

Michael Rosenberger

## Der Sorge eine Zukunft geben

Ethik und Gerechtigkeit von Care in Krisenzeiten

### 1. Zu Begriff und Besonderheit von Care

In kaum einer der im Folgenden zitierten wissenschaftlichen Publikationen wird der Begriff „Care“ definiert. Aber was ist Care? Die Alltagssprachliche Verwendung definiert das Oxford Dictionary so: „the provision of what is necessary for the health, welfare, maintenance, and protection of someone or something“ (Oxford Dictionary o.J.): „Die Bereitstellung dessen, was für Gesundheit, Wohlergehen, Erhaltung und Schutz von jemand oder etwas nötig ist.“

In unserem Kontext geht es ausschließlich um die Sorge für Menschen. Außerdem setze ich wie die Weltgesundheitsorganisation WHO die „physische, psychische und soziale“ Gesundheit voraus. Schließlich könnte der Terminus „Bereitstellung“ dazu verführen, nur an materielle Güter zu denken. Daher lautet meine *Definition von Care*: „Care ist die Bereitstellung der Güter und Dienstleistungen, die zum Schutz, zur Erhaltung und Wiedergewinnung von physischer, psychischer und sozialer Gesundheit und Wohlergehen eines Menschen nötig sind.“

Ich habe Care damit durchaus bewusst auf den Bereich der *Health Care*, der Gesundheitspflege fokussiert. Das tue ich aus rein pragmatischen Gründen: Das Feld der Gesundheitspflege können wir in diesen Überlegungen vielleicht noch handhaben – das Feld der Sorgearbeit insgesamt wäre so unübersehbar, dass es kaum adäquat angesprochen werden könnte. Die Übertragbarkeit sowohl der Analyse als auch der Lösungsansätze von *Health Care* auf andere Felder von Care scheint mir dennoch bestens gegeben, weil ein umfassender Gesundheitsbegriff zu Grunde gelegt wird, der den ganzen Menschen im Blick hat.

Nun gibt es eine Besonderheit von Care bzw. *Health Care*, die unbedingt vorab angesprochen werden muss: Care ist einerseits in erheblichen Teilen eine kommerzielle Dienstleistung. Nicht umsonst sprechen wir von der „Gesundheitsindustrie“ – es geht um einen der größten Märkte der Industriegesellschaften. Daher müssen wir die ethische Frage nach einer gerechten Ordnung für Care zwangsläufig auf dem Hintergrund der Ökonomie stellen.

Ökonomie als empirisch-deskriptive Wissenschaft betrachtet die Wirklichkeit aus der Perspektive des unbeteiligten Beobachters, der sogenannten *Dritte-Person-Perspektive*. Nüchtern, manchmal auch „knallhart“ wird sie uns anzeigen, wo wir Care ineffizient und kontraproduktiv organisieren.

Zugleich aber ist Care schon vom Begriff her, der ein Gefühl oder eine Haltung des Menschen beschreibt, ein zwischenmenschliches Geschehen, das nicht in ökonomischen Transaktionen aufgeht. Die zunehmend ernster gestellte Frage, ob man aus ökonomischen Gründen zukünftig wesentliche Sorge-Leistungen einem Roboter überlassen soll, der dann dem Bettlägerigen das Essen bringt oder das Zimmer lüftet, macht deutlich, in welche Entwicklungen wir kommen, wenn wir Care ausschließlich aus der Perspektive des unbeteiligten Beobachters der Ökonomie organisieren. Es braucht auch die Perspektive des betroffenen Teilnehmers, die *Erste-Person-Perspektive* der Ethik. Der zu versorgende Mensch braucht Zuwendung, Nähe, Liebe und Aufmerksamkeit – und die können ihm nur lebende Wesen schenken. Dass wir heute vermehrt über den Einsatz von Tieren in der Therapie und Betreuung von Menschen nachdenken, trägt genau diesem Bedürfnis Rechnung.

Nun ist es wissenschaftstheoretisch von höchster Bedeutung, dass jede der beiden Perspektiven per definitionem die gleichzeitige Einnahme der je anderen Perspektive ausschließt. Kein Mensch kann denkerisch konsistent zugleich BeobachterIn und TeilnehmerIn eines Geschehens sein. Wir müssen also, wenn wir über Krise und Zukunft von Care reden, die Geduld und Disziplin aufbringen, jede der beiden Perspektiven für sich einzunehmen, ohne vorschnell in die andere zu springen. Wir brauchen sie beide mit ihren je eigenen wissenschaftlichen Erkenntnissen – sie müssen, um mit dem Soziologen Niklas Luhmann zu sprechen, als autonomen gesellschaftlichen Systemen zugehörig wahrgenommen werden. Dennoch – so gilt es aus der Sicht der Ethik klar hinzuzufügen – ist die Erste-Person-Perspektive, die den Menschen als einmalige Person betrachtet und nicht nur als KundIn oder MarktteilnehmerIn, die umfassendere. Letztlich muss die Erkenntnis der Ökonomie dazu dienen, dass der Mensch als Mensch gut leben kann.

