

Unterrichtung durch die Bundesregierung

Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit

Inhalt

	Seite
A. Berichtsauftrag	3
B. Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen	3
I. Häusliche Pflege	3
1. Anzahl und Situation der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen ..	3
2. Situation der Pflegepersonen	5
3. Ambulante soziale Dienste	6
II. Pflege in Einrichtungen	6
III. Kosten und Finanzierung der Pflege	7
IV. Entwicklung im Bereich der Pflegebedürftigkeit	8
C. Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Aufbau und Finanzierung ambulanter und stationärer Pflegedienste“	10
D. Vorschläge der Bundesregierung	13
I. Unterstützung der häuslichen Pflege durch verbesserte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	15
1. Verstärkung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zur Vermeidung oder zur Minderung von Pflegebedürftigkeit	15
2. Erweiterung der häuslichen Krankenpflege	15
3. Hilfen bei Krankheit der Pflegepersonen	16
II. Unterstützung der Pflege durch steuerliche Entlastungsmaßnahmen .	16
III. Unterstützung der häuslichen Pflege durch Maßnahmen im Woh- nungswesen	16

	Seite
IV. Verbesserung der personellen Situation von ambulanten Diensten ...	17
V. Forschung	18
E. Mitwirkung aller Beteiligten	19
F. Schlußbemerkung	19

A. Berichtsauftrag

Fragen der sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit sind seit Mitte der 70er Jahre verstärkt in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses gerückt.

Während einem Kranken im Krankenhaus eine umfassende Versorgung und Behandlung von den Krankenkassen finanziert wird, muß ein Pflegebedürftiger in einem Pflegeheim die gesamten Heimkosten selbst aufbringen. Durch hohe und ständig steigende Kosten für eine Heimunterbringung waren immer mehr ältere Menschen trotz eines durchschnittlichen Alterseinkommens auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen.

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit hat bereits 1977 einen Bericht „Pflegebedürftigkeit älterer Menschen“ vorgelegt, in dem die Probleme der Sicherung bei Pflegebedürftigkeit dargelegt und Vorschläge für eine bessere Sicherung analysiert wurden.

Im gleichen Jahr berief er eine Bund/Länder-Arbeitsgruppe ein, deren Auftrag es war, Untersuchungen über Aufbau, Zuordnung und Finanzierung ambulanter und stationärer Pflegedienste vorzunehmen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten. Die Bund/Länder-Arbeitsgruppe legte ihren Bericht im April 1980 vor.

Der Deutsche Bundestag hat die Bundesregierung in einer EntschlieÙung vom 10. Dezember 1982 aufgefordert, über die Arbeit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Aufbau und Finanzierung ambulanter und stationärer Pflegedienste“ zu berichten und gleichzeitig alternative Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen (vgl. EntschlieÙungsantrag Drucksache 9/2117 und Plenarprotokoll über die Sitzung des Deutschen Bundestages am 10. Dezember 1982, Seite 8550).

Die Bundesregierung legt hiermit den erbetenen Bericht vor.

B. Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen

Der Zustand der Pflegebedürftigkeit ist in unserer Rechtsordnung nicht einheitlich definiert. Es gibt in einzelnen Rechtsgebieten unterschiedliche Umschreibungen, die dem jeweiligen Aufgabenbereich angepaßt sind, wie z. B. in der Sozialhilfe, im sozialen Entschädigungsrecht, im Steuerrecht, im Beihilferecht und der Unfallversicherung. Ihnen ist gemeinsam, daß jemand als pflegebedürftig bezeichnet wird, wenn er so hilflos ist, daß er nicht ohne Wartung und Pflege sein kann. Von dieser Begriffsbestimmung wird im folgenden ausgegangen.

Pflegebedürftigkeit kann bei Krankheit oder Behinderung — besonders häufig im Alter — eintreten. Die Zahl der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Pflegebedürftigen ist nicht bekannt und wegen der Definitionsschwierigkeiten auch nicht genau zu ermitteln. Die Bundesregierung schätzt die Gesamtzahl auf 2 Mio., von denen rund 260 000 nicht nur vorübergehend in stationären Einrichtungen leben.

I. Häusliche Pflege

1. Anzahl und Situation der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen

Erkenntnisse über zu Hause versorgte Pflegebedürftige erbrachte die von Socialdata im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit durchgeführte Untersuchung „Anzahl und

Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger“¹⁾. Die Untersuchung gibt die Situation im Jahre 1978 wieder und berücksichtigt nur die deutsche Bevölkerung ab sieben Jahre. Neuere Zahlen sind nicht vorhanden.

Socialdata hat die Pflegebedürftigen entsprechend ihrer Bedarfslage in folgende drei Gruppen eingeteilt:²⁾

Gruppe A: Schwerstpflegebedürftige

Auf intensive Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung angewiesen; die meisten ständig bettlägerig;

rd. 210 000 Personen, das waren 0,4% der Bevölkerung.

Gruppe B: Schwerpflegebedürftige

In mehreren Bereichen nicht in der Lage, sich selbst zu helfen, und auf Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung täglich angewiesen; in Teilbereichen noch Eigenaktivitäten möglich;

¹⁾ Socialdata, Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger, Band 80 der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit

²⁾ Socialdata, a. a. O., S. 36 ff.

rd. 420 000 Personen, das waren 0,75% der Bevölkerung

Gruppe C: Pflegebedürftige, die leichter Pflege bedürfen

Diese Personengruppe braucht Pflege leichterer Intensität, teilweise ist sie auf hauswirtschaftliche Versorgung oder Betreuung angewiesen und im Aktionsradius stark eingeschränkt;

rd. 940 000 Personen, das waren 1,75% der Bevölkerung.

Neben diesen etwa 1,6 Mio. zu Hause lebenden Pflegebedürftigen gab es nach den Feststellungen von Socialdata eine Gruppe von rund 970 000 Hilfebedürftigen, die andersartige Hilfe und Unterstützung benötigten, da sie entweder blind, taub oder stumm waren oder aus anderen Gründen zu einer aktiven Kommunikation nicht bzw. nicht mehr fähig waren.

Pflegebedürftigkeit ist auf das engste mit Alter verknüpft. Die Altersabhängigkeit läßt sich an der folgenden Tabelle verdeutlichen, bei der die Pflegebedürftigen je Altersgruppe auf die jeweilige deutsche Wohnbevölkerung bezogen sind.

Tabelle 1

Anteil der Pflegebedürftigen an der Wohnbevölkerung nach Altersgruppen

Altersgruppe von ... bis ... Jahre	Anteil der Pflegebedürftigen (Gruppen A, B und C) an der jeweiligen Altersgruppe der Wohnbevölkerung in %
7 bis 17	0,6
18 bis 59	1,4
60 bis 64	1,7
65 bis 79	8,0
80 und mehr	28,4
65 und mehr	11,1
Gesamt	2,9

Quelle: Socialdata, a. a. O., S. 42, 43

Es fällt besonders auf, daß annähernd 30% der Personen, die zu Hause gepflegt wurden, über 80 Jahre waren. Wenn man die stationär untergebrachten über 80jährigen mit berücksichtigt, so läßt sich sagen, daß zur Zeit der Untersuchung jeder Dritte über 80jährige pflegebedürftig war. Dieses Verhältnis dürfte auch heute noch gültig sein. Der Bedarf an Hilfe, den Pflegebedürftige haben, war sehr hoch. Dies verdeutlicht für die Grundpflege die folgende Übersicht:

Tabelle 2

Bedarf an Hilfen bei Pflegebedürftigkeit

Bedarf bei	Bedarf haben bei		
	Schwerstpflegebedürftigkeit (Gruppe A)	Schwerpflegebedürftigkeit (Gruppe B)	leichterer Pflegebedürftigkeit (Gruppe C)
	in %		
Aufstehen, Zubettgehen	82	58	37
An- und Ausziehen	87	73	29
Waschen, Kämmen, Rasieren	87	63	16
Baden	86	74	39
Essen und Trinken	69	25	9
Wasserlassen	77	16	2
Stuhlgang	81	23	3

Quelle: Socialdata, a. a. O., S. 75

Die notwendigen Hilfen erhielten die Pflegebedürftigen fast ausschließlich durch Angehörige oder im Wege der Nachbarschaftshilfe.

Die große Bedeutung dieser Gruppe von Helfern für die Versorgung Pflegebedürftiger läßt sich an der folgenden Tabelle aufzeigen:

Tabelle 3

Hilfeleistende Personen/Einrichtungen

Hilfeleistende Personengruppen/Einrichtungen	Pflegebedürftige (Gruppen A, B und C), die Hilfe erhalten in %
Die Pflegebedürftigen erhalten Hilfe (Mehrfachnennungen):	
— Ja, und zwar von	
— im Haushalt lebenden Personen	63
— außerhalb des Haushalts lebenden Angehörigen, Verwandten	31
— Freunden, Bekannten, Nachbarn	17
— Haushalts- und Putzhilfen	2
— Arzt, Ärztin	30
— von Institutionen eingesetzten Hilfs- und Pflegekräften (ambulanten Diensten); freiberuflich tätigen professionellen Hilfs- und Pflegekräften*)	12
— teilstationären Einrichtungen	5
— sonstigen	—
— Nein, die Hilfebedürftigen erhalten keine Hilfe	2
— Es fehlen Angaben über hilfeleistende Personen/Einrichtungen	12

*) Schwestern/Pfleger von ambulanten Diensten, Sozialstationen; private Schwestern/Pfleger, Pflegehelfer, Schwesternhelferinnen, Zivildienstleistende, ehrenamtliche Helfer

Quelle: Socialdata, a. a. O., S. 60

Ein Teil der Pflege wurde — gerade bei älteren Leuten — vom Ehepartner geleistet. Soweit der Pflegebedürftige in einem Mehrgenerationenhaushalt lebte, waren es meist seine Kinder, die die Last der Pflege trugen. Geschwister spielten bei der Pflege nur eine sehr untergeordnete Rolle. Erhielt der Pflegebedürftige von außerhalb Hilfe, so waren es ganz überwiegend die eigenen Kinder, die die Pflege übernommen hatten. In diesen Fällen kam auch der Nachbarschaft, Freunden und Bekannten eine deutlich größere Bedeutung zu als bei Pflegebedürftigen, die aus dem eigenen Haushalt Hilfe erhielten³⁾.

Bei der Aufgliederung der Pflegenden nach Geschlecht zeigte sich, daß deutlich mehr Frauen die

³⁾ Socialdata, a.a.O., S. 68

Pflege übernommen hatten als Männer. Wenn man auf die Hauptpflegepersonen abstellt, waren 24% männlichen Geschlechts und 76% weiblichen Geschlechts⁴⁾.

