelischen Kirche in Deutschland (Gründung nach 1945) und der Inneren Mission. Die Innere Mission, gegründet 1848, geht zurück auf den Theologen Johann Hinrich Wichern, der beim Wittenberger Kirchentag das Programm der Inneren Mission gegen geistliche und materielle Armut sowie soziale Not entwarf.

Nach ihrem Leitbild ist die Diakonie Wesens- und Lebensäußerung der evangelischen Kirche, geht vom Gottesdienst in der Gemeinde aus und ist gelebter Glaube. Nach ihrem Selbstverständnis erhebt die Diakonie die Stimme für diejenigen, die nicht gehört werden und tritt ein für eine menschenwürdige Gesetzgebung, eine chancengerechte Gesellschaft und eine konsequente Orientierung am Gemeinwohl.

Die Mitgliedsverbände und -organisationen der Diakonie bieten (2018) über 32 000 Einrichtungen und Dienste unterschiedlicher Größe und Rechtsform mit mehr als einer Million Plätzen/Betten an. Beschäftigt sind etwa 600 000 hauptamtliche Mitarbeiter:innen. Hinzu kommen 700 000 freiwillig engagierte Menschen.

Vergleichbar zur katholischen Kirche und zu den Einrichtungen der Caritas unterliegen die Mitarbeiter einem eignen kirchlichen Tarif- und Arbeitsrecht (vgl. Übersicht XII.5).

Übersicht XII.5

Caritas
<p>Der 1897 gegründete Deutsche Caritasverband (DCV) ist die von den deutschen Bischöfen anerkannte institutionelle Zusammenfassung der katholischen Caritas in Deutschland. Der Gesamtverband setzt sich zusammen aus seinen Mitgliedsverbänden (27 Diözesanverbände und Landes-Caritasverbände) und den anerkannten caritativen Fachverbänden. Zu den Fachverbänden gehören u. a. der Malteser Hilfsdienst, der Kreuzbund und der Sozialdienst katholischer Frauen (SKF). Auch die persönliche Mitgliedschaft auf Ortsebene ist möglich.</p> <p>Die Organisation der Caritasverbände ist dezentral und unterliegt innerkirchlich der diözesanen Struktur. Hierzu gehören 636 Orts-, Kreis- und Bezirks-Caritasverbände sowie 262 karitative Ordensgemeinschaften. Die Landes- und Diözesanverbände mit Ihren Kreis- und Stadtverbänden und Fachverbänden sind jeweils wirtschaftlich selbstständige Rechtsträger, z. B. eingetragene Vereine oder gGmbHs (gemeinnützige Gesellschaften mit beschränkter Haftung). Die Einrichtungen und Dienste werden in der Regel von ihnen angeboten. Krankenhäuser haben häufig die Rechtsform von Stiftungen. Der Deutsche Caritasverband, die Landescaritasverbände und Diözesancaritasverbände sind hingegen als Dachverbände anzusehen.</p> <p>Im seinem Leitbild bekennt sich der Deutsche Caritasverband zu den theologischen Grundsätzen mit dem christlichen Gott als Quelle, Jesus Christus als Auftrag und Ermutigung und dem Heiligen Geist als Lebenskraft für die Caritasarbeit. Als Ziele für die Arbeit werden der Schutz der Menschenwürde, die Solidarität in einer pluralen Welt sowie die Verpflichtung hierzu über Grenzen hinweg festgelegt. Hinsichtlich seiner Aufgaben sieht sich der Caritasverband zur Hilfe für Menschen in Not sowie als Anwalt und Partner Benachteiligter verpflichtet.</p> <p>Die Mitglieder des Verbandes beschäftigen (2017) rund 660 000 berufliche Mitarbeiter:innen. Hinzu kommen schätzungsweise noch einmal so viele ehrenamtliche Mitarbeiter:innen und Helfer:innen, die Zahl der Helfer:innengruppen liegt bei 3 700. Unterhalten werden etwa 25 000 Einrichtungen und Dienste mit knapp 1 100 000 Plätzen/Betten. Darunter dominieren die Kinder- und Jugendhilfe sowie die Gesundheitshilfe.</p> <p>Die Mitarbeiter:innen werden nach einem eigenen Tarifwerk eingestellt und entlohnt, das an die Regelungen des Tarifvertrages für den Öffentlichen Dienstes (TVöD) angelehnt ist. Es handelt sich hierbei jedoch nicht um einen Tarifvertrag. Der Caritasverband ist ein Tendenzbetrieb der römisch-katholischen Kirche. Mit den Gewerkschaften werden keine Verträge geschlossen; Tarifregelungen werden von einer paritätisch besetzten Kommission (Arbeitsrechtliche Kommission) verhandelt. Das Betriebsverfassungsgesetz gilt nicht. Stattdessen wird die Grundordnung des kirchlichen Dienstes im Rahmen kirchlicher Arbeitsverhältnisse wie in der verfassten Kirche angewandt (Mitarbeitervertretungen).</p>

Übersicht XII.6

Deutsches Rotes Kreuz
<p><i>Das Deutsche Rotes Kreuz (DRK)</i>, 1921 gegründet, ist ein Mitgliederverband und weist eine duale Struktur auf: Einerseits ist das DRK eine „nationale Hilfsgesellschaft“ (Ursprungsaufgabe: Versorgung verwundeter Soldaten, heute mit Schwerpunkten im Zivilschutz und Katastropheneinsatz), andererseits ist das DRK ein Wohlfahrtsverband mit Schwerpunkten im Bereich medizinischer Dienste.</p> <p>Das DRK gliedert sich in rechtliche eigenständige 19 Landes- und 465 Kreisverbände, die die operativen Aufgaben vor Ort, d. h. in dem jeweiligen Kreisgebiet erfüllen. Getragen wird es von etwa 3,0 Mio. Fördermitgliedern. Eine eigenständige Bedeutung haben die DRK-Schwesternschaften, die wiederum auch Träger von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sind.</p> <p>Das DRK orientiert sich satzungsgemäß an den allgemeinen normativen Grundsätzen von Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit und Freiwilligkeit, Einheit sowie Universalität.</p> <p>Das DRK bietet (2018) rund 8 000 Einrichtungen und Dienste an (vor allem in der Altenhilfe sowie Kinder- und Jugendhilfe) an. Beschäftigt sind nahezu 180 000 hauptamtliche Mitarbeiter:innen. Etwa 435 000 ehrenamtliche Helfer:innen sind im DRK aktiv. Rund 4 Mio. Personen sind Mitglieder im DRK.</p>

Übersicht XII.7

Arbeiterwohlfahrt
<p>Die AWO ist eine Mitgliederorganisation mit rund 340 000 Einzelmitgliedern (2017). Sie gliedert sich in 3 514 Ortsvereine, 411 Kreisverbände und 30 Bezirks- und Landesverbände. Neben der persönlichen Mitgliedschaft gibt es auf den unterschiedlichen Ebenen der AWO auch über 800 selbstständige Einrichtungen, Initiativen und Organisationen, die Vereine, Sozialunternehmen, die den Rahmen eines Dachverbandes benötigen (Beratung in Personal- und Abrechnungsfragen, Hilfen bei der Antragsstellung öffentlicher Mittel).</p> <p>Die Einrichtungen und Dienste werden in der Regel von den Bezirken vorgehalten. Die ehrenamtliche Arbeit findet in den Ortsvereinen und Kreisverbänden statt.</p> <p>Die AWO ist aus den Ideen der sozialdemokratischen Arbeiterbewegung entstanden und wurde 1919 ursprünglich als eine Untergliederung der SPD gegründet. Sie stützt sich noch heute auf ihre Wurzeln, da sie sich als Wohlfahrtsverband und als gesellschaftspolitischer Verband versteht. Grundwerte des Handelns sind nach eigener Darlegung Freiheit, Gerechtigkeit, Toleranz und Solidarität.</p> <p>Die AWO beschäftigt gut 230 000 hauptamtliche Mitarbeiter:innen und unterhält über 18 000 Einrichtungen und Dienste mit insgesamt über 330 000 Plätzen/Betten (2018). Rund 74 000 ehrenamtliche Helfer:innen unterstützen die Arbeit. Rund 310.00 Personen sind Mitglieder in der AWO. Über 800 selbstständige Einrichtungen, Organisationen und Initiativen haben sich der AWO auf allen Ebenen als korporative Mitglieder angeschlossen.</p>

Übersicht XII.8

Der Paritätische
<p>Der <i>Paritätische Wohlfahrtsverband (DPWV)</i> setzt sich aus einer Fülle von einzelnen Organisationen, Einrichtungen und Gruppierungen der Wohlfahrtspflege zusammen, die soziale Arbeit für andere oder als Selbsthilfe leisten. Die Mitglieder sind eigenständig und unterscheiden sich in ihrer Größe und Aufgabenteilung beträchtlich.</p> <p>Der Paritätische Wohlfahrtsverband gliedert sich in 15 Landesverbände; die Landesverbände bilden Kreisgruppen, die das Gebiet einer kreisfreien Stadt oder eines Landkreises umfassen. Die Kreisgeschäftsstellen fungieren als Außenstellen, haben also keine eigene Rechtsfähigkeit. Der Gesamtverband übernimmt die bundesweite Vertretung der Mitgliedsorganisationen. Ihm sind auch die rund 150 bundesweit tätigen Mitgliedsorganisationen angeschlossen. Dazu zählen so unterschiedliche Organisationen wie: Sozialverband VdK (2 Mio. Mitglieder), Arbeiter-Samariterbund (1,3 Mio. Mitglieder), Volkssolidarität (145 000 Mitglieder), Deutsche Aids-Hilfe, Kinderschutzbund, Pro Familia, Verband alleinerziehender Mütter und Väter. Auf der Ebene der Kreisgruppen dominieren hingegen eher kleine und autonome Organisationen, Vereine, Projekte und Initiativen, die sich vor allem im Zuge der Alternativ- und Selbsthilfebewegung herausgebildet haben. In der Summe vereinigt der Paritätische mehr als 10 000 Mitgliedsorganisationen.</p> <p>Die normative Basis des 1920 auf Betreiben von unabhängigen Krankenanstalten gegründeten DPWV war und ist nach eigenem Bekunden Toleranz und Parität. Gearbeitet wird mit den Prinzipien Pluralität, Toleranz und Offenheit. Der Paritätische will Mittler sein zwischen Generationen und zwischen Weltanschauungen, zwischen Ansätzen und Methoden sozialer Arbeit, auch zwischen seinen Mitgliedsorganisationen. Er vertritt – so das Selbstverständnis – mit seinen Mitgliedsorganisationen insbesondere die Belange der sozial Benachteiligten sowie der von Ungleichheit und Ausgrenzung Betroffenen oder Bedrohten und wirkt auf eine Sozial- und Gesellschaftspolitik hin, die die Ursachen von Benachteiligung beseitigen und ein selbst bestimmendes Leben ermöglichen soll.</p>

Übersicht XII.9

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden

Die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland (ZWST), gegründet 1917; neugegründet 1951, ist der mit Abstand kleinste unter den 6 Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege. Aus dem Erlebnis des Holocaust heraus entwickelte sich eine spezifische Art jüdischer Sozialarbeit, um den Opfern Hilfe anzubieten. Arbeitsschwerpunkte der Sozialarbeit für die insgesamt rund 98 000 heute in Deutschland lebenden Juden sind die Alten- und Jugendarbeit, die von ca. 1 000 Mitarbeiter:innen wahrgenommen werden. Zu den Mitgliedern der ZWST zählen im Jahre 2018 16 Landesverbände der jüdischen Gemeinden, drei selbständige Gemeinden und der Jüdische Frauenbund.

Heute weitgehend in Vergessenheit geraten ist, dass Anfang der 1990er Jahre ein insbesondere von den Grünen getragene Versuch gestartet wurde, einen 7. alternativen basisdemokratischen und partizipativen Wohlfahrtsverband zu gründen. Über regionale Initiativen kam man allerdings nicht hinaus. Davon hat jedoch der DPWV profitiert, der hierdurch einen starken Mitgliederzuwachs erhielt und sich insbesondere in großstädtischen Regionen faktisch zum wohlfahrtsstaatlichen Dachverband für Bürgerinitiativen, Selbsthilfegruppen und dgl. entwickelt hat. Auch seit 2014/15 einsetzende Bemühungen, einen eigenständigen islamischen Wohlfahrtsverband zu gründen, sind bis heute nicht vorangekommen.

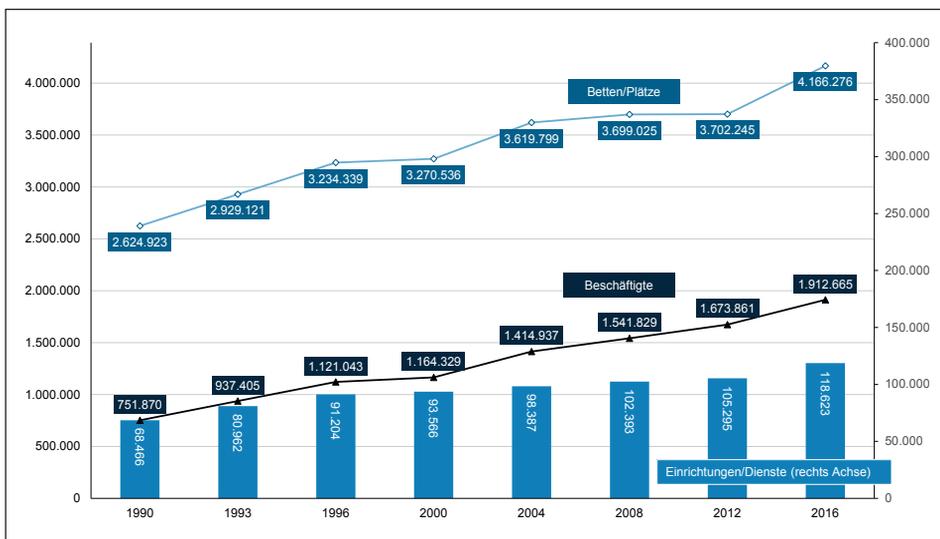
Im Jahre 2016 verfügten die sechs Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege zusammen über etwa 120 000 soziale Einrichtungen mit knapp 4,2 Mio. Plätzen bzw. Betten (vgl. Abbildung XII.2). Zum gleichen Zeitpunkt waren rund 1,9 Mio. hauptamtliche Mitarbeitende (1970: 380 000) bei ihnen tätig. Daneben wirken nach eigenen Angaben eine seit Jahren gleichbleibende Zahl von zwischen 2,5 und 3 Millionen sozial-bürgerschaftlich Engagierte (mit eingeschlossen Mitglieder von Selbsthilfegruppen) mit. Die Zahl der Einrichtungen, Plätze und Beschäftigten ist durch eine außerordentliche Expansion charakterisiert: So hat sich die Zahl der Hauptamtlichen gegenüber 1990 um 154 % erhöht.

Inhaltlich lassen sich deutliche Arbeitsschwerpunkte in der Jugend-, Alten- und Behindertenhilfe erkennen (vgl. Abbildung XII.2). Beispielsweise befanden sich im Jahre 2016 ca. 36 % aller Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände im Jugendhilfebereich, 16,5 % in der Altenhilfe und 16,1 % in der Behindertenhilfe (vgl. Abbildung XII.2).

Der hohe Stellenwert der Wohlfahrtsverbände im Gesamtkontext der Sozialpolitik lässt sich daran erkennen, dass sie (2017/2018)

- im Bereich der Krankenhäuser 34 % der Einrichtungen und 33 % der Betten stellen (vgl. Kapitel „Gesundheit und Gesundheitssystem“, Pkt. 8.1),
- 33 % der ambulanten und 53 % stationären Pflegedienste und -einrichtungen anbieten (vgl. Kapitel „Pflegebedürftigkeit und Pflege“, Pkt. 7.1),
- knapp 70 % der Tageseinrichtungen für Kinder stellen (einschließlich Kirchen) (vgl. Kapitel „Familien und Kinder“, Pkt. 8.1).

Abbildung XII.2 Einrichtungen, Plätze und Beschäftigte in den Wohlfahrtsverbänden 1990–2016

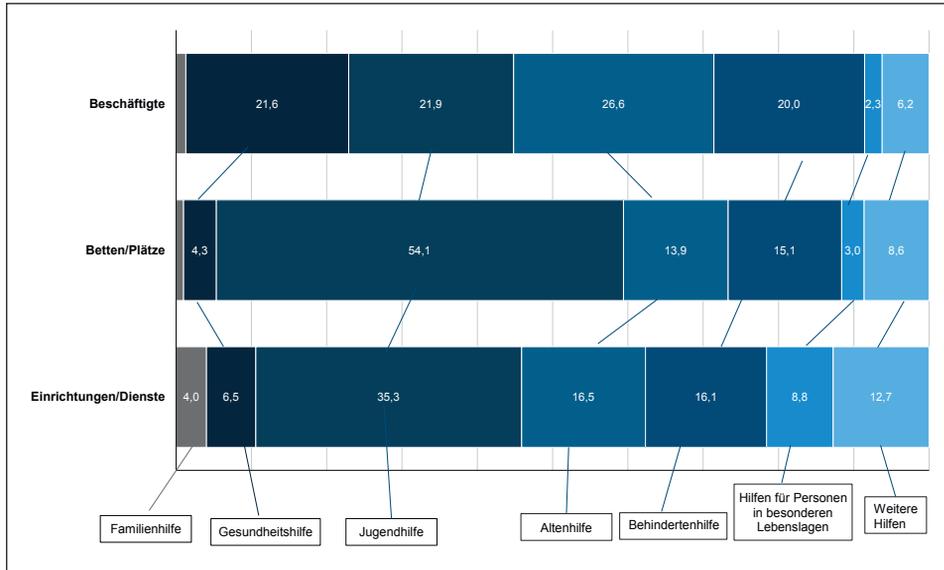


Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (2018), Gesamtstatistik 2016.

Vor allem die pflegerische Versorgung ist durch einen harten Konkurrenzkampf mit privat-gewerblichen Anbietern gekennzeichnet. Längst dominieren diese im ambulanten Bereich. Aber auch der bislang noch bestehende Vorsprung im stationären Bereich wird immer kleiner (vgl. Kapitel „Pflegebedürftigkeit und Pflege“, Pkt. 7.1). Dieser Konkurrenzdruck hat u. a. dazu geführt, dass sich die Wohlfahrtsverbände selbst zunehmend den Regularien und Praktiken marktmäßiger Leistungserbringung unterwerfen (müssen), um zu bestehen.

Bemerkenswert ist die große Zahl an Beschäftigten, wenn auch sehr viele in Teilzeit oder in atypischen Beschäftigungsverhältnissen zu finden sind. Allein der Caritasverband hat mit seinen 660 000 Mitarbeiter:innen eine fast doppelt so hohe Beschäftigtenzahl wie z. B. der Siemens-Konzern weltweit. Allerdings umschreibt der für die Charakterisierung von Wohlfahrtsverbänden häufig genutzte Begriff „Wohlfahrtskonzern“ die Situation nicht richtig, da im Unterschied zu privatwirtschaftlichen (Welt)Konzernen die Wohlfahrtsverbände keineswegs straff hierarchisch organisiert sind. Vielmehr haben die einzelnen Mitgliedsverbände bzw. die Vereine auf Orts-, Bezirks- und Landesebene immer noch ein sehr hohes Maß an Autonomie. Die Spitzenverbände sind Dachverbände, die nicht mit einer Konzernzentrale zu vergleichen sind, sondern in mancher Hinsicht eher einem Industrie- oder Arbeitgeberverband ähneln.

Trotz ihrer großen strukturellen und ideellen Unterschiede bilden die Spitzenverbände auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene einen stabilen korporatistischen

Abbildung XII.3 Beschäftigungsfelder der Wohlfahrtsverbände 2016 in %

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (2018), Gesamtstatistik 2016.

Zusammenhang, der vor allem auf lokaler Ebene eng mit Kirchen- und Parteistrukturen verbunden ist. Diese korporatistische Einbindung der Wohlfahrtsverbände, die es bereits seit der Weimarer Republik gibt, ist eine bundesdeutsche Besonderheit, die im gesamten europäischen Raum so nicht bekannt ist.

3.2.2 Gemeinnützigkeit und Subsidiaritätsprinzip

Vom Grundsatz her verfolgen Wohlfahrtsverbände primär den Zweck der sozialen Dienstleistungsproduktion. Dabei sind sie – ihrem Anspruch nach – nicht an ökonomischen Interessen, sondern an ihren jeweiligen Normen und Wertvorstellungen (Leitbilder) orientiert, die sie auch in ihrer praktischen Tätigkeit zum Ausdruck bringen wollen.

Wichtigste Grundlage für die Anerkennung als eigenständiger Träger der Wohlfahrtspflege vor Ort ist die *Gemeinnützigkeit* nach dem Steuerrecht (Abgabenordnung). Diese ist dann gegeben, wenn die Tätigkeit satzungsgemäß wie faktisch ausschließlich und unmittelbar darauf gerichtet ist, die „Allgemeinheit auf materiellem, geistigem oder sittlichem Gebiet selbstlos zu fördern“, d.h. wenn sie „gemeinnützigen, mildtätigen oder kirchlichen Zwecken“ dient. Als in diesem Sinne förderungswürdig gelten neben dem Wohlfahrtswesen, der Jugend- und Altenhilfe und dem öffentlichen Gesundheitswesen auch Wissenschaft und Forschung sowie Bildung und Erziehung. Zu den zentralen Anerkennungskriterien als freigemeinnützige Träger

zählen die „Mildtätigkeit“, d. h. die Förderung und Unterstützung von Personen in Not, sowie die „Selbstlosigkeit“. Es dürfen nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche (z. B. gewerbliche), sondern nur die satzungsgemäßen Zwecke verfolgt und die Mittel nur dafür verwendet werden. Zwar können Überschüsse erzielt, aber die Mittel dürfen weder den Eigentümern zufließen noch an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgezahlt werden. Das für privat-gewerbliche Anbieter typische Einkommens- und Gewinnmaximierungsinteresse ist also ausgeschlossen. Gemeinnützige Träger sind in verschiedener Hinsicht steuerbegünstigt. So gelten für sie u. a. die Befreiung von der Körperschaftsteuer und Gewerbesteuer und ein ermäßigter Umsatzsteuersatz. Ihre Anerkennung erfolgt durch die örtlichen Finanzämter. Dies schließt dann auch das Recht ein, Spenden einzuwerben und hierfür steuerentlastende Empfangsbescheinigungen auszustellen.

Die Steuervergünstigung gilt auch, wenn ein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb unterhalten wird; allerdings nur dann, wenn es sich um einen Zweckbetrieb handelt. Dies ist dann gegeben, wenn seine Gesamtausrichtung der Realisierung der steuerbegünstigten, satzungsmäßigen Zwecke des jeweiligen Trägers dient und die Zwecke nur durch einen solchen Geschäftsbetrieb erreicht werden können. Auch darf der Zweckbetrieb gegenüber anderen, nicht steuerlich begünstigten Betrieben derselben oder ähnlichen Art in nicht größerem Umfang in Konkurrenz stehen. Eine Einrichtung der Wohlfahrtspflege ist immer dann ein Zweckbetrieb, wenn sie im besonderen Maße schutzbedürftigen Personen dient.

Das Verhältnis zwischen öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern der sozialen Dienste ist durch das *Subsidiaritätsprinzip* geregelt. Dieses Prinzip gibt vor, dass sich die freien Träger, d. h. die Wohlfahrtsverbände und die Kirchen, nicht nur an der öffentlichen Aufgabenerfüllung beteiligen können und einen Anspruch auf Förderung ihrer Arbeit durch den öffentlichen Träger haben, sondern grundsätzlich einen *Vorrang* bei der Aufgabenstellung genießen sollen. Demnach haben öffentliche Träger, also in der Regel die Kommunen, von der Bereitstellung eigener Dienste und Einrichtungen abzusehen, wenn geeignete Angebote der freien Träger vorhanden sind, ausgebaut oder geschaffen werden können. Praktisch bedeutet dies, dass beispielsweise das Jugendamt zunächst die freien Träger der Jugendhilfe zu fragen hat, wenn etwa eine neue Tageseinrichtung für Kinder errichtet werden soll und dass die Stadt selber erst dann tätig werden darf, wenn die Verbände kein Interesse zeigen.

Die Auseinandersetzung über dieses Verständnis der institutionellen Subsidiarität hat in der Vergangenheit immer wieder zu Konflikten geführt. Bereits in der Weimarer Republik war die Frage über Verortung und Ausgestaltung der Wohlfahrtspflege durch die Kontroversen zwischen Staat und Kirche um Kompetenzen und Zuständigkeiten geprägt. Insbesondere die katholische Kirche und die ihr nahestehenden verbandlichen und politischen Kräfte haben das Subsidiaritätsprinzip für sich proklamiert; es ging um die Grenzsicherung gegenüber dem Staat, um die Bestandssicherung der eigenen Angebote und letztlich um die Stellung der Kirchen im säkularisierten Staat. Mit der Einführung des Bundessozialhilfegesetzes und des

Jugendwohlfahrtsgesetzes (beide im Jahr 1961) wurde das Subsidiaritätsprinzip gesetzlich normiert und verfestigt. Klagen einzelner Bundesländer und Kommunen wurden vom Bundesverfassungsgericht 1967 abgewiesen. Die Kläger hatten sich gegen die Einschränkung der öffentlichen Daseinsvorsorge (vgl. Pkt. 3.1.2 dieses Kapitels) gewandt, da diese – anders als die verbandliche und kirchliche Wohlfahrtspflege – zur weltanschaulichen und religiösen Neutralität verpflichtet ist und sich unterschiedslos an *alle* Bürger:innen richtet.

Die Kontroverse zwischen Staat und freien Trägern hat allerdings in der Expansionsphase der sozialen Dienste an Bedeutung verloren. Zwischen Politik und Verbänden haben sich Netzwerke herausgebildet, eine enge fachliche Zusammenarbeit wurde entwickelt. Die Verknüpfung der freigemeinnützigen Träger mit der kommunalen Sozialpolitik wird daran deutlich, dass sie personell bzw. teilweise sogar institutionell in den zuständigen kommunalen Ausschüssen vertreten – im Jugendhilfeausschuss sogar als geborene stimmberechtigte Mitglieder – und insgesamt an der Sozialplanung beteiligt sind. Diese Kooperation in dem Modell der „dualen Wohlfahrtspflege“ kommt auch in den Aktivitäten des „Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge“ gut zum Ausdruck, der auf Bundesebene tätig wird, fachpolitisch wirkt und in der Öffentlichkeit durch abgestimmte Stellungnahmen und Positionen zu sozialpolitischen Fragen auftritt.

Zu einer deutlichen Einschränkung des verbändezentrierten Subsidiaritätsverständnisses ist es in den 1960er/1970er Jahren insbesondere im Zuge des Auftretens neuer, kleiner Initiativen, Selbsthilfegruppen, -initiativen und anderen sozialen Netzwerken zu einer Pluralisierung der Anbieterseite gekommen (vgl. Pkt. 8.3.3 dieses Kapitels). Unter dem Begriff „Neue Subsidiarität“ wurden die örtlich agierenden Gruppen und Initiativen nunmehr direkt gefördert und damit das Monopol der klassischen Verbände der freien Wohlfahrtspflege durchbrochen. Vorbereitet auch durch ein Bundesverfassungsgerichtsurteil von 1967 erfolgte schon bald in der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) und der Sozialhilfe (SGB XII) und zeitgleich im SGB XI (Pflegerversicherung) die Gleichstellung der gemeinnützigen Träger mit anderen (freien) Trägern, zu denen seither auch die privat-gewerblichen Träger zählen. Für sie legitimiert das modifizierte Subsidiaritätsprinzip seither einen institutionell abgesicherten Marktzugang, für die frei-gemeinnützigen Anbieter dagegen bedeutet es eine staatlich verordnete Konkurrenz. Für viele Kommunen als öffentliche Träger war dies ein willkommener Anlass, sich mit eigenen Angeboten vom Markt zurückzuziehen, was ihre faktische Bedeutungslosigkeit als Anbieter eigener Dienste und Einrichtungen in der Pflege heute mit erklärt.