Ich möchte daher zuerst die Dritte-Person-Perspektive von Ökonomie und empirischer Soziologie einnehmen. Aus dieser Perspektive frage ich gemäß dem moraltheologischen Dreischritt Sehen – Urteilen – Handeln zunächst danach, worin die Krise von Care eigentlich besteht (Sehen; 2). Auf dieser Grundlage zeigt sich, dass die beiden Aspekte von Care, der wirtschaftliche und der menschliche, eine je unableitbare Bedeutung für Care besitzen (Urteilen; 3). Anschließend suche ich nach notwendigen Beiträgen zur Zukunftssicherung bezahlter (4) und unbezahlter (5) Care (Handeln).

## 2. Warum Care in der Krise ist

Die Kosten für den Sektor der Health Care sind in Relation zum Bruttoinlandsprodukt pro Kopf in den letzten Jahrzehnten enorm gestiegen. Und schon jetzt wissen wir, dass sie weiter steigen werden (vgl. dazu besonders Rosenberger 2006, S. 125f.). Was waren bzw. sind die Ursachen für ihren Anstieg?

In den 70er Jahren beim *ersten* dramatischen Anstieg hat die sogenannte „Fortschrittsfalle“ (Krämer 1996, S. 55–63) zugeschnappt. Es kam zu einer „Kostenexplosion“ – diesen Begriff prägte 1974 der damalige rheinland-pfälzische Sozialminister Heiner Geißler – durch „*Leistungsexplosion*“ (Höffe 1999, S. 91). Die Kosten im Gesundheitswesen stiegen sprunghaft an, weil die technischen und medizinischen Möglichkeiten einen Quantensprung vollzogen; und das in den meisten Industrieländern. Allerdings kam es zu dieser Explosion nur einmal, denn nachfolgend haben praktisch alle Industrieländer gelernt, die weiterhin stattfindende Leistungsexplosion durch finanzielle Restriktionen so zu steuern, dass keine weitere Kostenexplosion eintrat.

Der *zweite* Anstieg in den Jahren 1990 bis 1995 war allein in Deutschland zu beobachten und ging auf das Konto der deutschen Wiedervereinigung: Weil das Pro-Kopf-BIP durch *Arbeitslosigkeit und geringere Produktivität* im Osten in diesem Zeitraum deutlich fiel (im Jahr 2004 lag es nur bei 64% des Westniveaus), musste der gesamtdeutsche Durchschnittsbürger seitdem einen größeren Anteil seines Wohlstands für die Gesundheit aufbringen als der westdeutsche vor der Wende.

Ein *dritter* Anstieg der Gesundheitskosten pro BIP ist für viele europäische Länder *aus demografischen Gründen* absehbar, wird seine volle Wirkung allerdings erst um 2020 entfalten. Wenn die Generation der „Baby-Boomer“, also der starken Geburtsjahrgänge von 1955 bis 1965, in den Ruhestand tritt, müssen z.B. in Deutschland 100 potenziell Erwerbstätige zwischen 20 und 60 Jahren nicht nur wie heute 40 RuheständlerInnen finanziell mittragen, sondern fast 70 (Hohmeier 2000, S. 51). Selbst wenn man berücksichtigt, dass die Zahl der mitzufinanzierenden Kinder dann geringer sein wird als heute, gleicht das das Verhältnis von Erwerbstätigen zu Nichterwerbstätigen nicht aus. Eine auf Zukunft orientierte Lösung der Care-Krise darf diesem Problem nicht ausweichen.

Im Care-System insgesamt kommt über diese drei Faktoren hinaus in fast allen modernen Wohlfahrtsstaaten ein *vierter* Faktor hinzu: Die zunehmende *Verlagerung nichtbezahlter Sorge-Arbeit* in den Sektor bezahlter