Durchschnittlich stand bei der häuslichen Pflege einem Pflegebedürftigen nur eine Pflegeperson gegenüber. Die durchschnittliche Anzahl der hilfeleistenden Personen — bezogen auf alle Pflegebedürftigen — war 1,1. Bei den Pflegebedürftigen, die von Haushaltsmitgliedern Hilfe erhielten, war sie 1,3⁵⁾.

Die Dauer der Pflegebedürftigkeit ist sehr unterschiedlich. Nach Socialdata waren rd. 30% der Pflegebedürftigen schon über zehn Jahre pflegebedürftig⁶⁾.

Häusliche Pflege wird oft auch durch die schlechte Wohnsituation älterer Menschen erschwert. Viele Wohnungen sind nicht den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und den Erfordernissen der Pflege entsprechend ausgestattet. Gerade ältere Menschen leben häufiger als andere in Wohnungen ohne Badezimmer und Zentralheizung.

2. Situation der Pflegepersonen

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Altersgliederung der Haushaltsmitglieder, die Hilfebedürftige pflegen.

Tabelle 4

Haushaltsmitglieder, die Hilfebedürftige pflegen und Altersgruppen

Die Hilfsbedürftigen wurden von Haushaltsmitgliedern folgender Altersgruppen gepflegt	Hilfebedürftige (Gruppen A, B und C), denen von Haushaltsmitgliedern Hilfe geleistet wurde in % (Mehrfachnennungen)
7 bis 19 Jahre	9
20 bis 29 Jahre	3
30 bis 49 Jahre	35
50 bis 59 Jahre	35
60 bis 69 Jahre	38
70 bis 79 Jahre	18
80 Jahre und mehr	4
Keine Angaben zum Alter	2

Quelle: Socialdata, a. a. O., S. 64

Aus der vorhergehenden Beschreibung der Situation der Pflegebedürftigen lassen sich bereits Schlüsse zur Situation der Pflegepersonen ziehen. Der eingangs geschilderte Bedarf an Grundpflege,

⁴⁾ Socialdata, a.a.O., S. 252

⁵⁾ Socialdata, a.a.O., S. 65

⁶⁾ Socialdata, a.a.O., S. 55

der Anteil der Angehörigen an der Versorgung, Verhältniszahlen von Pflegepersonen zu Pflegebedürftigen und das Alter der Pflegepersonen lassen auf eine hohe Belastung vieler pflegender Angehöriger schließen.

Wie sehr die Pflegepersonen ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen, bestimmte Lebensziele aufgeben oder jedenfalls die eigene Lebensgestaltung verändern, zeigen folgende Beispiele:⁷⁾

- 33 % aller Pflegepersonen verbrachten mehr als sechs Stunden täglich beim Pflege- und Hilfebedürftigen;
- 16 % aller Pflegepersonen hatten negative Auswirkungen auf ihre Berufstätigkeit erfahren; dies gilt in besonderem Maße (56 v. H.!) für Pflegepersonen, die in verhältnismäßig jungen Jahren einen schwer Pflegebedürftigen versorgen;
- 50 % aller Pflegepersonen hatten negative Auswirkungen auf die eigene Freizeit erfahren;
- 45 % aller Pflegepersonen konnten ihren Urlaub nicht ohne Einschränkungen verbringen;
- 37 % aller Pflegepersonen mußten Beeinträchtigungen der eigenen Gesundheit in Kauf nehmen;
- 28 % aller Pflegepersonen mußten mit negativen Auswirkungen ihrer Pflegetätigkeit auf ihre eigene finanzielle Lage fertig werden.

Bei etwa einem Drittel aller Pflegebedürftigen sah sich die mit dem Pflegebedürftigen zusammenlebende Hausgemeinschaft nicht in der Lage, einen Ausfall des Hauptpflegers bis zu zwei Monaten auszugleichen. Einen noch längeren Ausfall konnten — nach eigener Einschätzung — nur 40 % der Haushalte auffangen.

3. Ambulante Soziale Dienste

Hilfe von außerhalb erhalten Pflegebedürftige u. a. durch ambulante soziale Dienste. Sie sind weitgehend als Sozialstationen organisiert. Es gibt gegenwärtig etwa 1 500 Sozialstationen in der Bundesrepublik Deutschland. Sie sind mit 4 bis 12, teilweise auch mehr Fachkräften besetzt und verfügen über einen unterschiedlich großen Stamm von freiwilligen und ehrenamtlichen Helfern. Ihr Einzugsgebiet umfaßt zwischen 20 000 und 60 000 Einwohnern.

In den Stationen sind als Fachkräfte überwiegend Krankenschwestern eingesetzt; nur 45 % aller Stationen haben wenigstens eine Altenpflegekraft eingestellt.⁸⁾

⁷⁾ Socialdata, a. a. O., S. 251 ff.

⁸⁾ Grunddaten zur gegenwärtigen Situation der Sozialstationen in der Bundesrepublik Deutschland, Endbericht zu einem Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, 1980 vorgelegt durch das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft, Saarbrücken e. V., S. 55

Bei den Leistungen der Sozialstationen überwiegen die der Krankenpflege; nach einer bayerischen Untersuchung liegt die Zahl der Leistungsfälle der Krankenpflege rund fünfmal so hoch wie die der Altenpflege.⁹⁾ Insgesamt sind die ambulanten Dienste — nicht zuletzt wegen der fehlenden finanziellen Absicherung — zu wenig auf die Gruppe der Pflegebedürftigen ausgerichtet. Ärztlich verschriebene Behandlungspflege zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalt oder zur Sicherung der ärztlichen Behandlung machen den Hauptanteil der Leistungen aus, da sie nach § 185 RVO gegenüber den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar sind.

Die Sozialstationen werden unterstützt und ihr Angebot wird ergänzt durch mobile soziale Hilfsdienste, in denen überwiegend Zivildienstleistende eingesetzt werden. Das Angebot der mobilen sozialen Hilfsdienste umfaßt Betreuung, Reinemacharbeiten, Einkaufsdienste und Pflegehilfsdienste.

Vorwiegend im ländlichen Bereich gibt es noch etwa 3 000 Gemeinde-Krankenpflegestationen, die zum Teil auch altersgebrechliche kranke Menschen pflegen.

Ergänzend zu diesen Angeboten werden von unterschiedlichen Trägern Essen auf Rädern, Reinigungs- und Waschdienste u. ä. angeboten.

Noch wenig ausgebaut sind Einrichtungen für Tages- oder Kurzeitaufenthalte, in denen Pflegebedürftige Rehabilitationsangebote erhalten oder für die Zeit krankheits- oder urlaubsbedingter Abwesenheit der häuslichen Pflegeperson untergebracht werden können.

So gab es 1981 nur 14 Tagespflegeheime¹⁰⁾; inzwischen dürften es 20 sein.

Dem entspricht, daß rehabilitative Maßnahmen bei nur 19 % der Pflegebedürftigen durchgeführt werden.¹¹⁾

II. Pflege in Einrichtungen

Über die Zahl der Pflegebedürftigen in Einrichtungen gibt es keine umfassende Erhebung. Als Informationsquellen stehen nur die Zusatzstatistik „Hilfe zur Pflege“ der Sozialhilfestatistik 1977, die jährliche Sozialhilfestatistik und Ergebnisse von Umfragen bei den Ländern über die Zahl der Plätze in Einrichtungen zur Verfügung. Auf dieser Grundlage wird derzeit von rund 260 000 Pflegebedürftigen in Einrichtungen ausgegangen. Der überwiegende Teil sind Frauen. Es kann angenommen werden, daß fast zwei Drittel aller Pflegeheimbewohner

⁹⁾ Programm soziale Dienste in Bayern, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1982, Seite 22

¹⁰⁾ Ketterer, D. u. W. Roesner, Die Entwicklung der Tagespflegeheime in der Bundesrepublik Deutschland; Berlin 1981, S. 60

¹¹⁾ Socialdata, a. a. O., S. 247

Frauen sind; ihr Anteil nimmt in den höheren Altersgruppen noch zu.¹²⁾

Der größte Teil der Pflegebedürftigen ist in Altenpflegeheimen und entsprechenden Einrichtungen oder in Pflegeheimen für Behinderte untergebracht.

Es muß jedoch angenommen werden, daß eine große Zahl der Pflegebedürftigen in Altenheimen ohne Pflegeabteilung, in Krankenhäusern für Psychiatrie und für Neurologie sowie in Krankenhäusern für chronisch Kranke und in geriatrischen Kliniken untergebracht ist. Die Bund/Länder-Arbeitsgruppe ging von rund 100 000 aus.

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Akutkrankenhäusern ist nicht in die Schätzung mit einbezogen. Über die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt in Akutkrankenhäusern fehlen genauere Untersuchungsergebnisse und Daten. Erhebungen legen aber die Vermutung nahe, daß in den Krankenhäusern Pflegebedürftige in erheblichem Umfang versorgt werden.

Über die Einkommensverhältnisse aller Pflegebedürftigen in Einrichtungen liegen keine genauen Daten vor. Es wird allgemein angenommen, daß etwa 30% aller stationär untergebrachten Pflegebedürftigen die Kosten der Pflege voll aus eigenen Mitteln tragen können. Über zwei Drittel aller Pflegebedürftigen in Einrichtungen sind danach ganz oder teilweise auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen. Dies wird erklärlich, wenn man berücksichtigt, daß sich 1982 für die Sozialhilfe die durchschnittlichen Kosten für einen Pflegeplatz in einer Einrichtung einschließlich „Taschengeld“ auf rund 2 400 DM monatlich beliefen.

Über die Einkommensverhältnisse der pflegebedürftigen Sozialhilfeempfänger in Einrichtungen hat die Zusatzstatistik 1977 „Hilfe zur Pflege“ folgende Ergebnisse gebracht:

- 25% verfügten über kein Einkommen
- 32% verfügten über weniger als 600 DM
- 37% verfügten über 600 DM bis 1 200 DM
- 6% verfügten über mehr als 1 200 DM.

Eine neuere Statistik über die Einkommen pflegebedürftiger Sozialhilfeempfänger in Einrichtungen liegt nicht vor.

Diese Tabelle zeigt, daß sich in Pflegeeinrichtungen besonders viele Menschen befanden, die über kein oder nur über ein geringes Einkommen verfügen. Gründe hierfür sind häufig angeborene Behinderungen, die eine übliche Einkommenssicherung verhindert haben. Ein weiterer Grund ist der hohe Anteil von Frauen mit niedrigen Renten.

Die Inanspruchnahme der Sozialhilfe bedeutet für die Betroffenen, daß ihnen unabhängig von der Höhe einer Rente ein Barbetrag in Höhe bis zu ca.