Obwohl für die freie Wohlfahrtspflege der Wettbewerb mit den privat-gewerblichen Anbietern vor allem in den lukrativen Marktsegmenten typisch geworden ist, gibt es nach wie vor beachtliche Wettbewerbsvorteile. Neben den steuerlichen Begünstigungen gilt dies insbesondere für die generelle Förderverpflichtung durch die öffentlichen Träger, die zumeist über Zuwendungen erfolgt. Auch werden bei langjährig bestehenden örtlichen Vernetzungsstrukturen für die Leistungen nach dem

SGB VIII, XI und XII Verträge (vgl. Pkt. 5.2 dieses Kapitels) weit überwiegend mit freigemeinnützigen Trägern abgeschlossen. In der Kinder- und Jugendhilfe liegt dies u. a. daran, dass die privat-gewerblichen Anbieter nicht den Status des „anerkannten Trägers“ haben, die sie z. B. im Pflegeversicherungsrecht genießen. In der Konsequenz bieten die Wohlfahrtsverbände insgesamt deutlich mehr soziale Dienste an als die Kommunen und die privat-gewerblichen Anbieter zusammen. Eine Ausnahme machen die ambulanten Pflegedienste. Bei nahezu vollständiger Abstinenz öffentlicher Anbieter sind hier schon seit Jahren privat-gewerbliche Anbieter marktführend, im stationären Bereich scheint dies wohl nur noch eine Frage der Zeit zu sein (vgl. Pkt. 5.1.3 dieses Kapitels).

Trotz der Sonderstellung der freien Träger haben die Kommunen die Letzt- und *Gesamtverantwortung* für Quantität, Qualität und die konkrete Ausgestaltung der sozialen Dienste und Einrichtungen vor Ort. Da sie bei der Planung und Bereitstellung sozialer Dienste stets die kulturellen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Gesamtbevölkerung im Auge haben müssen und freigemeinnützige wie privat-gewerbliche Träger nicht gezwungen werden können, bestimmte Nischen-Angebote zu machen, sind sie bei entsprechendem Bedarf auch gehalten, eigenständig tätig zu werden. Sie haben allerdings die Möglichkeit, durch Finanzierungsanreize („goldener Zügel“) auf die freien und privat-gewerblichen Anbieter Einfluss zu nehmen. Unter den Bedingungen neuer Finanzierungsformen und Steuerungsmodelle werden diese Zügel auch enger gezogen und tragen damit wesentlich zu der Ökonomisierung wohlfahrtsverbandlicher Dienstleistung bei (vgl. Pkt. 6 dieses Kapitels).

3.2.3 Freie Wohlfahrtspflege unter Legitimations- und Anpassungsdruck

Der Widerspruch zwischen öffentlicher Finanzierung und religiöser bzw. weltanschaulicher Ausrichtung der Wohlfahrtsverbände provoziert Kritik. So gilt bei den konfessionellen Trägern die religiöse Orientierung in vielen Fällen immer noch als Selektionskriterium für die Auswahl von Klient:innen, so werden z. B. Kinder mit islamischer Religionszugehörigkeit in vielen katholischen Kindergärten nur nachrangig aufgenommen. Die Einrichtungen der freigemeinnützigen Träger gelten als Tendenzbetriebe, was bedeutet, dass die Regelungen des Betriebsverfassungsgesetzes begrenzt – oder bei Einrichtungen kirchlicher Träger – überhaupt keine Anwendung finden. Auch weigern sich die kirchlichen Verbände, mit den Gewerkschaften Tarifverträge abzuschließen. Und nicht nur bei der Einstellung von Beschäftigten spielt die Religionszugehörigkeit eine Rolle. Für öffentliche Aufmerksamkeit sorgen Entscheidungen von Einrichtungen der Caritas, Beschäftigten fristlos zu kündigen, weil sie sich scheiden lassen oder eine neue Ehe eingehen, was mehrfach schon den EuGH beschäftigt hat. Auf Kritik stößt schließlich die prinzipielle Möglichkeit, sich als Wohlfahrtsverband auf bestimmte Aufgaben zu konzentrieren und andere, vor allem finanziell wenig attraktive Arbeitsfelder zu vernachlässigen bzw. im Extrem der alleinigen kommunalen Zuständigkeit zu überlassen.

Diese Kritik ist Teil der umfassenderen Frage, welche Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege unter veränderten gesellschaftlichen und sozial-ökonomischen Rahmenbedingungen zukommt und welche Legitimation Gemeinwohl- und Subsidiaritätsprinzip angesichts der verschärften Wettbewerbsbedingungen haben. Viele Indizien deuten darauf hin, dass es für die Wohlfahrtsverbände zunehmend schwieriger wird, ihre intermediäre Stellung, d. h. ihre Position zwischen Markt und Staat, zu begründen und zu halten:

- Wegen der korporatistischen Zusammenarbeit mit Politik und Verwaltung ist es zu einer faktischen wie finanziellen Abhängigkeit der Wohlfahrtsverbände gekommen. Die selbst proklamierte Unabhängigkeit ist in vielen Fällen nur noch schwer nachvollziehbar.
- Der den gesamten sozialen Dienstleistungssektor kennzeichnende Ökonomisierungsdruck hat längst die freie Wohlfahrtspflege erreicht. Dies ist zum einen Ergebnis der Marktöffnung für privat-gewerbliche Anbieter und der dadurch ausgelösten Wettbewerbssituation. Bei zunehmender Anwendung des europäischen Wettbewerbsrechts auch auf den Bereich der sozialen Dienste nimmt dieser Wettbewerbsdruck dauerhaft zu. Zum anderen werden auch die Wohlfahrtsverbände zunehmend zum Objekt der Finanzierungs- und Steuerungsverfahren, mit denen Kommunen versuchen, die soziale Dienstleistungsproduktion effektiver und vor allem kostengünstiger zu gestalten (vgl. Pkt. 6.2 dieses Kapitels). In der pflegerischen Versorgung gilt dies auch für die Pflegekassen als Kostenträger. Bei bis zu 80 %-Anteilen der Personalkosten an den gesamten Pflegekosten gehen Einsparungen oder unzureichende Pflegesätze zwangsläufig zu Lasten der Beschäftigten und/oder Versorgungsqualität (vgl. Kapitel „Pflegebedürftigkeit und Pflege“, Pkt. 7.2).
- Es wird für die Wohlfahrtsverbände immer schwieriger, Personen für den Einsatz im traditionellen Ehrenamt zu gewinnen. Allerdings gilt dies nicht nur für die freigeinnützigen Träger allein, sondern ist Ausdruck einer generell abnehmenden Bindungskraft traditioneller, vielfach mit klassischer Wohlfahrtspflege assoziierter Werte wie Nächstenliebe oder Solidarität (vgl. Pkt. 8.3.1 dieses Kapitels).
- Es ist fraglich, ob es in der konkreten, d. h. unmittelbaren Dienstleistung der Wohlfahrtspflege überhaupt noch Unterschiede zu öffentlichen oder privat-gewerblichen Angeboten gibt. Die Prozesse der Zentralisierung, Bürokratisierung, Ökonomisierung und neuerdings der Digitalisierung haben auch auf die Wohlfahrtsverbände und ihre Angebote übergreifen. Dies gilt in besonderer Weise für die professionelle Pflege.

Die Modernisierungsbemühungen der Verbände sind seit längerem durch den Spagat gekennzeichnet, sich anzupassen zu müssen, ohne dabei ihre spezifische Herkunft und Tradition, d. h. ihre Leitbilder, gefährden oder gar aufgeben zu wollen. Es geht ihnen dabei sowohl um die Revitalisierung ihrer intermediären Funktion als auch

um die Anpassung ihrer besonderen Funktion als gemeinwohlorientierter, sozialer Dienstleistungsanbieter an veränderte ökonomische Rahmenbedingungen.

Bei allen Verbänden finden nach außen wie nach innen gerichtete Bestrebungen zur Neubestimmung des Verbandsprofils statt. Die neue Leitbilddebatte knüpft dabei u. a. an moderne Sozialmanagement-Konzepte wie z. B. Corporate-Identity an. Heute betrachten sich viele Wohlfahrtsverbände als lernende Organisationen. Ein typisches Beispiel dafür ist ihre Öffnung für die lange Zeit aus Konkurrenzgründen praktisch ausgegrenzte organisierte Selbsthilfe (vgl. Pkt. 8.3.3 dieses Kapitels).

Kennzeichen der zunehmenden internen Ökonomisierung ist insbesondere die Neujustierung des Verhältnisses von Trägern bzw. Einrichtungen und dem Gesamtverband, in deren Gefolge es zu einer Aufwertung der betrieblichen Ebene gekommen ist. Belege dafür sind u. a. Trennung von Mitgliederorganisation (Verein) und Betriebsorganisation (GmbH-Gesellschaften), Diversifizierung der Dienstleistungen nach Profit- und Non-Profit-Bereichen, Bildung von Unternehmensverbänden und Sozialholding-Strukturen, gebietsübergreifende Fusionen zwischen bisher getrennten Regionalverbänden (z. B. nach dem Muster der Zusammenschlüsse der Krankenkassen) oder zunehmende Kooperationen mit privat-gewerblichen Anbietern. Vormalige Vereinsstrukturen und ehrenamtlich wahrgenommene Leitungsverantwortungen werden abgelöst und durch neue Sozialmanagementkonzepte ersetzt. Neue betriebswirtschaftliche Methoden und Instrumente kommen zur Anwendung, wie z. B. Budgetierung, Controlling oder die Einführung von Profit-Centern.

Im Zusammenwirken von zu geringer Refinanzierung seitens der Kostenträger mit zunehmender Verbetriebswirtschaftlichung der internen Arbeitsabläufe lassen sich in vielen Bereichen der sozialen Dienstleistungserbringung berufsfachliche wie an Trägerwerte gebundene Grundsätze nur schwer in der Praxis durchhalten. Für viele Beschäftigte hat dies wachsende Arbeitsunzufriedenheit bis hin zu einem vorzeitigen Berufsaustritt zur Folge. Auch wegen hoher Fluktuation und gesundheitsbedingter Berufsaufgabe wächst bei vielen Trägern der Wohlfahrtspflege inzwischen die Einsicht, auf die widersprüchlichen Anforderungen mit einer „neuen Dienstleistungskultur“ zu reagieren. Zufriedenheit bei den Beschäftigten gilt speziell im Bereich sozialer Dienste maßgeblich als Garant für den gesamten Träger- und Verbandserfolg, sowohl in der Innen- wie der Außenwirkung. Vor diesem Hintergrund könnte der gerade hier eklatante Fachkräftemangel zu einem Grund dafür werden, Trägerinteressen, Beschäftigtenwünsche und -motive mit veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen in Übereinstimmung zu bringen. Zudem kann man künftig nicht mehr darauf vertrauen, dass verbandliche wie wertegebundene Motive allein für eine möglichst dauerhafte Beschäftigung im Sozialsektor ausreichen, wenn gleichzeitig berufsfachliche und an Qualität ausgerichtete personalwirtschaftliche Konzepte dem Ökonomisierungsdruck unterliegen. Die Frage ist, ob Gesetzgeber und Kostenträger dafür die richtigen Weichen stellen (z. B. Mindestpersonalschlüssel, Qualitätsvorgaben).

4 Koordination, Wohlfahrtsmix und Sozialplanung als Aufgaben der kommunalen Sozialpolitik

Charakteristikum sozialer Dienstleistungserbringung in Deutschland sind Vielfalt und Nebeneinander von Trägern und Angebotsformen bei z. T. denselben Zielgruppen. Spätestens mit der Gleichstellung der privat-gewerblichen Anbieter mit den freien Trägern in den 1990er Jahren hat sich diese Vielfalt noch verbreitert. Heute stellt sich dem Betrachter auf örtlicher Ebene eine heterogene Anbieter- und Dienststruktur, die für den einzelnen Hilfesuchenden keineswegs mehr nur Wahlfreiheit und Pluralität, sondern auch Undurchschaubarkeit und Hilflosigkeit bedeuten können. Mögliche Folgen sind u. a. Unteraus schöpfung von Ansprüchen und Akzeptanzprobleme. Für die Versorgung kann die Vielfalt zwar mehr Wettbewerb und damit Leistungsverbesserungen bedeuten; andererseits aber auch zu regionalen Über- oder Unterangebot führen.

4.1 Koordination sozialer Dienste

Für die Kooperation von Trägern und die Vernetzung von Angeboten gibt es keinen Automatismus. Freiwillige Verabredungen sind angesichts von traditionellen Arbeitsschwerpunkten, Gebietsmonopolen und zunehmendem Wettbewerb wenig wahrscheinlich. Gefragt sind somit Möglichkeiten einer fachlich sinnvollen wie zugleich effizienten Koordination im Wohlfahrtsmix. Grundsätzlich lassen sich hier drei Wege unterscheiden:

Case-management

Case-management meint das auf den konkreten Einzelfall bezogene bedarfsgerechte Management (Steuerung) der gesamten Dienstorganisation und -gestaltung einschließlich der jeweiligen Netzwerkstrukturen des persönlichen sozialen Umfeldes sowie der dazugehörigen Finanzierung – quer zu bestehenden Einrichtungen, Dienstleistungen, Ämtern und Zuständigkeiten. Case-Management kombiniert somit zwei Ziele, (1) die auf das einzelne Individuum bezogene Ziele Stärkung des Selbstmanagements einerseits sowie Empowerment und Selbstverantwortung andererseits; (2) institutionenbezogene Ziele wie fallbezogene Koordination von Sach- und Dienstleistungen und Aufbau von dafür geeigneten Kooperationsstrukturen. Wichtigstes Anwendungsfeld sind die gesundheitlichen und pflegerischen Dienste. Indem case-management eher in und mit Kontexten arbeitet, ist es mehr als bloße soziale Einzelfallhilfe, aus der es sich entwickelt hat. Es ist offensichtlich, dass case-management fachlich wie menschlich hoch voraussetzungsvoll ist und u. a. koordinierende Fähigkeiten sowie die Bereitschaft zur Anerkennung und zur gleichberechtigten Zusammenarbeit mit den jeweils anderen Fachvertretern, -qualifikationen und -kompetenzen voraussetzt. Case-manager können beispielsweise Sozialarbeiter:innen des ASD/

KSD ebenso sein wie die hauptverantwortliche Pflegekraft der zuständigen Sozialstation oder der behandelnde Hausarzt.

Integrierte Versorgung

Mit der integrierten Versorgung (IV) ist eine sektorenübergreifende Versorgungsform insbesondere im Gesundheits- und Pflegewesen gemeint. Ziel ist es, eine stärkere kooperative Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren herbeizuführen, um über deren Grenzen hinweg in geregelter Weise und ergebnisorientiert die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig über die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven Kosten zu senken. Beispiel ist die systematische Kooperation zwischen Leistungserbringern der stationären, ambulanten, rehabilitativen und präventiven Versorgung im Gesundheits- und Sozialwesen in einer Region oder einer Kommune mit dem Ziel, Schnittstellenprobleme (z. B. an den Rändern zweier Sektoren wie z. B. Krankenhaus und häusliche Versorgung und/oder ambulante ärztliche Versorgung) zu reduzieren (Schnittstellenmanagement). Die IV gilt als eine gute Voraussetzung für institutionenbezogenes case-management.

Ihre Ursprünge hat die IV im Gesundheitswesen (vgl. Kapitel „Gesundheit und Gesundheitssystem“, Pkt. 6.2.3). Krankenkassen können seitdem Verträge mit einzelnen Leistungserbringern aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen abschließen, zum Beispiel mit Kliniken, Haus- und Fachärzt:innen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Rehabilitationseinrichtungen. Die Verträge zur IV beinhalten üblicherweise auch die koordinierte, qualitätsorientierte Behandlung einzelner Erkrankungen. Im Bereich der sozialen Dienste findet das Konzept der IV insbesondere bei den sog. Multikomplexfällen in der Kinder- und Jugendhilfe Anwendung. In der Behindertenhilfe geht es um die bessere Abstimmung relevanter Akteure in der Eingliederungspraxis, in der Pflege übernehmen insbesondere Pflegestützpunkte entsprechende Koordinationsaufgaben zwischen Professionellen und Laien. Kern aller Bemühungen zur IV ist die Überwindung der zumeist durch die Beteiligung unterschiedlicher Rechtsgebiete, Trägerstrukturen, Professionen und jeweiligen Eigeninteressen bewirkte Systemabschottung in der praktischen Dienstleistungsarbeit.

Träger- und gebietsübergreifende Koordination auf kommunaler Ebene

Die träger- und gebietsübergreifende örtliche Gesamtplanung und -koordination zielt auf der kommunalen Ebene auf ein integriertes und auch regional aufeinander abgestimmtes Gesamtsystem an sozialen Hilfen. Bundesgesetzliche Vorgaben dazu gibt es insbesondere für die Pflege. Hier postuliert das SGB XI ausdrücklich „eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung“. Für andere soziale Arbeitsfelder gibt es zumeist freiwillig vereinbarte örtliche Koordinationsgremien. Verbreitet sind SGB XII-Arbeitsgemeinschaften unter Beteiligung aller Träger und Anbieter – häufig unter Einbezug der Selbsthilfegruppen – zu bestimmten sozialen Themen. So gibt es z. B. Arbeitsgemeinschaften der Behindertenverbände oder der

Träger der Altenhilfe. Vielerorts wird auch im Rahmen von Modellprojekten versucht, durch freiwillige Verabredungen, z. B. im Rahmen von runden Tischen oder Leitstellen, die bestehenden Träger und ihre jeweiligen Angebote besser miteinander zu verzahnen.

Daneben gibt es je nach Landesrecht gesetzliche Vorgaben zur Einrichtung von Pflegekonferenzen (z. B. in Rheinland-Pfalz, Bayern, Baden-Württemberg und NRW). Aufgabe der Pflegekonferenzen in Rheinland-Pfalz ist z. B. die Mitwirkung bei der Planung, Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur, der Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements und der Bildung kooperativer Netzwerke auf örtlicher Ebene. Ihnen sollen insbesondere Vertreter:innen der Dienste und Einrichtungen, der in den Pflegestützpunkten tätigen Fachkräfte der Beratung und Koordinierung, der Pflege- und Krankenkassen und sonstiger Sozialleistungsträger, des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der im Bereich der Pflege bestehenden Verbände und sonstigen Organisationen sowie von Selbsthilfegruppen pflegebedürftiger Menschen oder ihrer Angehörigen angehören. Die in NRW verpflichtend vorgeschriebenen kommunalen Gesundheitskonferenzen zielen zur Umsetzung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf eine bessere örtliche Abstimmung der Aktivitäten der beteiligten gesundheitspolitischen Akteure wie Kassen, Ärzteverbände oder Selbsthilfegruppen.

Sozialraum- und Quartiersmanagement

Als Ansatz der trägerübergreifenden Koordination, der insbesondere die Schnittstellenproblematik überwinden soll, hat sich das Sozialraummanagement oder Quartiersmanagement herausgebildet. Unter einem „Sozialraum“ wird dabei die soziale und institutionelle Infrastruktur einer bestimmten Region bzw. eines Stadtteils verstanden. Die Abgrenzung von Sozialräumen orientiert sich üblicherweise an den bestehenden Verwaltungsgliederungen einer Region, was allerdings für kleinräumigen Strukturen wenig hilfreich ist. In Abgrenzung dazu hat sich mittlerweile der *Quartiersbegriff* etabliert, womit explizit versucht wird, administrative Bezeichnungen wie Bezirk, Orts- oder Stadtteil zu umgehen und sich stattdessen auf gewachsene, kulturell geprägte sozialräumliche Strukturen zu konzentrieren. Allgemein gilt, dass ein Quartier überschaubar (ein Dorf, in der Stadt) sein, auf räumlichen und kulturell-sozialen Gegebenheiten (u. a. lokale Identität, hohe Interaktionsdichte) basieren und sich durch eine eigenständige städtebauliche, infrastrukturelle und soziale Vielfalt auszeichnen soll. Aufgrund dieser ebenfalls unklaren Abgrenzungskriterien finden sich in der Praxis meist pragmatische Lösungen.

In beiden Konzepten ist die soziale Gestaltung von Sozialräumen/Quartieren durch Verbesserung der bestehenden sozialen Infrastruktur das Ziel. Im Sozialraumkonzept arbeiten insbesondere die Gemeinwesenarbeiter:innen und kommunale Raumplaner:innen zusammen, um auf der Basis von Kontrakten auf Stadtteile bezogene Dienstleistungen niedrigschwellig zu organisieren. Das Quartierskonzept achtet zudem auf eine systematische Einbindung der Betroffenen, ihrer Familien, Nachbar-

schaften und des sonstigen zivilbürgerschaftlichen Engagements. Die Idee der „sorgenden Gemeinschaften“ (vgl. Kapitel „Pflegebedürftigkeit und Pflege“, Pkt. 4) basiert weitgehend auf dem Quartierskonzept.

Im Sozialraumkonzept spielt das Sozialraumbudget eine wichtige Rolle. Hier werden die öffentlichen Mittel für ein genau definiertes Praxisfeld (meist aus der Kinder- und Jugendhilfe) für einen abgrenzbaren Raum (Sozialraum) zusammengeführt, über dessen Verwendung der Leistungsträger (zumeist die Kommune) gemeinsam mit den Budgetnehmern (Dienstleistern) entscheidet. Die Budgethöhe ist Teil eines Leistungsvertrages zwischen der Kommune, z. B. des Jugendamtes, und dem jeweiligen Träger. Grundsätzlich ist das Sozialraumbudget nicht als detailliert zugeordnete Geldzuwendung für die in Sozialräumen agierende Institutionen zu verstehen. Ziel ist, dadurch eine bessere und flexiblere Nutzung der sozialräumlichen Ressourcen zu bewirken. Dies kann z. B. durch einen besser koordinierten Einsatz von Maßnahmen der Sozial- und Jugendhilfe geschehen, die auf die Unterstützung kürzerer Hilfeverläufe zielen.

Örtlicher Wohlfahrtsmix

Der Begriff des Wohlfahrtsmixes steht für ein Konzept, das auf gemeinschaftlich organisierte Wohlfahrts*produktion* zielt und dabei neben Staat und Markt die Beiträge des Dritten Sektors (freie Wohlfahrtspflege und übrige freie Träger) und des informellen gemeinschaftlichen Bereichs, insbesondere der Privathaushalte und Familien, einbezieht. Speziell im Bereich der sozialen Dienste geht es dabei um die aus fachlicher Sicht bestmögliche Bündelung von Ressourcen der verschiedenen Akteure zur Lösung von Kooperations- und Ko-Produktionsaufgaben und -problemen in der Dienstleistungsproduktion. Damit richtet sich der Wohlfahrtsmix gegen die Dominanz neoliberaler Konzepte der Deregulierung und Vermarktlichung von sozialen Dienstleistungen und orientiert vielmehr auf die Unterstützung und Förderung des privat-informellen Hilfebereichs (vgl. Pkt. 8 dieses Kapitels). Ziel ist die Bildung von neuen strategischen Gemeinschaften bei der Lösung sozialer Probleme mit Dienstleistungsbedarf.

Das Konzept für einen örtlichen Wohlfahrtsmix meint die „richtige Mischung“ der vier großen Trägergruppen, nämlich öffentliche, privat-gewerbliche, freigemeinnützige und freie Träger, bei jeweils anlassbezogener Einbeziehung des privat-informellen Helfernetzwerkes. Zu berücksichtigten sind dabei verfassungsrechtlichen Vorgaben und die Urteile des Bundesverfassungsgerichtes zum Subsidiaritätsprinzip, die die öffentliche Letzt- und Gesamtverantwortung der kommunalen Ebene betonen. Da es für den örtlichen Wohlfahrtsmix aufgrund regionaler Besonderheiten und Unterschiede keine Standardlösungen geben kann, müssen die Verständigungen jeweils vor Ort erfolgen. Ausgehend von den je spezifischen Vor- und Nachteilen der drei in Frage stehenden professionell und/oder organisiert agierenden Anbietergruppen von sozialen Diensten lassen sich bei der Verantwortungszuweisung Prioritäten setzen:

- Den *öffentlichen* Trägern, also den Kommunen, wird im örtlichen Wohlfahrtsmix vor allem die Funktion zugewiesen, für Zugänglichkeit, Verlässlichkeit, Durchsetzbarkeit, Überprüfbarkeit und Qualität der Leistungen zu sorgen, aber möglichst auch eigenständige Angebote vorzuhalten. Dazu sind sie nach herrschender Rechtsauffassung sogar verpflichtet (Letztverantwortung), wenn trotz Träger- und Angebotsvielfalt keine Pluralität gewährleistet ist und zentrale Bedarfslagen und Nutzergruppen nicht erreicht werden.
- *Freigemeinnützigen* und sonstigen freien Trägern wird das Schwergewicht bei jenen Angeboten zugewiesen, bei denen diese aufgrund ihrer Strukturen und Handlungsbedingungen besonders leistungsfähig sind. Ihre traditionelle Zuständigkeit wird somit bei den nicht-marktfähigen sozialen Dienstleistungsbedarfen (z.B. Hilfen für Wohnungssuchende, Sozialberatung, Gemeinwesenarbeit, Jugendarbeit) sowie insgesamt dort gesehen, wo es um die Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements, die Förderung von Gemeinwesenorientierung und von Selbsthilfeaktivitäten geht, des Weiteren dort, wo sozialanwaltschaftliche Funktionen wahrgenommen werden müssen. Eine solche Verantwortungszuweisung setzt jedoch voraus, dass sich frei-gemeinnützige und freie Träger in der Aufgabenwahrnehmung von den privat-gewerblichen Anbietern abheben.
- Den *privat-gewerblichen* Anbietern wird im örtlichen Wohlfahrtsmix üblicherweise der Bereich zugewiesen, der wettbewerblich geregelt ist. Hierbei konkurrieren sie aber zunehmend mit den freigemeinnützigen Anbietern, was im Idealfall zwar positive Auswirkungen auf Fachlichkeit und Qualität der sozialen Dienste auf beiden Seiten haben kann, sich im Negativfall aber auch zu Lasten der Qualität auswirken kann (vgl. Pkt. 3.2.1 in diesem Kapitel). Offen ist, ob und mit welchen Instrumenten es gelingt, die Qualität der privat-gewerblich organisierten Dienste zu sichern und sie in ein an den Bedarfslagen aller Gruppen der Bevölkerung ausgerichtetes Gesamtsystem sozialer Dienste, d.h. in die sozialpolitische Gesamtverantwortung vor Ort, einzubinden.

4.2 Kommunale Sozialplanung

Kommunale Sozialplanung ist eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung des sozialen Daseinsvorsorgeauftrags der Kommunen. Sie gilt als politisch legitimes, aber zumeist freiwillig durchgeführtes Instrument zur Beeinflussung der Lebenslagen von Menschen, der Verbesserung ihrer Teilhabechancen sowie zur Entwicklung und Sicherstellung adressaten- und sozialraumbezogener Dienste, Einrichtungen und Sozialleistungen in definierten geografischen Räumen. Dabei geht es zunehmend weniger um gleichmäßige Verteilung über eine Gebietseinheit hinweg als vielmehr um örtlich und regional besonders betroffene, d.h. enger definierte Sozialräume und/oder Quartiere. Aktuell wird ihr hauptsächlich die Funktion zugewiesen, im Spannungsfeld der mittel- und langfristigen Auswirkungen des demographi-

schen Wandels auf das soziale Miteinander, die ökonomischen Leistungsfähigkeit der Gesellschaft und der sozialen Sicherungssysteme zu sorgen. Dabei wird unterschieden zwischen Fach- und integrierter Sozialplanung.

Fachsozialplanung betrifft abgegrenzte Themenfelder, so z. B. bestimmte Zielgruppen wie Kinder und Jugendliche, Alte oder Behinderte, oder bestimmte Angebotstypen, wie z. B. die Planung von Plätzen in Kindertagesstätten und Pflegeheimen oder Krankenhausbetten. Sie dominiert auch heute noch bundesweit, ist als *fachlich administrative Sozialplanung* zumeist nach verwaltungsinternen Konzepten organisiert und umfasst im Wesentlichen die in den Sozialgesetzbüchern II, VIII, IX, XI und XII geregelten Bereiche, darunter im Einzelnen

- Grundsicherung und Arbeitsförderung,
- wirtschaftliche Hilfen,
- gesundheitliche Versorgung,
- psychiatrische Versorgung,
- Kinder- und Jugendhilfe,
- Teilhabechancen für Menschen mit Behinderung,
- Alten- und Pflegeplanung,
- Schulentwicklungsplanung und
- Quartiers- und Wohnungs(hilfe)planung.

