

Pflegenotstand: Soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit — ein weiterhin ungelöstes Problem

1. Ausgangslage

Die »soziale Marktwirtschaft« in der Bundesrepublik erfreut sich derzeit nahezu ungeteilter Zustimmung. Mit dem Wirtschaftssystem wird auch das Sozialleistungssystem (in seinen Strukturen — nicht in seinem Niveau) auf die DDR übertragen. Daß die Bundesrepublik ein vorbildlicher Sozialstaat ist, erscheint unbestritten. Regierung und Opposition streiten sich allenfalls um die Urheberschaft. In diesen Zeiten und unter diesen politischen Verhältnissen werden die gravierenden Defizite und Probleme des Sozial- und Gesundheitssystems, die seit Jahren bekannt sind, nicht mehr zur Kenntnis genommen. Kritiker bleiben im deutsch-deutschen Taumel unbeachtet. Im besonderen Maße gravierend und offensichtlich sind die sozialpolitischen Defizite im Bereich der sozialen Absicherung der Pflegebedürftigen. Obgleich das Problem sich zuspitzt, die Lebensbedingungen der betroffenen Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und des Pflegepersonals unerträglich werden, beherrscht Untätigkeit die sozialpolitische Szene. Durchgreifende Maßnahmen bleiben aus. Die Bundesregierung verweist auf das Gesundheitsreformgesetz, das Verbesserungen bei der ambulanten Pflege verspricht. Die SPD-Opposition ist sich noch unschlüssig, ob das Thema Pflege im Regierungsprogramm »Fortschritt 90« aufgegriffen wird.

Aufgabe des Beitrages soll es sein, angesichts dieser Situation noch einmal einen Überblick über die Problemlage zu geben, ihre Hintergründe und Bestimmungsfaktoren zu analysieren und die Ausgangsbedingungen nach dem Gesundheitsreformgesetz zu skizzieren. Von der Zielsetzung her muß es darum gehen, die Lebensbedingungen und -perspektiven der großen und wachsenden Zahl der Pflegebedürftigen zu verbessern. Pflegebedürftig zu sein das heißt, existentiell auf die ständige persönliche Hilfe anderer Menschen angewiesen zu sein, da die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Lebensalltag (z.B. Essen und Trinken, An- und Auskleiden, Körperpflege, Benutzung der Toilette, häusliche Versorgung, Fortbewegung) nicht mehr alleine bewältigt werden können. Eine Fülle von empirischen Studien und Praxisberichten läßt erkennen, daß die personelle,

finanzielle und soziale Hilfe, die die Betroffenen erhalten, völlig unzureichend, in vielen Fällen menschenunwürdig ist¹. In der Bundesrepublik muß von einem Pflegenotstand geredet werden, in der stationären wie in der ambulanten und familiären Versorgung. Gerade hier zeigt sich, daß Medizinbetrieb, Gesundheitswesen und Krankenversicherung heute die wesentlichen sozialen und gesundheitlichen Probleme unberücksichtigt lassen². Das Problem der Pflegebedürftigkeit wird in der sozialpolitischen Prioritätenskala nachrangig gewichtet bzw. kommt in den Strukturen des Systems nicht zur Geltung.

Die genaue Zahl der derzeit in der Bundesrepublik lebenden Pflegebedürftigen ist wegen der definitorischen Schwierigkeiten und mangels umfassender Erhebungen nicht festzustellen³. Insgesamt ist von etwa zwei Millionen Pflegebedürftigen verschiedener Schweregrade auszugehen, die sich auf die Gruppen der chronisch Kranken, der körperlich und/oder geistig Behinderten und der Älteren (insbesondere der »Hochbetagten«) verteilen. Der *weit überwiegende* Teil dieser Menschen lebt zu *Hause* und wird dort versorgt und gepflegt (etwa 1,7 Mill. Personen). Davon sind rund 650 000 Schwer- und Schwerstpflegebedürftige. 260 000 Pflegebedürftige werden stationär in Alten- und Altenpflegeheimen versorgt. Hinzuzurechnen ist noch ein (umstrittener), auf rund 130 000 Personen geschätzter Teil von pflegebedürftigen Langzeitkranken, die in Akutkrankenhäusern liegen.