¹²⁾ Ältere Menschen in Rheinland-Pfalz — Bericht über die Situation älterer Menschen und die Maßnahmen der Altenpolitik — Ministerium für Soziales, Gesundheit und Umwelt, Mainz 1982, S. 127

160 DM/Monat zur persönlichen Verfügung verbleibt (sog. Taschengeld). Sie müssen u. U. Ersparnisse und Vermögen einsetzen, soweit nicht die Schutzbestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) greifen; ihre Angehörigen können zu Unterhaltsleistungen herangezogen werden.

In den letzten Jahren konnte die Zahl der Plätze in Pflegeeinrichtungen erhöht und die Betreuungssituation verbessert werden. Während in den Jahren von 1971 bis 1981 die Zahl der Plätze in Altenpflegeheimen um 66% zunahm, verdoppelte sich in dieser Zeit die Zahl der dort Beschäftigten nahezu (98,7%).¹³⁾ Allerdings sind in den letzten Jahren das Alter der Pflegebedürftigen und der Grad ihrer Hilfebedürftigkeit beim Heimeintritt im Schnitt angestiegen.

Im Heimbereich gibt es noch eine Anzahl von Problemen:

Einweisungen von jüngeren pflegebedürftigen Behinderten in Alteneinrichtungen kommen immer wieder vor.

Rehabilitationsbemühungen mit dem Ziel der Entlassung in ambulante Pflege sind Ausnahmen.

Soziale und kulturelle Betreuung von Pflegebedürftigen in Einrichtungen kommen häufig zu kurz.¹⁴⁾

Außerdem wird verschiedentlich darauf hingewiesen, daß in den Pflegeheimen häufig zu viele Pflegebedürftige ständig bettlägerig seien.¹⁵⁾

III. Kosten und Finanzierung der Pflege

Für Pflegebedürftige werden vor allem in folgenden Bereichen öffentliche Leistungen erbracht und Kosten finanziert:

- Kriegsopferversorgung und andere Bereiche der sozialen Entschädigung wie Soldatenversorgung, Häftlingshilfe, Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts, Versorgung Impfgeschädigter und Opfer von Gewalttaten
- Lastenausgleich
- Beihilferegelungen des öffentlichen Dienstes
- Pflegegeldgesetze der Länder Berlin, Bremen und Rheinland-Pfalz
- gesetzliche Unfallversicherung
- Sozialhilfe.

¹³⁾ Personal in der Altenhilfe. Ergebnisse einer Bestandsaufnahme. Ursula Hinschützer, Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V., Bd. 50, 1983, S. 27

¹⁴⁾ Vgl. Zur Organisation pflegerischer Dienste in Altenpflege-/Altenkrankenhäusern, Bd. 82 der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, S. 99, 107

¹⁵⁾ Kuratorium Deutsche Altershilfe, Die Pflegeheimversorgung älterer Menschen in den Niederlanden im Vergleich zur Bundesrepublik (unveröffentlichtes Manuskript), S. 5

1982 beliefen sich die Netto-Ausgaben der öffentlichen Hand für die Finanzierung der Pflege auf insgesamt rund 6 Mrd. DM. In dieser Summe nicht enthalten sind Investitionen und Subventionen der öffentlichen Hand für den Bau und die Unterhaltung von Einrichtungen. Von den 6 Mrd. DM wurden rund 1,6 Mrd. DM für die Unterstützung privater

Pflege — im wesentlichen durch Pflegezulagen und Pflegegeld — und rund 4,2 Mrd. DM für stationäre Pflege aufgewendet. In diesen Aufwendungen für stationäre Pflege sind die Ausgaben für Unterbringung und Verpflegung enthalten. Die Sozialhilfe war mit rd. 3,7 Mrd. DM Netto-Ausgaben an der Finanzierung der stationären Pflege beteiligt.

Tabelle 5

Netto-Ausgaben für Pflege nach Leistungsträgern 1982
in Mio. DM

Leistungsträger	stationär	ambulant	zusammen
Kriegsopferversorgung	206,4	452,9	659,3
davon			
— Pflegezulage für Schädigungsfolgen	0,5	182,3	182,8
— Kriegsopferfürsorge ¹⁾	205,9 ²⁾	270,7 ²⁾	476,5
Lastenausgleich	3,9	172,0	175,9
Beihilfe	236,0	—	236,0
Pflegegesetze Berlin, Bremen, Rheinland-Pfalz	—	210,0	210,0
Unfallversicherung	2,0 ²⁾	80,0 ²⁾	82,0
Sozialhilfe ¹⁾	3 671,5	782,7	4 454,2
zusammen	4 119,8	1 697,6	5 817,4

¹⁾ Bei den Ausgaben der Sozialhilfe und der Kriegsopferfürsorge sind die Netto-Ausgaben ausgewiesen. Einnahmen aus Überleitungen, insbesondere von Renten und Unterhaltsansprüchen wurden von den in der Statistik ausgewiesenen Brutto-Ausgaben abgezogen. Diese dürften sich bei der Sozialhilfe auf etwa 30% der Ausgaben für stationäre Unterbringung belaufen; das sind rund 1,6 Mrd. DM. Bei der Kriegsopferfürsorge sind es geschätzt rund 0,2 Mrd. DM. Die Brutto-Ausgaben der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) beliefen sich auf rund 6 Mrd. DM.

²⁾ Aufteilung in stationär/ambulant geschätzt

Für Ausgaben im stationären Bereich sowie für ambulante Hilfen erhalten Pflegebedürftige und Dritte, die diese Kosten tragen, steuerliche Entlastung im Rahmen der §§ 33 ff. Einkommensteuergesetz (EStG). Die Höhe dieser Entlastung ist nicht quantifizierbar.

Die privaten Ausgaben für stationäre Pflege lagen 1982 bei rund 4 Mrd. DM.

Hinzu kommen die Aufwendungen der privaten Haushalte für die häusliche Pflege. Anhaltspunkte für die Größenordnung dieser Aufwendungen gibt eine Untersuchung zur finanziellen Belastung von Eltern behinderter Kinder.¹⁶⁾ Danach wurden allein für pflegerische Hilfsmittel von den befragten Eltern mit pflegebedürftigen Kindern im Monatsdurchschnitt etwa 143 DM von deren Eltern aus eigenen Mitteln aufgewandt. Der Betrag variiert zwischen 71 und 400 DM je nach Grad der Pflegebedürftigkeit und Art der Behinderung. Wenn unterstellt wird, daß entsprechende Aufwendungen für Schwerst- und Schwerpflegebedürftige (Gruppen A

und B) notwendig sind, ergäbe sich ein Jahresaufwand allein für Sachmittel von 1,1 Mrd. DM.

Die Kosten der Pflege beliefen sich danach 1982 ohne Investitions- und Subventionshilfen der öffentlichen Hand und ohne die Kosten für die personalen Hilfen für die häusliche Pflege auf über 11 Mrd. DM.

IV. Entwicklung im Bereich der Pflegebedürftigkeit

Die Zahl der Pflegebedürftigen, die häusliche Pflege in der Familie erhalten, hat in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen. Dies ergab sich zwangsläufig aus dem enormen Zuwachs an pflegebedürftigen alten Menschen aufgrund des veränderten Altersaufbaues in der Gesellschaft.

Noch vor gut 30 Jahren gab es sehr viel weniger ältere Menschen als heute, vor allem die Zahl der Hochbetagten hat sich erheblich vergrößert: Während beispielsweise von 1950 bis 1982 sich die Zahl der Menschen im Alter von 60 bis 69 Jahren um über 30% erhöhte und die Zahl der 70- bis 79jährigen um über 100% anstieg, ergab sich für die Hochbetagten folgende Entwicklung:

¹⁶⁾ Socialdata, Wirtschaftliche Belastung von Familien mit behinderten Kindern, München 1984, S. 39

Tabelle 6

Bevölkerung im Alter von 80 und mehr Jahren

Alter von ... bis unter ... Jahre	1950	1982	Zunahme in %
80 bis 85	374 000	1 185 000	210
85 bis 86	35 000	134 000	280
86 bis 87	28 000	113 000	300
87 bis 88	20 000	89 000	330
88 bis 89	14 000	70 000	400
89 bis 90	10 000	55 000	450
90 bis 91	7 200	41 000	470
91 bis 92	4 400	30 700	590
92 bis 93	2 900	22 900	680
93 bis 94	1 750	16 500	840
94 bis 95	1 100	11 100	900
95 und mehr .	1 527	25 800	1 500

Quelle: Statistisches Bundesamt

Wenn man davon ausgehen würde, daß der von Socialdata für 1979 ermittelte altersbedingte Anteil an Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, auch 1950 und 1982 gegolten hätte, dann hätte die Zahl der im Alter Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt wurden, von 1950 bis 1982 um mehr als eine halbe Million zugenommen.

Der in den letzten Jahrzehnten erfolgten Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen steht eine deutliche relative Abnahme der Personen gegenüber, die Pflegeleistungen erbringen können. Die Zahl der Deutschen unter 60 Jahren ist von 1950 bis heute im Verhältnis dazu nur unwesentlich angestiegen.

Die Entwicklung läßt sich an folgender Tabelle verdeutlichen:

Tabelle 7

Entwicklung des Verhältnisses der Zahl der über 75jährigen zu den jüngeren Altersgruppen von 1890 bis 2000

auf einen über 75jährigen kommen	1890	1910	1925	1939	1950	1961	1970	1982	2000
0 bis 19 Jahre	36	33	25	14	11	8	8	4,0	3,5
20 bis 39 Jahre	23	23	22	15	10	8	7	4,5	4,9
40 bis 59 Jahre	15	14	15	11	10	7	6	4,2	4,7
60 bis 74 Jahre	5	5	5	5	4	4	4	2,1	2,7
0 bis 74 Jahre	79	75	67	45	35	27	25	14,8	15,8

Quelle: Willi Rückert, Bevölkerungsentwicklung und Altenhilfe von der Kaiserzeit bis zum Jahre 2000 (Unveröffentlichtes Manuskript, Stand: Mai 1984), S. 7

Daneben beeinflussen weitere Entwicklungen den Kreis derer, die tatsächlich Pflege übernehmen können. So ist ein Trend zur Abnahme von Mehrpersonenhaushalten hin zu Zwei- und Einpersonenhaushalten festzustellen.