1990 wurde die Fachsozialplanung erstmals (und bis heute einmalig) bundesgesetzlich in der Jugendhilfe verankert (Jugendhilfeplanung als Pflichtaufgabe der Kommunen gemäß. § 80 SGB VIII). Manche Bundesländer (wie NRW) schreiben den Kommunen auch die örtliche Pflegeplanung verbindlich vor. Altenhilfeplanung dagegen stellt bis heute eine freiwillige Leistung dar. In der Regel umfasst die Fachsozialplanung die folgende Schritte, die der Gesetzgeber für die Jugendhilfeplanung vorgegeben hat (§ 80 SGB VIII):

- den Bedarf unter Berücksichtigung der Zielgruppe für einen mittelfristigen Zeitraum ermitteln und
- die notwendigen Maßnahmen rechtzeitig und ausreichend planen.

Die Bedarfsermittlung orientierte sich lange Zeit an normativen Festlegungen von Versorgungsquoten auf Basis von Richt- oder Orientierungswerten, die auf allgemeinen Bezugsgrößen (wie die Altersstruktur der Bevölkerung) beruhten. In der Zwischenzeit gilt die Richtwerteplanung als zu starr und daher als weitgehend überholt. Neuere Planungskonzepte sind dagegen dynamisch ausgerichtet und fußen zumeist auf für die jeweilige Planung relevanten Bevölkerungs- und Bedarfs- und weiterer Sozialindikatoren rund um die Folgewirkungen des sozialen, ökonomischen und demografischen Wandels, daraus resultierende besondere Benachteiligungen und soziale Ungleichheiten und deren je spezifische, auch regional-örtliche Entwicklungsdyna-

mik. Sie werden zumeist auf Grundlage von Sekundäranalysen amtlicher Statistiken durchgeführt. Spezifische empirische Erhebungen finden dagegen eher selten statt. Häufig werden auch externe wissenschaftliche Gutachten vergeben. Üblicherweise werden dabei folgende Daten als Indikatoren verwandt: Bevölkerungsgröße, -struktur und -entwicklung, Ausländeranteil, Prävalenzen bestimmter sozialer Indikationen wie z. B. Pflegebedürftigkeit, Sozialhilfebedürftigkeit oder Arbeitslosigkeit, Nutzerstruktur und -daten von vorhandenen Diensten und Einrichtungen. Mitunter basieren sie auch auf einer systematischen, möglichst kleinräumigen Sozialberichterstattung (wie in NRW die Altenberichterstattung). Zunehmend finden auch sozialräumliche Unterschiede innerhalb der Kommunen Berücksichtigung.

Heute gilt die Fachsozialplanung wegen ihrer zumeist ressortspezifischen Verengung als weiterentwicklungsbedürftig. An ihre Stelle, häufig aber auch nur parallel und/oder mit fließenden Übergängen, tritt in neueren Konzepten die aus der New Public Governance entwickelte *managementorientierte integrierte und kooperative Sozialplanung*. Sie zielt auf eine verstärkte (institutionalisierte) Abstimmung der jeweiligen Fachsozialplanung mit anderen betroffenen Ressorts, um mit den begrenzten finanziellen Ressourcen gemeinsame sozialpolitische Ziele zu erreichen. Ihre Steuerungsfunktion besteht in der kontinuierlichen Bereitstellung von solchen Informationen über Bedarfsentwicklungen, Versorgungsstrukturen und Ergebnissen, um eine verbesserte Koordination der jeweils betroffenen (Sozial-)Politikbereiche zu ermöglichen. Auch die in einigen Kommunen durchgeführten neuen Demografieplanungen beruhen auf diesem Prinzip: Dabei soll die soziale Gestaltung des demografischen Wandels möglichst durch Einbezug der Bereiche Gesundheit, Pflege, Stadtentwicklung, Bilden, Wohnen und Verkehr erfolgen. Ziel ist es, partizipativ räumlich spezifische Lösungen zu erarbeiten und mittels regional mobilisierter Ressourcen umzusetzen.

Die Anbieter sozialer Dienstleistungen werden in diesem Planungskonzept zu Vertragspartnern, die strategische Vorgaben der Kommunen, denen die Letztverantwortung obliegt, nach eigenem Ermessen umsetzen und mittels Dokumentations- und Berichtspflichten kontrolliert werden. Ziel ist die Bildung von Netzwerken, die ihre gemeinsamen Anliegen in partizipativen institutionellen und gemischt zusammengesetzten Arrangements unter Beteiligung der Betroffenen verhandeln und in möglichst gemeinsam getragene Empfehlungen überführen sollen. Als geeignete Verhandlungsorte gelten z. B. runde Tische, Stadtteilkonferenzen oder Ideen-Camps, als geeignete Instrumente Sozialraumanalysen, Mehrebenenplanung und Bürger-/Betroffenenbefragungen.

5 Finanzierung: Grundlagen, Strukturen und Verfahren

Quantität und Qualität des Angebotes an sozialen Diensten werden ganz wesentlich durch das Finanzierungsvolumen sowie die jeweiligen Finanzierungsstrukturen bestimmt. Das gegenwärtige System der Finanzierung sozialer Dienste zeichnet sich – entsprechend der Heterogenität der Träger- bzw. Anbieterstruktur – durch eine Mischung verschiedener Finanzierungsquellen aus. Dadurch wird das ohnehin schon beträchtliche Maß an Intransparenz noch zusätzlich erhöht.

- Bei der Darstellung der Finanzierungsgrundlagen und -strukturen ist – trotz vieler Gemeinsamkeiten – aus analytischen Gründen zwischen den verschiedenen Träger- bzw. Anbietergruppen zu unterscheiden. Hier kann generell nach öffentlichen, freien und privat-gewerblichen Trägern differenziert werden.
- Eine zweite Systematisierung fragt nach der jeweiligen Herkunft der Mittel. Es überwiegen die öffentlichen, aus Steuer- und Beitragseinnahmen gespeisten Mittel. Hinzu kommen die (Zu)Zahlungen der Nutzer sowie – bei freigemeinnützigen Trägern – Eigenmittel insbesondere aus Mitgliedsbeiträgen, Kirchensteuern, Spenden und Sponsoring.
- Eine dritte Systematik bezieht sich auf die verschiedenen Finanzierungsformen. Hierbei kann hauptsächlich unterschieden werden zwischen Zuwendungen, Leistungsentgelten und Leistungsverträgen.
- Eine vierte Systematisierung lässt sich schließlich nach den Finanzierungsempfängern vornehmen. Hier dominiert eindeutig die Objektförderung, d. h. die finanzielle Förderung der Träger bzw. der Einrichtungen und Dienste, dominiert, während die Subjektförderung, die auf die unmittelbare Geldzuweisung an den/ die Klienten/in bzw. Kunden/in selbst abhebt, eher selten vorkommt.

5.1 Finanzierung der Träger

Die Finanzierung sozialer Dienste beruht auf unterschiedlichen Quellen. Je nach Trägertyp stellen die Sozialversicherungsträger, die überörtlichen und örtlichen Sozial-, Gesundheits- und Jugendhilfeträger, Stiftungen, Landes-, Bundes- und EU-Haushalte, Einnahmen aus Spenden, Sozio-Sponsoring, Lotterien und Eigenmittel (z. B. Mitgliedsbeiträge) der Träger wichtige Einnahmequellen dar. Allerdings sind auch die Leistungsbezieher:innen selbst im hohen und zudem stark wachsenden Maße mit direkten Selbstzahlungen beteiligt sind, z. B. über Elternbeiträge für Kindergärten, die Zahlung der sog. „Hotelkosten“ und teilweise auch der Investitionskosten in der stationären Pflege oder durch die private Zahlung von Zusatzleistungen, die in Art oder Höhe über die erstattungsfähigen Leistungen hinausgehen. Es dominiert bei allen freigemeinnützigen und freien Trägern und Angeboten der öffentliche Finanzierungsanteil mit (je nach Behandlung der Selbstzahlungen) von zwischen 60 bis zu 90 %.

5.1.1 Öffentliche Träger

Sozialversicherungen

Die von den fünf Zweigen der Sozialversicherung finanzierten sozialen Dienste werden durch Versicherungsbeiträge, d.h. durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge, aufgebracht. Da die Kranken- und Rentenversicherung Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt erhalten, spielen aber auch Steuermittel eine Rolle (vgl. Kapitel „Finanzierung“, Pkt. 3.4).

Sach- und Dienstleistungen der Sozialversicherungsträger werden nach Bedarfskriterien bereitgestellt und in Anspruch genommen. Dies bedeutet, dass das Äquivalenzprinzip mit seiner Entsprechung von Leistung (Beitrag) und Gegenleistung (Leistungsanspruch) nicht greift. So richtet sich eine von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzierte Krankenhausbehandlung in ihrer Dauer und Intensität nach medizinischen Notwendigkeiten und nicht nach der Höhe des individuellen Krankenkassenbeitrags. Ebenfalls ohne Bedeutung ist die Höhe der Beitragszahlung für die Inanspruchnahme einer Pflegesachleistung, einer von Rentenversicherung finanzierten Rehabilitationsleistung oder für die Teilnahme an einer von der Bundesagentur für Arbeit finanzierten Qualifizierungsmaßnahme. Andererseits sieht die Pflegeversicherung auch keine Vollkostendeckung vor, d.h. hier funktioniert das Bedarfsprinzip nicht (vgl. Kapitel „Pflegebedürftigkeit und Pflege, Pkt. 5.2).

Bund, Länder und überörtliche Träger

Soweit Bund und Länder selbst Träger sozialer Dienste sind, was beim Bund in der Regel nicht der Fall ist und bei den Ländern selten vorkommt (z. B. bei den sozialen Diensten in der Justiz), werden die Mittel hierzu aus dem Bundes- bzw. Landeshaushalt bereitgestellt. Die höheren Kommunalverbände als überörtliche Träger finanzieren ihren Dienstleistungsaufwand zu großen Teilen aus Umlagen ihrer Mitgliedsstädte, (Land-)Kreise und Gemeinden entsprechend der jeweiligen Inanspruchnahme der Dienste und Einrichtungen. Darüber hinaus erhalten sie in erheblichem Umfang Landesmittel, teilweise auch für ganz bestimmte Einzelaufgaben (häufig Modellprojekte) Fördermittel des Bundes.

Kommunen

Die Kommunen finanzieren ihren Aufwand für die soziale Daseinsvorsorge grundsätzlich aus eigenen Mitteln. Dies betrifft die freiwilligen Aufgaben wie die pflichtigen Selbstverwaltungsaufgaben gleichermaßen. Zur Gegenfinanzierung sind die Kommunen auf die Gemeindesteuern, die Steuereinnahmen aus dem Steuerverbund und auf die Zuweisungen der Länder angewiesen. Für eventuelle Sonderausgaben gibt es Kostenerstattung durch den Bund oder die Länder. Ergänzend kommen Einnahmen aus Beiträgen und Gebühren hinzu, die aus der Eigenbeteiligung bei der Inanspruchnahme von Diensten stammen. Soweit die (Land-)Kreise Träger von sozia-

len Einrichtungen und Maßnahmen sind, beteiligen sich die kreisangehörigen Städte und Gemeinden über die Kreisumlage an der Finanzierung.

Für ganz bestimmte Aufgaben werden vom Bund, den Ländern und auch von der EU (z. B. im Bereich der Jugendberufshilfen) zweckgebundene Mittel oder Investitionszuschüsse bereitgestellt. Damit wird versucht, auf Angebote und Inhalte der kommunalen Dienstleistungserbringung Einfluss zu nehmen. So sind viele Sozialstationen, Erziehungs-, Aids-, Wohn- oder Pflegeberatungsstellen anfinanziert worden, um auf diese Weise in eine kommunale Dauereinrichtung überführt zu werden.

Steuern, Gebühren, Entgelte sowie Zuweisungen sind somit die eigentliche finanzielle Basis kommunaler Dienstleistungserbringung. Dies gilt nicht nur für die in kommunaler Eigenregie angebotenen, sondern auch für jene Dienste, die an die freien bzw. privaten Träger delegiert werden. Für alle sozialen Dienste – völlig unabhängig von ihrer Trägerschaft – bedeutet dies eine erhebliche Abhängigkeit von konjunkturellen Schwankungen, Arbeitsmarktkrisen und von den jeweiligen Leitlinien der Steuerpolitik (vgl. Kapitel „Ökonomische Grundlagen und Finanzierung“, Pkt. 3.6).

5.1.2 Freigemeinnützige Träger

Grundsätzlich steht den freigemeinnützigen gegenüber den öffentlichen Trägern ein von den Finanzierungsquellen her breiteres Instrumentarium zur Verfügung. In der Regel ist eine Mischung aus Leistungsentgelten, Zuwendungen und Eigenmitteln anzutreffen. Je nach Träger und je nach Dienstleistungsart können sich die Gewichte deutlich unterscheiden. Stationäre Dienste finanzieren sich überwiegend aus Leistungsentgelten. Beratungsangebote wiederum benötigen einen sehr hohen Zuwendungsanteil. Im Einzelnen handelt es sich vor allem um folgende Einnahmequellen:

- *Zuwendungen* von Kommunen und überörtlichen Trägern zur (Mit-)Finanzierung der im Rahmen ihrer Mitwirkung gemäß Subsidiaritätsprinzip erbrachten Leistungen;
- *Leistungsentgelte* für erbrachte Leistungen, die von den verschiedenen Kostenträgern zumeist aufgrund von Leistungsverträgen gezahlt werden. Sie kommen vor allem von den Sozialversicherungsträgern, und dabei primär von Kranken- und Pflegekassen, sowie den Kommunen als örtliche Sozial- und Jugendhilfeträger. Sie können aber auch von Einzelpersonen stammen, wenn diese die Dienste privat in Anspruch nehmen.
- Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen (AWO, DRK);
- Einnahmen aus Kirchensteuern (Caritas und Diakonie);
- Einnahmen aus Spenden, Sammlungen, Sozial-Sponsoring, Lotterien, Verkauf von Wohlfahrtsmarken usw.;
- Vermögenseinnahmen einschließlich Zinserträge (z. B. aus Kapital, Spenden, Stiftungsgelder);

- Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung;
- Zuschüsse.

Die Heterogenität der verschiedenen Einkommensquellen der freien Wohlfahrtspflege (vgl. beispielhaft Übersicht IX.10) erschwert eine eindeutige, wie für öffentliche Haushalte typische und für jedermann zugängliche Transparenz ihres Finanzierungsgebarens. Ein weiterer Grund dafür liegt in ihrer intermediären Sonderstellung, die es erleichtert, sich einer öffentlichen, demokratisch legitimierten Finanzkontrolle weitgehend entziehen zu können.

Die meisten freigemeinnützigen Träger stehen unter dem Zwang zu sparen, anderweitig Mittel zu mobilisieren oder zumindest wirtschaftlicher zu arbeiten. Dabei werden unterschiedliche Wege beschritten: Vergleichsweise selten ist, sich ganz aus nicht-kostendeckend arbeitenden Zuschussbetrieben zurückzuziehen bzw. ihr Leistungsspektrum hier einzuschränken. Sind davon Pflichtaufgaben betroffen, deren Durchführung zuvor auf sie delegiert worden war, so müssen diese dann wieder von den zuständigen öffentlichen Trägern, also zumeist den Kommunen, übernommen werden. Die Folge ist eine zusätzliche Belastung der öffentlichen Träger. Denn die finanzielle Beteiligung der Wohlfahrtsverbände bietet in vielen Fällen überhaupt erst einmal die Gewähr dafür, dass ein ausreichendes und angemessenes soziales Dienstleistungsangebot vor Ort besteht.

Übersicht XII.10

Finanzierung freier Träger Beispiel: Volksverein Mönchengladbach	
Erlöse in Euro 2017	
Erlöse aus Verkauf von Dienstleistungen, Möbeln, Kleidung etc.	1 280 096
Erträge aus Spenden	373 535
Zuschüsse vom Land für den Treffpunkt	15 600
Zuschuss ARGE/Jobcenter für Arbeitsanleiter und sozialpädagogische Begleitung	272 963
Zuschüsse Jobcenter für sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	445 924
Förderung des Jobcenters MG: Arbeitsgelegenheiten, Overheadkosten	66 416
Förderung Landschaftsverband Rheinland: Arbeitsprojekt für Personen mit besonderen Schwierigkeiten	101 076
Zuschuss durch das Bistum Aachen	152 700
Geldauflagen/Bußgeldzuweisungen	20 832
Sonstige Erträge	300 278

Quelle: Auszug aus dem Geschäftsbericht für das Jahr 2017

Zunehmend steigen die Wohlfahrtsverbände auch als neue Anbieter in kommerzielle Marktsegmente ein, so z. B. bei der Organisation von Urlaubsreisen oder bei der Gründung von Beerdigungsunternehmen. Die daraus erzielten Gewinne sollen dabei die Ausgaben für nicht-kostendeckende soziale Dienste mitfinanzieren. Weit verbreitet ist auch, finanzierungspolitische und Kostentransparenz schaffende Handlungsgrundsätze und Organisationskonzepte aus der privat-gewerblichen Praxis zu übernehmen, wie z. B. Budgetierung oder Controlling, um kostengünstiger und/oder effizienter zu arbeiten. Auch wird versucht, mit gezielten Kampagnen des Fundraising, des social sponsoring und social marketing, öffentliche, private oder Firmengelder zu mobilisieren.

5.1.3 Privat-gewerbliche Träger

Im Gegensatz zu den öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern verfügen die privat-gewerblichen Anbieter von sozialen Diensten im Grundsatz nur über zwei Finanzierungsquellen: Zum einen verkaufen sie in jenen Sektoren, in denen die kaufkräftige Nachfrage groß genug ist, ihre Dienste zu Marktpreisen an die Betroffenen. Solche Sektoren finden sich z. B. in den Bereichen Pflege, Gesundheit, Wellness, Beratung oder Therapie. Zum anderen erhalten sie – wie die Wohlfahrtsverbände – Leistungsentgelte aus den öffentlichen Haushalten (vgl. Pkt. 5.2 dieses Kapitels). Voraussetzung ist, dass entsprechende vertragliche Vereinbarungen mit den Kommunen oder den Sozialversicherungsträgern geschlossen worden sind (wie z. B. mit den Kranken- oder Pflegekassen).

5.2 Finanzierungsformen und -verfahren

Eine weitere Systematik der Finanzierungsstrukturen sozialer Dienste ist die nach den jeweiligen Finanzierungsformen und -verfahren. Grundsätzlich kann hier zwischen Zuwendungen, Entgelten und Leistungsverträgen unterschieden werden.

Förderung durch Zuwendungen

Zuwendungen, seltener auch „Sozialsubventionen“ genannt, sind die älteste Form der öffentlichen Finanzierung sozialer Dienste und Einrichtungen und ein für beide Seiten vorteilhaftes Instrument. Zuwendungen sind Zuschüsse (Quasi-Subventionen) an Institutionen oder Projekte, an denen der Zuwendungsgeber (zumeist Kommunen und Länder) ein erhebliches Eigeninteresse hat. Sie sind somit effektive Instrumente zur Durchsetzung eigener sozialpolitischer Ziele. Zuwendungen müssen beantragt werden. Ihre Bewilligung liegt im Ermessen der öffentlichen Hand. Sie sind keine Entgelte für bestimmte Leistungen, d. h. der Förderung muss keine konkrete marktmäßige Gegenleistung gegenüberstehen. Es liegt also kein Austauschvertrag vor, auf-

grund dessen sich der Leistungserbringer zur Erbringung einer ganz bestimmten Leistung verpflichtet.

Man unterscheidet zwischen der Projektförderung, die auf einzelne Vorhaben zielt und zeitlich, sachlich sowie kostenmäßig abgegrenzt ist, und der institutionellen Förderung (Globaldotation). Letztere stellt auf die Förderung einer Institution an sich ab. Hierbei wird nur die generelle Tätigkeit des Leistungserbringers durch Beteiligung an seine gesamten Ausgaben honoriert. Teilweise dienen derartige pauschale Zuwendungen aber auch der indirekten Refinanzierung von Trägerleistungen, hinter denen keine andere geregelte Finanzierungsquelle steht und die sonst nicht erbracht worden wären (z. B. Bahnhofsmision, Telefonseelsorge, Nichtsesshaftenhilfe). Bei den Zuwendungen gelten auf lokaler Ebene grundsätzlich das Subsidiaritätsprinzip, das Besserstellungsverbot sowie das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Bundes- und Landesförderung sind eher selten, so z. B. die Bezuschussung der Bundes- und Landeszentralen der freien Wohlfahrtspflege, von Akademien oder sozialwissenschaftlichen Instituten (wie z. B. das Deutsche Jugendinstitut (DJI) oder das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA)).

Zuwendungen decken in aller Regel nur einen Teil der tatsächlich beim Träger entstandenen Kosten ab, d. h. es wird zumeist ein Eigenanteil vorausgesetzt. Die Teilfinanzierung ist in verschiedenen Varianten möglich: Bei der Anteilsfinanzierung wird ein bestimmter Prozentsatz der Kosten übernommen. Bei der Fehlbedarfsfinanzierung wird die Finanzierungslücke abgedeckt, die nach Ausschöpfung aller anderweitigen Finanzierungsquellen verbleibt. Bei der Festbetragsfinanzierung gewährt der Zuwendungsgeber einen fixen Betrag. Der Zuwendungsbescheid gilt, von Ausnahmen abgesehen, jeweils nur für ein (Haushalts)Jahr. Es wird eine sparsame und wirtschaftliche Mittelverwendung verlangt, die auch vom Zuwendungsgeber im Nachhinein überprüft wird.

Insbesondere von EU-weit agierenden Dienstleistungsanbietern wird eingewandt, die bundesdeutsche Zuwendungspraxis verstoße gegen die EU-Direktive der Dienstleistungsfreiheit, und hier insbesondere gegen das EU-Wettbewerbs- und -Vergaberecht. Die EU-Dienstleistungsdirektive soll dabei sicherstellen, dass alle interessierten Unternehmen innerhalb der EU einen fairen Zugang zu öffentlichen Aufträgen erhalten. Vor allem die deutschen Pflegemärkte sind für ausländische Investoren wegen der hohen Renditeerwartungen attraktiv. Die Dienstleistungsdirektive gilt hier als beliebtes Einfallstor, mit der Folge häufiger Fehlsteuerungen, Über- und Unterversorgungen insbesondere auf der kommunalen Ebene. Die in einigen Bundesländern (wie NRW) gesetzlich kodifizierten kommunalen Pflegebedarfspläne sind auch als ein Instrument gedacht, um den ungesteuerten Marktzugang von außen durch festgelegte Bedarfsquoten zu begrenzen.

Beauftragung

Sie kommt der Projektförderung gleich; nur, dass hier die Anbieter unmittelbar von der fördernden Institution mit der Durchführung einer ganz bestimmten Dienstleistung beauftragt werden. Die Entscheidung, wer den Auftrag durchführen soll, obliegt dem Förderer. Derartige Beauftragungen gibt es z. B. häufig bei der Bundesagentur für Arbeit beim „Einkauf“ von Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung. Auch zur Bearbeitung der sozialen Folgeprobleme der Flüchtlingszuwanderung 2015/16 gab es viele solcher Einkäufe, z. B. bei der anfänglichen Wohnraumversorgung und Betreuung in Notunterkünften.

Kostenerstattung

Sie ist heute zur seltenen Ausnahme geworden. Ausgangspunkt für die Kostenerstattung ist eine Kostenübernahmevereinbarung zwischen dem Einrichtungsträger und den jeweiligen öffentlichen Trägern, in der Regel den örtlichen Sozial- und/oder den Jugendhilfeträgern. Unterformen sind die Voll-, Teil-, Fehlbedarfs- (für Kosten, die nicht anderweitig abgedeckt sind) und Festbetragsfinanzierung (Bezuschussung mit einem Festbetrag). Auch dabei muss den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit Rechnung getragen werden. Probleme ergeben sich stets bei der Frage, welche Kosten angemessen sind und anerkannt werden. Lange Zeit galt im Bereich der sozialen Dienste das *Selbstkostendeckungsprinzip*, d. h. die nachträgliche Übernahme vorher entstandener Kosten auf der Basis der jeweils vom Träger nachgewiesenen Kostenstruktur. Allerdings hatten die öffentlichen Träger, welche die nachgewiesenen Kosten übernehmen (müssen), dabei meist keine Transparenz und folglich auch kaum kostenreduzierende Einwirkungsmöglichkeiten. Vielmehr mussten sie mehr oder weniger das akzeptieren, was ihnen in Rechnung gestellt wurde. So galt das Selbstkostendeckungsprinzip als prinzipiell offen für Manipulationen. Hinzu kommt auch, dass von dieser Finanzierungsstruktur nur wenige Anreize für effizientes, wirtschaftliches oder gar sparsames Handeln bei den Diensten ausgingen. Auch galt das Selbstkostendeckungsprinzip vielen als bürokratisch (u. a. Nachweispflicht, langwierige Nachverhandlungen). Das Kostenerstattungsprinzip gehört mittlerweile weitgehend der Vergangenheit an und ist durch Leistungsentgelte abgelöst worden.

Leistungsentgelte im Dreiecksverhältnis

Leistungsentgelte bilden mit einem Anteil von rd. 90 % an allen externen Einnahmequellen (jenseits der Selbstzahlungen) die heute häufigste Finanzierungsform sozialer Dienste. Es handelt sich um zu zahlende geldliche Äquivalente an frei-gemeinnützige/freie und/oder auch privat-gewerbliche Anbieter für bestimmte, von diesen zumeist im Delegationsverfahren durchgeführte soziale Dienste, die im Rahmen von Vereinbarungen (Leistungs-/Entgeltvereinbarungen) von öffentlichen Trägern voll oder teilweise übernommen werden. Dabei sind drei Akteure zu unterscheiden („Dreiecksverhältnis“; vgl. Pkt. 5.3 dieses Kapitels): die Leistungsberechtigten als Nutzer:innen, die jeweiligen Anbieter sozialer Dienste als Leistungserbringer und die Sozial-

leistungsträger als Kostenträger und Finanzier. Diese Form der Finanzierung gibt es insbesondere in der Kinder- und Jugendhilfe, in der Behinderten-, Altenhilfe und der ambulanten Pflege. Dazu gibt es Leistungsbeschreibungen über die genauen Vereinbarungsinhalte (Leistungsverträge; s. u.). Das Entgelt kann pauschal erfolgen, die Vergütung von Einzelleistungen beinhalten oder Gegenleistung für jeweils erbrachte Arbeitsstunden sein. So schließt das Jugendamt mit einem freien Träger eine Vereinbarung, dass für jede erbrachte Fachleistungsstunde in der Erziehungsberatung ein Entgelt in einer bestimmten Höhe gezahlt wird. Für den/die Klienten/in bleibt damit die Leistung kostenfrei. Über Dauer und Intensität der Hilfe wird im Rahmen des Hilfeplanverfahrens entschieden.

Auf die Gemeinnützigkeit des Trägers kommt es hierbei nicht an. Die Kostenträger sind angehalten, Entgeltvereinbarungen vorrangig mit denjenigen Anbietern abzuschließen, die bei gleichem Leistungsumfang am kostengünstigsten sind. Dies können auch privat-gewerbliche Anbieter sein. Insgesamt bemessen sich die Entgelte nach vorher ausgehandelten und vereinbarten Leistungskategorien und nicht mehr primär nach der jeweiligen Kostensituation der Einrichtung. Neben inhaltlichen Leistungskriterien wie Art, Umfang und Qualität bestimmen Preisobergrenzen und Budgetierungen die öffentliche (kommunale) Finanzierungs- und Förderpraxis bei sozialen Diensten. Eine nachträgliche Entgeltberechnung ist weitgehend ausgeschlossen, vielmehr werden Vereinbarungen für einen künftigen Zeitraum getroffen (*prospektive Budgetierung*). Überschüsse sind ebenso möglich wie Defizite.