Pflegebedürftigkeit ist keine Folge des Alters allein. Aber die Erwartungswahrscheinlichkeit steigt, daß mit zunehmendem Alter Krankheiten auftreten, sich chronifizieren und daß die Alltagsaufgaben nicht mehr alleine bewältigt werden können. Pflegebedürftigkeit tritt zudem in einem Lebensabschnitt ein, in dem der Kreis der Familienangehörigen und Mitmenschen — Ehepartner, Kinder, Freunde, Bekannte —, von denen man soziale und pflegerische Hilfen erwarten kann, kleiner wird. In der Altersgruppe der 60- bis 70jährigen sind heute 9 v.H. pflegebedürftig. In der Altersgruppe der über 80jährigen liegt der Pflegebedarf jedoch bereits bei 19 v.H.

Pflegebedürftigkeit ist zu einem Massenphänomen geworden: Parallell zur Verlängerung der Lebenserwartung hat sich ein Panoramawechsel des Krankheits- und Todesursachenspektrums in Richtung auf chronisch-degenerative Krankheiten vollzogen. Viele dieser Krankheiten führen zwar erst im relativ fortgeschrittenen Alter zum Tod, können aber eine langandauernde Behandlung, Betreuung und Pflege erfordern.

Durch die Bevölkerungsentwicklung und die Veränderung im Altersaufbau der Bevölkerung wird die Pflegebedürftigkeit in den nächsten

Jahren weiter zunehmen. Der demographische Umbruch führt zu einer hohen Konzentration alter und hochbetagter Menschen⁴:

- Die Zahl der älteren Mitbürger über 60 Jahre wird ständig zunehmen. Voraussichtlich werden im Jahre 2030 etwa 17 Mill. Mitbürger über 60 Jahre in der Bundesrepublik leben. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird von rund 20 v.H. kontinuierlich bis auf 36 v.H. ansteigen.
- Die Zahl der hochbetagten älteren Menschen über 80 Jahre wird im Jahre 1990 bereits rund 2,2 Mill. Mitbürger betragen. Sie wird damit gut eine halbe Million über der von 1981 liegen: Bliebe es auch in Zukunft bei der *gegenwärtigen* Aufteilung von stationärer und familiärer Unterbringung pflegebedürftiger alter Menschen, so würde nicht nur der Bedarf an Heimplätzen weiter zunehmen, sondern dann würde vor allem auf die Familien ein erheblicher Zusatzbedarf an Pflegeleistungen zukommen. Die demographischen und sozialen Verschiebungen, die zu einem Anwachsen von Zahl und Anteil alter und pflegebedürftiger Menschen führen, lassen aber *zugleich* die primären, familiären Netze kleiner und brüchiger werden:
- Immer mehr älteren Menschen stehen immer weniger jüngere Menschen gegenüber. Schon rein rechnerisch sinkt dadurch für kranke und/oder pflegebedürftige alte Menschen die Chance, auf mehrere Familienmitglieder zurückgreifen zu können. Soweit überhaupt Kinder existieren, muß die Arbeit auf immer weniger (Töchter) aufgeteilt werden. Da bei verlängerter Lebenserwartung die Pflegebedürftigkeit in den höheren und höchsten Altersgruppen auftritt, heißt das, daß die Ehepartner — falls sie noch leben — ebenfalls »hochbetagt« sind und die Kinder bereits das Rentenalter erreicht haben.
- Von den 12,3 Mill. Mitbürgern über 60 Jahre leben bereits heute 4,3 Mill. Menschen (das sind rund 35 v.H.) in Ein-Personen-Haushalten, das heißt: sie leben allein. Der Anteil der alleinstehenden alten Menschen steigt mit zunehmendem Alter. In der Altersgruppe von 75 und mehr Jahren macht er bereits heute fast die Hälfte des betroffenen Personenkreises aus.