Schon heute leben über 80% der älteren Menschen nicht mit ihren Kindern zusammen; über ein Drittel lebt in einem Ein-Personen-Haushalt:

Tabelle 8

**Haushaltsstruktur der über 65jährigen
im April 1982**

Haushaltsform	Zahl in Mio.	Anteil in %
in Ein-Personen-Haushalten ..	3,627	39,3
in Mehr-Personen-Haushalten mit einer Generation	3,840	41,6
in Mehr-Personen-Haushalten mit zwei Generationen	1,065	11,6
in Mehr-Personen-Haushalten mit drei Generationen	0,430	4,6
in Haushalten mit nicht gerad- linig Verwandten und mit fami- lienfremden Personen	0,265	2,9
Gesamtzahl der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und mehr	9,227	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt

Insgesamt wird die Zahl der Menschen über 65 Jahre nicht mehr ansteigen. Innerhalb dieser Gruppe wird es aber bis 1990 zu einer weiteren Zunahme der über 80jährigen kommen:¹⁷⁾

Tabelle 9

**Entwicklung der Bevölkerung im Alter über 65 bzw.
über 80 Jahren in Mio. von 1960 bis 2000**

Jahr	über 65jährige	über 80jährige
1960	6,2	0,85
1970	8,0	1,1
1980	9,5	1,5
1990	8,8	2,0
2000	9,0	1,6

C. Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Aufbau und Finanzierung ambulanter und stationärer Pflegedienste“

In der Bund/Länder-Arbeitsgruppe haben Vertreter des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung sowie Vertreter der Sozialministerien der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen und Niedersachsen mitgearbeitet.

Der Bericht umfaßt folgende Abschnitte:

- Darstellung der Lage 1978, insbesondere der Probleme bei der Versorgung;
- Bedarf an Versorgung/Zielsetzung;
- Darstellung von verschiedenen Möglichkeiten für eine bessere soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit;
- Bewertung der Lösungsmöglichkeiten;
- zwei alternative Vorschläge;
- Kostenschätzungen.

- I. Der Bedarf an Versorgung wurde von der Arbeitsgruppe wie folgt beschrieben:

Wenn man eine durchgreifende Verbesserung der Lage anstrebe, dann müsse es Zielsetzung sein, Ansprüche auf die erforderlichen Leistungen in der Pflege oberhalb des Netzes der Sozialhilfe umfassender als bisher gesetzlich abzusichern und die pflegerischen Dienste und Einrichtungen auszubauen.

1. Die Bund/Länder-Arbeitsgruppe hielt in folgenden Bereichen gesetzlich begründete Leistungen für erforderlich

- häusliche Pflege durch ausgebildete oder angeleitete Pfleger, insbesondere aus ambulanten Diensten;
- Pflege und Rehabilitation in teilstationären Einrichtungen;
- Ersatz der Kosten für Umgestaltung von Wohnungen, damit sie den Erfordernissen der Pflege besser entsprechen und Hilfe bei der Beschaffung solcher Wohnungen;
- Bereitstellung von Geräten und Einrichtungsgegenständen, die zur Erleichterung der Beschwerden und der Pflege erforderlich seien oder statt dessen Ersatz der Kosten für ihre Anschaffung;
- Pflegegeld bei häuslicher Pflege, und zwar nach dem Grad der notwendigen Pflege in drei Stufen (angelehnt an die Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz) unter der Voraussetzung erheblicher Pflegebedürftigkeit;

¹⁷⁾ Bericht über die Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland, Drucksache 10/863 vom 5. Januar 1984, S. 75

- Pflege und Rehabilitation in stationären Einrichtungen, und zwar unter der Voraussetzung, daß
 1. Pflegebedürftigkeit in erheblichem Umfang vorliege,
 2. der Patient in einer Einrichtung aufgenommen sei, die die erforderliche Pflege — einschließlich der Rehabilitation — ausreichend gewährleisten könne;
 - Übernahme von Beiträgen zur Sozialversicherung für Pflegende.
2. Um die erforderlichen Leistungen sicherzustellen, ist nach Meinung der Bund/Länder-Arbeitsgruppe ein weiterer bedarfsgerechter Ausbau der pflegerischen Dienste und Einrichtungen notwendig. Der Arbeitsgruppe erschien eine verbesserte Finanzierung nur dann gerechtfertigt, wenn sie mit der Zielsetzung verbunden werde, die Versorgungsstruktur planmäßig auszubauen. Für diesen Ausbau empfahl die Arbeitsgruppe im einzelnen folgende Ziele:
- Ambulante Dienste*
- Um das erforderliche Mindestmaß an Entlastung der Angehörigen zu verwirklichen, sei eine Fachkraft auf 3 000 Einwohner erforderlich, insgesamt wären das 20 000 pflegerische Kräfte.
- Stationäre Einrichtungen*
- Die Arbeitsgruppe war der Auffassung, daß für die Pflegebedürftigen, die in Altenheimen außerhalb von Pflegeabteilungen oder in Krankenhäusern für Psychiatrie und für Neurologie fehlbelegt untergebracht seien, 90 000 neue Pflegeplätze geschaffen werden müßten.
- II. Die Bund/Länder-Arbeitsgruppe hat mehrere Vorschläge untersucht. Drei von ihnen hielt sie für geeignet als Denkmodelle für eine zukünftige Lösung:
1. Erweiterung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um besondere Bestimmungen für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit;
 2. besondere Pflegeversicherung, die die gesamte Bevölkerung umfaßt, durchgeführt von den Krankenkassen;
 3. Pflegegesetz, das von Bund und Ländern gemeinsam zu finanzieren wäre, durchgeführt von den kreisfreien Städten und Kreisen.
- Diese letztere Lösung ist in der Arbeitsgruppe neu entwickelt worden. Ein solches Pflegegesetz wäre dem Wohngeldgesetz vergleichbar.
- Daneben wurden auf Anregung einer Minderheit der Arbeitsgruppe eine Erweiterung der Leistungen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) und eine Subventionslösung diskutiert.

Nach der BSHG-Lösung sollten bei der Hilfe zur Pflege die Einkommensgrenzen heraufgesetzt, Pflegegeld und Taschengeld erhöht und auf Inanspruchnahme Unterhaltspflichtiger verzichtet werden. Die Mehrheit der Arbeitsgruppe war der Auffassung, daß eine solche Lösung dem BSHG den Charakter eines Versorgungsgesetzes geben würde, was dem Grundsatz der Subsidiarität der Sozialhilfe zuwiderlaufe. Auch würden solche Verbesserungen im Rahmen des BSHG nicht weniger, sondern mehr Sozialhilfeempfänger schaffen. Dieser Lösungsansatz wurde daher von der Arbeitsgruppe nicht weiter verfolgt.

Ebenso wurde der Gedanke einer reinen Subventionslösung, bei der die Preise für Pflegeleistungen durch Subventionen so weit herabgesetzt werden sollen, daß sie für die Mehrzahl der Betroffenen erschwinglich werden, nicht weiter verfolgt. Bei den beiden versicherungsrechtlichen Lösungen ging die Bund/Länder-Arbeitsgruppe davon aus, daß den Pflegebedürftigen bei Unterbringung in einer Einrichtung ein Eigenanteil zumutbar sei. Die Arbeitsgruppe sah für diesen Eigenanteil die sogenannten „Hotelkosten“ als Maßstab. Diese „Hotelkosten“ sind die in der Einrichtung anfallenden Kosten für Verpflegung und Unterkunft. Die Arbeitsgruppe ging von 700 DM pro Monat Eigenanteil aus.

III. Unabhängig davon, welches Denkmodell sich durchsetzen würde, hielt die Arbeitsgruppe als ergänzende Maßnahme eine verstärkte Investitionsförderung von Ländern und Gemeinden für erforderlich. Um den erforderlichen Ausbau der Versorgungsstruktur in Gang zu halten bzw. zu beschleunigen, müßten höhere Zuschüsse als bisher bereitgestellt werden. Solche Zuschüsse seien auch die notwendige Voraussetzung für Planung und Steuerung. Die Vor- und Nachteile der drei Lösungsmöglichkeiten stellte die Arbeitsgruppe wie folgt zusammen:

1. Erweiterung der Krankenversicherung

Die Arbeitsgruppe sah den Vorteil dieser Lösung gegenüber den beiden anderen darin, daß keine neuen Regelungen für das Beitragsrecht und den versicherten Personenkreis erforderlich seien.

Ihre Nachteile liegen nach Meinung der Arbeitsgruppe darin, daß

 - zwei Drittel derjenigen, die heute die Kosten nicht allein bezahlen können, auch zukünftig auf Sozialhilfe angewiesen blieben, da ihre Einkommen nicht für Unterkunft und Verpflegung ausreichten. 25% der Sozialhilfeempfänger hätten gar kein Einkommen, etwa 40% eine Rente, die für Unterkunft, Verpflegung und Taschengeld nicht ausreichte;
 - sich die Wettbewerbsposition der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber den privaten Krankenversicherungen ver-

schlechtere, da sie bei der unvermeidlichen Beitragserhöhung damit rechnen müßten, daß jüngere freiwillig Versicherte, die keine Kinder hätten, abwanderten;

- nicht die gesamte Bevölkerung versichert sei.

2. Besondere Pflegeversicherung

Sie hat nach Meinung der Arbeitsgruppe gegenüber einer Erweiterung der Krankenversicherung den Vorteil, daß die gesamte Bevölkerung mit einbezogen sei. Die Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten bei der Versicherungspflicht falle weg, ebenfalls die Sonderstellung der freiwillig Versicherten.

Als nachteilig wurde angesehen, daß wie bei der Lösung zu 1. zwei Drittel der bisherigen Sozialhilfeempfänger in stationärer Pflege weiter auf Sozialhilfe angewiesen blieben.

3. Pflegegesetz

Bei einem Pflegegesetz sah die Arbeitsgruppe diese Nachteile der beiden Versicherungslösungen nicht.

Als Vorteil wurde von der Arbeitsgruppe hervorgehoben, daß die Verwaltung nicht von den Gemeinden (Sozialhilfe) auf die Krankenkassen übertragen werden müsse. Auch sei der Einstieg in eine umfassende Lösung hier leichter zu verwirklichen. Einkommensgrenzen sollten dazu Möglichkeiten bieten, die bei einer Versicherung ausgeschlossen seien.

IV. In einer abschließenden Bewertung der drei Lösungsvorschläge hielt die Arbeitsgruppe nur noch zwei Vorschläge für die Lösung des Pflegefallrisikos für geeignet, die wie folgt ausgestaltet und finanziert werden sollten:

- eigenständige Pflegeversicherung, die die gesamte Bevölkerung umfasse, durchgeführt von den gesetzlichen Krankenkassen, kombiniert mit erhöhter Investitionsförderung durch Länder und Gemeinden.

Finanzierung durch Beiträge und Zuschüsse. Beitragspflichtig sollten alle abhängig Beschäftigten — Beitrag durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte —, alle Selbständigen sowie alle Rentner und Pensionäre sein.

Die Zuschüsse sollten Bund und Länder in Höhe ihrer Einsparungen finanzieren. Es könnte sich um einen Bundeszuschuß handeln, der im vertikalen Finanzausgleich durch die Länder in der Höhe der Einsparungen von Ländern und Gemeinden abzusichern wäre.