Pflege- bzw. Tagessätze

Sonderformen leistungsgerechter Entgelte sind Pflege- oder Tagessätze, die in Pflege-satzvereinbarungen festgelegt sind. Sie gibt es insbesondere in den verschiedenen stationären und teilstationären Einrichtungen des Pflegewesens, der Behinderten-, Sozial- und Jugendhilfe. Sie gab es in der Vergangenheit auch im Gesundheitswesen für die Krankenhäuser, sind aber heute durch Fallpauschalen abgelöst (vgl. Kapitel „Gesundheit und Gesundheitssystem“, Pkt. 8.3). Die Ermittlung der Pflegesätze ist durch bundes- und landesgesetzliche Regelungen für die einzelnen Leistungsarten vorgeschrieben. Sie umfassen im Allgemeinen die Investitionskosten, die sog. „Hotelkosten“ für Unterkunft und Verpflegung sowie die unmittelbaren Kosten für die Pflege- und/oder Betreuungs-/Erziehungsleistungen. In der Pflege sind sie mit einer Pauschale, die sich nach dem festgestellten Pflegegrad richtet, festgelegt.

Leistungsverträge

Während Entgeltvereinbarungen festlegen, welches Entgelt die Kommune zahlen muss, wenn Hilfeberechtigte Leistungen des jeweiligen Trägers in Anspruch nehmen, kann es Absicht der Kommune sein, eine bestimmte, nach Zielgruppen, Inhalt, Umfang und Qualität festgelegte Leistung unmittelbar durch einen bestimmten Träger *vorhalten* zu lassen. Das Mittel hierzu ist der Abschluss eines Leistungsvertrages. Leistungsverträge regeln dabei die jeweiligen Leistungsbeziehungen zwischen

Finanzier (zumeist Kommune) und Geldempfängern (zumeist frei-gemeinnütziger/freier oder privat-gewerblicher Träger). Bestandteil sind in der Regel verbindliche Ziele, feste Absprachen über Leistungsprofile und ergebnisorientierte Wirkungen bestimmter sozialer Dienste sowie Regelungen zur Handhabung von Überschüssen und Fehlbeträgen. Leistungsverträge dieser Art sind im Zuge der Anwendung der neuen Steuerung und des Kontraktmanagements (NSM) (vgl. Pkt. 6.2 dieses Kapitels) zu einem Strukturelement der Finanzierung sozialer Dienste geworden.

Ausgehandelte Preise und Möglichkeiten der direkten Abrechnung zwischen Anbieter und Kunden/in sollen die Position des/r Leistungsempfängers/in stützen, für die mehr Selbstständigkeit und Entscheidungsautonomie erhofft wird, vor allem dann, wenn sie zwischen verschiedenen Diensten und Einrichtungen, mit denen jeweils Leistungsverträge bestehen, wählen können. Auf der Anbieterseite wiederum werden über den dadurch in Gang gesetzten Wettbewerb ein niedrigeres Leistungsvolumen und eine bessere Leistungsqualität erwartet. Statt der für Zuwendungen typischen haushaltsjährlichen Neubewilligung (oder auch Ablehnung!) werden Leistungsverträge häufig mehrjährig abgeschlossen.

Ausschreibungsverfahren

Leistungsverträge können auch über freihändige Vergabe oder öffentliche Ausschreibungen vorbereitet werden. Ausschreibungsverfahren werden von der Bundesagentur für Arbeit, insbesondere bei berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen, praktiziert; beim Überschreiten eines bestimmten Volumens auch europaweit. Hier kommt – so die Vorstellung – jener Bewerber zum Zuge, der das beste Preis-Leistungsverhältnis bietet. Jedoch besteht die Gefahr, dass in der Praxis nicht der beste, sondern der billigste und größte Anbieter den Zuschlag erhält. Dadurch kann es dazu kommen, dass kleinere regionale Träger, die bei dem Preisdruck nicht mithalten können, vom Markt verdrängt werden und völlig aufgeben müssen, so dass nur noch wenige große Anbieter den Markt unter sich aufteilen und im Ergebnis der Wettbewerb nicht ausgeweitet, sondern ausgeschaltet wird.

Objekt- und Subjektförderung

Diese Finanzierungsformen stehen quer zu den bisher behandelten Finanzierungsformen. Als Objektförderung bezeichnet man die Förderung von Einrichtungen, Trägern und dgl. „an sich“, als Subjektförderung die von Personen, zumeist den Leistungsempfänger:innen (vgl. Pkt. 5.4 dieses Kapitels). Die Objektförderung kennt zwei Formen: Die institutionelle Förderung bezieht sich auf den Leistungserbringer und dessen Angebot, die Investitionsförderung demgegenüber auf Immobilien, Anlagegüter etc. Erstere wird zunehmend weniger genutzt, während die Investitionsförderung immer noch – wenn auch ebenfalls rückläufig – der Sicherstellung und dem Erhalt von als erforderlich geachteter Infrastruktur dient, wobei die laufenden Kosten über Tages- und Pflegesätze gefördert werden. Die Kombination von Investitionsförderung mit Leistungsentgelten wird als duale Finanzierung bezeichnet.

Die Objektförderung gilt immer dann als unverzichtbar, wenn die Subjektförderung (u. a. aufgrund eingeschränkter Marktsoeveränität der Betroffenen) nicht praktiziert werden kann und zu Versorgungslücken führen würde. Dies gilt auch für die Fälle, in denen die Nachfrage wegen fehlender Informationen oder verzerrter Präferenzen von einem politisch gewünschten oder einem fachlich definierten Bedarf nach unten abweicht. Auch gilt die Objektförderung als Garant für eine regional ausgewogene Angebotsstruktur, vor allem in dünn besiedelten Gebieten oder wenn sich anderweitig kein ausreichendes Angebot herausbildet. Andererseits kann die Objektförderung zu einer Zweckentfremdung öffentlicher Mittel führen, wenn bestimmte Anbieter oder bestimmte Einrichtungstypen bevorzugt gefördert werden oder flexible Reaktionen auf neue Bedarfslagen durch neue Dienste und Angebote nur schwer möglich sind.

5.3 Finanzierung und Erbringung sozialer Dienste im „sozialwirtschaftlichen Dreieck“

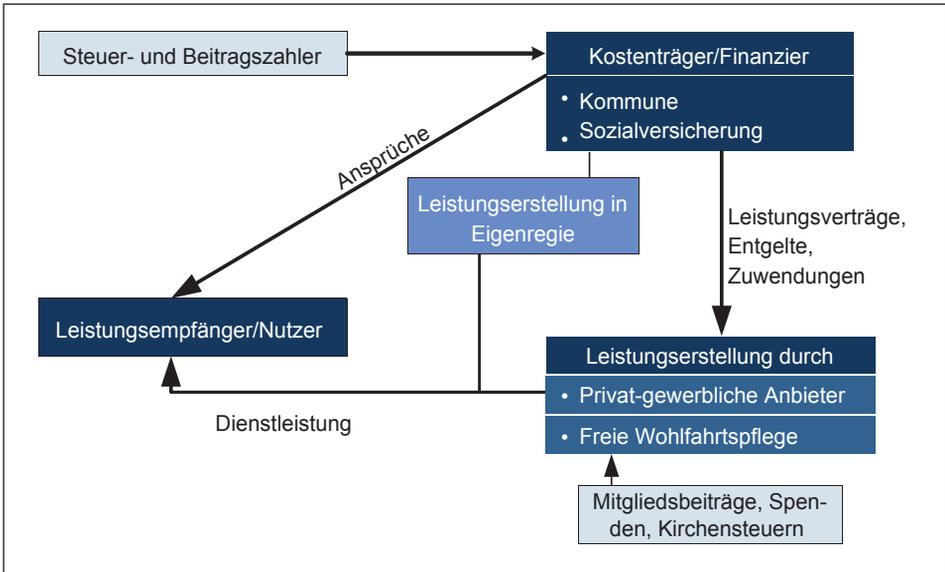
Im Einzelnen lässt sich die Erbringung und Finanzierung professioneller sozialer Dienste als „sozialwirtschaftliches Dreiecksverhältnis“ darstellen (vgl. Abbildung XII.4). Es bezeichnet eine bestimmte Form der Rechtsbeziehung zwischen drei Marktakteuren und ergibt sich aus dem Zusammenwirken

- von Leistungsnutzer:innen (Konsument:innen/Klient:innen),
- Leistungserbringern (Anbieter/Einrichtungen/Träger) und
- Leistungsfinanziers/Kostenträger (Kommunen, Sozialversicherungsträger).

Im sozialwirtschaftlichen Dreieck finden finanzielle Austauschbeziehungen nicht – wie auf regulären Märkten typisch – zwischen Leistungsempfänger:innen und Leistungserbringern statt, sondern zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Die Leistungsempfänger:innen sind davon ausgeschlossen. Gegenüber dem Kostenträger haben sie einen grundsätzlichen Anspruch auf die soziale Dienstleistung, gegenüber dem Leistungserbringer den konkreten Leistungsanspruch, jedoch ohne Zahlungsverpflichtung; es sei denn, es sind Selbstbeteiligungsregelungen vereinbart. Kosten und Wirkungen entstehen folglich an unterschiedlichen Stellen. Bei der vertragsärztlichen Versorgung lassen sich ähnliche Strukturen feststellen. Leistungsberechtigt sind hier aber nur die Versicherten und zwischen Leistungserbringern (Vertragsärzte) und Kostenträgern (Krankenkassen) schieben sich die kassenärztlichen Vereinigungen. Die Leistungsnehmer:innen sind damit von den Finanztransaktionen befreit und haben damit den Vorteil, dass sich ihre Nachfrage am Bedarf und nicht an der Zahlungsfähigkeit ausrichten kann.

Die eigentlichen „Kund:innen“ im sozialwirtschaftlichen Dreieck sind die Kostenträger. Sie schließen Verträge zur Bereitstellung und konkrete Ausgestaltung der

Abbildung XII.4 Sozialwirtschaftliches Dreieck



Dienste mit den Anbietern und lassen diese dann zu. Auf der konkreten Ebene der örtlichen Leistungsträger und -erbringer werden die Vertragsinhalte maßgeblich über Kollektivvereinbarungen zwischen den Zusammenschlüssen der Leistungsträger und Leistungserbringer auf Landes- oder Bundesebene bestimmt. Bei den Vertragsverhandlungen kann dies folglich dazu führen, dass es beiden Vertragsparteien mehr um Preise und weniger um Qualität geht. Der Wandel der Finanzierungsformen – weg von Zuwendungen und vom Selbstkostendeckungsprinzip und hin zu Leistungsverträgen – zeigt, dass die Kommunen als Finanziers bemüht sind, zwischen den Anbietern einen Preis- und Qualitätswettbewerb zu entfachen (vgl. Pkt. 6.2 dieses Kapitels). In der Konkurrenz der Anbieter um die knappen öffentlichen Mittel wird ein Quasi-Markt etabliert. Träger bzw. Anbieter, die der Konkurrenz nicht standhalten können, unterliegen einem Verdrängungsprozess und der Gefahr der völligen Aufgabe.

Die Interessen von Kostenträgern und Leistungsempfänger:innen müssen sich in diesem Markt- und Wettbewerbsmechanismus nicht unbedingt decken. Denn Letztere sind vor allem an der konkreten Ausgestaltung und der Qualität der Dienste interessiert und nicht primär an der Kostengestaltung. Da die Leistungsempfänger:innen im sozialwirtschaftlichen Dreieck eine strukturell schwache Position einnehmen, finden ihre Interessen nicht automatisch Beachtung. Allerdings ist nach der Rechtslage der öffentliche Träger nicht unbegrenzt berechtigt, einem/r Leistungsberechtigten nur einen Anbieter zuzuweisen. Vielmehr ist das Wunsch- und Wahlrecht zu berücksichtigen. Dies aktiv auszuüben, setzt aber eine bestimmte Verhandlungsmacht voraus (z. B. Konsumentensouveränität, Informationsklarheit), die bei

bestimmten sozialen Problemlagen (z. B. schwere Pflegebedürftigkeit) kaum vorhanden ist; schon gar nicht, wenn bereits die Festlegung auf einen bestimmten Anbieter erfolgt ist und die „exit-option“ (z. B. Auszug aus einem Heim) vielfach nur noch theoretisch möglich ist. Leistungsnehmer:innen sind zur besseren Durchsetzung ihrer Interessen mehrere Wege möglich: So könnten Klientenverbände oder -beauftragte (z. B. Ombudsleute) bei den Vertragsverhandlungen beteiligt werden. Ansätze in dieser Richtung finden sich im Gesundheitssystem (Patientenbeauftragte, Patientenverbände, Selbsthilfeorganisationen). Im politischen Raum können Interessensverbände und Wohlfahrtsverbände Einfluss nehmen. Entscheidend ist, dass Qualitätsstandards vereinbart und kontrolliert werden (vgl. Pkt. 7.2 dieses Kapitels) und dass die Hilfebedürftigen ein konkretes Wahlrecht unter den Anbietern haben.

Rechtlichen Schutz bietet in gewissem Rahmen das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WTVG), das den Verbraucherschutz in den Fällen regelt, in denen die Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen mit der Überlassung von Wohnraum verbunden ist (wie z. B. in Pflegeheimen). Auch der Heimaufsicht kommen begrenzt Verbraucherschutzaufgaben zu. Bei Märkten mit offenem Marktzutritt (wie in der Pflege) entscheidet letztlich der Kostenträger, ob er Verträge mit welchen Anbietern abschließt und welche Qualitätskriterien er dabei vorgibt. In aller Regel haben aber die Endnutzer:innen darauf keinen Einfluss. Auf der örtlichen Ebene könnte dies ggf. Beratungsgegenstand für Pflegekonferenzen sein. Welche Möglichkeiten die Kommunen sonst noch mit einer eigenen Bedarfsplanung und -steuerung haben, ist wiederholt Gegenstand von politischen Debatten (vgl. Pkt. 4.1 dieses Kapitels). Ob sie aber immer auch die besseren Sachverwalter der Interessen der Leistungsnehmer:innen im sozialwirtschaftlichen Dreieck sind, lässt sich angesichts ihres wiederholt kritisierten (kostendrückenden) Verhaltens in ihrer Funktion als örtlicher Sozialhilfeträger („Restkostenverwalter“) allerdings auch kritisch hinterfragen. Es kommt also darauf an, die Interessen der Leistungsempfänger:innen stärker bei der Vertragsgestaltung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern einzubringen. Eine Handlungsoption könnte dabei in der Subjektfinanzierung (z. B. über persönlichen Budgets) liegen.

5.4 Wechsel von der Objekt- zur Subjektförderung: Persönliches Budget und Gutscheivergabe

Die Subjektförderung ist eine mögliche Alternative zur Objektförderung. Finanziert, d. h. mit Kaufkraft ausgestattet, werden hier nicht (wie bei der Objektförderung) die Einrichtungsträger, sondern die Leistungsempfänger:innen unmittelbar. Sie sollen damit in die Lage versetzt werden, in definierten Grenzen das ihrem Bedarf und Wünschen entsprechende Angebot hinsichtlich Art und Umfang selbst auszusuchen, die Leistungen bei dem Anbieter ihrer Wahl einzukaufen und zu bezahlen. Diesem Konzept einer personenzentrierten Hilfe entspricht die Hoffnung, die Klient:innen

aus ihrer sonst üblichen Objektstellung herauszuholen, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung (im Idealfall als „Expert:innen in eigener Sache“) zu fördern und damit das Prinzip der Konsumentensouveränität auch im Bereich der sozialen Dienste voranzubringen. Zugleich soll dadurch der Wettbewerb zwischen den Anbietern angeregt werden, in der Erwartung, dass sie sich dann unmittelbarer an veränderte Präferenzen der Nachfrager:innen anpassen, wodurch auch Angebotslücken in unterversorgten Gebieten und Regionen schneller geschlossen werden könnten. Ob auch das dabei implizite Ziel der Kosteneinsparung erreicht wird, hängt maßgeblich von der Bedarfsinterpretation der ihr Wahlrecht ausübenden Hilfeempfänger:innen ab.

Die diskutierten und praktizierten Instrumente der Subjektförderung bei sozialen Diensten lassen sich unterscheiden in persönliche Budgets und Gutscheinregelungen.

Persönliche Budgets, personenzentrierte Hilfe

Das persönliche Budget ist keine neue Sachleistung und begründet auch keine weitergehenden Leistungsansprüche. Vielmehr ändert sich die Form der Leistungserbringung. Es handelt sich um einen zusammengefassten Geldbetrag, den die Begünstigten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auf Antrag bei einem Leistungsträger anstelle von Sachleistungen erhalten können. Besteht Anspruch auf Leistungen mehrerer Leistungsträger, dann lassen sich diese zu einem trägerübergreifenden persönlichen Budget zusammenfassen. Die Betroffenen können selbst bestimmen, welche Hilfen sie wann, wie oft und durch wen in Anspruch nehmen wollen. Sie können auch entscheiden, ob Hilfe durch ausgebildete Kräfte, durch Hilfskräfte oder durch Familienangehörige oder Freund:innen geleistet wird. Auch ist es möglich, Sach- und Geldleistungen kombinieren.

Die Höhe des persönlichen Budgets ist abhängig von den Zielsetzungen und von der Art der benötigten Hilfen, soll aber nicht die Höhe der ansonsten gewährten Sachleistungen überschreiten. Im Effekt zielt das persönliche Budget indirekt auf eine Neujustierung der bestehenden Angebotsstrukturen dadurch, dass z. B. das Vorrangprinzips „ambulant vor stationär“ gestärkt wird oder dass Angehörige finanziell zur Mitwirkung an der Versorgung motiviert werden sollen. Insofern rückt es auch in die Nähe eines Instruments zur Kostenersparnis.

Persönliche Budgets kommen mit Rechtsanspruch versehen insbesondere in der Hilfe für Menschen mit Behinderungen, d. h. bei den Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nach SGB IX, zur Anwendung; allerdings längst nicht flächendeckend und immer noch recht zögerlich. Das Bundesteilhabegesetz hat hierfür die rechtlichen Voraussetzungen verbessert. Dies gilt auch für die Nutzung des in der Pflegeversicherung (SGB XI) angebotenen persönlichen Budgets.

Das sozialwirtschaftliche Dreiecksverhältnis (vgl. Pkt. 5.3 dieses Kapitels) wird insofern modifiziert, da (vor allem im ambulanten Bereich) die Beziehung zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer in eine neue Form überführt wird. Hinzu kommt, dass bei der Eingliederungshilfe zwischen den reinen (therapeutischen, päd-

agogischen oder sonstigen) Fachleistungen und den existenzsichernden Leistungen nach dem SGB XII (Grundsicherung bzw. Hilfe zum Lebensunterhalt) unterschieden wird. Menschen mit Behinderungen, die in kollektiven Wohnformen eines Leistungserbringers (stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe) leben, müssen zwei Verträge abschließen: einen Mietvertrag und einen Vertrag über die Eingliederungsleistungen, die sie in Anspruch nehmen. Die Leistungserbringer mit stationären Einrichtungen sind verpflichtet, ihre Kalkulationen entsprechend aufzuschlüsseln. Die Sozialverwaltungen wiederum schließen mit den Leistungserbringern Rahmenverträge und Leistungsvereinbarungen ab.

Zu fragen ist, ob und wenn ja, welche Leistungsberechtigten in der Lage sind, ihren Bedarf und die zur Bedarfsdeckung erforderlichen Leistungen so zu definieren und zu bestimmen, dass sie als informierte und kritische Verbraucher am Markt auftreten und die Qualität der Leistungen und/oder die Seriosität der Anbieter erkennen können. Dies fällt schon per se schwer, da sich soziale Dienste aufgrund ihres Charakters als Erfahrungs- und Vertrauensgüter nicht vorab bewerten lassen (vgl. Pkt. 2.1 dieses Kapitels). Zu berücksichtigen ist auch, dass die Möglichkeit zur Benennung von persönlichen Wünschen und Bedarfen einschränkt ist, wenn der Bedarf dringend ist oder gar eine Notlage besteht. Bei Menschen, die aufgrund einer psychische Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung, nicht selbst entscheiden können, fällt diese Aufgabe der Betreuungsperson zu.

Da in vielen Konstellationen des Einsatzes eines persönlichen Budgets zwischen dem Leistungsträger und dem Erbringer einer Dienstleistung keine Rechtsbeziehung besteht und auch keine Prüfung bzw. Anerkennung von Anbietern und ihrer Leistungen erfolgt, besteht die Gefahr, dass vorrangig das Kriterium „billig“ die Nachfrage bestimmt. Offen bleibt zudem, ob das Budget tatsächlich für die in der Zielvereinbarung festgehaltenen Zwecke eingesetzt wird und ob es eine Kontrollinstanz gibt, die in den privaten Raum hineinreicht und Fehlverwendungen aufdeckt. So hat die Praxis der Vergabe von Pflegegeld gemäß SGB XI gezeigt, dass Mitnahmeeffekte und Missbrauchsrisiken möglich und durchaus an der Tagesordnung sind. Zugleich sind bei der Zahlung von Pflegegeld externe Qualitätssicherung und -kontrolle nur schwer möglich. Andererseits erleichtert das persönliche Budget – verglichen mit dem (gerade hier inflexibel gehandhabten) Sachleistungsprinzip – die Einrichtung von Zwischenwohnformen an den Schnittstellen von ambulanter und stationärer Hilfe, also z. B. Pflegewohngemeinschaften, die als innovative Optionen gegenüber der stationären Versorgung gelten können (vgl. Kapitel „Pflegebedürftigkeit und Pflege“, Pkt. 4).

Gutscheine

Gutscheine sind eine Gestaltungsform der Subjektförderung, durch die Fehlverwendungen vermieden werden können, da sie nach freier Wahl, allerdings nur bei zugelassenen Leistungsanbietern, eingelöst werden können. Die Leistungsanbieter wiederum refinanzieren sich durch die Weiterleitung der gesammelten Gutscheine an den Kostenträger, mit dem zuvor eine (Entgelt-)Vereinbarung abgeschlossen worden

ist. Verfahren dieser Art finden sich heute insbesondere im Kita-Bereich und in der Arbeitsförderung (Weiterbildung).

Auch die Gutscheine dienen der Stärkung der Position der Nutzer:innen. Ähnlich wie das persönliche Budget sollen sie den Wettbewerb unter den Anbietern erzeugen und sie veranlassen, ihr Angebot entsprechend des Bedarfs der Nutzer:innen zu differenzieren. Denn der Träger, dessen Einrichtung nicht dem Bedarf entspricht und nicht oder nur begrenzt nachgefragt wird, muss mit einer Unterdeckung seiner Kosten und Verlusten rechnen. Voraussetzung ist allerdings, dass der Kostenträger (z. B. das Jugendamt oder die Arbeitsagentur) mit mehreren Anbietern Leistungsverträge abschließt, so dass überhaupt eine Wahlmöglichkeit besteht.

Beim Gutscheinmodell wie beim persönlichen Budget muss sichergestellt sein, dass die Gutscheine bzw. die Geldbeträge in ihrem Wert tatsächlich kostendeckend sind, dem Preis einer qualitativ hochwertigen Versorgung und Betreuung entsprechen und der laufenden Kostenentwicklung angepasst werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Subjektförderung als Sparmaßnahme genutzt, auf Dauer lediglich ein Mindeststandard garantiert wird und bessere Qualitäten zusätzlich zu bezahlen sind. Über das Verfahren zur Zulassung von Leistungserbringern kann der Leistungsträger somit Standards der Leistungserbringung und damit Qualitätsmaßstäbe festlegen. Erschwerend kommt hinzu, dass bei einer reinen Nachfragesteuerung eine längerfristig orientierte Bedarfs- und Angebotsplanung, bei der die Bevölkerungsentwicklung auch in regionaler und lokaler Hinsicht berücksichtigt wird, nicht gewährleistet ist. Die Subjektförderung ist damit an eine Reihe von Voraussetzungen gebunden, wenn sozialpolitische Ziele nicht verletzt werden sollen:

- Sie ist für solche Marktsegmente geeignet, die reguliert sind (Marktaufsicht, Produkt- und/oder Anbieterprüfung, Honorarordnungen).
- Markttransparenz muss geschaffen und gesichert werden. Die verbraucherpolitisch orientierte Beratung, etwa nach dem Muster einer unabhängigen Pflegeberatung, wird zu einer wichtigen Aufgabe.
- Erforderlich sind Informationen und praktische Hilfen bis hin zum Einsatz von Case-Managern, dort wo dies die Situation der Klient:innen erfordert.

6 Ökonomisierung des Sozialen

Die Diskussion um die Weiterentwicklung der sozialen Dienste in Deutschland konzentriert sich stets auf die Frage, wie bei knappen öffentlichen Mitteln eine bedarfsgerechte und zugleich qualitativ hochwertige Versorgung sichergestellt werden kann. Um dem Dilemma von steigenden Ausgaben bei den sozialen Diensten einerseits und begrenzten Finanzmitteln andererseits zu begegnen, zielen insbesondere die Kommunen als Hauptverantwortliche für die soziale Daseinsvorsorge und deren Finanzierung darauf ab, den Ausgabenanstieg durch eine Reihe von unterschiedlichen

Maßnahmen zu bremsen, die Erstellung sozialer Dienste stärker an den Maßstab ökonomischer Effizienz auszurichten und zur Erreichung dieser Ziele den Wettbewerb im Sozialwesen zu intensivieren. Der Wandel bei den Finanzierungsverfahren (vgl. Pkt. 5.2 dieses Kapitels) spielt hierbei eine zentrale Rolle, ist aber nur ein Teilelement eines übergeordneten Prozesses der Ökonomisierung des Sozialen. Als ergänzende Strategien werden praktiziert:

- die Privatisierung öffentlicher Leistungen,
- die Einführung von Steuerungsmodellen,
- der Wechsel von der Subjekt- zur Objektförderung (vgl. Pkt. 5.4 dieses Kapitels).

6.1 Privatisierung

Im allgemeinen Sprachgebrauch gilt die Ausgliederung vormals öffentlicher (kommunaler) Aufgaben auf andere Träger bzw. Anbieter als Privatisierung. Dabei ist zwischen drei unterschiedlichen Formen von Privatisierung zu unterscheiden (vgl. Übersicht XII.11):

- Die *formale Privatisierung* meint, soziale Einrichtungen und Dienste zwar in öffentlicher Trägerschaft zu belassen, sie aber auszugliedern und in eine privatrechtliche Form zu überführen. Beispielhaft dafür steht die Umwandlung der Einrichtungen der stationären Altenhilfe oder von Krankenhäusern in GmbHs, in der dann die Kommune jeweils die alleinigen Gesellschaftsanteile hält. Von dieser formalen, d. h. juristischen Privatisierung wird insbesondere eine höhere Flexibilität und Effizienz bei der Aufgabenerfüllung erwartet.
- Die *materielle Privatisierung* bedeutet, bislang kommunal betriebene Einrichtungen und Dienste ganz an einen privat-gewerblichen Träger zu verkaufen bzw. zu einem symbolischen Preis abzugeben. Dieser Prozess ist im Krankenhausbereich schon seit vielen Jahren wirksam, neu aber ist, dass im Bereich der stationären Altenhilfe börsennotierte Konzerne und internationale Finanzinvestoren Pflegeheime aufkaufen (vgl. Kapitel „Pflegebedürftigkeit und Pflege“, Pkt. 7.1).
- Unter *funktionaler Privatisierung* – auch als Ausführungsprivatisierung bezeichnet – wird verstanden, dass bestimmte Aufgaben an einen privatrechtlichen Träger, zumeist einen freien und/oder privat-gewerblichen, vergeben werden. Dabei bleibt jedoch die öffentliche Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung beibehalten. Ein Beispiel ist die Beauftragung eines freien Trägers mit Aufgaben der sozialpädagogischen Familienhilfe im Rahmen eines Leistungsvertrages. Im Einzelnen regeln spezielle Verträge die Finanzierung und Leistungserbringung.