Dienstleistungen<sup>1</sup>. Bisher schätzen die AutorInnen einer für die UN erstellten Studie das Verhältnis von nichtbezahlten zu bezahlten Care-Arbeitsstunden ganz grob auf 1:1 – in den Industrieländern eher weniger, nämlich rund 30 %, in den Entwicklungsländern eher mehr, nämlich rund 70 % (Madörin/Schnegg/Baghdadi 2012, S. 46f.). Die Hälfte aller Care-Arbeitszeit wird also unentgeltlich vollzogen – zu einem großen Teil innerhalb des Familienverbands (in der Schweiz ungefähr zu 85 %), zu einem kleineren, aber nicht unerheblichen Teil durch Vereine und Hilfsorganisationen (in der Schweiz ungefähr zu 15 %). Das gilt in der Krankenpflege genauso wie bei der Kinderbetreuung, in der Sterbebegleitung wie beim Engagement für Menschen mit Behinderung, wobei jedoch fünf Sechstel der bezahlten und nichtbezahlten Care-Arbeit Kindern unter 14 Jahren gewidmet ist und nur ein Sechstel alten Menschen. Doch der Anteil der unentgeltlichen Care-Arbeit sinkt – wenn dem nicht durch politische Steuerung und Anreizsysteme entgegengewirkt wird.

Einer der Gründe dafür liegt an der *ungleichen Verteilung der Care-Arbeit auf die Geschlechter* (s. dazu besonders Madörin 2005, 2009 und 2011). Den größten Teil davon leisten Frauen (in der Schweiz 64 %) (Madörin/Schnegg/Baghdadi 2012, S. 46). Je mehr nun die Frauen zu Recht ihren Platz im Erwerbsarbeitsleben beanspruchen und erhalten, umso mehr Care-Arbeit verschiebt sich in den professionellen Bereich. Wer die Krise von Care lösen will, muss über die stärkere Beteiligung der Männer an unbezahlter Care-Arbeit (und über subsidiäre Strukturen dafür) nachdenken.

### 3. Die zwei Seiten der Krise von Care

Bisher habe ich nur von der ökonomischen Seite der Krise von Care gesprochen. Das ist die eine Seite der Medaille. Die andere ist die menschliche Seite der Krise, die damit Hand in Hand geht. Wachsender Kostendruck auf das bezahlte Care-System wird insbesondere bewirken, dass die menschliche Zuwendung, die für das Wohl der zu versorgenden Menschen unerlässlich ist, Schritt für Schritt dem Rotstift zum Opfer fällt. Zuwendung lässt sich ökonomisch nur schwer fassen – das ökonomische Modell ist weitgehend blind für sie. Und Zuwendung braucht vor allem Zeit. Zeit aber ist Geld – gerade an ihr wird im Care-System am meisten gespart werden.

---

1 Daly/Lewis 2000, S. 291: „practically all welfare states are experiencing a crisis of care as a result of population ageing and the decreasing availability of private unpaid care.“ Ähnlich Bettio/Mazzotta 2011, S. 36f.

Gleichwohl gehören Knappheiten zu den Grundgegebenheiten der Geschöpflichkeit. Begrenztheit und Endlichkeit sind prinzipiell unvermeidbar. Es ist also eine zentrale Herausforderung menschlichen Lebens, mit diesen Begrenzungen angemessen umzugehen. Klassisch gibt es zwei wissenschaftliche Disziplinen, die sich diesem Problem widmen: Die Ökonomie und die Ethik. Die Ökonomie betrachtet Knappheiten unter dem Formalobjekt der Effizienz, d.h. der Minimierung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Die Ethik hingegen nimmt Knappheiten unter der Perspektive der Gerechtigkeit wahr – sie zielt darauf, Kosten wie Nutzen durch freiwillige Selbstbegrenzung fair zu verteilen.

Beide sind nötig, Ökonomie und Ethik. Denn Ineffizienzen sind häufig unfair, weil sie dem Falschen zu viele Lasten auflegen, und Ungerechtigkeiten sind häufig unwirtschaftlich, weil sie den Ungerechten zu Verschwendung und Ineffizienz einladen. Aber es gibt auch „effiziente“ Ungerechtigkeiten (etwa wenn man einem Menschen mit Behinderung aus Kostengründen lieber Sozialhilfe zahlen würde, als ihm einen Arbeitsplatz zu geben) und gerechte „Ineffizienzen“ (etwa wenn man umgekehrt dem Menschen mit Behinderung trotz höherer Kosten einen Arbeitsplatz gibt). Genau darum lassen sich Ökonomie und Ethik nicht aufeinander zurückführen, sondern sind autonome Logiken je unterschiedlicher gesellschaftlicher Systeme.

#### **4. Bezahlte Health Care: Ökonomische Rationalisierung im Dienst ethischer Rationierung**

Im bezahlten Bereich der Health Care treffen Ethik und Ökonomie derzeit mit ziemlicher Härte aufeinander. Wirtschaftlich wie auch gesamt menschlich geht es um sehr viel – und die Knappheiten legen dem System erhebliche Zwänge auf. Wenn ich im Folgenden die ökonomischen und ethischen Strategien zur Knappheitsbewältigung im Bereich der Health Care diskutiere, dann tue ich das ausschließlich aus der Sicht meines Fachs, der Ethik. Selbstverständlich schließt das nicht aus, dass einE ÖkonomIn die spiegelbildliche Perspektive einnehmen könnte und sollte.