- Pflegegesetz des Bundes, durchgeführt durch Länder und Kommunen ebenfalls verbunden mit erhöhter Investitionsförderung. Entsprechende Regelungen darüber könnten in das Gesetz aufgenommen werden.

V. Die Bund/Länder-Arbeitsgruppe hat die Kosten umfassender Neuregelungen geschätzt. Sie ist dabei von der Fiktion einer Realisierung 1978 ausgegangen. Auf dieser Basis hätten sich folgende Ausgaben und „Einsparungen“ bei den drei Lösungsmöglichkeiten ergeben:

	Ausgaben Mrd. DM	„Einsparungen“ Mrd. DM	Mehrkosten Mrd. DM
1. Erweiterung Krankenversicherung	6,7	3,1	3,6
2. Besondere Pflegeversicherung	7,1	3,5	3,6
3. Pflegegesetz	7,1	4,4	2,7

Unter „Einsparungen“ verstand die Arbeitsgruppe Entlastungen durch eine Neuregelung. „Einsparungen“ seien hauptsächlich bei Sozialhilfe, daneben in geringem Umfang auch bei Kriegsopferversorgung und den drei Pflegegesetzen der Länder zu erwarten. Sie müßten nach Ansicht der Arbeitsgruppe zur Finanzierung einer verbesserten Sicherung eingesetzt werden.

Die Mehrkosten hätten im Jahr 1978 in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Beitragssatzanhebung um 0,7 Beitragspunkte erfordert.

Die Arbeitsgruppe ging davon aus, daß die Ausgaben für Pflege nach einer Neuregelung ansteigen würden, weil auch die Versorgungsstruktur weiter ausgebaut werden müsse.

Da die Arbeitsgruppe eine schrittweise Verbesserung der sozialen Sicherung bei Pflegebedürftigkeit als wahrscheinlicher ansah als eine umfassende Neuregelung, hat sie zwischen einem Einstieg in der häuslichen und einem Einstieg in der stationären Pflege abgewogen. Sie sprach sich für einen Beginn im häuslichen Bereich aus.

VI. Das Modell der eigenständigen Pflegeversicherung war Ausgangspunkt für Stellungnahmen und Vorschläge verschiedener Gruppen von Betroffenen und Interessierten.

So legten die Landschaftsverbände Nordrhein und Westfalen-Lippe, die überörtlichen Träger der Sozialhilfe in Nordrhein-Westfalen, Mitte 1982 Vorschläge für eine eigenständige Pflege-

versicherung vor, die organisatorisch an die gesetzliche Krankenversicherung angebunden und aus Beiträgen gespeist werden sollte. Der versicherte Personenkreis bei diesem Vorschlag sollten die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Das Modell lehnt sich weitgehend an das von der Bund/Länder-Arbeitsgruppe dargestellte Modell „Eigenständige Versicherung“ an. In Abänderung zu diesem Modell soll der Versichertenkreis jedoch allein auf Pflegebedürftige über 65 Jahre begrenzt sein. Darüber hinaus ist eine pauschalierte Eigenbeteiligung bei stationärer Unterbringung in Höhe von 30% des Pflegesatzes vorgesehen.

Von den beiden Landschaftsverbänden wurden Kostenschätzungen für dieses Modell vorgelegt, die zwischen rund 5 und 6 Mrd. DM lagen.

Die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände griff Ende 1982 diesen Vorschlag auf und forderte Anfang 1983 mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, dem Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. und dem Kuratorium Deutsche Altershilfe den Bundesgesetzgeber auf, sich des Problems der Finanzierung der Pflegekosten anzunehmen.

Ebenfalls im Frühjahr 1983 legte die Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung e. V. eigene Berechnungen über die Kosten einer Pflegeversicherung auf der Basis des Jahres 1978 (dem Berechnungsjahr der Bund/Länder-Arbeitsgruppe) vor. Sie wählte dabei das Modell einer eigenständigen Pflegeversicherung, die von der GKV durchgeführt wird. Die Ausgaben der Pflegeversicherungen wur-

den auf 20 Mrd. DM geschätzt. Wobei die Berechnungen davon ausgingen, daß die mit 13 Mrd. DM veranschlagten Kosten bei der Einführung einer Pflegeversicherung auf Grund einer Sogwirkung bei der Inanspruchnahme dieser Leistungen auf 20 Mrd. DM steigen würden.

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. stellte 1984 ein variiertes Modell einer eigenständigen Versicherung vor, die bei der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt wird.

Der Vorschlag sieht für den ambulanten Sektor ein pauschaliertes Pflegegeld in drei Stufen vor. Für den stationären Sektor soll unabhängig von dem tatsächlichen Pflegesatz ein täglicher Pauschalsatz gewährt werden. Mit der Pauschale soll der tatsächliche Pflegeaufwand abgegolten werden; die verbleibenden Heimkosten sollen nur so hoch sein, wie den Pflegebedürftigen Kosten für den Lebensunterhalt bei häuslicher Versorgung entstünden.

Die Kosten für diese Versicherung wurden mit einem Betrag zwischen 6,7 Mrd. DM und 7,5 Mrd. DM angegeben.

Spitzenverbände der GKV, insbesondere der Verband der Angestellten-Krankenkassen legten 1984 Ergebnisse ihrer Beratungen vor und lehnten eine Pflegeversicherung als sozialpolitisch falschen Weg ab. Nach ihrer Auffassung liegen die Hilfen zur Pflege im Bereich der Eigenverantwortlichkeit; im Falle einer Absicherung über die GKV würden dagegen Ansprüche für alle ohne Rücksicht auf die Bedürftigkeit entstehen bei Mehrbelastungen der Beitragszahler bis zu 30 Mrd. DM. Sie befürworteten gezielte Maßnahmen zur Stärkung der ambulanten Pflege.

D. Vorschläge der Bundesregierung

Die Bundesregierung sieht, daß das gegenwärtige System der Versorgung und Sicherung Pflegebedürftiger der Verbesserung bedarf.

Die Bundesregierung ist nach Analyse der derzeitigen Situation und nach eingehender Prüfung der verschiedenen Lösungsvorschläge zu dem Ergebnis gekommen, daß derzeit eine umfassende Neuregelung oder eine grundlegende Änderung des sozialen Sicherungssystems nicht in Betracht kommen. Eine Neuregelung durch ein Pflegegesetz des Bundes, das durch den Bund finanziert würde, scheidet aus finanzpolitischen Gesichtspunkten aus.

Auch der Aufbau einer eigenständigen Pflegeversicherung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht realisierbar, weil die damit verbundenen Probleme, insbesondere die Finanzierung kurzfristig nicht lösbar sind.

Den Beitragszahlern könnten die damit verbundenen Belastungen aus sozialpolitischen und wirtschaftspolitischen Gründen nicht zugemutet werden. Im übrigen hat die Diskussion um die vorgeschlagenen Versicherungsmodelle deren Probleme deutlich gemacht. Sie ist bislang sehr stark unter dem Gesichtspunkt der Entlastung der Sozialhilfe und zu wenig unter dem Gesichtspunkt der Aufgabenstellung einer Pflegeversicherung geführt worden. Dies zeigt sich insbesondere an der Frage der Eigenbeteiligung an den stationären Kosten. Aber auch die Frage der möglichen Sogwirkungen ist nicht ausreichend diskutiert.

Die Bundesregierung hat sich deshalb entschlossen, das gegenwärtige System der Versorgung und Sicherung Pflegebedürftiger mit einem Bündel von Einzelmaßnahmen gezielt zu verbessern.

Dieses Vorgehen hat den Vorteil, daß die Wirkungen der Maßnahmen besser beobachtet und unerwünschte Folgen (z. B. Sogwirkungen) begrenzt werden können. Sie ist der Meinung, daß mit diesem Bündel von Maßnahmen eine erhebliche Verbesserung der Situation in die Wege geleitet werden kann. Die Maßnahmen zielen — wie in der Regierungserklärung angekündigt — darauf ab, die häusliche Pflege entsprechend dem Grundsatz: „Ambulante Versorgung hat Vorrang vor stationärer Versorgung“ und entsprechend dem hohen Rang persönlicher Zuwendung und Hilfe zu fördern und zu unterstützen, weil es nach Auffassung der Bundesregierung menschlich und vernünftig ist, daß Pflegebedürftige die Zuwendung ihrer Angehörigen erfahren und die sozialen Bindungen der Pflegebedürftigen durch Verbleiben in der gewohnten Umgebung erhalten bleiben. Die Versorgung in der häuslichen Umgebung ist darüber hinaus im allgemeinen auch kostengünstiger.

Die Bundesregierung sieht, in welchem Maße Familien mit der Pflege belastet sein können. Sie stellt mit ausdrücklicher Anerkennung fest, daß ein hoher Anteil von Pflegebedürftigen zu Hause von Angehörigen und Bekannten gepflegt wird. Sie geht davon aus, daß der bisherige Anteil der häuslichen Pflege auch in Zukunft erhalten bleiben und wenn möglich erhöht werden sollte.

Pflegende Angehörige, Nachbarn und freiwillige Helfer sind jedoch in der Regel nicht in der Lage, Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung über mehrere Jahre ohne Entlastung zu tragen. Werden sie ständig überfordert, so ist der Weg des Pflegebedürftigen in die Heimunterbringung vorgezeichnet oder aber es besteht die Gefahr, daß aus den Pflegenden von heute die Pflegebedürftigen von morgen werden.

In Fällen von Pflegebedürftigkeit, die sich für die häusliche Pflege eignen und in denen Angehörige oder Dritte die Pflege übernehmen, sollen deshalb verstärkt Hilfen mit dem Ziel gegeben werden, die Pflege in der gewohnten Umgebung angemessen und dauerhaft zu ermöglichen und dazu beizutragen, die sozialen Bindungen zu erhalten und zu fördern. Die Hilfen sollen gleichzeitig die Bereitschaft zu häuslicher Pflege unterstützen und Pflegende vor Überforderung schützen.

In bezug auf die zu ergreifenden Schritte geht die Bundesregierung von folgendem aus:

Noch zu wenige Familien mit Pflegebedürftigen werden bei Bedarf von ambulanten Diensten mit ihrem Angebot an Grundpflege erreicht, und bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erhalten Pflegebedürftige und Pflegende zu wenig Hilfe und Entlastung. Hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung sind aber eine notwendige Ergänzung von Grund- und Behandlungspflege. Ohne diese Unterstützung droht in vielen Fällen die häusliche Pflege zusammenzubrechen. Der Bereich der ambulanten Versorgung muß deshalb verbessert werden.

Ein Ausfall der Hauptpflegeperson wirft für den Pflegebedürftigen große Probleme auf. Ambulante

Dienste sind oft nicht in der Lage, eine zeitintensive Betreuung zu übernehmen. Möglichkeiten für einen stationären Kurzaufenthalt fehlen weitgehend. Hier ist Abhilfe zu schaffen.