Auch die Wohlfahrtsverbände greifen vermehrt zur formalen und funktionalen Privatisierung ihrer bislang gemeinnützigen Tätigkeiten. Es kommt vermehrt zu privat-

Übersicht XII.11

Formen der Privatisierung sozialer Dienste		
Formen	Verfahren	Beispiele
Formale Privatisierung	Teile der öffentlichen Verwaltung werden ausgegliedert und in betriebswirtschaftliche Einheiten in privater Rechtsform überführt, wobei die öffentliche Hand vollständig Eigentümerin der neuen Organisation bleibt.	Gründung einer kommunalen Beschäftigungsgesellschaft mbH mit der Alleingeschafterin Stadt X
Materielle Privatisierung	Eine Einrichtung/ein Dienst wird aus dem öffentlichen Eigentum an ein privates Unternehmen/gemeinnützigen Träger verkauft bzw. zu einem symbolischen Preis abgegeben.	Verkauf der städtischen Krankenanstalten an einen Wohlfahrtsverband/einen kommerziellen Betrieb
Funktionelle Privatisierung	Öffentliche Aufgaben werden an eine privat-rechtliche Organisation vergeben, wobei unter Beibehaltung der öffentlichen Aufgabenverantwortung spezielle Verträge bzw. Konzessionen die Finanzierung und Leistungserbringung regeln.	Betrauung eines freien Trägers mit Aufgaben der sozialpädagogischen Familienhilfe im Rahmen eines Leistungsvertrages

Quelle: Trube, A., Wohlfahrt, N. (2000), Von der Bürokratie zur Merkatokratie? a. a. O., S. 21.

gewerblichen Ausgründungen von Einrichtungen, um in diesen Bereichen Gewinne erzielen zu können (vgl. Pkt. 3.2.3 dieses Kapitels).

Von diesen Formen der Privatisierung wird jeweils ein Mehr an Wettbewerb und eine effiziente und kostengünstige Versorgung erwartet. Geleitet wird dieser Schritt von der Annahme, dass insbesondere privatwirtschaftlich betriebene Unternehmen die Leistungen besser und preiswerter bereitstellen können. Dies ist aber keinesfalls automatisch gewährleistet: So neigen privat-gewerbliche Anbieter von sozialen Diensten dazu, entweder nur in die gewinnträchtigen Arbeitsfelder einzusteigen oder aber nur solche Aufgaben zu übernehmen, die eine gesicherte Finanzierungsbasis haben. Damit aber bleiben solche relevanten gesellschaftlichen Hilfebedarfe ungedeckt, in denen keine Gewinne erwirtschaftet werden können (z. B. Bahnhofsmission, vorbeugende Obdachlosenhilfe). Demgegenüber tragen die öffentlichen Träger gemäß ihres Auftrages zur Daseinsvorsorge für alle örtlichen sozialen Probleme die Letztverantwortung. Eine solche „Rosinenpickerei“ kann für die Kommunen vermutlich sogar noch zu höheren Gesamtkosten führen, da diejenigen rentablen Leistungsbereiche entfallen, mit denen die Verlustbringer hätten quersubventioniert werden können.

6.2 Höhere Effektivität und Effizienz der Leistungserfüllung durch marktförmige Steuerung?

In der Kommunalpolitik hat die Aufgabe, die Effektivität (Wirksamkeit) und Effizienz (Wirtschaftlichkeit) bei der Erbringung sozialer Dienste zu verbessern und statt der traditionellen obrigkeitlichen und ordnungsstaatlichen Eingriffsverwaltung eine an den Wünschen der „Kund:innen“ orientierte Planung und Bereitstellung öffentlicher Leistungen einzuführen, eine hohe Bedeutung. Gleichzeitig steht die Kommunalpolitik vor der dazu gegensätzlichen Herausforderung, eine seit Jahren chronische Unterfinanzierung nicht nur mit den gewachsenen, ihnen zugewiesenen pflichtigen Selbstverwaltungsaufgaben, sondern darüber hinaus auch mit dem steigenden Bedarf an freiwilligen Leistungen in Einklang zu bringen. Letzteres betrifft in ganz besonderer Weise die vielfach nicht verrechneten sozialen Dienstleistungen. Obwohl auch die Kommunen vom wirtschaftlichen Aufschwung profitieren (vgl. Kapitel „Ökonomische Grundlagen und Finanzierung“, Pkt. 3.6), begrenzt der Druck, der von den weiter steigenden Sozialausgaben – verbunden mit einem Investitionsstau in der Infrastruktur – auf die kommunalen Haushalte ausgeht, auch heute noch die Handlungsspielräume der kommunalen Sozialpolitik und der von ihr mit Delegationsaufgaben betrauten Träger.

Deshalb zielen die Kommunen darauf ab, die Entwicklung ihrer Kosten besser zu steuern. Eine Antwort ist das Neue Steuerungsmodell (NSM), mit dem seit Mitte/Ende der 1990er Jahre versucht wird, durch unterschiedliche Steuerungsverfahren betriebswirtschaftliche Effizienzkriterien, privatwirtschaftlichem Managementdenken sowie Wettbewerbsmechanismen auf die öffentliche Verwaltung zu übertragen. Es handelt sich somit um Instrumente, wie sie in der Privatwirtschaft seit längerem bekannt sind und praktiziert werden. Sie sollen nicht nur zu mehr Wirtschaftlichkeit führen, sondern vor allem Kosteneinsparungen bringen. Verwaltungshandeln wird in der Folge weitgehend mit ökonomischen Begriffen kommuniziert und ist auf den Leitbegriff „Effizienz“ fokussiert. Dominantes Ziel ist die Steigerung des Outputs auf Nachfragemärkten bei gleichzeitig sinkenden Kosten. Das Konzept selbst begreift sich auch als Alternative zur materiellen Privatisierung, da kommunale Einrichtungen genau wie privatwirtschaftliche Unternehmen mit betriebswirtschaftlichen Verfahren geführt werden können.

Kommunalverwaltungen sind nach dieser Vorstellung in erster Linie Leistungsverwaltungen, die für die Bürger:innen arbeiten. In der Konsequenz gilt es, Leistungen („Produkte“) zu definieren, dazu die entsprechenden Wege („inputs“) festzulegen und das angestrebte Resultat („output“) zu bestimmen. Die Kommune gilt als ein „Konzern“ mit der Verwaltungsspitze als „Vorstand“, der die strategischen Entscheidungen über die grundsätzlichen kommunalen Leistungs- und Finanzierungsziele trifft. Der Politik kommt die Rolle eines Auftraggebers zu, der über das „Ob“ und das „Was“ entscheidet. Die Verwaltungsspitze wiederum gilt als Auftragnehmer und legt das „Wie“ der Leistungserbringung fest. Dies erfolgt durch konkrete Vereinbarungen

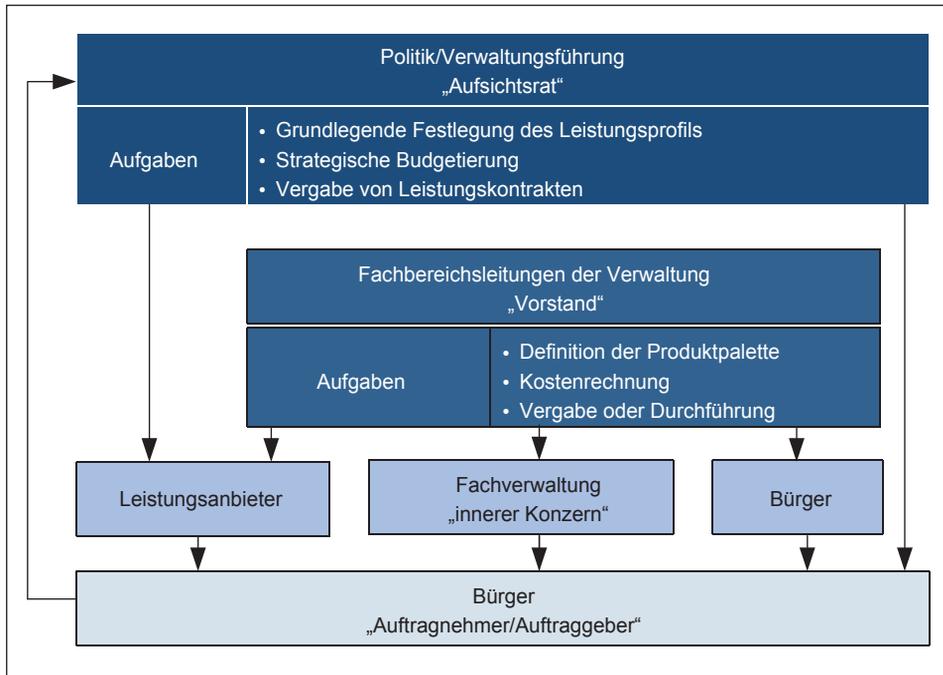
zur operativen Umsetzung, die entweder mit den jeweiligen Fachämtern oder mit Dritten, d. h. im Falle der Sozial-, Kinder- und Jugendhilfe mit freigemeinnützigen oder privat-gewerblichen Trägern, im Wege des Kontraktmanagements (Leistungsverträge) abgeschlossen werden.

Den Bürger:innen kommt dabei eine Doppelrolle zu: Einerseits sind sie konkrete Nachfrager:innen nach Diensten („Kund:innen“), andererseits aber auch „Auftraggeber:innen“ der „Konzernspitze“. Letzteres wird über Wahlen und die daran angeknüpfte Mandatsvergabe geregelt. In eher seltenen Fällen können sie auch selbst als Leistungserbringer:innen auftreten, so z. B. im Rahmen von Selbsthilfe, bürgerschaftlichem Engagement oder in bestimmten Fällen der häuslichen Pflege (vgl. Pkt. 8.1 und 8.2 dieses Kapitels). Das NSM wird nicht nur auf die Binnenorganisation der Verwaltung beschränkt, sondern in der Funktion der Kommunen als Kostenträger auch auf die Kontraktbeziehungen auf die Leistungserbringer ausgeweitet. Dabei gerät vor allem der soziale Dienstleistungssektor ins Blickfeld, zumal – zeitlich parallel dazu – der Gesetzgeber über die Ausweitung des Subsidiaritätsprinzips und die damit bewirkte Ausweitung der Trägerstruktur den Erbringungs- und Refinanzierungskontext sozialer Dienstleistungen verändert hat.

In der kommunalen Praxis gibt es nicht *das* Steuerungsverfahren, sondern unterschiedliche Ansätze und Verfahren. Als gemeinsame Elemente können dabei gelten (vgl. Abbildung XII.5):

- Die Verwaltung wird auf den/die Bürger/in als „Kunden/in“ ausgerichtet. Im Vordergrund stehen somit die Interessen der Leistungsnehmer:innen und nicht die Eigeninteressen der Anbieter.
- Soziale Dienstleistungen firmieren als Produkte, die angeboten und nachgefragt werden, zwischen denen die Kunden wählen können und die ihren Preis haben.
- Die Beziehung zwischen Politik und Verwaltung wird durch eine Form des Kontraktmanagements geregelt: Die Politik entscheidet über die Ziele, die zu erbringende Leistung und die notwendigen Mittel. Die Mittel werden in einem Globalbudget fixiert, d. h. nicht auf detaillierte Ausgabenpositionen verteilt, sondern vielmehr den jeweiligen Dienstleistungseinheiten (Ämter, Fachbereiche) als Budgets zur Verfügung gestellt.
- Die Verwaltungen entscheiden im Rahmen des Budgets eigenständig über die Wege zur Zielerreichung. Die entsprechende Steuerung wird somit von der Input-Seite, d. h. der Bereitstellung von Haushaltsmitteln, auf die Output-Seite, d. h. auf die tatsächlich erbrachten Leistungen, umgestellt. Fach- und Ressourcenverantwortlichkeiten werden dezentral organisiert.
- Produkte sind die zentralen Steuerungsgrößen. Die Produktbeschreibungen umfassen für Bürger:innen sowie Verwaltung die Ziele, das quantitative Volumen, Qualitätsvorgaben sowie die zu erwartenden Kosten. Sie sind die Grundlage für die entsprechenden Leistungsverträge, die zwischen der jeweiligen Verwaltungseinheit und den eigentlichen Leistungserbringern vereinbart werden. Dabei kann

Abbildung XII.5 Neue Steuerung und Kontraktmanagement



Quelle: In Anlehnung an: Trube, A., Wohlfahrt, N. (2000), Von der Bürokratie zur Merkatokratie? a. a. O., S. 21.

es sich um interne Dienstleistungseinheiten (z. B. kommunale Beratungsstelle) wie um externe Anbieter handeln (z. B. freigemeinnützige, freie oder privat-gewerbliche Träger).

- Die Leistungserbringung wird einem Controlling unterzogen, das das Erreichen der Ziele und der finanziellen Vorgaben im Auge behält.
- Öffentliche Dienstleistungen stehen im Wettbewerb mit privaten Anbietern. Verwaltungsintern beruht der Wettbewerb zwischen einzelnen Verwaltungszweigen auf Leistungsvergleichen, die durch Kennziffern ermittelt werden.

Zur Beurteilung der Steuerungsverfahren im Bereich der sozialen Dienste gibt es konträre Positionen. Es gilt einerseits als geeignetes Instrument, um

- über mehr Wettbewerb nicht nur eine kostengünstigere Dienstleistungserbringung, sondern auch mehr Leistungsqualität anzuregen,
- auch in der Sozialverwaltung zu mehr Effizienz und Effektivität zu kommen und Missmanagement und eine Ressourcenverschwendung zu überwinden,
- über den Weg der dezentralen Ressourcenverantwortung die Rolle der Fachleute „an der Basis“ zu stärken.

Demgegenüber lassen sich vor allem folgende Bedenken einwenden:

- Eine Kommune mit einem verfassungsrechtlichen Auftrag zur sozialen Daseinsvorsorge für alle Bürger:innen kann nicht mit einem privatwirtschaftlich geführten, gewinnorientierten Unternehmen gleichgesetzt werden.
- Die „Produkt- und Output-Orientierung“ verkennt die zentralen Merkmale sozialer Dienste. In der Konsequenz wird soziales Handeln in fachlich unzulässiger Weise auf rein messbare Kriterien verengt. Es kommt jedoch nicht auf den mengenmäßigen Output an (z. B. Zahl der Beratungsstunden und -fälle, Teilnehmerzahlen), sondern auf „Ergebnisse“ (outcome). Diese stellen sich im Allgemeinen auch erst im Zeitablauf ein, z. B. als Folge einer Beratung.
- Der Kundenbegriff auf sozialen Dienstleistungsmärkten ist missverständlich, wenn auch seiner Verwendung eine wichtige strategische Funktion bei der Durchsetzung von mehr Nutzerfreundlichkeit und Bürgernähe zukommt. Soziale Dienste sind keine privaten Konsumgüter, ihre Eigenschaften „uno-actu-Prinzip“ und „Ko-Produktion“ schließen de facto ein Verbraucherverhalten nach dem Marktmodell des „homo-oeconomicus“ aus (vgl. Pkt. 2.2 dieses Kapitels).
- Budgetierung bedeutet in der Praxis häufig eine unzulässige Vermischung von inhaltlichen Steuerungszielen mit Sparmaßnahmen, d. h. die Rationalisierung der Verwaltung geht einher mit einer Rationierung der Mittel.

6.3 Technisierung und Digitalisierung sozialer Dienstleistungen

Technisierung und Digitalisierung haben längst auch die soziale Dienstleistungspraxis erreicht. Insbesondere in der professionellen Pflege gelten sie als eine Antwort auf die dort eklatanten Personalengpässe (vgl. Kapitel „Pflegebedürftigkeit und Pflege“, Pkt. 11.3). Andererseits gelten sie aber auch als eine der größten fachlichen Herausforderungen für die soziale Dienstleistungsproduktion insgesamt. Aktuell lassen sich folgende Einsatzfelder unterscheiden:

- Digitalisierung und IKT-Unterstützung im Management und bei Verwaltungsabläufen:
Hier geht es insbesondere um Prozessunterstützung im sog. „back-office-Bereich“ (z. B. IKT-basierte Planung, Dokumentation und Controlling, Erleichterung von Massengeschäften (Datenmanagement bzw. Sozialinformatik)). Wichtige, unmittelbar dienstrelevante Anwendungsbereiche sind u. a. die Pflegedokumentation, elektronische Patientenakten im E-Health-Bereich (vgl. Kapitel „Gesundheit und Gesundheitssystem“, Pkt. 13.4), die Sozialraumorientierung, Jugendhilfeplanung oder die Fallmanagement-Software in der Kinder- und Jugendhilfe oder die Auszahlung von Geldleistungen.

- Digitalisierung als technische Unterstützungs- und Assistenzsysteme: Hierunter fallen u. a. Kommunikations- und Mobilitätshilfen, Therapiehilfen, robotische Systeme, des Weiteren technik- und digitalgestützte Haus- und Wohnraumgestaltung (z. B. Smart-home Technologie) oder Lift- und Hebehilfen und dgl. in stationären Einrichtungen. Besondere Bedeutung in der Versorgung von Menschen mit Demenz haben sog. „soziale Roboter“ erhalten (z. B. Roboterroboten).
- IKT-Systeme und Digitalisierung zur besseren Erreichbarkeit und Zugänglichkeit: Hier steht der Zugang zu Informationen, neuen Kommunikationsmöglichkeiten und zur Verbesserung der Koordination von Leistungen im Mittelpunkt (z. B. „integrated care“; vgl. Kapitel „Pflegebefürftigkeit und Pflege“, Pkt. 11.3). Wichtige Anwendungsfelder neben dem Universal Design sind Telemedizin (vgl. Kap. Gesundheit und Gesundheitssystem“, Pkt. 13.4), E-Health und E-Care, verschiedene Informationsplattformen zur Selbstdiagnose, Erweiterung des eigenen Wissens über den Gesundheitszustand und zur Mitwirkung am Behandlungsprozess, zur Bildung und Nutzung von peer-to-peer Patientengemeinschaften oder zur besseren Zugang zu ortsunabhängigen Informationen, z. B. Handynutzung.
- Internet der Dinge: Hiermit ist die Kommunikation beim Zusammenspiel von Menschen, Geräten, Sensoren und Maschinen gemeint. Es gibt zwei zentrale Anwendungsfelder: Erkenntnisgewinnung durch große Datenmengen (big data), vor allem in der medizinischen Versorgung, sowie digitale Ordnung und Strukturierung von Daten zur Erhöhung der Analyse- und Auswertungsmöglichkeiten.

Auch wenn in der zunehmenden Digitalisierung vielfach eine neue Rationalisierungsoption gesehen wird, sind die bisherigen Erfahrungen keineswegs eindeutig. Die Empirie zeigt – je nach Einsatzfeld – positive wie problematische Effekte. So gilt zum einen Digitalisierung als Motor für Innovationen in der sozialen Dienstleistungsproduktion, wenn fördernd und unterstützend in das Interaktionsgeschehen zwischen Dienstleister und Dienstnehmer:innen eingegriffen werden kann. Der Sozialinformatik wird Abbau von Routineaufgaben und mehr Zeit für die eigentliche personenzentrierte Dienstleistungsarbeit attestiert. Technik und Robotik kann zur physischen Entlastungen bei körperbezogenen Interaktionen (z. B. Heben, Tragen) und damit zum Gesundheitserhalt des Pflegepersonals beitragen. Endnutzer:innen wiederum berichten von z. T. erhebliche Qualitätsgewinnen in den Dimensionen Prozess-, Ergebnis- und damit Lebensqualität, insbesondere, wenn Technikeinsatz den längeren Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung fördert.

Andererseits haben viele Professionelle bei klientennahen Dienstleistungen berufsethisch-moralische Bedenken und erleben neue Formen der Dequalifizierung vor allem bei dauerhafter und routinemäßiger Technikunterstützung. Auch sind das Akzeptanz- und das damit zusammenhängende Exklusionsrisiko in einer digital ge-

spaltenden Gesellschaft weitgehend ungelöst: Vor allem bildungsschwache und sehr alte Menschen mit zumeist höchstem Unterstützungsbedarf sind betroffen. Zwar wird bei nachrückenden Kohorten mehr Akzeptanz und Erfahrung erwartet, dem steht aber die zunehmende Innovationsgeschwindigkeit gegenüber.

Aus ökonomischer Sicht sind Effektivitäts- und Qualitätsvorteile zu erwarten, die Implementierung ist aber zeit-, personal- und damit kostenintensiv, zumal ein dauerhafter ökonomischer Druck zum Erhalt der Infrastruktur besteht. Demgegenüber ist die anfangs befürchtete Arbeitsplatzvernichtung nicht eingetreten, wohl aber Arbeitsverdichtung durch zusätzliche Einarbeitungszeit.

6.4 Wettbewerbsdruck: Zu Lasten der Versorgung und des Personals?

Der vermeintlich „einfachste“ Weg, Ausgaben für soziale Dienste zu begrenzen, besteht darin, Leistungen einzuschränken, in Quantität und/oder Qualität zu verschlechtern oder ganz zu streichen. Dies kann durch gesetzliche Neuregelungen, durch Verschlechterungen von Standards oder – bei freiwilligen Sozialleistungen – direkt durch Mittelkürzungen erfolgen. Zu beachten ist dabei, dass bereits dann Versorgungsniveau und -qualität nicht mehr gehalten werden können, wenn bei der Bemessung von Zuweisungen und Entgelten die Kosten- und Preissteigerungen nicht ausgeglichen werden.

Es muss je nach Art, Zielsetzung und Zielgruppenorientierung der Leistung und Einrichtung differenziert geprüft werden, zu welchen Folgewirkungen ein Leistungsabbau führt und welche sozialpolitische Bedeutung das nunmehr eingeschränkte oder ganz aufgegebene Angebot hat. Wenn der Bedarf an einer bestimmten Einrichtung oder einer Dienstleistung rückläufig ist oder gar nicht mehr vorhanden ist, sind eine Leistungseinschränkung oder ein Leistungswegfall anders zu beurteilen als im Fall durchaus bestehender, nun aber nicht mehr abgedeckter Bedarfe. Zwar kann sich, wenn eine kaufkräftige Nachfrage vorhanden ist, für marktfähige Dienste ein privates Angebot entwickeln. Fehlt jedoch die Kaufkraft, werden die Probleme und Hilfebedarfe an die Betroffenen zurück verlagert oder es findet sich überhaupt keine Lösung mehr. Ergebnis dürfte sein, dass reine Marktlösungen zwar vereinzelt vorkommen werden, aber die Angebote nur einem kleinen Kreis einkommensstarker Personen zugute kommt.

Einsparungen lassen sich auch durch die Einführung bzw. die Anhebung von Nutzungsentgelten bei der Inanspruchnahme sozialer Dienste erreichen. Es kommt dadurch zu einer partiellen Rückverlagerung der Finanzierungsverantwortung auf die Betroffenen. In dieselbe Richtung zielt der Finanzierungsrückgriff auf unterhaltspflichtige Angehörige (Eltern, Kinder) im Rahmen der Grundsicherung im Alter und der Sozialhilfe, wenn der Leistungsempfänger selbst nicht zahlen kann. Die Belastungen begrenzen sich allerdings auf Personen mit einem sehr hohen Einkommen (vgl. Kap. „Einkommen“, Pkt. 6.4). Regelungen zur Zahlung von Nutzungsentgelten bzw.

einer Eigenbeteiligung finden sich mittlerweile bei vielen Einrichtungen und Diensten. Üblich sind (sozial gestaffelte) Elternbeiträge im Bereich der Tageseinrichtungen für Kinder, aber auch in der Jugendhilfe, bei Beratungsangeboten oder in der offenen Altenarbeit. Die Pflegeversicherung übernimmt sowohl im ambulanten wie im stationären Sektor ohnehin nur Teilkosten.

Zwar kann angesichts insgesamt verbesserter Einkommensverhältnisse eine Eigenbeteiligung der Nutzer durchaus in Frage kommen. Denn nicht zuletzt lässt die Zahlungspflicht in vielen Fällen die pädagogische Wirkung eines verantwortlichen Umgangs mit knappen Mitteln erwarten. Wenn allerdings nicht nur von kleinen, eher symbolischen Beträgen die Rede ist, widerspricht die Eigenbeteiligung der grundsätzlichen Zielsetzung, die Inanspruchnahme von sozialen Diensten primär am Bedarf zu orientieren und finanzielle Restriktionen auszuschließen (vgl. Pkt. 2.2 dieses Kapitels). Gerade bei finanziell schwächeren Personengruppen kann es durch die Zahlungspflicht dazu kommen, dass bestimmte soziale Dienste nicht mehr oder nur unzureichend in Anspruch genommen werden, weil die Betroffenen die Mittel hierzu nicht aufbringen können. Zentraler Beurteilungsmaßstab einer Eigenbeteiligung muss deshalb sein, ob und inwieweit die Inanspruchnahme sozial gefiltert verläuft und ob dadurch womöglich soziale Disparitäten in den Lebenslagen der einzelnen Bevölkerungsgruppen weiter vertieft werden.

Einschränkungen bei den kommunalen Ausgaben betreffen nicht nur die Dienste und Einrichtungen, die in kommunaler Eigenregie bereitgestellt werden. Durch Kürzungen von Zuwendungen, die Absenkung von Leistungsentgelten und durch verschlechterte Bedingungen in Leistungsverträgen können auch die Angebote der anderen Träger, insbesondere der Wohlfahrtsverbände, unter Druck gesetzt werden. Es kann zum Aus für einzelne Dienste und Einrichtungen kommen, wenn die finanziellen Grundlagen nicht mehr gesichert sind.

Insgesamt ist in den zurückliegenden Jahren der Wettbewerb um die öffentlichen Mittel schärfer geworden. Es hat sich ein Preiswettbewerb entwickelt, der jenen Anbietern einen Vorteil verschafft, die kostengünstiger arbeiten. Da Erbringung und Bereitstellung sozialer Dienste sehr arbeitsintensiv sind, kommt es vor allem auf die Personalkosten an. Der für die industrielle Produktion übliche Weg, Personalkosten durch technologische Rationalisierung einzusparen, ist jedoch im Bereich sozialer Dienste nur sehr begrenzt möglich.

Angesichts dieser Grenzen, Arbeit durch Kapital zu ersetzen, wird der Preis- und Kostenwettbewerb über andere, sich überlappende Wege ausgetragen, und zwar vor allem durch Effektivierung und Flexibilisierung von Arbeitsorganisation und Arbeitszeiten und niedrige Personalkosten. Bei den Löhnen ist zu berücksichtigen, dass im Bereich privat-gewerblicher Anbieter die Bezahlung in der Regel geringer ausfällt als im öffentlichen Dienst oder bei der freien Wohlfahrtspflege, da es hier so gut wie keine Tarifbindung der Betriebe gibt. Aber auch die konfessionellen Wohlfahrtsverbände sind nicht bereit, Tarifverträge abzuschließen, und ihre Vergütungsregelungen („Arbeitsvertragsrichtlinien“) weisen schlechtere Bedingungen als der für

den öffentlichen Dienst geltende Tarifvertrag. Die Zeiten, in denen es eine flächendeckende und einheitliche Wettbewerbsordnung für den gesamten Gesundheits- und Sozialsektor gab, sind durch den Wettbewerb um (sinkende) Personalkosten abgelöst worden. Dies hat vor allem in der Pflege dazu geführt, dass nicht zuletzt aufgrund der schlechten Bezahlung der Pflegekräfte ein eklatanter Personalmangel entstanden ist. Die Politik versucht, dem durch die Festsetzung von Mindestlöhnen und durch Allgemeinverbindlicherklärungen von Tarifverträgen entgegenzuwirken (vgl. Kapitel „Pflegebedürftigkeit und Pflege“, Pkt. 7.2).

Die gemeinnützigen Träger haben gegenüber den privat-gewerblichen Anbietern wiederum den Vorteil, Personal einsetzen zu können, das außerhalb eines regulären Beschäftigungsverhältnisses steht. Von besonderer Bedeutung sind hier Helfer im freiwilligen sozialen Jahr (FSJ) und im Bundesfreiwilligendienst sowie sonstige freiwillig Engagierte.

Der Anbieterwettbewerb weist zugleich eine europäische Dimension auf. Denn angesichts der für die Europäische Union konstitutiven Prinzipien von Niederlassungsfreiheit und freiem Dienstleistungsverkehr stellt sich die Frage, ob Dienstleistungsanbieter aus anderen EU-Ländern in Deutschland ein Betätigungsfeld suchen. Die vom Europäischen Rat verabschiedete Dienstleistungsrichtlinie klammert jedoch das Sozial- und Gesundheitswesen von den Vorschriften aus. Auch gilt das Zielland-Prinzip: Für den Dienstleistungserbringer gelten die Vorschriften des Landes, in dem er tätig wird.