2. Die Behandlung der Pflegebedürftigkeit im Sozialrecht

Um das gegenwärtige »System« der sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit zu verstehen, ist es grundlegend, die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen⁵. Daraus läßt sich auch ein Großteil der Problemlage herleiten:

Nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) und der Rechtsprechung der Sozialgerichte hat die Gesetzliche Krankenversicherung Leistungen im Grundsatz lediglich bei »behandelbarer« Krankheit, aber nicht bei »unbehandelbarer« Pflegebedürftigkeit zu erbringen. Pflegebedürftige, die — so die Argumentation — keiner ärztlichen Behandlung mehr zugänglich und weder heilungs- noch besserungsfähig sind, weil sie dauerhaft hilflos sind oder an den Folgen einer »natürlichen Altersgebrechlichkeit« leiden, werden aus der Krankenversicherung ausgeschlossen. Die bei ambulanter oder stationärer Versorgung entstehenden Aufwendungen müssen im Grundsatz ausschließlich privat getragen werden. Das heißt: Im Unterschied zu den sozialen Risiken und Tatbeständen wie Krankheit, Invalidität, Alter, Unfall, Arbeitslosigkeit wird das *allgemeine* Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit durch das Sozialleistungssystem nicht abgedeckt. Aus dem sozialen Problem der Pflegebedürftigkeit wird der sozialpolitische Pflege»fall«. Und es sind die Ärzte, die qua medizinischer Definitionsmacht darüber entscheiden (müssen), ob ein älterer Mensch krank ist und der Pflege bedarf oder »nur« pflegebedürftig und nicht (mehr) krank im Sinne der Krankenversicherung ist.

Diese starre Abgrenzung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit ist ein rein rechtliches Konstrukt: In der *Realität* vermischen sich die Tatbestände Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Die sozialrechtliche Unterscheidung läßt sich weder medizinisch noch sozialpolitisch halten. Aufgrund des Alters allein entsteht noch keine Pflegebedürftigkeit. Sie ist immer eine Folge von Krankheiten. Auch bei dem als »reine« Pflegebedürftigkeit bezeichneten Zustand ist noch Behandlung und Rehabilitation möglich, kann eine Besserung, Linderung oder zumindest eine Vermeidung von weiterer Verschlechterung erreicht werden.

Die sozialrechtliche Behandlung der Pflegebedürftigkeit hat nachhaltige Folgewirkungen:

Die ungesicherte Finanzierung von Pflegehilfen ist eine wesentliche Ursache dafür, daß das Angebot ambulanter und stationärer Dienste quantitativ wie qualitativ völlig unzureichend ist. Und aufgrund der Eigenzahlungspflicht werden die Leistungen und Einrichtungen der stationären Pflege nur in geringem Maße in Anspruch genommen. Abschreckend wirken die Heime aber auch und vor allem wegen des schlechten Versorgungsstandards. Ist eine Heimunterbringung unabweisbar, dann reichen in aller Regel eigenes Einkommen und Vermögen nicht aus, um die Kosten selbst zu bezahlen. Selbst höchste Renten und Pensionen liegen heute unterhalb der Pflegesätze (durchschnittliche

Heimkosten von 2.800 DM/Monat (1988) mit Schwankungen nach oben und unten je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit⁶: Dies zwingt die weitaus meisten Pflegebedürftigen, *Sozialhilfe* (»Hilfe zur Pflege«) in Anspruch zu nehmen, wobei Kinder bzw. Eltern zum Unterhalt herangezogen werden, bevor die Sozialhilfe leistet. Die Aufnahme in ein Heim ist daher nicht nur häufig eine Sackgasse, aus der es keine Umkehr gibt, sondern sie führt zur Sozialhilfeabhängigkeit und zum Status des Taschengeldempfängers. Mehr als ein Drittel der gesamten Sozialhilfesaufwendungen entfallen derzeit auf die »Hilfen zur Pflege«, wobei fast neun Zehntel der Aufwendungen für Pflegehilfen sich auf die Pflege innerhalb von Einrichtungen (Heimen) beziehen⁷. Belastet werden dadurch die örtlichen (ambulante Pflege) und überörtlichen Träger (stationäre Pflege) der Sozialhilfe, die ihrerseits bestrebt sind, die Ausgaben durch Begrenzung des Versorgungsstandards (insbesondere durch Begrenzung des Personalschlüssels) zu minimieren.