Die *Ökonomie* versucht Knappheiten wie gesagt über Effizienzsteigerung zu bewältigen. Diese nennt man auch *Rationalisierung*. Sie zielt auf die Minimierung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Dazu kann sie nach gängiger ökonomischer Lehre zwei Wege einschlagen: Entweder mit gegebenen Mitteln den erstrebten Nutzen zu maximieren (Maximum-Variante) oder ein gegebenes Ziel mit minimalen Mitteln zu erreichen (Minimum-Variante). Diese beiden Strategien werden oft Hand in Hand gehen.

Rationalisierung ist aus ethischer Sicht oft sinnvoll, ja notwendig. Gleichwohl gibt es für ökonomische Rationalisierungsprozesse zumindest drei ethische Anforderungen (Rosenberger 2010, S. 276 f.):

- Keine Rationalisierung auf Kosten der Qualität: Wenn Qualitätseinbußen beschlossen werden müssen, dann kann das nicht nach ökonomischen, sondern einzig nach ethischen Kriterien geschehen, denn dann haben wir eine Rationierung vorliegen.
- Gerechte Verteilung der Rationalisierungslasten und -gewinne auf alle Beteiligten: Jede Rationalisierung bringt Gewinne und Verluste mit sich. Doch darf es keine einseitigen RationalisierungsverliererInnen geben. Vielmehr müssen Gewinne und Verluste fair auf alle Beteiligten verteilt werden.
- Inkaufnahme von begrenzten Ineffizienzen in Bereichen der „kleinen Zahl“: Es gibt „natürliche“ Ungleichheiten, die auch dann einen sozialen Ausgleich verdienen, wenn dieser ökonomisch betrachtet ein Effizienzhemmer ist. Das gilt im Bereich der Health Care z. B. mit Blick auf Forschungsgelder für sogenannte „orphan diseases“, d. h. seltene Krankheiten, oder im Blick auf Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in bevölkerungsarmen Regionen. Aus Gerechtigkeitsgründen müssen hier bestimmte Effizienzverluste in Kauf genommen werden.

Die *Ethik* ihrerseits versucht Knappheiten über Selbstbegrenzung, d. h. über *Rationierung* zu bewältigen. Rationierung bedeutet „die Verteilung knapper Güter nach transparenten und gerechten Kriterien“ (Rosenberger 2010, S. 275) und ist aus ethischer Sicht folglich ein absolutes Muss.

Nun tritt Rationierung im Gesundheitswesen vorrangig im Gewand der *Priorisierung* auf. Priorisierung bedeutet die ausdrückliche Festlegung von Vor- und Nachrangigkeiten für die Behandlung bestimmter Krankheiten (Fuchs/Nagel/Raspe 2009, B-475; Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2000). Es gilt, eine bestimmte, aber vorab nicht berechenbare Menge Geld aus Steuern und Kassenbeiträgen zu verteilen. Ebenso wenig ist klar, welche Krankheit wie oft auftaucht und welche Kosten im Einzelfall zu ihrer Heilung anfallen. Daher stellt die Priorisierung eine Rangliste aller Maßnahmen auf, gemäß der zunächst einmal die höher gereihten Maßnahmen finanziert werden und nur bei guter Kassenlage auch die niedriger gereihten.

Priorisierung und Rationierung sind also nicht dasselbe. Priorisierung ist vielmehr eine Methode, um zu einem dynamischen, jederzeit anpassbaren System der Rationierung zu kommen. Ihre Alternative wäre ein starrer Leistungskatalog. Er hätte zur Folge, dass im Falle unerwartet sinkender Einnahmen oder steigender Ausgaben gravierende Defizite aufliefen und im

umgekehrten Fall riesige Rücklagen gebildet und Gewinne angehäuft würden. Beides ist nur begrenzt zielführend. Priorisierung ist im Vergleich dazu ein sehr geschmeidiger Mechanismus. In der Debatte gilt sie als Königsweg der Rationierung.