Zieht man ein Fazit, so deutet wenig darauf hin, dass der kostenbetonte Wettbewerb gleichsam automatisch zu einer Qualitätsverbesserung führt. Zu befürchten sind vielmehr Qualitätsverluste, wenn aus Kostengründen fachliche Standards nicht mehr eingehalten werden und/oder schlechter bezahltes, unqualifiziertes Personal zum Einsatz kommt. Andererseits müssen aber auch die Chancen gesehen werden. Der Wettbewerb führt zu einem Aufbrechen verkrusteter Träger- und Anbieterstrukturen sowie zu einer Steigerung der Effizienz und kann damit Anstöße für eine sozialpolitisch wünschenswerte Weiterentwicklung sozialer Dienste geben. Entscheidend ist, dass sich die Anbieter stärker als bislang an den Bedürfnissen, Erwartungen und Interessen der Klienten orientieren, dass der Wettbewerb also als Qualitätswettbewerb ausgestaltet wird.

7 Qualität und Qualitätssicherung

7.1 Grundlagen und Methoden

Vor dem Hintergrund sich verändernder ökonomischer Rahmenbedingungen einerseits und zunehmender Techniknutzung und Digitalisierung andererseits hat die Debatte um Qualität in den sozialen Diensten einen neuen Schub erhalten. Methoden und Verfahren der Qualitätssicherung und -entwicklung sind nicht nur feste Be-

standteile der Erbringung und Bereitstellung sozialer Dienste geworden, sondern wichtige Parameter zur Messung und Bewertung von „Erfolgen“ in diesem Bereich. Durch die Regelungen u. a. in der Pflegeversicherung, der Kinder- und Jugendhilfe, der Sozialhilfe und der Krankenversicherung ist Qualitätssicherung mittlerweile auch gesetzlich normiert, was ebenfalls das Thema vorangetrieben hat. Die Regelungen selbst enthalten allerdings kaum konkrete Vorgaben über Inhalte oder gar Standards und Niveaus von Qualität. Die Ausgestaltung und Umsetzung der Qualitätsnormen ist in erster Linie den Kostenträgern und den Diensteanbietern überlassen. Allerdings haben auch diese ein wachsendes Eigeninteresse, Qualitätsfragen zu stellen. So sind Qualitätsdebatten stets und in Zeiten von wachsender Kritik an sozialstaatlichen Leistungen ganz besonders eingebunden in politische Diskurse um Ressourcenbereitstellung und deren Legitimation, für die dann konkrete Qualitätsnachweise gefordert werden. Dabei ist es ein zentrales Problem, dass es keinen einheitlichen Qualitätsbegriff für die sozialen Dienste gibt.

Eine der gebräuchlichsten Definitionen besagt, dass es sich bei Qualität um die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung handelt, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen. Erfordernisse können beispielsweise Gesichtspunkte der Leistung, Brauchbarkeit, Zuverlässigkeit, Sicherheit, Umweltverträglichkeit, Wirtschaftlichkeit oder Ästhetik einbeziehen. Im Idealfall lassen sich derartige Erfordernisse als Qualitätsanforderungen mit festgelegten Prüfkriterien beschreiben. Qualität ist in diesem Kontext also die Übereinstimmung von Soll (Erwartungen der Nutzer) und Ist (tatsächlich erbrachte Dienstleistungen). Weit verbreitet ist dabei folgende Differenzierung:

- Strukturqualität bezieht sich auf die strukturellen Voraussetzungen, unter denen die Leistung erbracht wird. Hierunter werden sämtliche personenbezogenen Voraussetzungen (z. B. Qualifikation, Fähigkeiten des Personals), materielle Elemente (z. B. bauliche, räumliche und apparative Ausstattung), aber auch organisatorische Elemente (z. B. Aufbauorganisation) der jeweils zu betrachtenden Leistungseinheit gefasst.
- Prozessqualität betrachtet demgegenüber alle Aktivitäten, Tätigkeiten und Handlungen der versorgungsrelevanten Leistung (z. B. pflegerische Versorgung), d. h. die dazugehörigen Teilprozesse (z. B. Planung, Dokumentation) und Unterstützungsprozesse (z. B. Beschaffung, Reinigung). Prozessqualität bezieht sich somit auf die Art und Weise der Leistungserbringung.
- Ergebnisqualität (outcome) meint den Grad, zu dem das jeweils anvisierte Ziel der Dienstleistung – auch unter Berücksichtigung der Zufriedenheit des Hilfebedürftigen wie des Helfers – erreicht worden ist. Sie bezieht sich auf Versorgungsendpunkte (z. B. Lebensqualität, Teilhabe) oder auf sog. Surrogatparameter (z. B. Verbesserung einer Körperfunktion, Vermeidung von Schäden) und kann objektifizierbare Veränderungen (z. B. Mobilitätsverbesserung) oder subjektive Bewertun-

gen (z. B. Zufriedenheit) umfassen. Insgesamt gilt die Definition, Messung, Verbesserung und Sicherstellung von Ergebnisqualität als eine besondere fachliche Herausforderung

Im Bereich der sozialen Dienste bezieht sich die Qualitätsmessung entsprechend dieser Strukturierung zumeist auf organisatorisch-institutionelle Strukturen und Abläufe des betrieblichen Erbringungsrahmens sozialer Dienste. Da in der Vergangenheit diesen Dimensionen vielfach nur wenig Beachtung geschenkt wurde, war und ist diese instrumentelle Orientierung für viele Träger und Dienste durchaus hilf- und erfolgreich. Die Prüf- und Kontrollmethoden sind allerdings mit sehr hohen Anteilen von schriftlicher Dokumentation und Berichtslegung verbunden. Für viele soziale Fachkräfte hat sich dadurch der Arbeitsalltag erheblich in Richtung auf bürokratisch-administrative Routinearbeit verändert, wenn nicht gar qualitativ verschlechtert.

Davon jedoch zu trennen ist die Frage, ob sich der instrumentelle Qualitätsbegriff überhaupt für personenbezogene soziale Dienstleistungen und deren spezifische Besonderheiten der Interaktion und Kommunikation mit Menschen in persönlichen und sozialen Notlagen eignet. Im Gegensatz dazu steht ein normatives Qualitätsverständnis. Hierbei geht es weniger um Produkt- oder Dienstleistungseigenschaften, als vielmehr um die Ableitung und Anwendung normativer Zielsetzungen und -vorgaben, die sich auf Wirkungen bei den Nutzer:innen beziehen. Dies gilt vor allem für die Ergebnisqualität. Dazu werden häufig allgemeine Konzeptbegriffe wie etwa Lebensweltorientierung, Lebensqualität oder Inklusion verwendet, die dann aber im jeweiligen Handlungskontext interpretiert werden müssen. Dabei kann es sich sowohl um subjektive Ziele bei einzelnen Dienstleistungsempfänger:innen selbst (z. B. Lebenszufriedenheit) als auch um übergeordnete gesellschaftspolitische Vorgaben, sei es mit paternalistischem oder mit emanzipatorischem Zuschnitt, handeln. Letzterem entsprechen Ziele wie Partizipation, Selbstbestimmung/Autonomie, Empowerment oder (soziale) Bürgerrechte. Im Bereich der Wohlfahrtsverbände gibt es Bestrebungen, diese normativen Qualitätsvorgaben mit übergeordneten Leitbildern in Einklang zu bringen. Nicht zuletzt bestimmen auch die spezifischen Vorstellungen der jeweils beteiligten einzelnen Berufsgruppen und deren jeweilige berufsethischen Kontexte den zur Anwendung kommenden Qualitätsbegriff.

7.2 Interne und externe Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und Nutzerbeteiligung

Der Begriff der Qualitätssicherung fragt danach, mit welchen formalen Methoden und Instrumenten Qualität gemessen oder gesichert (im Sinne von erhalten) werden kann. Allerdings kann nur gesichert werden, was eindeutig definiert und formuliert ist. Dennoch haben viele Anbieter und Träger sozialer Dienste eigenständige Qualitätssicherungsinstrumente entwickelt und -maßnahmen eingeführt, vor allem im Ei-

geninteresse der Legitimation gegenüber den Kostenträgern oder der Konkurrenz. Je nach Arbeitsgebiet gibt es dazu unterschiedliche Konzepte, Modelle und Methoden.

Soll Qualitätssicherung als anerkanntes Ziel sozialer Dienstleistungserbringung fungieren, bedarf es entsprechender Instrumente zur Überprüfung und Durchsetzung. Dies gilt insbesondere für Qualitätsstandards und -niveaus, die als Zielvereinbarungen bzw. Orientierungsgrößen für Qualitätsmanagementbemühungen ebenso wie als Beurteilungskriterien für die Überprüfung der Wirksamkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen dienen können. Sie sind für viele Bereiche sozialer Dienste (noch) nicht entwickelt bzw. für bestimmte Dienstleistungsarten auch nur schwer zu konzeptualisieren. Dies gilt insbesondere für die Ergebnisqualität aufgrund der Schwierigkeiten, „Kundenerwartungen“ eindeutig zu objektivieren. Die Schwierigkeit, in der Pflege „Ergebnisqualität“ zu messen, ist ein besonders augenfälliges Beispiel dafür (vgl. Kapitel „Pflegebedürftigkeit und Pflege“, Pkt. 8.4).

In der praktischen Ableitung und Umsetzung von Qualitätszielen kommt es vor allem darauf an, welche Instanz die Qualitätsverantwortung übernimmt. Grundsätzlich kann zwischen zwei Formen der *Qualitätssicherung* unterschieden werden:

- Die *interne* Qualitätssicherung bezeichnet die Summe aller Maßnahmen, die der jeweilige Dienst oder die jeweilige Einrichtung selbst vornimmt. Die Liste von Methoden, Instrumenten und Verfahren reicht vom standardisierten Routine-Berichtswesen und der Leistungsdokumentation, über Kennzahlen und Kostenrechnungen bis hin zur Einrichtung von Qualitätszirkeln, die Einsetzung von Qualitätsbeauftragten, Qualitätskonferenzen oder von Assessmentrunden sowie die (Weiter-)Entwicklung von Qualitätsstandards und -niveaus im Rahmen von Mitarbeitertreffen. Hinzu kommen Kunden- oder Nutzerbefragungen.
- Die *externe* Qualitätssicherung bezieht sich demgegenüber auf die Überprüfung und Kontrolle durch einrichtungsfremde Institutionen (z. B. örtliche Qualitätssicherungsstelle), Personen (z. B. Ombudsmann) oder Organisationen (z. B. Verbraucherverbände, Selbsthilfeorganisationen). Sie kann sowohl gesetzlich vorgeschrieben, von den Kostenträgern vorgegeben oder gar vom Dienstleister selbst initiiert sein (z. B. Evaluierung durch eine unabhängige wissenschaftliche Begleitung). In manchen Kommunalverwaltungen dienen diesem Ziel neuerdings eigens eingerichtete Beschwerdestellen. Insgesamt jedoch sind in Deutschland die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen für die externe Qualitätssicherung entsprechend einer generell staatlichen Zurückhaltung bei der Vorgabe von Qualitätszielen und Standards in der Sozialpolitik sehr schwach ausgebildet. Es überwiegt die Vorstellung von der primären Träger- und Akteursverantwortung.

Von kooperativer Qualitätssicherung spricht man dann, wenn alle an der Erbringung sozialer Dienste Beteiligten, d. h. unterschiedliche Berufsgruppen ebenso wie Experten, Professionelle und Laien des privat-informellen Helfernetzes, Qualitätssicherung als gemeinschaftliche Aufgabe verstehen und praktizieren.

Qualitätssicherung ist zeit- und kostenintensiv und kann in Einzelfällen bis zur Einrichtung neuer Bürokratien reichen. Für viele Einrichtungsträger wie Mitarbeiter:innen gleichermaßen bedeutet die Beachtung von qualitätssichernden Vorgaben aber nichts weiter als noch mehr Bürokratie und bildet daher nicht selten ein motivationshemmendes Umsetzungsproblem.

Ein emanzipatorisches Verständnis von Qualitätssicherung setzt voraus, bei ihrer Entwicklung nicht nur (möglichst interdisziplinären) Sachverstand zu beteiligen, sondern auch die Interessen der Leistungsempfänger:innen einzubeziehen (partizipative Qualitätssicherung). In dem Maße, in dem diese jedoch in ihrer Beurteilungsfähigkeit eingeschränkt sind, was z. B. auf viele Heimbewohner:innen zutrifft, bedarf es einer besonders sorgfältigen Erfassung dessen, was für diesen Personenkreis „Qualität“ sein könnte und sollte. Die Berücksichtigung der Nutzerinteressen gilt angesichts der Schwierigkeiten, diese objektivierbar zu machen, als ein schwer lösbares Problem. Zu beachten sind neben eingeschränkten Lebenslagen auf Seiten vieler Leistungsempfänger:innen Wissens- und Fachlichkeitsvorsprünge bei den Professionellen.

Weitergehend als der Terminus Qualitätssicherung ist der der *Qualitätsentwicklung*. Darunter werden eine kontinuierliche Bewertung und eine darauf bezogene prozesshafte Weiterentwicklung von Qualität verstanden. Dieser Begriff stellt dabei die Dynamik in den Mittelpunkt und knüpft an fachliche Ansätze zu ihrer Beförderung an. Der Begriff betont dynamisch ausgerichtete Verfahren gegenüber den eher formalen, instrumentenbezogenen Ansätzen insbesondere im Zusammenhang mit Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen, Praxisberatung, Supervision oder Fort- und Weiterbildung. Ziel ist die dauerhafte Anwendung von Qualität im Rahmen praxisbezogener Formulierung und Konkretisierung und damit die Anpassung an und Übertragung auf einrichtungs- und trägerspezifische Besonderheiten. Eine so verstandene Qualitätsentwicklung geht dabei stets mit Organisations- und Personalentwicklung und damit Change-Management einher. *Qualitätsmanagement* ist dabei Teil der internen Qualitätssicherung. Darunter versteht man eine Führungsmethode, die sich auf die gesamten Anstrengungen einer Organisation, den Qualitätsgedanken in den unterschiedlichen Bereichen, Strukturen, Prozessen und Ergebnissen einer Organisation zu verankern, d. h. möglichst die gesamte Organisation unter der Perspektive von Qualität zu steuern.

8 Nicht-professionelle Hilfe- und Unterstützungsleistungen

Trotz des andauernden Trends zur Professionalisierung sozialer Dienste werden unverändert die meisten personenbezogenen Hilfe- und Unterstützungsleistungen nicht von bezahlten Professionellen, sondern von Lai:innen im familiären und sozialen Raum erbracht. Neben der individuellen Eigenhilfe gilt dies vor allem für Familienangehörige, Freund:innen, Nachbar:innen und anderen Personen aus dem engen sozialen Netzwerk („kleine soziale Netze“). Hinzu kommen Hilfeleistungen im

Rahmen des freiwilligen sozialen Engagements oder der Selbsthilfe. Die zuletzt genannten außerfamilialen Hilfe- und Unterstützungsformen werden häufig auch unter dem Oberbegriff des sozial-bürgerschaftlichen Engagements (sbE) subsumiert, wobei die Grenzen jeweils fließend sind.

Die tatsächliche wie potenzielle Verfügbarkeit über persönliche Hilfen durch andere Menschen im vorinstitutionellen, d. h. familiären und sozialen Raum ist nicht allein unter dem Aspekt der Linderung oder Beseitigung konkreter Bedarfs-, Konflikt- oder Notlagen zu sehen. Art und Ausmaß der sozialen Einbindung der Menschen haben auch Einfluss darauf, ob und in welchem Maße überhaupt soziale Konflikte und Probleme entstehen: Jugendkriminalität beispielsweise hat viel mit der sozialen Integration der Menschen in Gemeinschaft und Gesellschaft zu tun. Übergreifend gesehen ist die Einbindung der Bevölkerung in informelle soziale Netzwerke eine unverzichtbare Voraussetzung für den Zusammenhalt einer Gesellschaft, für die Entwicklung von Alltagssolidarität und Gemeinsinn. Ein Gemeinwesen, das in verzelte und beziehungslose Individuen zerfällt und nicht auf informelle, aber stabile und verlässliche Stützsysteme in der Familie und im nachbarschaftlichen/freundschaftlichen Kontext zurückgreifen kann, ließe sich durch öffentliche Sozialpolitik nicht reparieren. Sozialstaat und soziale Gesellschaft bauen aufeinander auf.

8.1 Individuelle Selbst- und Familienhilfe

Individuelle Selbsthilfe und Familienhilfe bilden den Kernbereich sozialer Hilfen im Vorfeld der Problembearbeitung durch die Sozialpolitik. Weit gefasst, lässt sich bereits der überwiegende Teil der Alltagsbewältigung als individuelle Selbsthilfe bezeichnen: Man legt sich selbst einen Verband an und geht deswegen nicht gleich zu einem/r Arzt/Ärztin. Man informiert sich selbst über soziale Rechte oder das bestehende Angebot an sozialen Leistungen, ohne eine Beratungsstelle aufzusuchen. Die Eltern erziehen ihre Kinder ohne Hinzuziehung einer Erziehungsberatungsstelle usw.

Familiäre Hilfen sind eingebunden in die Alltäglichkeit des familiären Lebens- und Reproduktionszusammenhangs und werden im Kontext der auf Partnerschaft/Ehe und Verwandtschaft basierenden sozialen Beziehungen erbracht. Dabei ist zu beachten, dass die Generationenbeziehungen heute in der Regel drei, und nicht selten bereits vier Generationen umfassen (vgl. Kapitel „Familie und Kinder“, Pkt. 2). Die Familie trägt auch heute noch die Letztverantwortung bei der Bewältigung immaterieller Problemlagen, und zwar aller familiärer Generationen. Der demografische und soziale Wandel hat nicht nur zu einer Ausweitung des familiären Aufgaben- und Leistungsspektrums, sondern auch zu dessen weiterer Differenzierung geführt. Viele aus der Elterngeneration zählen heute zur „Sandwich-Generation“ mit Verpflichtungen in beide Richtungen, gegenüber der Kindergeneration einerseits und der Elterngeneration andererseits. Demgegenüber hat aber auch die Zahl von Helfer:innen aus dem Familienverband zugenommen. In einer wachsenden Zahl von Fällen sind heute

Enkelkinder in die Betreuung der Großeltern einbezogen, und in noch mehr Fällen Großeltern in die Sorge um die Enkelkinder. Die innerfamiliären Hilfe- und Austauschbeziehungen werden umso wichtiger, je unzureichender die professionellen, sozialstaatlichen Leistungen sind oder ganz fehlen. Ebenso fallen die aus dem professionellen System ausgegliederten, „unlösbaren“ Problemfälle zumeist in die familiäre Zuständigkeit.

Neben der praktischen Hilfe bei Alltagsverrichtungen und -problemen und bei Bedarfs- und Notsituationen bezieht sich Familienhilfe schwerpunktmäßig auf die Bedürfnisse nach Emotionalität, Zuwendung und Trost oder auf sonstige psychosoziale Unterstützung. Familienhilfe zeichnet sich zumeist durch Dauerhaftigkeit, Verlässlichkeit und hohe Verbindlichkeit aus, allerdings nicht unbedingt immer durch höchste Fachlichkeit. Auf der Grundlage gefühlsmäßiger Bindungen, kultureller Normen, Moralvorstellungen und religiöser Motive erwächst eine Hilfeverpflichtung, der sich die Familienmitglieder nur schwer entziehen können oder wollen, und die jenseits bestehender gesetzlicher Vorschriften zur Familiensolidarität wirksam ist, so z. B. die Ehegattensubstanzialität oder die Sorge für die Kinder nach dem BGB. Familienhilfe beruht zumeist auf Wechselseitigkeit (Reziprozität) bzw. auf darauf gerichtete Erwartungen. Sie ist weitgehend dauerhaft und im Regelfall auch über die Generationen, d. h. über den gesamten Lebenslauf, hinweg präsent. Ob sich dies alles auch künftig noch in dem Umfang wie heute realisieren lässt, muss sich aufgrund von Veränderungen in den Familienstrukturen, im Geschlechterrollenverständnis, wegen der zunehmenden Frauenerwerbstätigkeit sowie wegen der durch berufliche Mobilitätsanforderungen begründeten gestiegenen räumlichen Trennung der Generationen (vgl. Kapitel „Familie und Kinder“, Pkt. 2) erst noch erweisen. Andererseits hat sich das „Versorgungsmodell Familie“ bislang bewährt und als im hohen Maße anpassungsfähig erwiesen.

Die innerfamiliäre Hilfe ist aber nicht von vornherein gut oder immer fachlich angemessen. Die einfache wie eingängige Formel „Die Familie hilft am besten“ stimmt keineswegs. Nicht umsonst hat sich auf dem Hintergrund wachsender Anforderungen an Hilfe- und Unterstützungsleistungen eine *Funktionsteilung* zwischen familiären und professionell erbrachten Diensten herausgebildet und bewährt. Sie hat in wichtigen Bereichen allein deshalb zu einer Auslagerung der Dienste aus dem familiären Lebenszusammenhang geführt, weil hier extern erbrachte professionelle Hilfe fachlich besser und problemadäquater ist (z. B. Versorgung von Kindern in Tageseinrichtungen). Ebenfalls bewährt hat sich auch die unmittelbare und praktische Unterstützung familiärer Hilfen durch Professionelle in gemischten Hilfearrangements („Hilfe-Mix“) (z. B. Unterstützung pflegender Angehöriger durch ambulante und teilstationäre Pflegedienste, ambulant betreute Wohngemeinschaften unter Beteiligung von Angehörigen). Das neue kommunale Leitbild in der pflegerischen Versorgung, die „sorgenden Gemeinschaften“, begründet seine proklamierte Leistungsfähigkeit sogar ausdrücklich auf die organisierte Zusammenarbeit von Lai:innen und Professionellen und dies zudem bei kommunaler Letztverantwortung. Andererseits zeigen

Fälle aus der Praxis, dass einige Familien mit der Bewältigung ihrer sozialen Probleme überfordert sind. So gibt es z. B. zahllose Beispiele von schwerwiegenden Erziehungsmängeln der Eltern bis hin zu Vernachlässigung und Kindesmisshandlung, von Gewalt gegen (Ehe-)Frauen oder gegen zu Hause versorgte Pflegebedürftige sowie viele Beispiele für eine qualitativ unzureichende häusliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen und ständig Bettlägerigen.

Eine Beurteilung der familiären Leistungsfähigkeit durch neutrale Instanzen erfolgt nur in ganz wenigen Ausnahmefällen, und dann häufig erst nach Bekanntwerden von Missständen, d. h. wenn es bereits zu spät ist. Die Familie gilt vielen immer noch als gesellschaftlicher Tabubereich, der einer öffentlichen Qualitätskontrolle im Grundsatz nicht bedarf. Dennoch gibt es Ausnahmen: So sind z. B. die Jugendämter verpflichtet, im Falle schwerwiegender Erziehungsmängel, die etwa den Lehrer:innen oder dem/r Arzt/Ärztin auffallen, familienergänzend oder im Extrem sogar -ersetzend einzuschreiten. An die Gewährung von Pflegegeld an Pflegebedürftige nach dem Pflegeversicherungsgesetz ist die Bedingung geknüpft, dass die häusliche Versorgung „in geeigneter Weise“ sichergestellt sein muss, was auch – je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit – in unterschiedlichen Abständen von außen durch geeignete Fachkräfte überprüft wird.

Entsprechend dem traditionellen Familienleitbild und der vorherrschenden geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung ist Familienhilfe überwiegend Hilfe durch Frauen, sowohl durch nicht (mehr) erwerbstätige, als auch durch erwerbstätige Frauen. Lediglich in der Altenpflege lässt sich ein beträchtlicher Anteil von Pflege durch Männer, allerdings zumeist Ehepartner, feststellen. Trotz vieler Hinweise auf eine sich entwickelnde „neue Männlichkeit“ oder eine „neue Väterlichkeit“: Es sind auch heute noch zumeist die Mütter, Ehefrauen und Töchter, die familiäre Erziehungs-, Pflege- und Betreuungsaufgaben übernehmen, und zwar unentgeltlich und zumeist ohne eigenständige sozialversicherungsrechtliche Absicherung.

Die hohe Bedeutung der Familienhilfe zeigt sich insbesondere bei den erzieherischen und pflegerischen Hilfen: In der Bundesrepublik wird die überwiegende Mehrzahl der Kinder privat versorgt, betreut und erzogen. Dabei spielen die Großeltern eine zunehmend wichtige Rolle. Allerdings ist das familienergänzende Angebot an Tageseinrichtungen und an Ganztagschulen erheblich ausgebaut worden (vgl. Kapitel „Familie und Kinder“, Pkt. 8.1). Auch die Versorgung von Menschen mit Behinderungen und die Unterstützung und Pflege von hilfe- und pflegebedürftigen – darunter überwiegend älteren – Menschen wird zumeist von den Familien geleistet. Nicht von ungefähr gilt die Familie als der „größte Pflegedienst der Nation“. 2019 lebt in Deutschland nur etwa ein Viertel der pflegebedürftigen Menschen in stationären Einrichtungen, d. h. die weit überwiegende Mehrheit wird zu Hause bzw. privat von zumeist engsten Angehörigen versorgt; und nur eine Minderheit erhält dabei professionelle Unterstützung (vgl. Kapitel „Pflegebedürftigkeit und Pflege“, Pkt. 2).

8.2 Bürgerschaftliches Engagement

Der Begriff des bürgerschaftlichen Engagements dient heute als Sammel- bzw. Oberbegriff für ein breites Spektrum unterschiedlicher Spielarten unbezahlter, freiwilliger und gemeinwohlorientierter Aktivitäten. In den Begriff selbst werden andere Begrifflichkeiten wie Ehrenamt, freiwilliges soziales Engagement, politische oder soziale Partizipation mit aufgenommen. Beziehen sich bürgerschaftliche Aktivitäten im weitesten Sinne auf den sozialen Bereich, dann spricht man von sozial-bürgerschaftlichem Engagement (sbE).

Bürgerschaftliches Engagement lässt sich durch folgende Kriterien charakterisieren:

- Freiwilligkeit,
- nicht auf materiellen Gewinn ausgerichtet,
- gemeinwohlorientiert,
- öffentlich bzw. im öffentlichen Raum stattfindend,
- gemeinschaftliche/kooperative Ausübung.

Die Qualifizierung eines Engagements als spezifisch bürgerschaftliches liegt immer dann vor, wenn die Agierenden in ihrer Eigenschaft als Bürger:innen handeln und ihre Motivation durch Mitverantwortung für andere und Sensibilität für Anforderungen des Gemeinwesens gekennzeichnet ist. Der Begriff des bürgerschaftlichen Engagements geht dabei über die Verwendung von Zeit hinaus und umfasst auch Geld- und Sachspenden. Die bloße Mitgliedschaft in einer Partei, einer Gewerkschaft, einem Verein oder einem Wohlfahrtsverband zählt indes nicht dazu. Zur Kennzeichnung des besonderen Ortes für bürgerschaftliches Engagement hat sich auch der Begriff des *dritten Sektors* eingebürgert.

Bürgerschaftliches Engagement kann als Bestandteil der aktiven Weiterentwicklung, Ausweitung und Intensivierung der Demokratie begriffen werden. Aus einer anderen Perspektive bezieht es sich auf eine mehr individuelle Ebene und meint damit z. B. das Engagement des/r einzelnen Bürgers/in in der Zivilgesellschaft, der/die an der Erörterung öffentlicher Belange sowie an der Artikulation daraus folgender politischer Aktivitäten interessiert und in dieser Hinsicht auch im hohen Maße kompetent ist.

Diese breite Begriff des bürgerschaftlichen Engagements ermöglicht es, Bürgerschaftlichkeit als eine eigenständige Dimension für gesellschaftliches, gemeinwohlorientiertes Engagement der verschiedenen Art – sozial, politisch, gesellig – zu verstehen: Formen des sozialen Engagements in Vereinen, Kirchengemeinden, Wohlfahrtsverbänden, Formen der Eigenarbeit, wie z. B. in Genossenschaften, Tauschringen usw., Formen der Selbsthilfe, die Wahrnehmung öffentlicher Funktionen sowie konventionelle und unkonventionelle Formen der politischen Beteiligung.