Die mehr oder minder willkürliche Trennung von »Krankheit« und »Pflegebedürftigkeit« führt zu einer ebenso getrennten Entwicklung zwischen den Einrichtungen des Gesundheitswesens einerseits und denen des Sozialwesens andererseits, zu denen die ambulanten wie stationären Pflegeleistungen gerechnet werden. Zwischen beiden Sektoren gibt es keine Abstimmung oder Verzahnung. Für die Bereitstellung und Finanzierung der ambulanten und stationären Pflegeangebote sind allein die Kommunen bzw. die überörtlichen Sozialhilfeträger und die Bundesländer zuständig.

3. Überforderte Familien

Klagen über eine rückläufige Pflegebereitschaft der Familien und eine unzureichende Motivation zur häuslichen Pflege sowie die gängige Behauptung von der Heimunterbringung als »Abschiebung« entbehren jeglicher Faktengrundlage. Ein aus dem »Wertewandel« resultierender wachsender Individualismus läßt sich nicht erkennen:

Die zu Hause lebenden Pflegebedürftigen erhalten in der weit überwiegenden Zahl Hilfe ausschließlich von ihren Angehörigen. Lediglich 12 v.H. (20 v.H.) von ihnen werden durch ambulante Pflege- und Hilfsdienste partiell unterstützt. Die häusliche Pflege geschieht unter großen, vielfach unzumutbaren persönlichen Opfern und Einschränkungen. Sie wird zum Teil bis zur körperlichen und emotionalen Erschöpfung geleistet, bevor eine Hilfe im eigenen Haushalt oder eine Heimeinweisung als ergänzende oder alternative Lösung akzeptiert werden. Die Einweisung in eine stationäre Einrichtung erfolgt selten

und spät, sie kann als der letzte Ausweg aus einer als ausweglos empfundenen Lage interpretiert werden, der dennoch vielfach durch Schuldgefühle belastet ist. Die Hauptlast der familiären Pflege tragen, der traditionellen familiären Rollenverteilung entsprechend, immer noch die Frauen. Dreiviertel der Pflegenden sind Frauen, d.h. Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter, die zum Teil ebenfalls schon im Rentenalter stehen. Ihnen wird vielfältiger Verzicht abverlangt. Schwere Pflege ist nicht nur eine Vollzeitbeschäftigung für Familienangehörige, es ist eine 24-Stunden-Anforderung mit erheblichen physischen und psychischen Belastungen. Zudem sind mit der Pflege auch finanzielle Aufwendungen verbunden. Gibt es in den Familien Spannungen und Probleme, so werden diese durch die Pflegeverpflichtung zugespitzt. Hat die Pflegeperson selbst gesundheitliche Probleme, so werden auch diese gesteigert. Muß wegen der Pflegetätigkeit die Berufstätigkeit eingeschränkt oder gar aufgegeben werden, ergeben sich finanzielle Verluste, die sich bis ins Alter hinein durch unzureichende Renten auswirken; eine existenzsichernde Altersrente wird ja nur dann gezahlt, wenn kontinuierlich, über die gesamte Erwerbsphase hinweg ausreichend hohe, aus einem entsprechenden Arbeitseinkommen abgeleitete Beiträge gezahlt worden sind.

Versuche der konservativen Sozialpolitik, die familiäre Pflege über politischen, moralischen und finanziellen Druck noch weiter auszuweiten und den Familienangehörigen, d.h. den Frauen, noch mehr Aufgaben und Belastungen zu übertragen, um den zunehmenden Pflegebedarf kostengünstig bewältigen zu können (nämlich auf Kosten der Betroffenen)¹⁰, führen dazu, daß die Pflegepersonen völlig überfordert und letztlich demotiviert werden. Aufgrund sozialer und demographischer Entwicklungen (wachsende Zahl von Ein-Personen-Haushalten, unzureichende Wohnverhältnisse, zunehmende Frauenerwerbstätigkeit, regionale Mobilität, sinkender Verpflichtungsgrad familiärer Beziehungen) sind die von der Politik angesprochenen Familienmitglieder tendenziell immer weniger in der Lage und auch bereit, diesen Anforderungen eines vermehrten Engagements zu entsprechen¹¹. Vielmehr ist zu erwarten, daß das Netz familiärer Hilfe brüchiger wird.