Die entscheidende Frage ist die nach den *Kriterien* für die Priorisierung. Wie die Fachdebatte gezeigt hat, sind hierbei alle erwogenen nichtmedizinischen Kriterien zu verwerfen (Rosenberger 2010, S. 279–281). Damit ergibt sich ex negativo eine klare Option für die Konzentration auf medizinische Kriterien für die Rationierung von Health Care-Leistungen. In der Diskussion werden diesbezüglich drei mögliche Messinstrumente angeführt, von denen ich eines als ethisch zu bevorzugen nachweisen möchte:

- Die Kosten-Nutzen-Analyse (cost-benefit-analysis): Maßstab für die Rangordnung von bezahlbaren Leistungen ist hier das Verhältnis von Kosten zu Geld-Nutzen. Es geht also um die durch eine Care-Maßnahme gewonnene Produktivität. Damit ist das Instrument rein ökonomisch und kommt für uns als ethisches Instrument der Priorisierung nicht in Frage.
- Die Kosten-Effektivitäts-Analyse (cost-effectiveness-analysis): Maßstab für die Rangordnung von bezahlbaren Leistungen ist hier das Verhältnis von Kosten zu quantitativ verstandener Effektivität. Im Gesundheitsbereich geht es dabei um die durch eine Maßnahme voraussichtlich gewonnenen Lebensjahre. Hier sind wir schon einen Schritt weiter – und doch ist damit der Gesundheitsdefinition der WHO noch lange nicht Rechnung getragen, die ja nicht nur auf Lebenslänge, sondern auch auf Lebensqualität schaut.
- Die Kosten-Nutzwert-Analyse (cost-utility-analysis) trägt exakt diesem Anliegen Rechnung. Ihr Maßstab für die Rangordnung von bezahlbaren Leistungen ist das Verhältnis von Kosten zu qualitativ verstandener Effektivität. Im Gesundheitsbereich geht es dabei um die durch eine Maßnahme voraussichtlich gewonnenen guten Lebensjahre. Hier wird also auf Lebenslänge und auf Lebensqualität geschaut.

Dieses letzte Instrument zur Ermittlung von Prioritäten ist jenes, das ich favorisiere. Es wird gewöhnlich in zwei Varianten vertreten: Die eine bemisst den gesundheitlichen Nutzwert einer Maßnahme durch sogenannte QALYs („quality adjusted life years“ = „qualitätsbereinigte Lebensjahre“), wobei der Akzent für die Lebensqualität stark auf dem subjektivem Wohlbefinden liegt. Diese Methode schlägt z.B. das Manifest einer Arbeitsgruppe der

Schweizer Bundesärztekammer von 1999 vor<sup>2</sup>. Die andere Methode misst den medizinischen Nutzen durch sogenannten DALYs („disability adjusted life years“ = „unfähigkeitsbereinigte Lebensjahre“). Hier liegt der Akzent auf den für das jeweilige Alter eines Menschen normalen Fähigkeiten, sein Leben zu gestalten und Grundvollzüge eigenständig zu realisieren. Diesen Weg praktiziert die Weltgesundheitsorganisation WHO seit dem World Development Report von 1993.

Beide Modelle bedürfen einer Skala, die die Lebensqualität bzw. deren Beeinträchtigung misst. Eine solche festzulegen, die dann qualitative Wertentscheidungen in quantitative Messgrößen (ausgedrückt in der Qualitätszahl, die zwischen 0 = keinerlei Lebensqualität und 1 = volle Gesundheit oder umgekehrt liegt) übersetzt, ist Aufgabe eines ethischen Diskurses. Meines Erachtens sollte dieser primär von Fachleuten geführt und von im weiteren Sinne politischen Gremien entschieden werden<sup>3</sup>. Eine Einbeziehung der Öffentlichkeit durch solche Gremien ist allerdings höchst wünschenswert, sofern eine allgemeine Akzeptanz der Ergebnisse angezielt wird (Diederich et al. 2009).

Dabei geht es vor allem um folgende Werte, die ich relativ übereinstimmend zwei anerkannten Skalen, nämlich dem EQ-5D (EuroQol 5 Dimensions) und dem HUI-II (Health Utility Index Mark II) entnehme (auch umfangreichere Kriterienkataloge wie der SF-36 wären denkbar!): Mobilität; Sinneswahrnehmungsfähigkeit; Kognition/geistige Fähigkeiten; Vollzug normaler Tätigkeiten; Schmerzen; psychisches Befinden (Emotionen, Angst, Depression...); Selbstfürsorge. Man sieht leicht, dass diese Qualitätsmaßstäbe auch jenseits der medizinischen Care im engen Sinn höchst brauchbare Parameter darstellen.

In der Zwischenzeit wird für den Bereich von Pflege und Betreuung ein analoges Messinstrument getestet mit dem Kürzel ASCOT (adult social care outcome toolkit; vgl. Trukeschitz 2011, S. 26–30). Es scheint sich damit abzuzeichnen, dass die Kosten-Nutzwert-Analyse das Mittel der Wahl ist, um eine vernünftige Rationierung von Care-Leistungen durchzuführen. Auf jeden Fall ist sie in der Lage, die gegenwärtige Schiefelage zugunsten technischer und zuungunsten menschlicher Care-Leistungen signifikant zu korrigieren.