Folgende Formen und Bereiche lassen sich unterscheiden:

- politisches Engagement wie z. B. Mitarbeit in Gemeindeparlamenten, Parteien, Verbänden, Gewerkschaften, Ausländer- oder Seniorenbeiräten,
- soziales Engagement wie z. B. Tätigkeiten in Jugend- und Wohlfahrtsverbänden, Seniorenverbänden oder Hospizgruppen,
- Engagement in Vereinen, Verbänden und Kirchen wie z. B. ehrenamtliche Vorstandstätigkeiten oder als Jugendtrainer/in,
- Wahrnehmung öffentlicher Funktionen wie z. B. Schöff:innen oder Wahlhelfer:innen,
- Formen der gegenseitigen Unterstützung wie z. B. Nachbarschaftshilfen, Genossenschaften und Tauschringe,
- Selbsthilfe sowie
- Engagement in und von Unternehmen, wie z. B. Geld-, Sach- und (Arbeits-)Zeit-spenden für bürgerschaftliche und/oder soziale Zwecke.

Bei einem so breiten Verständnis von bürgerschaftlichem Engagement überrascht es nicht, dass z. B. der Freiwilligensurvey zu einer Engagementsquote von gut 40 % aller Bürger:innen kommt – mit leicht höheren Quoten für Westdeutschland gegenüber Ostdeutschland. Demnach nahmen 2014 über 31 Millionen Menschen (über 14 Jahre) in einer gewissen Regelmäßigkeit bestimmte freiwillige Aufgaben im Freundes-, Bekanntenkreis, der Nachbarschaft oder dem erweiterten Verwandtennetzwerk wahr; mit einem geleisteten Volumen von durchschnittlich 2 Stunden/Woche. Zu beachten ist aber ein hoher Überschneidungsbereich zu Freizeitgestaltung, Ausübung von Hobbies und dgl. Nicht immer steht der gesellschaftliche Nutzen im Vordergrund. Zeitreihenuntersuchungen lassen eine insgesamt steigende Bereitschaft zum Engagement in der Bevölkerung erkennen, und noch immer gilt das Potenzial als nicht ausgeschöpft.

Die hauptsächlich gewählten Engagements betreffen mit weitem Abstand die Felder „Sport und Bewegung“, „Schule und Kindergärten“, „Kultur und Musik“ sowie – an vierter Stelle – den „sozialen Bereich“. Die gendertypischen Beteiligungsquoten verteilen sich erwartungsgemäß unterschiedlich: Bei insgesamt etwas höheren Beteiligungsquoten der Männer sind männerdominierte Bereiche „Sport und Bewegung“ sowie das „freiwillige Rettungswesen“; frauendominiert sind dagegen „Schule und Kindergarten“ sowie die Bereiche „soziales“ und „kirchliches Engagement“. Erstaunlicher Weise ist das Engagement in den jüngeren und mittleren Altersgruppen höher als in den oberen Altersgruppen, trotz der hier vermehrt vorhandenen Ressource „Zeit“. Allerdings weisen die Älteren seit Beginn des Freiwilligensurveys die höchsten Steigerungsraten auf, wobei allerdings Engagementquoten und -bereitschaft jenseits von 70 Jahren deutlich zurückgehen. Unter den Motiven dominieren „Spaß haben“, „mit anderen Menschen und/oder Generationen zusammenkommen“ sowie der Wunsch, die „Gesellschaft mitgestalten zu wollen“. Nicht überraschend ist auch der deutliche Zusammenhang zwischen Bildungsstatus und Engagementquote, aber auch die niedrige Engagementbereitschaft von Menschen mit Migrationsgeschichte.

Generell lassen sich für das bürgerschaftliche Engagement in Deutschland heute die folgenden Trends erkennen:

- **Pluralisierung:** Neben klassischen Engagementformen in Vereinen, Verbänden etc. sind neue Formen und Zusammenschlüsse getreten, so z. B. in den Bereichen Ökologie, Kultur, Schule, Gesundheit, Gender.
- **Individualisierung:** Engagement erfolgt heute unabhängiger von traditionellen Bindungen und Rollen. Dies gilt im Grundsatz für alle Altersgruppen gleichermaßen: Ob sich Menschen bürgerschaftlich engagieren, hat weniger mit ihrem kalendarischen Lebensabschnitt zu tun, sondern mehr mit der Zugehörigkeit zu einem bestimmten sozialen und kulturellen Milieu im Lebensverlauf.
- **Motivwandel:** Es existiert ein Motivwandel weg von altruistischen hin zu eher ereignis-, spaß- und selbstverwirklichungsbezogenen Motiven. Zunehmend bedeutsam werden auch individuelle Nutzenerwägungen wie z. B. Reputation, Investitionen in die Zukunft oder berufliche Gründe.

8.3 Sozial-bürgerschaftliches Engagement

Wenn im Folgenden von *sozial*-bürgerschaftlichem Engagement (sbE) die Rede ist, dann geht es um freiwilliges und unentgeltliches Engagement im Zusammenhang mit sozialer Dienstleistungserbringung. Obwohl die Grenzen fließend sind, können dabei prinzipiell zwei Formen unterschieden werden:

- Soziale Dienstleistungserbringung durch sozial-bürgerschaftliches Engagement selbst und
- sozial-bürgerschaftliches Engagement in Kooperation mit professioneller sozialer Dienstleistungsproduktion.

Beide Formen sind mittlerweile fester Bestandteil der Bemühungen um einen neuen *Wohlfahrtsmix* und gelten als förderungs- und weiterentwicklungswürdig.

Charakteristikum des SbE – im Unterschied zur Mitarbeit in Selbsthilfegruppen und -projekten (vgl. Pkt. 8.8.3 dieses Kapitels) – ist, dass sie nicht durch Selbstbetroffenheit gekennzeichnet ist, sondern sich primär auf andere, dabei häufig auf Fremde, richtet. Sie erfolgt freiwillig und unentgeltlich und setzt somit eine anderweitige finanzielle und soziale Absicherung voraus. Für sbE der Bevölkerung lassen sich vor allem vier Hauptbegründungen anführen:

- *Personenbezogene* Begründung (persönliche Sinnstiftung, Eigennutzen),
- *Soziale* Begründung (Schaffung von „sozialem Kapital“ mit sozialem Nutzen für den einzelnen wie die Gesellschaft),

- *Politische* Begründung (Stärkung der Demokratie, Förderung gesellschaftlicher Partizipation),
- *Fachliche* Begründung (Qualitätserhöhung von zumeist professionell betriebenen sozialen Unterstützungs- und Dienstleistungsangeboten).

Der sozialpolitische Wert des sozial-bürgerschaftlichen Engagements wird insbesondere in seiner spontanen, emotional hoch motivierten Herangehensweise, in der persönlichen Zuwendung und Anteilnahme gesehen, womit die Distanz zum Hilfebedürftigen abgebaut und das Eingehen auf seine psychosozialen Nöte erleichtert werden können. Andererseits kann im Falle fehlender Anerkennung durch die jeweiligen Träger oder die Gesellschaft die Bereitschaft und Motivation auf Seiten der sozial bürgerlich Engagierten sehr schnell zurückgehen. Da sbE nicht arbeitsvertraglich geregelt ist, kann es auch jederzeit wieder aufgegeben werden. Dies alles schränkt seine (Ver-)Planbarkeit deutlich ein.

Ähnlich wie im allgemeinen bürgerschaftlichen Engagement ist auch das sbE breit gefächert und richtet sich vor allem auf

- den Gesundheitsbereich, wie z. B. das Engagement der sog. „grünen Damen“ in Krankenhäusern oder die Mitarbeit in der Hospizbewegung,
- die Altenhilfe- und -pflege, wie z. B. Mitarbeit in lokalen Kranken- und Altenpflegeeinrichtungen, in der häuslichen Versorgung Demenzkranker oder die externe Mitarbeit in Heimbeiräten,
- die Wohnumfeldentwicklung, so etwa die Mitwirkung bei der sozialen Quartierserneuerung,
- Mitarbeit in Beschäftigungs- und Qualifizierungsgesellschaften (z. B. Fördermaßnahmen für arbeitslose Jugendliche,
- Mentorenprojekte (z. B. Senior-Expert-Service),
- die Vermeidung/Überwindung von sozialem Ausschluss, wie z. B. soziale Lobbyarbeit oder die Mitarbeit bei Amnesty International,
- Betreuung und Unterstützung von Flüchtlingen und Schutzsuchenden, wie z. B. Begleitung der Kinder oder Sprachförderung,
- Schulangelegenheiten, wie z. B. Hausarbeitsbetreuung bei sozial benachteiligten Kindern sowie
- die Kinder- und Jugendhilfe, wie z. B. Familienselbsthilfe oder außerschulische Kinderbetreuung.

Dessen ungeachtet ist allen übrigen, nicht explizit als „sozial“ ausgewiesenen Formen des bürgerschaftlichen Engagements häufig gemeinsam, dass soziale Themen mitbearbeitet bzw. sozialpolitische Anliegen *mit*verfolgt werden können. Darüber hinaus gibt es ein hohes Maß an bürgerschaftlichem Engagement in der Bevölkerung in Überschneidungsbereichen zum sozialen Sektor. So weisen viele freiwillig und un-

entgeltlich geleistete Tätigkeiten in Sportvereinen, bei der Freiwilligen Feuerwehr oder den technischen Hilfsdiensten sowie in den verschiedenen Freizeit- und Kulturangeboten stets auch soziale Elemente auf. Bekannte Beispiele für derartige Mischformen sind die Schützenvereine, Landfrauenorganisationen oder die Seniorenarbeit von Parteien und Gewerkschaften. In der heutigen Praxis sind sozial-bürgerschaftlich Engagierte überwiegend im Bereich der „weichen“ sozialen Bedarfslagen tätig, also dort, wo Art und Schwere der Aufgabe weder hohe zeitliche, physische, psychische noch besondere qualifikatorische Anforderungen stellen. Allerdings wandelt sich auch hier allmählich das Bild. Modellprojekte zeigen überraschende Erfolge des sbE in der häuslichen Versorgung und Begleitung demenzkranker älterer Menschen (Pflegebegleiter:innen) oder in der Hospizbewegung. Dennoch gilt, dass die Bearbeitung der „harten“ sozialen Bedarfslagen weit überwiegend den Professionellen vorbehalten bleibt.

Im Gegensatz zum leicht männerdominierten allgemeinen bürgerschaftlichen Engagement wird sbE immer noch überwiegend von vielfach älteren und nicht (mehr) erwerbstätigen Frauen geleistet. Charakteristisch ist die Komplexität von Motiven und Beweggründen. In der Realität wirken förmliche Verpflichtungen (z. B. als Mitglied einer Kirchengemeinde), indirekte Entlohnungs- und Statusanreize zusammen mit selbstlosem, ideell begründetem Engagement („goldenes Helferherz“). Auch Selbstentfaltungsmotive oder das Interesse, Arbeitslosigkeit oder familienbedingte Unterbrechungszeiten nutzbringend zu überbrücken und ggf. sogar als Qualifizierung für eine spätere hauptberufliche Tätigkeit zu nutzen, sind von Bedeutung. Empirische Untersuchungen belegen ein keineswegs ausgeschöpftes Potenzial für sbE in der Bevölkerung. Dies gilt vor allem für die jungen Alten, vorausgesetzt, die Rahmenbedingungen stimmen. Dazu zählen u. a. Verzicht auf formelle Verpflichtungen, projektorientierte Arbeit, hinreichendes Maß an Selbstbestimmung und -organisation sowie an infrastruktureller Ausstattung. Für Männer markiert insbesondere das altersbedingte Ausscheiden aus dem Erwerbsleben oftmals den Beginn für ein neues freiwilliges Engagement.

SbE im engeren Sinne wird sehr häufig bei professionellen sozialen Dienstleistungsträgern ausgeübt. Aufgrund dieser Bindung an formal organisierte Institutionen ist sbE inhaltlich stark an den Zielsetzungen und Leitbildern der jeweiligen Dachorganisationen ausgerichtet. Sie ist somit zumeist *organisiert* und *aufgabenbezogen*. Obwohl vom Grundsatz her unentgeltlich, zeigen sich in Teilbereichen Übergänge zur Vergütung. Typisch sind indirekte Formen der Entlohnung wie Zahlung von Aufwandsentschädigungen, Übernahme von Fahrt- und Telefonkosten oder sonstige immaterielle „Belohnungen“ wie Beteiligung an Fort- und Weiterbildung. Die Träger gehen diesen Weg, um den für professionell erbrachte soziale Dienste erforderlichen Verpflichtungsgrad des sbE zu erhöhen sowie um der rückläufigen Mitwirkungsbereitschaft zu begegnen.

Im allgemeinen Sprachgebrauch werden mit sozial-bürgerschaftlichem Engagement auch Hilfen des sozialen Ehrenamts, Hilfen im sozialen Nahraum („kleine Net-

ze“) oder Selbsthilfe assoziiert. Allerdings sind in der Praxis die Übergänge fließend. Zum besseren Verständnis und aus analytischen Gründen wird im Folgenden eine für die wichtigsten Engagementformen getrennte Abhandlung vorgenommen.

8.3.1 Soziales Ehrenamt

Lange Zeit verstand man unter sozial-bürgerschaftlichem Engagement nur ehrenamtliche soziale Arbeit, d.h. die meist unentgeltlich helfende Mitarbeit in den traditionellen Diensten und Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege, der Kirchen oder bei kommunalen Trägern. Dies trifft auch heute noch auf sehr viele Formen des sbE zu, denn noch immer ist eine zentrale Organisationsform die Anbindung an die wohlfahrtsverbandliche Arbeit. Allein die sechs großen Verbände der freien Wohlfahrtspflege können nach eigenen Angaben auf rund eine Million Ehrenamtliche zurückgreifen.

Da soziales Ehrenamt in aller Regel immer noch auf ein festes Maß an Organisation und die Zusammenarbeit mit hauptamtlichen Kräften angewiesen ist, wird sie zunehmend dem Professionalisierungsdruck der verbandlichen sozialen Arbeit ausgesetzt. Die faktische Einbindung in die institutionellen Rahmenbedingungen der Träger und in deren jeweilige Organisations- und Arbeitsstrukturen, Personal- und Arbeitseinsatzplanungen führt dazu, dass auch das verbandliche sbE von den hier stattfindenden Modernisierungs- und Ökonomisierungsbemühungen längst erreicht worden ist und nicht gerade zu ihrer Attraktivitätssteigerung beigetragen hat.

Darin liegt mit ein Grund für den seit längerem zu beobachtenden Rückgang in der Bereitschaft der Bevölkerung sich freiwillig und unentgeltlich bei Wohlfahrtsverbänden zu engagieren. Beleg sind nicht nur die seit Jahren stagnierenden Zahlen ehrenamtlicher Mitarbeiter alter Prägung bei den kirchlichen Trägern. Die schlechende Erosion des klassischen Ehrenamtes hängt neben einer allgemeinen Kritik an der Praxis der Wohlfahrtsverbände wesentlich auch zusammen mit der abnehmenden Bindungskraft solcher, für wohlfahrtsverbandliche soziale Arbeit typischen Werte wie christliche Nächstenliebe oder Klassensolidarität. Stattdessen gewinnen immer mehr instrumentelle Orientierungsmuster an Gewicht, was vor allem auf den zunehmenden Ökonomisierungsdruck, mit dem die freigemeinnützigen Träger konfrontiert sind, zurückzuführen ist. Aufweichungen der traditionellen Geschlechterrollen sowie die steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen reduzieren das klassische Rekrutierungspotenzial für soziales Ehrenamt zusätzlich. Gefragt sind daher speziell bei den Wohlfahrtsverbänden Modernisierungskonzepte, welche die neuen Dimensionen der bürgerschaftlichen Beteiligung einschließen, sowie eine neue Kultur des Entscheidens und Planens, die offen ist für die Ressource „freiwillige Mitarbeit“.

Dem entspricht, dass auch insgesamt ein Strukturwandel des sozialen Ehrenamts konstatiert wird. Zum einen wird damit auf veränderte Motive, Erwartungen und Zeitstrukturen abgehoben. An die Stelle traditioneller Motive wie Pflichtethiken, Selbstlosigkeit und Kontinuität sind vermehrt lebensphasenabhängige und da-

mit zeitlich befristete Gründe die Bereitschaft zur Mitarbeit getreten. Dies gilt z. B. für Eltern mit Kinderbetreuungsproblemen oder für Frauen in der familienbedingten Unterbrechungsphase.

Auch ist freiwilliges soziales Engagement zunehmend in selbstorganisierten Kontexten von Nachbarschaftshilfe oder neuen Formen der außenorientierten Selbsthilfe eingebunden und wird sehr viel häufiger lediglich punktuell ausgeübt. Das klassische soziale Ehrenamt stirbt somit nicht aus, strukturiert sich jedoch um. Im Effekt kann derzeit noch ein Nebeneinander des klassischen sozialen Ehrenamts mit einem neuen sozial-bürgerschaftlichen Engagement konstatiert werden.

Eine weitere, ebenfalls immer noch gebräuchliche Unterscheidung ist die zwischen politischem und leitendem Ehrenamt. Zum politischen Ehrenamt zählen dabei die Aktivitäten, die nicht mit personenbezogenen Hilfen, sondern mit informationsbezogener Koordination und Verbreitung zu tun haben, wie die typischen politischen Ehrenämter von Männern in Vereinen, Parteien, Gewerkschaften, Kirchen und Wohlfahrtsverbänden, sozialen Diensten und Einrichtungen. Unter das leitende Ehrenamt fällt die freiwillige und unentgeltliche Steuerung von Organisationen in Vorständen, Beiräten und anderen Gremien. Darüber hinaus wird häufig noch nach thematischem Engagement differenziert, d. h. Mitwirkung in Nachbarschaftshilfen, Stadtteilinitiativen, aber auch in Projekten von Parteien, Stiftungen und Initiativen.

8.3.2 Soziale Hilfen im Nahraum und Unterstützung durch „kleine Netze“

Zu den sog. kleinen Netzen bzw. Netzwerken im sozialen Nahraum zählen solche durch (entferntere) Verwandte, Freunde, Nachbar:innen und Bekannte und zunehmend auch durch Mitglieder von nicht-ehelichen Lebens- oder anderen Wohngemeinschaften (z. B. von Studierenden oder älteren Menschen) geleistete soziale Hilfen und Unterstützung. Häufige Formen sind Unterstützung bei der Kinderbetreuung, beim Einkaufen, bei der Erledigung von Behördengängen sowie die Übernahme von Fahr-, Freundschafts- und Nachbarschaftsdiensten (z. B. bei schwerer Hausarbeit, beim Umzug und dgl.).

Die Bedeutung solcher Hilfen liegt vor allem im Bereich der alltäglichen kleinen Probleme, d. h. der kurzfristigen, punktuellen und aktuellen Notlagen und Krisensituationen. Voraussetzung ist die Existenz von Sozialbeziehungen überhaupt sowie ein Mindestmaß von Intensität und Intimität. Da sich – im Unterschied zur familiären Hilfe im engeren Sinne – die Hilfe durch so genannte kleine Netze stärker nach Maßgabe persönlicher Zuneigungen richtet, ist sie damit im Allgemeinen weniger verbindlich und verpflichtend. Bei schwierigeren, stark beanspruchenden, mit höherer Verantwortung verbundenen oder bei zeitlich aufwendigeren und verpflichtenden Hilfen ergeben sich – von Ausnahmen abgesehen – sehr schnell Überforderungen.

Allen Formen der Hilfen im Netzwerk ist gemeinsam, dass sie im Regelfall unorganisiert und spontan erbracht werden. Sie basieren im hohen Maße auf Wech-

selseitigkeit (Reziprozität), d. h. auf der Erwartung, im Bedarfsfall ebenfalls mit Unterstützung rechnen zu können, und geraten folglich rasch an ihre Grenzen, wenn dies nicht in dem erwarteten Maße erfolgt oder sogar ganz unterbleibt. Dennoch sind funktionierende Nachbarschafts- und andere Netzwerkbeziehungen z. B. für viele ältere oder behinderte Menschen eine der wichtigsten Voraussetzungen zur selbständigen Lebensführung überhaupt. Die Motive beruhen weniger auf traditionellen Werten wie Nächstenliebe oder Humanität. Vielmehr sind sie zumeist eingebunden in eine neue, eher unpathetische und problembezogene Grundüberzeugung von der Notwendigkeit gegenseitiger sozialer Unterstützung von Fall zu Fall (Alltagssolidarität).

8.3.3 Soziale Selbsthilfegruppen, -projekte und Selbsthilfeinitiativen

Auf soziale Probleme und Themen ausgerichtete Selbsthilfegruppen, -projekte und -initiativen beruhen nach ihrem Selbstverständnis auf selbstorganisierter Hilfe in sozialräumlich überschaubaren Beziehungsnetzen. Sie agieren überwiegend auf lokaler und regionaler Ebene. Ziel ist im Allgemeinen die gemeinsame Bearbeitung von sozialen Problemen bei gleicher Betroffenheit, wobei es sich in erster Linie um Eigenhilfe handelt, die aber immer auch Dimensionen von Fremdhilfe enthält. Ursprünglich als reformorientierte und kreative Gegenbewegung zum professionellen Versorgungssystem mit Schwerpunkten in der Alkohol- und Suchtkrankenhilfe entstanden, sind sie auch heute noch hauptsächlich im Gesundheitswesen und neuerdings auch im Bereich kultureller Aufgaben tätig, dabei jeweils zumeist als nicht mehr wegzudenkende, eigenständige Akteure und vielfältig mit den hier agierenden professionellen Strukturen verknüpft. Selbsthilfegruppen gelten vielen als Motor für neues zivilbürgerschaftliches Engagement. Insgesamt lassen sich drei Typen unterscheiden:

Innenorientierte Selbsthilfegruppen und -projekte von Selbst- und Gleichbetroffenen (Selbsthilfegruppen im engeren Sinne)

Wenn im allgemeinen Sprachgebrauch von Selbsthilfe gesprochen wird, dann sind überwiegend solche gemeint. Sie sind Zusammenschlüsse von Personen, die das gleiche soziale Problem aufweisen bzw. gemeinsam von einer bestimmten sozialen Bedarfslage betroffen sind und sich unentgeltlich und zumeist auch ohne besondere Qualifikationen gegenseitig helfen (z. B. Selbsthilfegruppen pflegender Angehöriger, Selbsthilfe nach Krebs, Selbsthilfegruppen Essgestörter). Eine materielle Gewinnerwartung gibt es zumeist nicht.

Neben der Selbst- bzw. Gleichbetroffenheit der Mitglieder von Problemen bilden direkte und zeitsynchrone Reziprozitätsbeziehungen die Basis der Arbeit, d. h. die unmittelbare Unterstützungserwartung. Professionelle Helfer:innen wirken – wenn überhaupt – nur flankierend mit. Die Hilfeleistungen beschränken sich auf Ad-hoc-Situationen bzw. auf bestimmte Einzelprobleme von Gleichbetroffenen. Die Lai:innen- oder Betroffenenkompetenz, deren Fachlichkeit allerdings durchaus kontrovers

eingeschätzt wird, bildet die wichtigste Grundlage ihres Handelns. Wechselseitige Hilfe und Unterstützung ist in aller Regel bereits Ziel der Gruppengründung.

Die Zahl der heute bestehenden funktionsfähigen Selbsthilfegruppen und -projekte ist nicht genau bekannt. Schätzungen belaufen sich auf zwischen 70 000 und 100 000 (2016), in denen knapp 3 Millionen Menschen – dies entspricht rund 3,5 % der Bevölkerung – organisiert sind. Da aber nur ein Teil der Selbsthilfegruppen, -projekte und -initiativen offiziell auftreten und viele Gruppen und Projekte in gering formalisierten Formen tätig sind, können eher noch höhere Zahlen vermutet werden.

Außenorientierte Selbsthilfegruppen und -projekte

Diese sind zunächst ebenfalls primär auf sich selbst orientiert, wenden sich mit ihren Leistungen aber auch ganz gezielt an andere Betroffene, die (noch) nicht Mitglieder sind (z. B. Rheumaliga, Anonyme Alkoholiker, Gruppen der Lebenshilfe). Auch sind sie stärker formalisiert (z. B. als Verein) und verfügen häufig schon über Untergruppen. Ihre Außenwirkung ist auf die Unterstützung von betroffenen Individuen bezogen. Dies reicht von der öffentlichen Thematisierung bestimmter, aus ihrer Sicht problemverursachender oder -verschärfender Rahmenbedingungen bis hin zu Versuchen, unmittelbar auf Politik Einfluss zu nehmen. Auf diese Weise können sich sogar Formen verbandsähnlicher Fremdhilfe entwickeln, bei der die unentgeltliche Arbeit der Mitglieder dann nur noch eine nachrangige Rolle spielt. Aus einer solchen Entwicklung sind historisch die Wohlfahrtsverbände entstanden.

Selbsthilfeinitiativen

Mit Selbsthilfeinitiativen sind Engagements gemeint, die sich über das Interesse einer einzelnen Selbsthilfegruppe hinaus umfassender für die Selbsthilfe- und Aufklärungsarbeit im Bereich der sozialen Arbeit einsetzen. In ihnen engagieren sich Menschen nicht primär aus eigener, sondern aus solidarischer Betroffenheit. Ihr Interesse besteht in der Verbesserung sozialer und gesundheitlicher Probleme insgesamt und der Hilfe für andere Menschen (*neue Selbsthilfebewegung*). Im Gegensatz zu Typ 2 bezieht sich ihre Außenorientierung auf das soziale Umfeld, die staatliche Sozialpolitik sowie ganz allgemein auf gesellschaftliche Missstände (z. B. Kinderschutzbund, Arbeitsloseninitiativen, nationale Armutskonferenz, Selbsthilfeinitiative Alleinerziehender (SHIA)). Die Übergänge zu den organisierten Verbänden sind hier bereits fließend.

Das auf soziale Probleme und Themen ausgerichtete Engagement der innen- wie außenorientierten Selbsthilfegruppen und -projekte richtet sich im Regelfall auf einen bestimmten Personenkreis und auf eine spezifische Hilfeleistung. Andere Gruppen bieten ihre Leistungen auch Nichtmitgliedern an und beschäftigen nicht selten bereits professionelle Kräfte. Leistungsschwerpunkte liegen dabei in der psychosozialen Unterstützung, Beratung, Information, praktischer Hilfestellung und Selbsthilfeaktivierung. Sie beziehen sich häufig auf solche (psychosozialen) Problem- und Bedarfslagen, die einer professionellen Bewältigung nur schwer oder nicht zugänglich

sind. Wenn auch die Spannweite ihres Problem- und Aufgabenfeldes groß ist, so liegt der Schwerpunkt eindeutig im Sozial- und Gesundheitsbereich (vgl. dazu am Beispiel einer Großstadt Übersicht IX.12). Ihre Aktivitäten beziehen sich vor allem auf Personen, die direkt oder indirekt von folgenden Problemen betroffen sind:

- Chronische Erkrankungen (z. B. Krebs, Rheuma, Diabetes, Epilepsie, Asthma, Aids, Multiple Sklerose),
- Psychosoziale Probleme, z. B. nach Tod eines Angehörigen, nach Trennung oder bei psychischen Erkrankungen,
- Behinderungen und Pflegebedürftigkeit, z. B. durch Unfall, Blindheit, chronische Erkrankungen,
- Sucht, d. h. Alkoholismus, Drogen, Spielsucht oder Medikamente,
- Spezielle Problemlagen von Frauen wie z. B. Stillgruppen, brustamputierte Frauen oder misshandelte Frauen,
- Besondere Erziehungsprobleme, z. B. Alleinerziehende, Müttergruppen behinderter Kinder oder fehlende Kinderbetreuung,
- Darüber hinaus gehören solche Selbsthilfegruppen und -projekte zu dieser Gruppe, in denen sich Menschen zusammengeschlossen haben, die sich in einer ganz besonderen sozialen Problemlage befinden (z. B. Arbeitslose, Grundsicherungsempfänger:innen oder aber die als Mitglied einer ansonsten nicht prinzipiell mit sozialen Problemen assoziierten Gruppe dennoch gemeinsam bestimmte Probleme aufweisen. Dies gilt z. B. für Angehörige von Ausländergruppen, kontakt-suchende ältere Menschen, Schwule und Lesben.