Die Angewiesenheit auf »Fremdhilfe« wird unweigerlich steigen. Und wenn der Grundsatz des Vorrangs der häuslichen vor der stationären Pflege, der ja auch den Wünschen der Pflegebedürftigen selbst entspricht, ernstgenommen werden soll, dann bedeutet dies zwingend, das Angebot ambulanter und teilstationärer Dienste, die die häusliche Pflege unterstützen und ergänzen, auszubauen, diese mit qualifiziertem Personal entsprechend auszustatten und finanziell zu sichern. Es gilt,

familiäre Hilfen zu stützen, nicht zu nützen. Häusliche Pflege bedarf auch deshalb der *professionellen* Unterstützung, um rehabilitative und aktivierende Pflege zu ermöglichen. Besonders langfristig pflegebedürftige ältere Menschen leiden unter komplexen psycho-physischen Krankheiten, die fachliche Kenntnisse und methodisches Handeln erfordern, vor allem auch dann, wenn Langzeittherapie, Rehabilitation, Aktivierung, soziale Reintegration angestrebt werden.

4. Die Versorgung mit ambulanten Pflegediensten

Die derzeit in der Bundesrepublik angebotenen ambulanten pflegerischen Dienste können den häuslich-familiären »Pflegenotstand« nicht beheben. Die Zahl der Dienste ist zu gering und ihr Netz zu weitmaschig, um das große — und anwachsende — Potential zu Hause lebender Pflegebedürftiger angemessen und umfassend betreuen zu können und die Familienangehörigen zu unterstützen und zu entlasten. Die Angebote reichen in Quantität und Qualität auch nicht aus, um den Krankenhaussektor (stationäre Unterbringung wegen fehlender häuslicher Pflegemöglichkeiten) zu entlasten¹².

In den Sozialstationen und Gemeinde-Krankenstationen sind (1986) etwa 23.000 Pflegekräfte (Krankenschwestern, Altenpflegerinnen, angelernte Kräfte) beschäftigt¹³. Gemessen an den 650.000 Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, ist der Versorgungsgrad also außerordentlich gering.

Wie weitmaschig das Netz der ambulanten pflegerischen Betreuung ist, läßt sich an folgender Berechnung erkennen¹⁴: Selbst wenn die Personalbemessung in den Sozialstationen sich an den — ohne jede Bedarfsrecherche festgesetzten — Richtwert »1 Fachkraft je 3.500 Einwohner« halten würde, stünde eine vollzeitbeschäftigte Fachkraft 1.750 Stunden im Jahr für insgesamt 3.500 Einwohner bereit. Bei Zugrundelegung der Altersgliederung der Bevölkerung sind von diesen 3.500 Einwohnern 12 v.H. (= 694 Personen) älter als 60 Jahre. Von diesen Älteren müssen wiederum zwischen 200 und 300 Personen als pflegebedürftig gelten.

Das Klientel einer zuständigen Fachkraft für 3.500 Einwohner betrüge demnach formal — bei voller Inanspruchnahme — zwischen 200 bis 300 Personen, wobei noch zu berücksichtigen bleibt, daß ja auch bei der Bevölkerung unter 60 Jahren Kranke und Hilfsbedürftige zu finden sind. Diese Fachkraft hat bei der oben angegebenen Gesamtjahresarbeitszeit von 1.750 Stunden kalendertäglich durchschnittlich 280 Minuten Brutto-Pflege- und Betreuungszeit zur Verfügung. »Brutto«

insoweit, als gerade in der ambulanten Arbeit der Anteil unmittelbarer Pflege- und Betreuungsleistungen infolge der Wegzeiten und der Verwaltungsarbeit besonders niedrig ist. Zusammenfassend ergibt sich also theoretisch eine maximale *Brutto-Pflegezeit von ca. einer Minute pro Tag für jeden zu Betreuenden*.