---

2 Vgl. Unabhängige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen“ 1999.

3 Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2007 empfiehlt die Installation einer „Priorisierungskommission“.

## 5. Nichtbezahlte Health Care: Auf der Suche nach neuen Formen solidarischen Zusammenlebens

Bisher haben wir versucht, die finanziellen Herausforderungen der Care-Krise zu betrachten und ökonomische wie ethische Lösungsstrategien für sie zu skizzieren. Doch hatte ich bereits darauf hingewiesen, dass bezahlte Leistungen in den Industrieländern nur etwa die Hälfte aller Care-Arbeit ausmachen. Die andere Hälfte ist unbezahlt. Und hier wurde als Kernproblem benannt, dass vor allem die unbezahlte Familienarbeit kontinuierlich rückläufig ist. Wie kann angesichts dieses Trends dafür gesorgt werden, dass die Verlagerung unbezahlter Care in bezahlte Care im finanzierbaren und auch menschlich angemessenen Rahmen bleibt?

Die *Faktoren für die Verlagerung* unbezahlter in bezahlte Care sind vielschichtig. Erstens schlägt, wie bereits erwähnt, die gewandelte Rolle der Frau zu Buche. Frauen sind heute ebenso berufstätig wie Männer, sie qualifizieren sich und wollen ihre Fähigkeiten einbringen. Das ist nicht nur ökonomisch sinnvoll, sondern vor allem ethisch fair. Zweitens macht sich die gewandelte Familienstruktur bemerkbar. Während noch vor 100 Jahren das Zusammenleben einer Großfamilie mit drei Generationen zuzüglich etlicher unverheirateter Onkeln und Tanten der Normalfall war, lebt heute meist nur die sogenannte „Kernfamilie“ aus ein bis zwei Generationen in einem Haushalt und ist oft weit von ihren Verwandten entfernt. Das macht es schier unmöglich, die gesamte unbezahlte Care – sei es für die Kinder, sei es für den kranken Ehepartner, sei es für die alten Eltern – innerfamiliär zu bewältigen.

Wenn wir also einerseits nicht zurück zur vormodernen Großfamilie und andererseits auch nicht den gesamten Bereich der Care kommerzialisieren wollen, müssen wir nach neuen Modellen zwischenmenschlicher Solidarität suchen. Ich denke hier vor allem an drei Sozialformen, die unterschiedliche Grade der Verbindlichkeit und des Engagements bedeuten:

- *(Arbeits-)Tauschbörsen bzw. Regionalwährungen*: Zunehmend gibt es regionale Initiativen, die den Tausch von unentgeltlichen Dienstleistungen unter Nichtverwandten erleichtern. Dabei geht es vor allem darum, multilaterale Tauschverhältnisse zu ermöglichen, z.B. so: Der junge Mann schneidet die Hecke der alten Frau – die alte Frau hütet die Kinder des jungen Lehrers – der junge Lehrer gibt dem jungen Mann Nachhilfe in Mathematik. Niemand zahlt mit geltender Währung, sondern allenfalls mit Tauschgutscheinen oder „Regionalgeld“, das aber nicht in die landesübliche Währung umtauschbar ist und damit zwangsläufig im Kreislauf des Tauschs von Dienstleistungen verbleibt. Erste Eindrücke solcher Regionalwährungen ergeben, dass der Tausch von Dienstleistungen nicht

nur eine erhebliche Geldersparnis bringt, sondern auch neue Kontakte ermöglicht und Freude am Füreinander-Arbeiten schenkt.

- *Vereine und Aktionskreise im Care-Bereich*: Es ist kaum zu übersehen, dass die im Rahmen von Vereinen oder Gruppen organisierte ehrenamtliche Arbeit im Care-Sektor in den letzten Jahrzehnten massiv zugenommen hat: Krankenbesuchsdienste, Hospizgruppen, Gruppen zur Betreuung von Menschen mit Behinderung in deren Freizeit – das sind nur einige Beispiele von Initiativen, die wie Pilze aus dem Boden schießen. Vielfach übernehmen sie Aufgaben, die noch vor wenigen Jahrzehnten üblicherweise der Großfamilie zufielen. Damit leisten sie einen wertvollen Beitrag zur Neustrukturierung von Care in der Postmoderne.
- *„Cohousing“; Gemeinsames Wohnen und Mehrgenerationen-Wohnen*: Unter diesen Fachbegriffen sammeln sich derzeit sehr unterschiedliche Formen gemeinschaftlichen Wohnens von Menschen, die untereinander nicht verwandt sind, aber miteinander in Gemeinschaft leben und füreinander Verantwortung übernehmen wollen. Die beiden Grundprinzipien solcher Wohnmodelle sind einerseits eine möglichst weitreichende Mitbestimmung und Mitverantwortung aller und andererseits die Schaffung großzügiger Räumlichkeiten für gemeinschaftliche Aktivitäten der BewohnerInnen – unter Beibehaltung privater Wohnbereiche und finanzieller Eigenständigkeit für jede beteiligte „Partei“. Die Verbindlichkeit des gemeinsamen Wohnens ist selbstverständlich weit größer als bei den beiden anderen Formen – dafür entstehen auch engere persönliche Kontakte und weitreichende Möglichkeiten des zwischenmenschlichen Miteinanders.