Dem entspricht eine zusätzliche Differenzierung nach Zielen. Psychosoziale Selbsthilfegruppen verfolgen über gleichzeitige Selbstveränderung und soziale Veränderung vor allem therapeutische Ziele. Dies gilt z. B. für die Anonymen Alkoholiker. Medizinische Selbsthilfegruppen, wie z. B. die Rheuma-Liga, konzentrieren sich auf außenorientierte Selbsthilfe wie Beratung und Gesetzesbeeinflussung. Zu den bewusstseinsverändernden Selbsthilfegruppen gehören die meisten Frauengruppen, zu den lebensgestaltenden u. a. die Landkommunen. Arbeitsorientierte Selbsthilfegruppen, zu denen viele Arbeitslose zählen, versuchen, sich eine berufliche Tätigkeit zu erschließen.

Die Gründung von Selbsthilfegruppen, -projekten und -initiativen und die Mitarbeit in ihnen werden zumeist durch mehrere Faktoren bestimmt: Sie sind einerseits Reaktion auf die wachsenden Überforderungen und Unzulänglichkeiten primärer sozialer Netzwerke bei der Bewältigung von neuen sozialen Notlagen, gesundheitlichen Problemen usw., andererseits Reaktion auf Versorgungslücken im professionellen Leistungssystem. Viele Selbsthilfegruppen und -projekte sind sogar in bewusster Ablehnung von professioneller Hilfe entstanden. Die Drogen- und Suchtkrankenselbsthilfe hat hier ihre Ursachen. Ähnliches trifft auf die Behindertenselbsthilfebewegung zu.

Erklärtes Ziel vieler Selbsthilfegruppen ist, die qualitativen Mängel des professionellen Systems zu überwinden und der Expertenhilfe die Eigenkompetenz gegenüberzustellen. Betont wird, aus der Objektsituation des Hilfebedürftigen und -abhängigen ausbrechen und stattdessen die Probleme selbstverantwortlich und im Vertrauen auf die eigene Kraft lösen zu wollen. Diese in der Arbeit vieler Selbsthilfegruppen implizit angelegte politisch-solidarische Bewältigungsform sozialer Probleme kann somit auch als Ausdruck von Selbstbestimmung interpretiert werden.

Hilfeleistungen in Selbsthilfegruppen und -projekten erfolgen im Unterschied zur Familienhilfe nicht beiläufig und sind auch nicht in die alltäglichen Lebens- und Handlungszusammenhänge eingebunden. Selbsthilfegruppen und -projekte stehen damit zwischen dem primären Sozialsystem und dem professionellen sozialstaatlich organisierten System. Sie sind zumeist neben den professionellen sozialen Diensten tätig, können diese jedoch nicht ersetzen. In dieser ergänzenden Funktion liegen ihre besonderen Vorzüge. Dies ist ein wichtiger Grund dafür, dass Selbsthilfegruppen und -projekte zunehmend durch kommunale Sozialpolitik initiiert, gefördert und gestützt werden. Dies gilt insbesondere für die außenorientierten Selbsthilfegruppen und -projekte.

Trotz aller öffentlichen Förderung sind Selbsthilfegruppen und -projekte aber nur sehr bedingt als eigenständiger, kontinuierlicher, verlässlicher und planbarer sozialer Dienstleistungsanbieter einsetzbar. Abgesehen von dem jederzeit möglichen Rückzug ihrer Mitglieder ergeben sich auch durch ihre häufig ungleiche regionale und aufgabenbezogene Präsenz sowie die nicht jedermann gleich mögliche Zugänglichkeit zu ihnen natürliche Einschränkungen. Dies gilt insbesondere für die innenorientierten Selbsthilfegruppen und -projekte.

Im Hinblick auf zukünftige Entwicklungstrends kann von einer Bedeutungszunahme vor allem im Sozial- und Gesundheitsbereich ausgegangen werden. Förderlich dürfte sich der steigende Bildungsgrad der Bevölkerung auswirken, da dieser den Zugang zur organisierten Selbsthilfe erleichtert. Auch ist zu erwarten, dass das wachsende Potenzial an Kompetenz und Zeit, zumindest in bestimmten Teilsegmenten der Bevölkerung, ebenfalls für Selbsthilfeaktivitäten genutzt werden kann.

Letzteres gilt insbesondere für die jungen Alten, als deren wichtigste Ressource die viele freie Zeit gilt. Als Beleg lassen sich zahlreiche neue zielgruppenspezifische Formen der Förderung und Vermittlung von bürgerschaftlichem Engagement in dieser Lebensphase anführen. In ihnen sind überdurchschnittlich viele Menschen, die sich am Ende ihres Erwerbslebens oder in der nachberuflichen Übergangsphase befinden, tätig. Mit Angeboten des gegenseitigen Austausches von sozialen Dienstleistungen richten sie sich dabei vorzugsweise an Menschen im mittleren und höheren Lebensalter (z. B. Seniorengenossenschaften in Baden-Württemberg, ZWAR-[Zwischen Arbeit und Ruhestand]-Gruppen im Ruhrgebiet). Allerdings sind weder Stabilität von organisierter Selbsthilfe noch ihre weitere Entwicklung voraussetzungslos. Vielmehr ist auch dafür eine vielseitige direkte, infrastrukturelle und ideelle Förderung notwendig, die ihrerseits wiederum finanzieller und professioneller Absicherung bedarf.

Übersicht XII.12

Selbsthilfegruppen und Initiativen in Düsseldorf		
<ul style="list-style-type: none"> • „Krempel Adé“ – SHG Unordnungssyndrom • „Lichtblick“ – SHG Depressionen • „Normalos“ SHG für Psychose • „WendePunkt“, SHG für Abhängige u. Angehörige • „Zebra“ Beratungs- und Hilfezentrum • Achromatopsie Selbsthilfe e.V. • AdP Bauchspeicheldrüsenerkrankte • AIDS-Hilfe • Al-Anon-Familiengruppen • Allgemeiner Blindenverein • Alzheimer-Gesellschaft • Anonyme Alkoholiker • Anonyme Arbeitssüchtige • Anonyme Eßsüchtige • Anonyme Insolvenzler • Anonyme Sexaholiker • Arbeitsloseninitiative • Autismus/Sputnik • Blaues Kreuz • Clusterkopfschmerz SHG • Contergan-/Thalidomidgeschädigte • COPD-Selbsthilfe • Eltern von Kindern mit KISS-Syndrom • Eltern von Lesben und Schwulen • Elternkreis Drogen gefährdeten Menschen • Elterntreff für Eltern herzkranker Kinder • Elterntreff Kinder mit Autismus • Emotions Anonymous (EA) • SHG für Frauen mit Endometriose • Erwachsene Kinder suchtkranker Eltern • Familienhilfe Darmkrebs • Frauen mit Brustkrebs • Freundeskreis „Aquadrops“ • Gemeinsam Leben und Lernen • good nerves-bad nerves • good nerves-bad nerves • Hepatitis SHG • HIV-Friendsgruppe • Hoffnungswege nach dem Tod des Kindes • Initiative Tabu Suizid • Internationale Senologie Initiative 	<ul style="list-style-type: none"> • Juvente – SHG für abstinenten Jugendliche • Kehlkopfverband • Kiss-Kidd Initiative • Kleeblatt – Trisomie 21 • kleinwüchsige Menschen und ihre Familien • Klub langer Menschen • Konsequent Gegen Stalking • Kreuzbund • Leukämie Lymphom Liga • MCS + CFS-Initiative • Messie SHG • Migräne-SHG • Morbus Bechterew SHG • Morbus Crohn & Colitis ulcerosa • Morbus Meniere • Multiple Sklerose Gesprächskreis • Mütter mit Behinderungen • Narcotics Anonymous • Neurofibromatose Regionalgruppe • Obdachlose – Lobby • Osteoporose SHG • OV Contergan-Thalidomidgesellschaft • PAS – Eltern-Kind-Entfremdung • Peritoneal Dialyse. • Peywand-Migrationshilfe • Plasmozytom/Multiples Myelom SHG • Psychosoziale Interessengemeinschaft • Refluxkinder • Regionalgruppe Poliomyelitis • Regionalgruppe Sarkoidose-Kranker • S-Anon Familiengruppen • Sarkoidose Gesprächskreis • Schlaganfall SHG • Schwerhörigenbund • Sehbehinderten Treff • Selbsthilfe Organtransplantierte • SHG Adipositas-Chirurgie (Magenband) • SHG Alkohol- und Medikamentensucht • SHG Angehöriger psychisch Kranker • SHG Antistigma • SHG bei Aufschieberitis/Prokrastination 	<ul style="list-style-type: none"> • SHG Blasenkrebs • SHG Burnout und Depressionen • SHG CRPS-NRW Morbus Sudeck • SHG Diabetes • SHG Dystonie • SHG Eltern von Kindern mit AD(H)S • SHG Epilepsie und Umgebung • SHG Fatigue (Multiple Sklerose) • SHG Frauen mit Brustkrebs • SHG für alle Erkrankungen der Schilddrüse • SHG für Angehörige Mager-sucht/Bulimie • SHG für Angehörige Prostituierte • SHG für Angehörige von Krebspatienten • SHG für bisexuelle Menschen • SHG für Borderline Betroffene • SHG für Eltern mit Behinderung • SHG für erwachsene Adoptierte • SHG abstinent sein u. bleiben • SHG für Menschen mit Depressionen • SHG für Nebennierenenerkrankungen • SHG für jüngere Abhängige • SHG für Menschen mit Schilddrüsenkrebs • SHG Histaminintoleranz • SHG Kinderwunschgespräche • SHG Kriegskinder/Kriegsenkel • SHG Lactoseintoleranz • SHG Magenkrebs • SHG Morbus Meniere • SHG Mundkrebs • SHG nach Herzoperation, Herzinfarkt • SHG nach Krebs und für Gefährdete • SHG Prostatakrebs • SHG Psychische Erkrankung und Sucht • SHG Restless Legs • SHG Schlafapnoe • SHG Schlaganfall • SHG schwule positive Männer • SHG sexualisierte Gewalt • SHG Soziale Phobie • SHG Torticollis/Schiefhals • SHG Uveitis • Spielerelbsthilfe • Survivors of incest anonymous

8.3.4 Förderstrategien

Wenn es um die Ausweitung des (sozial-)bürgerschaftlichen Engagements geht, dann lassen sich grundsätzlich vier mögliche Felder für Gestaltungsperspektiven benennen:

- **Individuumsbezogene Förderstrategien**
Diese Förderstrategien beziehen sich primär auf Gewinnung und Einführung der Engagierten. Zentrale Ansatzpunkte bestehen in der stärkeren Berücksichtigung von Motivations- und Interessenslagen, darunter insbesondere in Richtung auf potenzielle Einsatzbereiche und Abgleich der gegenseitigen Erwartungen einschließlich der „Gewinne“ eines Engagements. Des Weiteren geht es um die Abklärung von Optionen für Mitbestimmung in zeitlicher wie inhaltlicher Hinsicht, professionelle Begleitung, Fortbildungsmöglichkeiten, Förderung sozialer Kontakte, unbürokratische Aufwandsentschädigung sowie die rechtliche Absicherung in Form von Unfall- und Haftpflichtversicherung.
- **Kooperationsbezogene Förderstrategien**
Im Kern geht es hierbei um innerorganisatorische Mitarbeiterentwicklung mit dem Ziel einer möglichst längerfristigen Einbindung. Dazu zählen die Verbesserung der Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen durch fachlich, inhaltlich und zeitlich begründete Abgrenzung der jeweiligen Leistungs- und Aufgabenbereiche, durch eine sachgerechte Aufgabenteilung; des Weiteren klare Zuweisungen von Verantwortlichkeiten und die bessere Nutzung der je spezifischen, häufig hauptberuflich vorgeprägten Kompetenzen der interessierten Freiwilligen. Zentral ist weiterhin die Entwicklung einer so genannten Anerkennungskultur, die aber hierzulande noch stark unterentwickelt ist.
- **Gemeinwesenbezogene Förderstrategien**
Hierzu zählt zum einen der Aufbau einer trägerübergreifenden öffentlichen Infrastruktur zur Förderung freiwilligen Engagements und zur Mobilisierung von Interessent:innen. Als geeignete Formen gelten zentrale Informations- und Beratungsstellen, wie z. B. Freiwilligenagenturen oder Seniorenbüros. Kommunale Förderpläne für freiwilliges Engagement sowie damit verbundene transparente Richtlinien tragen nicht nur zur Erhöhung der Engagementbereitschaft bei, sondern insgesamt auch zu einer gesteigerten Zufriedenheit der bereits Engagierten. Zum anderen geht es um die Vernetzung mit Akteuren aller gesellschaftlichen und politischen Felder im lokalen Sozialraum, d. h. die Schaffung von Kontakten und Kooperationen mit einschlägigen sozialen Verbänden, Infrastruktureinrichtungen und der Kommunalpolitik.
- **Gesellschaftsbezogene Förderstrategien**
Künftig dürften vor allem solche Förderkonzepte an Bedeutung gewinnen, die auf eine Ausgestaltung unterstützender gesellschaftlicher Rahmenbedingungen zielen. Sie beziehen sich insbesondere auf die Vereinbarkeit von Freiwilligenarbeit

mit Erwerbstätigkeit sowie insgesamt auf eine verbesserte Zusammenarbeit mit Betrieben und Tarifparteien. Es macht Sinn, die individuelle Bereitschaft zum freiwilligen Engagement bereits im jüngeren und mittleren Lebensalter, z. B. durch die soziale Absicherung von „Sozialzeiten“, steuerliche Vergünstigungen bzw. die Gleichstellung von „Zeitspenden“ mit Geldspenden, zu unterstützen. In späteren Phasen des Erwerbslebens könnte eine Vorbereitung auf nachberufliches bürgerschaftliches Engagement und Freiwilligenarbeit im Rahmen von Arbeitszeitflexibilisierung, Altersteilzeit und anderen Formen flexibler Übergänge erfolgen.

8.4 Alternative oder Ergänzung zu professionellen sozialen Diensten?

Vor dem Hintergrund anhaltender Finanzierungsschwierigkeiten der öffentlichen Haushalte wird seit langem diskutiert, ob durch einen verstärkten Rückgriff auf den nicht-professionellen Helfesektor und eine Aufwertung von sozial-bürgerschaftlichem Engagement Alternativen zu einem kostspieligen Ausbau professioneller sozialer Dienste entwickelt werden können.

Gängig ist in diesem Zusammenhang vor allem die Forderung, die Familienhilfe auszuweiten. Berücksichtigt man allerdings die veränderten demografischen und sozialen Bedingungen sowie die Umbrüche in den Lebensstilen der Menschen, wird schnell sichtbar, dass solche Vorstellungen kaum mehr eine Grundlage haben. Bereits heute sind Familien mit bestimmten Problemlagen vielfach bis an den Rand ihrer Leistungsfähigkeit belastet, wie z. B. in der häuslichen Altenpflege. Vor allem bei lang andauernder Verpflichtung und/oder bei demenzkranken Pflegebedürftigen erfolgt dies häufig um den Preis einer physischen und psychischen Überforderung der helfenden Angehörigen und nicht selten einer Gefährdung von Familien- und Ehebeziehungen (vgl. Kapitel „Pflegebedürftigkeit und Pflege“, Pkt. 2.1).

Bemühungen zur Ausweitung der Familienhilfe zielen de facto auf Frauen. Vor allem als Alternative zur Erwerbstätigkeit zementieren sie die traditionelle geschlechtsspezifische Arbeitsteilung. Wird zwischen Familie und Beruf ein „Entweder – Oder“ aufgebaut, dann dürfte diese Alternative unter den gegenwärtigen Bedingungen zu Lasten des Kinderwunsches gehen. Deshalb stellt sich vor allem die Frage, wie es unter diesen Bedingungen dennoch gelingen kann, das vorhandene Leistungspotenzial der Familien zu stützen und dabei auch die Männer zu motivieren, sich stärker bei sozialen Aufgaben in der Familie zu beteiligen. Es kommt somit darauf an, durch geeignete und die gewandelten Bedingungen angemessen berücksichtigende soziale Dienste und Einrichtungen die Hilfe- und Unterstützungsfähigkeit der Familien zu fördern. Dies setzt keinen Abbau, sondern vielmehr einen familienorientierten Aus- und Umbau des bestehenden Dienstleistungsangebotes voraus:

So ist z. B. zur Unterstützung der Familien bei Kinderbetreuung und -erziehung die Bereitstellung eines quantitativ und qualitativ ausreichenden Angebots an Plätzen in Tageseinrichtungen für Kinder, an Ganztagschulen, sonstigen Erziehungs-

hilfen und -beratungsstellen, an Freizeit- und außerschulischen Bildungsangeboten oder an Ferienmaßnahmen erforderlich. Dadurch werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Kinder möglichst problem- und sorgenfrei aufwachsen und ihr Recht auf Selbstentfaltung und Persönlichkeitsentwicklung auch unter schwierigen Erziehungs- und Familienverhältnissen einlösen können. Dies gilt in einem ganz besonderen Maße für die steigende Zahl der Kinder von Alleinerziehenden. Erst solche familienstützenden und -ergänzenden Dienste und Hilfen ermöglichen es den Frauen überhaupt, Familie und Beruf vereinbaren zu können und nicht vor die Situation gestellt zu werden, beruflichen Erfolg nur ohne Kinder erreichen zu können.

Zur häuslichen Versorgung und Pflege älterer Menschen bedarf es ambulanter Hilfen wie Sozialstationen, teilstationärer Einrichtungen, Kurzzeit- und Urlaubspflegeangebote sowie nicht zuletzt auch der ergänzenden Unterstützung durch sozial engagierte Laienhelfer. Für die zumeist weiblichen Pflegepersonen, die Berufstätigkeit und familiäre Pflegeverpflichtungen vereinbaren wollen (oder müssen), sind darüber hinaus besondere betriebliche, tarifliche oder gesetzgeberische Hilfen erforderlich (z. B. flexible Arbeitszeitregelungen und andere bezahlte Freistellungsmöglichkeiten analog zum Kinderkrankenurlaub). Erst solche Rahmenbedingungen in der Arbeitswelt sowie die Verfügung über professionelle Hilfen, Angebote und Dienste bieten die Gewähr dafür, dass ältere Menschen ihre Lebensjahre in der gewohnten häuslichen Umgebung und bei Aufrechterhaltung der selbständigen Lebensführung verbringen.

Auch das noch so gut organisierte, kommunalpolitisch unterstützte und durch gute Rahmenbedingungen abgesicherte sozial-bürgerschaftliche Engagement kann weder die Lücken familiärer Hilfen ausgleichen noch Ersatz sein für ein professionelles, organisiertes Leistungsangebot, das flächendeckend, verlässlich und dauerhaft zur Verfügung steht. Denn es gibt keinen Automatismus, der dafür sorgt, dass durch die „segensreichen Wirkungen einer unsichtbaren Hand“ überall dort, wo Hilfebedarf besteht, auch unverzüglich informelle Hilfen entstehen, Gruppengründungen erfolgen und eine kontinuierliche Arbeit geleistet wird. Im Gegenteil: Die Mitarbeit wie die Aufkündigung eines sozial-bürgerschaftlichen Engagements beruhen auf freier Entscheidung und persönlicher (Zu-)Neigung; mit der Folge, dass das Leistungspotenzial personell, zeitlich und räumlich erheblich begrenzt ist. Zudem decken weder Leistungsspektrum noch Hilfeformen des sBE die gesamte Bandbreite des Hilfebedarfs ab. Auch Selbsthilfegruppen und -projekte können wegen ihrer spezifischen Binnenstruktur und Außenwirkung keine dauerhaft tragfähigen sozialpolitischen Versorgungsfunktionen übernehmen.

Sozial-bürgerschaftliches Engagement muss vor allem gefördert und – wenn vorhanden – gestärkt und stabilisiert werden, direkt und indirekt, professionell, materiell-finanziell und politisch. Zu den direkten Hilfen gehören z. B. die Übernahme von Sachmitteln, Miet- und Telefonkosten, in zunehmendem Maße auch der Einsatz von Hauptamtlichen; zu den indirekten Unterstützungsformen bestimmte infrastrukturelle Voraussetzungen, so z. B. Kontakt- und Informationsstellen, Anlauf-

punkte, Räumlichkeiten, Beratungs- und Fortbildungsangebote oder Mittel für die Öffentlichkeitsarbeit. Zur politischen Förderung schließlich gehört die Unterstützung durch Beiräte und Kuratorien, mit dem Ziel, die Akzeptanz in Politik und Öffentlichkeit zu erhöhen.

So weisen immer mehr kommunale Haushaltspläne Etats für Selbsthilfefonds und -förderung auf. Auf lokaler Ebene sind Selbsthilfestiftungen gegründet worden. Auch auf Bundesebene gibt es eine staatliche Selbsthilfe- und sozial-bürgerschaftliche Engagementförderung im Rahmen spezieller Modell- oder Förderprogramme. Auch existieren bereits erste bundesgesetzlich geregelte Förder- und Zuständigkeitsbereiche, so z. B. die explizite Berücksichtigung der Selbsthilfegruppen als Träger im Kinder- und Jugendhilferecht oder die Finanzierung von Gesundheitsselfhilfe im Rahmen der Bestimmungen des Gesundheitsstrukturgesetzes.

Die je spezifischen Leistungspotenziale von Familienhilfe und sozial-bürgerschaftlichem Engagement in Nachbarschaftsgruppen, bei Kirchen und Wohlfahrtsverbänden oder in der organisierten Selbsthilfe lassen es im Grundsatz nicht zu, professionelle Leistungen zu ersetzen, wenn nicht erhebliche Versorgungsdefizite und Qualitätsverschlechterungen einerseits und Überforderungen der vorinstitutionellen Systeme andererseits in Kauf genommen werden sollen. Vielmehr spricht alles für einen auch künftig steigenden Bedarf in den unterschiedlichen Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern des Sozial- und Gesundheitswesens. Das kann gleichwohl nicht heißen, die Bewältigung möglichst vieler sozialer Probleme in die alleinige Zuständigkeit des professionellen, öffentlichen Systems zu überführen. Dies ist weder finanziell möglich noch sozial- und gesellschaftspolitisch wünschenswert. Nicht alle Problemlagen und Bewältigungsformen bedürfen der Professionalität. Dies gilt insbesondere für den Bedarf an emotionaler Zuwendung und Stützung und für Hilfen bei den alltäglichen häuslichen Verrichtungen wie Hol-, Bring-, Begleit-, Putz- und Versorgungsdienste. Insofern kommt es darauf an, zwischen dem professionellen und dem nicht-professionellen Sektor Formen der Verknüpfung und Kooperation zu entwickeln. Die Förderung von sozial-bürgerschaftlichem Engagement muss daher zu einem eigenständigen Aufgabengebiet der Sozial- und Gesellschaftspolitik vor allem auf kommunaler Ebene werden. Hier liegt zugleich eine besondere Verpflichtung freigemeinnütziger Träger.

9 Literaturhinweise

Arnold, U., Grundwald, K., Maelicke, B., Lehrbuch der Sozialwirtschaft, Baden-Baden 2014.

Backhaus-Maul, H. u. a., Engagement in der Freien Wohlfahrtspflege, Wiesbaden 2014.

Baunack-Benefeld, U. u. a., Verwaltungsmodernisierung – Neue Steuerungsmodelle, 3. Auflage, Wiesbaden 2009.

Bieker, R., Kommunale Sozialverwaltung, München 2016.

- Boeßenecker, K.-H., Vilain, M., Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, 2. Auflage, Weinheim 2013.
- Brenke, K. u. a., Sozialwesen: ein rasant wachsender Wirtschaftszweig, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, DIW-Wochenbericht 16/2018.
- Brinkmann, V., Sozialwirtschaft: Grundlagen – Modelle – Finanzierung, Wiesbaden 2010.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin 2016.
- Cremer, G., Goldschmidt, N., Höfer, S., Soziale Dienstleistungen, Ökonomie, Recht, Politik, Tübingen 2013.
- Dahme, H.-J., Schütter, S., Wohlfahrt, N., Lehrbuch Kommunale Sozialverwaltung und Soziale Dienste, Weinheim 2013.
- Dahme, H.-J., Wohlfahrt, N., Die kommunale Ebene der Sozialpolitik, in: Grunwald, K., Langer, A. (Hrsg.), a. a. O., S. 45 ff.
- Deckert, R., Langer, A., Digitalisierung und Technisierung sozialer Dienstleistungen, in: Grunwald, K., Langer, A. (Hrsg.), Sozialwirtschaft – Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Baden-Baden 2018.
- Evers, A., Heinze, R., Olk, Th. (Hrsg.), Handbuch Soziale Dienste, Wiesbaden 2011.
- Finis Siegler, B., Ökonomik Sozialer Arbeit, 2. Auflage, Freiburg 2009.
- Grohs, St., Modernisierung kommunaler Sozialpolitik, Wiesbaden 2009.
- Grunwald, K., Horcher, G., Maelicke, B. (Hrsg.), Lexikon der Sozialwirtschaft, 2. Auflage, Baden-Baden 2013.
- Grunwald, K., Langer, A. (Hrsg.), Sozialwirtschaft – Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Baden-Baden 2018.
- Haller, F., Gräser, H., Selbsthilfegruppen, Weinheim 2012.
- Heinze, R. G., Lange, J., Sesselmeier, W. (Hrsg.) Neue Governancestrukturen in der Wohlfahrtspflege, Baden-Baden 2018.
- Hielscher, V. u. a., Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit, Wiesbaden 2013.
- Hill, B. u. a., Selbsthilfe und Soziale Arbeit, Weinheim 2013.
- Kohlhoff, L., Finanzierung der Sozialwirtschaft, 2. Auflage, Wiesbaden 2017.
- Krajewski, M., Grundstrukturen des Rechts öffentlicher Dienstleistungen, Berlin und Heidelberg 2011.
- Langer, A., Eurich, J., Günther, S., Innovation sozialer Dienstleistungen. Ein systematisierender Überblick auf der Basis der EU-Forschungsplattform INNOSERV, Wiesbaden 2018.
- Michell-Auli, P., Kremer-Preiss, U., Quartiersentwicklung – Ansatz und kommunale Praxis, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2013.
- Moos, G., Klug, W., Basiswissen Wohlfahrtsverbände, München 2009.

- Otto, H.-U. u. a. (Hrsg.), Handbuch Soziale Arbeit, 6. Auflage, München 2018.
- Schellberg, K., Holtkamp, C., Finanzierung von Organisationen der Sozialwirtschaft, Regensburg 2019.
- Schildmann, Ch., Voss, D., Aufwertung von sozialen Dienstleistungen, in: Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), Report 04/2018.
- Schröder, W., Konfessionelle Wohlfahrtsverbände im Umbruch, Wiesbaden 2017.
- Schröder, W., Schulze, M. Wohlfahrtsstaat und Interessenorganisationen im Wandel – Theoretische Einordnungen und empirische Befunde, Baden-Baden 2019.
- Schubert, H., Sozialmanagement – Zwischen Wirtschaftlichkeit und fachlichen Zielen, Wiesbaden 2005.
- Schubert, H., Von der Altenhilfeplanung zur integrierten Sozialplanung im demografischen Wandel, in: Schubert, H. (Hrsg.), Integrierte Sozialplanung für die Versorgung im Alter Grundlagen, Bausteine, Wiesbaden 2019.
- Strunk, A., Öffentliche Sozialplanung und die Freie Wohlfahrtspflege, Baden-Baden 2016.
- Vogelsang, K., Lübking, U., Ulbrich, I.-M., Kommunale Selbstverwaltung: Rechtsgrundlagen – Organisation – Neue Steuerungsmodelle, Berlin 2005.
- Zimmer, A., Priller, E., Gemeinnützige Organisationen im gesellschaftlichen Wandel, 2. Auflage, Wiesbaden 2007.

Zeitschriften

Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit

Blätter der Wohlfahrtspflege

DIW-Wochenbericht

Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft

Gesundheits- und Sozialpolitik

Neue Praxis

Soziale Arbeit

Sozialer Fortschritt

Sozialwirtschaft

Theorie und Praxis der sozialen Arbeit

Zeitschrift für Sozialreform