Für eine möglichst selbständige Lebensführung Pflegebedürftiger und ihre bestmögliche Eingliederung ist es Voraussetzung, daß sie nicht lediglich verwahrt, sondern verstärkt aktivierend gepflegt werden.

Gesundheitliche Verschlechterungen bei länger dauernder Pflegebedürftigkeit werden häufig überhaupt nicht oder in dafür nicht vorgesehenen Einrichtungen wie Akutkrankenhäusern aufgefangen. Es ist notwendig, in diesem Fall ambulante oder teilstationäre Hilfe anzubieten, um einen solchen schweren Pflegezustand zu verhindern, der nur stationär versorgt werden kann.

Der Erhaltung oder Wiedererlangung einer selbständigen Lebensführung muß verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet werden. Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Beschäftigungstherapie. Ausstattung mit Hilfsmitteln und evtl. Sprachtherapie sollten ebenso wie Rehabilitationsmaßnahmen verstärkt angeboten werden.

Darüber hinaus sind mehr Maßnahmen sozialer Rehabilitation, wie z. B. zur Erleichterung der Verständigung mit der Umwelt und zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft notwendig.

Einer qualifizierten Beratung wird im Rahmen der Förderung der häuslichen Pflege noch zu wenig Beachtung geschenkt. Bei einer Entscheidung zwischen häuslicher und stationärer Pflege stehen für die Betroffenen schwierige Fragen an. So dürften die rechtlichen und tatsächlichen Fragen (z. B., welche allgemeinen Möglichkeiten gibt es?; wer leistet tatsächlich welche Hilfe?), die mit ambulanten Hilfen verbunden sind, die Betroffenen oft überfordern. Deshalb muß die Beratung erweitert und verbessert werden.

Pflegebedürftige brauchen nicht nur die Hilfe ihrer Familien und von ambulanten sozialen Diensten, sie brauchen auch die Hilfe von Freunden, Nachbarn und von ehrenamtlichen Helfern. Sozialstationen sollten dabei helfen, die Bereitschaft zur Nachbarschaftshilfe zu aktivieren, indem sie Aufgaben der Betreuung übernehmen, zu denen freiwillige Helfer nicht oder nicht allein in der Lage sind.

Im Hinblick auf die allgemeinen Rahmenbedingungen muß die Bundesregierung auch bei einem Bündel von Maßnahmen Prioritäten setzen und sich auf erste, besonders wichtige Schritte beschränken. Die Bundesregierung wird deshalb zunächst in folgenden Bereich tätig werden:

- Unterstützung der häuslichen Pflege durch die gesetzliche Krankenversicherung,
- Prüfung, ob für Fälle häuslicher Pflege weitere steuerliche Maßnahmen in Betracht zu ziehen sind,
- Maßnahmen im Wohnungswesen,

- Verbesserung der personellen Situation von ambulanten Diensten,
- Forschung.

Die Bundesregierung hält außerdem eine Verbesserung der sozialen Absicherung der Pflegepersonen für wünschenswert und wird sich hierfür einsetzen.

Die Bundesregierung betont zugleich, daß die stationäre Versorgung einen festen Platz im System der Versorgung Pflegebedürftiger hat und behalten wird. Es wird immer Pflegebedürftige geben, die — aus unterschiedlichen Gründen — nicht anders als stationär versorgt werden können.

Was die Pflegebedürftigen in Einrichtungen anbelangt, verkennt die Bundesregierung nicht, daß die Abhängigkeit von der Sozialhilfe, insbesondere, wenn sie nach einem erfüllten Arbeitsleben eintritt, eine Belastung bedeutet. Sie anerkennt auch die schwierige Situation der Träger der Sozialhilfe, die in den letzten Jahren steigende Beträge für die Hilfen zur Pflege in Einrichtungen haben aufwenden müssen. Sie kann aber auch nicht außer acht lassen, daß auch andere Sozialleistungsträger in dieser Zeit Kostensteigerungen ähnlichen Umfangs verzeichnen mußten. Sie kann deshalb für den stationären Bereich aus den dargelegten Gründen zum jetzigen Zeitpunkt keine grundlegende Änderung zusagen.

I. Unterstützung der häuslichen Pflege durch verbesserte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind Leistungen grundsätzlich bei Krankheit, nicht bei Pflegebedürftigkeit vorgesehen. Es ist gleichwohl verständlich, daß Lösungsvorschläge zur Verbesserung der Absicherung bei Pflegebedürftigkeit sich vor allem auf die gesetzliche Krankenversicherung richten, weil Krankheit und Pflegebedürftigkeit eng miteinander verwandt und häufig schwer abgrenzbar sind. Angesichts der finanziellen Größenordnung und der Schwierigkeit, den Zustand der Pflegebedürftigkeit zu definieren, sieht sich die Bundesregierung jedoch nicht in der Lage, auf den Begriff der Krankheit als Anknüpfungsmerkmal für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Pflegebedürftige zu verzichten. In der gegenwärtigen gesamtwirtschaftlichen Lage muß sich eine Leistungsausweitung in der GKV wegen der weiterhin notwendigen Kostendämpfung in einem überschaubaren Rahmen bewegen.

1. Verstärkung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zur Vermeidung oder zur Minderung von Pflegebedürftigkeit

Als medizinische Leistungen zur Rehabilitation werden unter dem Begriff des Heilmittels unter anderem Krankengymnastik, Bewegungs-, Sprach- und Beschäftigungstherapie gewährt. Derartige

Leistungen erscheinen geeignet, im Anschluß an die Behandlung akuter Erkrankungen den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zumindest das Ausmaß einer zur Pflegebedürftigkeit führenden Behinderung zu mindern. Derartige Maßnahmen können gezielt darauf gerichtet werden, die nach einer Krankheit verbleibenden Kräfte und Fähigkeiten des Patienten zu stärken und ihm eine Rückkehr oder ein Verbleiben in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen; hierzu gehört vor allem die Wiedererlangung der Fähigkeit zur selbständigen Haushaltsführung. Obgleich die Bedeutung derartiger rehabilitativer Maßnahmen in der Rehabilitationsmedizin erkannt ist, werden solche Maßnahmen bisher nur unzureichend angeboten und durchgeführt, obwohl die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen seit 1974 verpflichtet ist, sicherzustellen, daß die im Einzelfall gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen frühzeitig eingeleitet werden. Dieses Defizit für rehabilitative Leistungen gilt insbesondere für den Bereich der Akutkrankenhäuser.

Durch verstärkte Information der Ärzte, Krankenhäuser und Sozialstationen soll erreicht werden, daß von den nach geltendem Recht bestehenden vielfältigen Rehabilitationsleistungen in geeigneter Weise Gebrauch gemacht wird. Die entsprechenden Maßnahmen können sowohl in Krankenhäusern begleitend oder im Anschluß an eine Akutbehandlung, in Spezialeinrichtungen im Sinne des § 184 a der Reichsversicherungsordnung, insbesondere in Form der sogenannten Anschlußheilbehandlung oder auch ambulant durchgeführt werden.

Bei verstärkter Inanspruchnahme und Finanzierung solcher Leistungen können auch die entsprechenden Einrichtungen und Dienste ausgebaut werden.

2. Erweiterung der häuslichen Krankenpflege

Da Pflegebedürftigkeit häufig durch hinzutretende Krankheit verstärkt wird und in solchen Fällen zusätzlich Bedarf entsteht, schlägt die Bundesregierung eine Erweiterung der Vorschriften über die häusliche Krankenpflege vor. Nach geltendem Recht wird häusliche Krankenpflege geleistet, wenn ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird, oder nach Satzungsrecht der Krankenkassen zur Sicherung der ärztlichen Behandlung. Die Leistung besteht bei der ersten Alternative aus Behandlungspflege (z. B. Injektionen, Wundversorgung) und Grundpflege (z. B. Waschen, Betten); bei der zweiten Alternative wird lediglich Behandlungspflege erbracht. Unter Umständen kann nach Satzungsrecht eine Haushaltshilfe in Frage kommen.

Nach den Vorstellungen der Bundesregierung sollen in beiden Alternativen in den erforderlichen Fällen neben der Behandlungspflege auch Grundpflege und Haushaltshilfe geleistet werden, wenn diese Hilfen von einer im Haushalt lebenden Person nicht erbracht werden können. Auch diese Leistungen werden — wie schon nach geltendem Recht — nur bei einer behandlungsbedürftigen Krankheit erbracht und nicht bei reiner Pflegebe-

dürftigkeit. Sie werden aber den Pflegebedürftigen mittelbar in nicht unbeträchtlichem Umfang zugute kommen, wenn diese infolge einer behandlungsbedürftigen Krankheit pflegerische und hauswirtschaftliche Hilfen benötigen.

3. Hilfen bei Krankheit der Pflegepersonen

Im Teil B dieses Berichts ist dargelegt, wie stark Pflegebedürftige auf ihre Angehörigen angewiesen sind, in welchem Umfang die Pflege aber auch eine Belastung für die Pflegenden darstellen kann. Erkrankt die Pflegeperson, so besteht die Gefahr, daß die Pflege entweder nicht geleistet werden kann oder trotz der Erkrankung bis zur Erschöpfung des Pflegenden fortgeführt wird. Beides kann weder im Interesse der Betroffenen noch im Interesse der Allgemeinheit liegen.

Die Bundesregierung beabsichtigt deshalb, im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung die erforderliche Hilfe zur Verfügung zu stellen, wenn dem Pflegenden wegen Krankheit, Entbindung oder Kur die Weiterführung der Pflege nicht möglich ist. Die zu ersetzende Pflegeperson muß der gesetzlichen Krankenversicherung angehören. Die Pflegeperson wird ersetzt, wenn eine andere im Haushalt lebende Person die notwendigen Hilfeleistungen nicht erbringen kann. Der Leistungsumfang wird sich über die Pflegeleistung hinaus auf die notwendige Haushaltshilfe erstrecken, wenn auch diese Hilfe von dem Pflegenden erbracht wurde.

II. Unterstützung der Pflege durch steuerliche Entlastungsmaßnahmen

Im geltenden Steuerrecht gibt es Entlastungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und für Angehörige oder Dritte, die diese Pflege übernommen haben.

Steuerpflichtige, die infolge Krankheit oder Behinderung ständig so hilflos sind, daß sie ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen können (Pflegebedürftige), können ihre behinderungsbedingten Mehraufwendungen als außergewöhnliche Belastung nach § 33 bis § 33 b Einkommensteuergesetz (EStG) abziehen. Die Aufwendungen müssen zwangsläufig sein. Dies ist nach § 33 Abs. 2 EStG der Fall, wenn der Steuerpflichtige sich ihnen aus rechtlichen, tatsächlichen oder sittlichen Gründen nicht entziehen kann und soweit die Aufwendungen angemessen sind.