Meines Erachtens wird die Zukunft von Care maßgeblich davon abhängen, ob und wie sich diese neuen Formen unbezahlter Solidarität entwickeln können. Und das liegt nicht nur an den handelnden Personen, sondern auch an übergeordneten Instanzen. Ausgehend von der katholischen Soziallehre des beginnenden 20. Jahrhunderts ist das *Subsidiaritätsprinzip* zu einem Grundelement der Architektur demokratischer Staaten geworden. Subsidiarität, wörtlich übersetzt Unterstützungsbereitschaft, meint, dass die im Gemeinwesen übergeordneten Instanzen den untergeordneten Instanzen so viel Eigenständigkeit wie möglich lassen, aber so viel Unterstützung wie nötig geben. Ich will das kurz für das gemeinschaftliche Wohnen skizzieren, das sicher am meisten Unterstützung braucht:

- *Starke Nichtregierungsorganisationen* können Unterstützung geben durch Übernahme der Trägerschaft eines gemeinschaftlichen Wohnprojekts (z.B. Kolping Österreich in Wien, [www.gemeinsam-leben.at](http://www.gemeinsam-leben.at), Abruf 1.8.12), Vergabe von Wohnraum im Erbbaurecht (z.B. die Diözese Linz), Ange-

bot von Appartements zum Mitwohnen in einem Kloster (z.B. das Zisterzienserinnenkloster Helfta), Einrichten einer Infobörse über mögliche Angebote (z.B. die Partei Die Grünen, [www.gemeinsamwohnen.at](http://www.gemeinsamwohnen.at), Abruf 1.8.12) oder einer Plattform für den Erfahrungsaustausch (z.B. <http://gemeinsam-bauen-wohnen.org>, Abruf 1.8.12).

- *Kommunen oder Regionalverwaltungen* können gemeinsames Wohnen unterstützen durch die bevorzugte Grundstücksvergabe in neu zu erschließenden Baugebieten, durch Reservieren von Flächen für solche Projekte in Bebauungsplänen, durch eine Reduzierung der Stellplatzpflicht für gemeinschaftliches Wohnen in der Bauordnung etc.
- Der *Staat* schließlich kann gemeinsames Wohnen unterstützen durch finanzielle Förderung, etwa wenn alle Wohnungen behindertengerecht ausgeführt werden oder wenn eine eigene Infrastruktur zur Kinderbetreuung vorgesehen ist.

Selbstverständlich bedürfen jene Felder von Care besonderer Aufmerksamkeit, in denen bezahlte und nichtbezahlte Care-Leistungen in Konkurrenz zueinander stehen. Unbezahlte Care darf nicht zur Qualitätsminderung führen. Und bezahlte Care darf nicht durch öffentliche Gelder animiert werden, unbezahlte Möglichkeiten „plattzumachen“. Beides würde dem Subsidiaritätsprinzip direkt widersprechen. Hier hat der Staat eine wichtige Wächter- und Steuerungsfunktion.

Menschen brauchen nicht die materielle oder tätige Maximalversorgung – sie sind durchaus bereit, Abstriche zu machen, wo es nötig ist. Aber sie brauchen die Sicherheit, als Person einen Namen zu haben – und mit Respekt und Aufmerksamkeit behandelt zu werden.

## Literatur

- Bettio, F./Mazzotta, F. (2011): The future of care in Europe. Exploring the trade-offs that are driving change. In: Kurswechsel. Zeitschrift für gesellschafts-, wirtschafts- und umweltpolitische Alternativen, H. 4, S. 36–48.
- Braun, B./Kühn, H./Reiners, H. (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch-Verlag.
- Breckner, I. (2007): Health care der Zukunft. Eine Herausforderung für Architektur, Medizin und Ökonomie. Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Daly, M./Lewis, J. (2000): The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. In: British Journal of Sociology 51, S. 281–298. [http://ritsumei-gssgp.jp/sansyagp/lecture/lecture-pdf/Mao%20Saito/100622\\_The%20Concept\\_of%20\\_Social\\_Care\\_and\\_the%20\\_Analysis\\_of%20\\_Contemporary\\_Welfare%20\\_States.pdf](http://ritsumei-gssgp.jp/sansyagp/lecture/lecture-pdf/Mao%20Saito/100622_The%20Concept_of%20_Social_Care_and_the%20_Analysis_of%20_Contemporary_Welfare%20_States.pdf) (Abruf 1.8.2012).

- Diederich, A./Winkelhage, J./Schnoor, M./Schreier, M. (2009): Priorisierung: Öffentlicher Diskurs erforderlich. In: Deutsches Ärzteblatt 106, A-654–656.
- Diederich, A./Schreier, M. (2010): Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. [www.priorisierung-in-der-medizin.de/documents/FOR655\\_Nr27\\_Diederich\\_Schreier.pdf](http://www.priorisierung-in-der-medizin.de/documents/FOR655_Nr27_Diederich_Schreier.pdf) (Abruf 1.8.2012).
- Fuchs, C./Nagel, E./Raspe, H. (2009): Rationalisierung, Rationierung, Priorisierung – was ist gemeint? In: Deutsches Ärzteblatt 106, A-564–567.
- Hohmeier, J. (2000): Gerechtigkeit bei der Verteilung und Rationierung von Gesundheitsleistungen – eine wirtschaftsethische Analyse der gesetzlichen Krankenversicherung. Herdecke: GCA-Verlag.
- Höffe, O. (1999): Besonnenheit und Gerechtigkeit. Zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen. In: Badura, B./Dickhuth, H.H./Schlicht, W. (Hrsg.): Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität? Schorndorf: Hofmann, S. 155–184.
- Krämer, W. (1996): Die Fortschrittsfalle oder Hippokrates versus Sisyphos: Deutscher Hochschulverband (Hrsg.), Almanach IX, S. 55–63.
- Madörin, M. (2005): Pflege – eine Herausforderung für die Gesundheitsökonomie. gekürzte Fassung eines Beitrags für Managed Care 7/8 2005. [www.aggp.ch/cms/upload/aggpPDF/Hintergrund\\_Care\\_MM.pdf](http://www.aggp.ch/cms/upload/aggpPDF/Hintergrund_Care_MM.pdf) (Abruf 1.8.2012).
- Madörin, M. (2009): Care-Ökonomie. Neue Landschaften von feministischen Analysen und Debatten. Zürich: Olympe.
- Madörin, M. (2011): Weltmarkterfolg auf Kosten der Frauen. Akkumulations-, Care- und Genderregimes in der Schweiz. In: Kurswechsel. Zeitschrift für gesellschafts-, wirtschafts- und umweltpolitische Alternativen, H. 4, S. 64–74.
- Madörin, M./Schnegg, B./Baghdadi, N. (2012): Advanced Economy, Welfare State and Traditional Care. In: Razavi, S./Staab, S. (Hrsg.): Global variations in the political and social economy of care. Worlds apart. New York: Routledge, S. 43–60.
- Oxford Dictionary (o.J.): Care. In: <http://oxforddictionaries.com/definition/english/care> (Abruf 1.8.2012).
- Razavi, S./Staab, S. (Hrsg.) (2012): Global variations in the political and social economy of care. Worlds apart. New York: Routledge.
- Rosenberger, M. (2006): Die beste Medizin für alle – um jeden Preis? In: Orientierung 70, S. 125–128 und S. 141–144.
- Rosenberger, M. (2007): Kann Rationierung fair sein? Ethische Überlegungen zur Gerechtigkeit im Gesundheitssystem. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 101, S. 356–361.
- Rosenberger, M. (2010): Rationierung und Gerechtigkeit. Überlegungen zur Verteilung begrenzter Ressourcen im Gesundheitssystem. In: Feldbauer-Durstmüller, B./Koller, E. (Hrsg.): Wirtschaft und Ethik – ein notwendiger Dialog? Wien: Linde, S. 267–283.
- Trukeschitz, B. (2011): Worauf es letztlich ankommt. Ergebnisqualität in der Langzeitpflege und -betreuung. In: Kurswechsel. Zeitschrift für gesellschafts-, wirtschafts- und umweltpolitische Alternativen, H. 4, S. 22–35.
- Zweifel, P./Felder, S./Meier, M. (1999): Ageing of population and health care expenditure. A red herring. Zürich: Sozialökonomisches Institut.

## Offizielle Dokumente

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung: Müssen und können wir uns entscheiden? Bonn.

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2007): Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Berlin.

Unabhängige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen“ (1999): Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen. In: Schweizer Ärztezeitung Nr. 45/Beilage, S. 1–9.

World Health Organization (2004): Priority Medicines for Europe and the World, Genf.