Nach § 33 EStG können Pflegebedürftige diese Aufwendungen in voller Höhe, gemindert um die zumutbare Belastung, als außergewöhnliche Belastung geltend machen. Zu diesen Aufwendungen gehören die Kosten der Pflege in einer Pflegestation eines Altenheimes, in einem Alterspflegeheim oder in einem Pflegeheim oder, bei häuslicher Unterbringung, die Kosten für eine Pflegekraft.

Aus Vereinfachungsgründen ist anstelle der tatsächlich entstandenen Aufwendungen ein Pausch-

betrag von 7 200 DM nach § 33 b Abs. 3 Satz 3 EStG anzusetzen, wenn der Steuerpflichtige keine Aufwendungen nachweist oder glaubhaft macht, die zu einem höheren Abzug nach § 33 EStG führen.

Daneben kann nach § 33 a Abs. 3 EStG der Pflegebedürftige bei häuslicher Unterbringung einen Höchstbetrag von 1 200 DM für die Beschäftigung einer Hausgehilfin oder Haushaltshilfe in Anspruch nehmen. Entsprechendes gilt, wenn vergleichbare Kosten bei der Unterbringung in einem Heim anfallen.

Steuerpflichtige, die für die Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen behinderungsbedingte Kosten zu tragen haben, können diese Mehraufwendungen nach § 33 bis § 33 b EStG abziehen.

Im Rahmen des § 33 EStG kann der Steuerpflichtige Aufwendungen für die Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen als außergewöhnliche Belastung geltend machen.

Der aus Vereinfachungsgründen zu gewährende Pauschbetrag von 7 200 DM, der einem Kind des Steuerpflichtigen zusteht, kann auf Antrag auf den Steuerpflichtigen übertragen werden, wenn ihn das Kind nicht beansprucht. In anderen Fällen kann der Pauschalbetrag nicht übertragen werden.

Wegen der Beschäftigung einer Hausgehilfin oder Haushaltshilfe wird dem Steuerpflichtigen ein Freibetrag von bis zu 1 200 DM gewährt (§ 33 a Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 EStG), wenn der Pflegebedürftige ein zum Haushalt des Steuerpflichtigen gehörendes Kind des Steuerpflichtigen oder ein zum Haushalt des Steuerpflichtigen gehörender Angehöriger ist, für dessen Unterhalt der Steuerpflichtige eine Steuerermäßigung wegen Unterstützung bedürftiger Angehöriger nach § 33 a Abs. 1 EStG erhält.

Die Bundesregierung ist der Ansicht, daß die einkommensteuerrechtliche Entlastung für zwangsläufige Aufwendungen für die Pflege grundsätzlich angemessen und ausreichend ist. Insbesondere gewährleistet der Pauschbetrag von 7 200 DM durch Verzicht auf den kostenmäßigen Einzelnachweis eine verwaltungsmäßig praktikable steuerliche Berücksichtigung der behinderungsbedingten Mehraufwendungen. Die Bundesregierung wird prüfen, ob die steuerliche Berücksichtigung von Haushaltserschwernissen und sonstigen finanziellen Belastungen in den Fällen häuslicher Pflege verbesserungsbedürftig ist und es weiterer Regelungen bedarf.

III. Unterstützung der häuslichen Pflege durch Maßnahmen im Wohnungswesen

Die Entscheidung, einen pflegebedürftigen Angehörigen in die Wohnung aufzunehmen oder dort verbleiben zu lassen, hängt in erheblichem Maße auch von der Größe und der Ausstattung der Wohnung ab. Je nach Art und Grad der Pflegebedürftigkeit kann eine Anpassung der Wohnung an die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen und der ihn Pflegenden durch bauliche Veränderungen erforderlich sein.

Im Rahmen des sozialen Wohnungsbaues kann auch jetzt schon der Um- und Ausbau vorhandener Gebäude und bestehender Wohnungen gefördert und können die Mehrkosten finanziert werden, die bei der Anpassung von Wohnraum für Schwerbehinderte durch besondere bauliche Maßnahmen, die durch Art und Grad der Behinderung bedingt sind, entstehen. Bei den Verhandlungen mit den Ländern über die Verwaltungsvereinbarungen zur Förderung des sozialen Wohnungsbaues in den Jahren 1985 und 1986 wird die Bundesregierung sich dafür verwenden, daß die Länder, wie es auch bisher schon geschieht, bei der Bewilligung öffentlicher Mittel die Belange Pflegebedürftiger und deren Angehöriger besonders berücksichtigen.

Der 4. Familienbericht, den die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode vorlegen wird, soll zeigen, wie ältere Menschen solange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung bleiben und wie auch mehrere Generationen, wenn sie wollen, unter einem Dach leben können. Im Rahmen eines Bundeswettbewerbs „Familienwohnung und Familienheim“ ist daher als ein wesentlicher Schwerpunkt das Thema „Wohnen mehrerer Generationen unter einem Dach“ ausgewiesen.

Eltern und Kinder können gerade, wenn sie zusammenwohnen, einander gegenseitig helfen. Das Zusammenleben mehrerer Generationen unter einem Dach wirkt auch einer Vereinsamung älterer Menschen entgegen. Kinder, die bereit sind, ihre Eltern im Falle der Pflegebedürftigkeit zu betreuen, sind dazu leichter in der Lage, wenn die Eltern im gleichen Hause wohnen. Wenn dadurch ältere Menschen — wie sie es in der Regel wünschen — länger in der vertrauten Umgebung bleiben können, so ist das nicht nur menschlicher, sondern auch ökonomischer als ihre Pflege und Betreuung in einem Heim.

Die geltenden Vorschriften entsprechen diesen Anforderungen noch nicht in allen Punkten.

Um das Wohnen mehrere Generationen unter einem Dach zu erleichtern, wird die Bundesregierung Hindernisse im Bereich der Wohnungsbauförderung beseitigen. Der Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung wohnungsrechtlicher Vorschriften, den das Bundeskabinett noch im Herbst dieses Jahres beschließen will, sieht folgende Verbesserung vor:

- Die Aufnahme von Eltern(-teilen) in Eigenheime mit zwei geförderten Wohnungen soll künftig nicht mehr daran scheitern, daß ihr Einkommen eine gewisse Höhe überschreitet;
- der im sozialen Wohnungsbau geförderte Bauherr soll für jeden Elternteil, den er in den Haushalt aufzunehmen beabsichtigt, ein Familienzusatzdarlehen erhalten.

Darüber hinaus wird die Bundesregierung insbesondere in Gespräche mit den Ländern prüfen, ob

- der Betrag, um den sich die Einkommensgrenze gemäß § 25 Zweites Wohnungsbaugesetz bei der Aufnahme jeden Elternteils des Wohnungssu-

chenden und dessen Ehegatten erhöht (bisher 6 300 DM), angehoben werden soll;

- in § 15 Wohngeldgesetz ein Familienfreibetrag für den Fall der Aufnahme von Eltern des Wohngeldberechtigten oder dessen Ehegatten in die Wohnung des Wohngeldberechtigten eingeführt werden kann, soweit dadurch für die aufzunehmenden Eltern(-teile) Wohngeldleistungen entfallen.

Die Bundesregierung hat ferner am 3. Juli 1984 „Leitlinien zur Neuregelung der steuerlichen Förderung des selbstgenutzten Wohneigentums“ beschlossen, wonach in den Verhandlungen mit den Ländern geprüft werden soll, ob und ggf. in welcher Weise im Rahmen der steuerlichen Förderung des selbstgenutzten Wohneigentums auch die Aufnahme von Eltern berücksichtigt werden kann.

IV. Verbesserung der personellen Situation von ambulanten Diensten

Die Bundesregierung ist der Meinung, daß die Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden auch dadurch verbessert werden muß, daß die ambulanten Dienste für Pflegebedürftige ausgebaut werden.

Sie kann den Ausbau der ambulanten Dienste im Rahmen ihrer Zuständigkeit im wesentlichen nur im Wege von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen sowie durch Einsatz von Zivildienstleistenden und Helfern des freiwilligen sozialen Jahres unterstützen. Dabei verkennt sie nicht, daß ein Ausbau der ambulanten Dienste nicht allein auf die o. g. Helfergruppen gestützt werden kann und ein verstärkter Einsatz auch zusätzliche Probleme für die ambulanten Dienste mit sich bringt. Zivildienstleistende und Helfer des Freiwilligen Sozialen Jahres können nur für beschränkte Zeit eingesetzt werden. Dies ist ein Nachteil für einen auf beständige Arbeit angelegten Dienst. Da diese Helfer keine Fachkräfte sind, können sie auch nur für einen Teil der Pflegearbeit eingesetzt werden. Der Einsatz wird zudem nur möglich sein, wenn entsprechende Fachkräfte, die sie anlernen und ihren Einsatz leiten und überwachen können, vorhanden sind.

Diese Fachkräfte können im Einzelfall unter den Voraussetzungen der §§ 91 ff. des Arbeitsförderungsgesetzes (AFG) vorübergehend aus Mitteln für Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen der Arbeitsämter finanziert werden.

Die Bundesregierung wird deshalb einerseits Verhandlungen mit den Ländern und den kommunalen Spitzenverbänden aufnehmen mit dem Ziel, zu erreichen, daß Länder und Kommunen die Wohlfahrtsverbände in den Stand setzen, möglichst viele zusätzliche Dauerarbeitsplätze im Bereich der ambulanten sozialen Dienste zu schaffen; sie geht davon aus, daß die Bundesanstalt für Arbeit die ambulanten sozialen Dienste im Rahmen der ihr für Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen zur Verfügung stehenden Mittel weiterhin fördert.

In der Grundpflege und in der hauswirtschaftlichen Versorgung sollten zusätzlich viele ehrenamtliche Helfer tätig sein. In noch größerem Maße gilt dies für die Betreuung Pflegebedürftiger. Der Erfolg ehrenamtlicher Dienste hängt entscheidend davon ab, wie gut und dauerhaft sie aufgebaut und betreut werden.

In der Regel ist eine solche Betreuung nur durch eine festgestellte Kraft möglich. Es besteht nach §§ 91 ff. AFG die Möglichkeit, diese Kräfte in den ersten Jahren aus ABM-Mitteln zu finanzieren.

Die Bundesregierung hat mit der Aktion „Reden ist Silber — Helfen ist Gold“, mit der sie zur Förderung privater Selbst- und Nächstenhilfe aufgerufen hat, im übrigen ein Zeichen für den hohen Stellenwert, den sie ehrenamtlichen und freiwilligen Helfern in allen sozialen Bereichen zumißt, gesetzt.

V. Forschung

Die Situation der Pflegebedürftigen, die Ursachen der Pflegebedürftigkeit sowie die Auswirkungen von Hilfsangeboten und Maßnahmen sind noch zu wenig bekannt und erforscht. Die Datenlage ist vielfach unklar. Über Motive und Bedingungen sowie über finanzielle Einflußgrößen bei Wahl und Ausgestaltung von Pflege läßt sich nur mutmaßen. Das gilt auch für den Einfluß von Behörden und Wohlfahrtsverbänden.

Ein wichtiger Schritt zur Aufhellung der Situation war die bereits zitierte Untersuchung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit über „Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger“.

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit hat außerdem ein mit den Ländern, den kommunalen Spitzenverbänden und den Trägern der freien Wohlfahrtspflege abgestimmtes Modellprogramm „Ambulante Dienste für Pflegebedürftige“ begonnen, in dem 16 ausgewählte Sozialstationen, die insgesamt einen Versorgungsbereich von etwa 500 000 Einwohnern abdecken, eine personelle Verstärkung von zwei Fachkräften und bis zu zehn Zivildienstleistenden erhalten. Es soll versucht werden, Erfahrungen zu gewinnen, wie der Einsatz von Sozialstationen zur Stabilisierung und Stützung von häuslicher Pflege noch weiter verbessert werden kann.

Es werden insbesondere Antworten auf folgende Fragen erwartet:

- Können Erfahrungen über einen optimalen Ausbau von ambulanten sozialen Diensten für Pflegebedürftige gewonnen werden?
- Welche Bedeutung haben rehabilitative Einrichtungen, die zugleich einen Kurzeitaufenthalt von Pflegebedürftigen ermöglichen, bei der Stabilisierung und Unterstützung häuslicher Pflege?

— Ist eine Verstärkung des Potentials der Betreuung durch Angehörige, Nachbarn und ehrenamtliche Helfer erkennbar?

— Wie kann die Inanspruchnahme von stationären Einrichtungen durch einen verstärkten Ausbau ambulanter sozialer Dienste für Pflegebedürftige auf notwendige Unterbringungen begrenzt werden?

Weiteren Fragen wird die Bundesregierung nachgehen. Als Beispiele werden hier folgende genannt:

— Über Anzahl und Situation der stationär versorgten Pflegebedürftigen sowie über die Situation ihrer Angehörigen liegen keine genauen Daten vor.

Es fehlen Daten über das Ausmaß der nicht angemessenen Unterbringung von z. B. jüngeren Pflegebedürftigen in Altenpflegeheimen und über die negativen Auswirkungen auf die psychosoziale Situation der Betroffenen.

Darüber hinaus müßte ein an jeweils spezifischen Unterbringungs- und Pflegeerfordernissen orientierter Bedarf ermittelt werden.

— Das Wissen über Beweggründe und Bedingungen für Heimeinweisung, Krankenhauseinweisung, Fortführung einer ärztlichen Behandlung und häusliche Pflege bzw. für die Ablehnung einer dieser Möglichkeiten ist noch gering. In diesem Zusammenhang sind neben den Motiven der Pflegebedürftigen und ihrer Helfer auch die Beiträge institutioneller Hilfen zu untersuchen. Notwendig wäre hier vor allem die Beantwortung der Frage, wie und warum es in Einzelfällen zu einer stationären Unterbringung kam. Zu untersuchen ist auch, welche Bedingungen die Rückkehr nach stationärer Unterbringung in eine eigene Wohnung fördern bzw. behindern.

— Die Untersuchung von Socialdata hat gezeigt, daß bei Pflegebedürftigen Reserven gegenüber sozialen Diensten, insbesondere auch gegenüber ambulanten sozialen Diensten, weit verbreitet sind. Es ist deshalb der Frage nachzugehen, wie man erreichen kann, daß Pflegebedürftige die sozialen Dienste besser annehmen.

— Die besonderen Probleme in der häuslichen und stationären gerontopsychiatrischen Versorgung Pflegebedürftiger sind zu untersuchen.

— Die Verweildauer in verschiedenen Einrichtungen, deren Kostenstrukturen und Angebote sollen untersucht und verglichen werden.

Organisationsuntersuchungen — vor allem auch für den ambulanten und teilstationären Bereich — sind durchzuführen.

— Der Qualität und Effizienz der pflegerischen Versorgung ist ein besonderes Augenmerk zu schenken. Es sind deshalb Untersuchungen darüber durchzuführen, wie Qualität und Effizienz der sozialen Dienste verbessert werden können, und es sind Qualitätssicherungsprogramme für den stationären, den teilstationären und für den ambulanten Bereich zu entwickeln.

— Es gibt noch wesentliche Probleme im Bereich der Information und Beratung von Hilfebedürftigen. Auch hier wären Untersuchungen nötig.

Lehr- und Lernmittel zur Anleitung und zur Qualifizierung professioneller und ehrenamtlicher Helfer einschließlich der Angehörigen sind zu entwickeln bzw. zu verbessern.

E. Mitwirkung aller Beteiligten

Die Bundesregierung ist sich bewußt, daß mit dem von ihr vorgeschlagenen Maßnahmenbündel nicht alle Probleme der Pflegebedürftigen und ihrer Helfer gelöst werden. Auch kann sie die Sorgen der Träger von Diensten und Einrichtungen ebensowenig wie die der Träger der Sozialhilfe in einem Schritt ausräumen. Aus diesem Grunde muß sie an alle Beteiligten appellieren, daß jeder im Rahmen seiner Möglichkeiten seinen Teil zu schrittweisen Lösungen beiträgt.

Ohne die Bereitschaft der Träger zum Einsatz von Personal und von finanziellen Mitteln und ohne die finanzielle Unterstützung der Länder und Gemeinden wird ein leistungsstarkes ambulantes Versorgungsnetz auf Dauer nicht aufrechterhalten werden können. Das gleiche gilt in bezug auf ein breites ehrenamtliches Engagement.

Die Bundesregierung vertraut darauf, daß es den Trägern der Sozialhilfe gelingen wird, bei den künftigen Verhandlungen mit den Trägern der Einrichtungen über die Höhe der anzuerkennenden Kostenbestandteile verstärkt den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit Geltung zu verschaffen, wie es der durch die letzte Gesetzesänderung geschaffenen Rechtslage entspricht. Auf diese Weise — und durch die Vermehrung des Angebots an wirksamen ambulanten Hilfen — sollte es möglich sein, die weitere Kostenentwicklung in diesem Bereich in Grenzen zu halten. Die für das Jahr 1983 vorliegenden Zahlen, die bei der Hilfe zur Pflege eine deutliche Verlangsamung des Kostenanstiegs ausweisen, stützen diese Erwartung.

Einen günstigen Einfluß auf die Kostenentwicklung werden — über die Verstärkung der ambulanten Hilfen hinaus — auch die weiteren in Teil D dargelegten Maßnahmen haben. Die Bundesregierung gibt darüber hinaus folgendes zu bedenken:

In Pflegeeinrichtungen wird zu einem gewissen Teil auch eine sozio-kulturelle Betreuung der Pflegebedürftigen vorgenommen. Diese Angebote werden von den Pflegebedürftigen im Rahmen des Pflegesatzes voll mitgetragen. In der offenen Altenhilfe werden vergleichbare Angebote von den Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge in der Regel kostenlos angeboten. Es bietet sich daher an, daß dieser Teil von Leistungen ebenfalls von Kommunen unmittelbar erbracht oder gefördert wird und die Pflegesätze entsprechend entlastet werden. Eine solche Maßnahme wäre auch ein Beitrag dazu, mehr Pflegebedürftige in Einrichtungen von Sozialhilfe unabhängig zu machen.

Die Bundesregierung ist der Meinung, daß eine private Vorsorge durch Abschluß einer Versicherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit, die insbesondere Kosten der stationären Versorgung abdeckt, eine sinnvolle Ergänzung der von ihr beabsichtigten Maßnahmen durch Eigeninitiative und in Eigenverantwortung darstellt. Die Beiträge zu einer solchen Pflegeversicherung gehören wie auch die Beiträge zu Kranken-, Unfall- und Haftpflichtversicherungen zu den sogenannten Vorsorgeaufwendungen, die steuerlich absetzbar sind (§ 10 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3 EStG). Allerdings werden derartige Pflegeversicherungen zur Zeit kaum angeboten. Die Bundesregierung hat deshalb an die private Versicherungswirtschaft appelliert, einen wirkungsvollen privaten Versicherungsschutz für den Fall der Pflegebedürftigkeit anzubieten, und nimmt mit Befriedigung zur Kenntnis, daß der Verband der Privaten Krankenversicherung bereits Musterbedingungen für eine private Pflegeversicherung entworfen hat.

Langfristig verspricht sich die Bundesregierung auch eine Entlastung der Sozialhilfe aufgrund von vermehrter Eigenvorsorge durch Abschluß von privaten Pflegeversicherungen.

F. Schlußbemerkung

Mit den Vorschlägen in diesem Bericht legt die Bundesregierung ein Konzept vor, das auch unter den gegenwärtigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen realisierbar ist. Zum erstenmal wird damit seit Beginn der Diskussion dieses Themas das Stadium der Modellüberlegungen verlassen. Auch in allen weitergehenden Vorschlägen wurde und wird

stets — mit Recht — betont, daß die häusliche Pflege im Vordergrund stehen und bei ihr vor allem anderen angesetzt werden muß. Die Bundesregierung konzentriert ihre Vorschläge, in die sie alle dafür in Betracht kommenden Rechtsbereiche einbezieht, darauf. Alle, die auch die stationäre Versorgung einbeziehen wollen, müssen einräumen, daß

die daraus folgende „Sogwirkung“ zu Kostenfolgen führen kann, die nicht kalkulierbar sind oder jedenfalls die Grenzen dessen sprengen, was aus heutiger Sicht finanziert werden kann. Mit der gezielten Unterstützung der häuslichen Pflege entlastet die Bundesregierung jedoch auch die Kostenträger für die stationäre Pflege, indem sie dazu beiträgt, daß jeder, der in der häuslichen Umgebung gepflegt werden kann, die erforderlichen ambulanten Hilfen erhält und die Aufnahme in ein Heim — wenn oder

solange dies möglich ist — vermieden wird. Familienangehörige, Freunde und Nachbarn, die Pflegebedürftige betreuen, werden bei ihrer selbstlosen und schweren Aufgabe unterstützt, damit die Pflegenden von heute nicht die Pflegebedürftigen von morgen werden. Die Bundesregierung geht dabei davon aus, daß es nicht nur humaner, sondern auch ökonomischer ist, wenn Pflegebedürftige — wie sie es in der Regel wünschen — möglichst lange in der vertrauten häuslichen Umgebung bleiben können.