Natürlich handelt es sich hierbei um abstrakte Überlegungen, die keine fundierten Untersuchungen über den tatsächlichen Bedarf und eine angemessene Personalbesetzung in Sozialstationen ersetzen können. Sie können aber verdeutlichen, daß selbst bei einer Verdreifachung der Sozialstationen und ihres Personals lediglich drei Brutto-Pflege-Minuten täglich pro potentielltem Klientel zur Verfügung stünden, und werfen damit ein Schlaglicht auf die reale Situation.

Eine deutliche Ausweitung des Angebotes (in der Größenordnung einer Verdoppelung oder Verdreifachung!)¹⁵ ist unverzichtbar, um die Familien gerade angesichts der demographisch bedingten Zusatzanforderungen zu entlasten, die Pflegebedürftigen zu unterstützen und einer vorzeitigen, unter anderen Umständen nicht erforderlichen Einweisung in ein Altenheim/Altenpflegeheim vorzubeugen. Eine Unterbringung (Schwer)Pflegebedürftiger im Privathaushalt und die Pflege durch Familienangehörige und ambulante Dienste ist keineswegs immer die menschlichere und bedarfsgerechtere Alternative zur stationären Versorgung¹⁶. Eine angemessene aktivierende-rehabilitative Pflege von Schwerstpflegebedürftigen kann sinnvollerweise nur bei stationärer Unterbringung geleistet werden. Der Ausbau der ambulanten Dienste kann auch nicht vorrangig unter dem Gesichtspunkt der Kosteneinsparung gesehen werden. Bereits bei einem mittleren Grad an Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sind ambulante Dienste teurer als eine stationäre Betreuung in *vergleichbarer* Qualität und vergleichbarem Umfang, wenn nicht die Leistungsanbieter (Wohlfahrtsverbände) gerade bei den ambulanten Diensten in besonderem Maße auf unbezahlte (ehrenamtliche Helferinnen, Zivildienstleistende) und unterbezahlte Kräfte (»geringfügig Beschäftigte«, Aufwandsentschädigungen) zurückgreifen würden.

Die Finanzierung der Hilfeleistungen von Sozialstationen erfolgt aus verschiedenen Quellen (Eigenmittel der Träger, Zuwendungen von Kommunen und Ländern, Leistungen der Krankenversicherung, Sozialhilfe, Eigenzahlung der Nutzer). Die Finanzierung durch die Krankenversicherung gewinnt dabei an zunehmender Bedeutung. Das hat zur Folge, daß sich das Leistungsangebot auf die (abrechnungsfähigen) *krankenpflegerischen* Hilfen konzentriert und Sozialstationen zu Einrichtungen der ambulanten, rein somatisch orientierten Behandlungs-

pflege zu werden drohen. Hilfen wie Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen, sozialarbeiterische Betreuung werden vernachlässigt¹⁷. Handlungs- und Leistungsbeeinträchtigungen sind aber kein auf gesundheitliche Aspekte und deren Bewältigung eingrenzbares Problem, so wichtig auch die Gesundheit in diesem Kontext ist. Mit solchen Beeinträchtigungen verbunden ist in aller Regel ein Hilfebedarf im Haushalt — sei es beim Einkaufen oder bei schwereren Hausarbeiten. Ist eine angemessene hauswirtschaftliche Versorgung nicht zu erlangen und/oder nicht zu finanzieren, so kann selbst eine noch so hohe Qualität der reinen Pflege diesen Mangel nicht ausgleichen und eine Heimübersiedlung dann auch nicht verhindern.

Das verbreitete »Essen auf Rädern« ist indes, wie häufig von den Wohlfahrtsverbänden angeführt, *kein* Ausweis erfolgreicher Altenhilfe. Denn es ist zu vermuten, daß nur ein Bruchteil der Empfänger diese Mahlzeitendienste tatsächlich benötigt. Und auch dann wäre zu fragen, ob nicht Einkaufsdienste sinnvoller wären, um die Selbständigkeit älterer Menschen zu fördern.

5. Stationäre Versorgung im Altenpflegeheim

In der Bundesrepublik werden etwa 260 000 ältere Menschen in Altenpflegeheimen versorgt. Obwohl repräsentative Erkenntnisse nicht vorliegen, kann als gesichert gelten, daß die stationären Einrichtungen weder von ihren baulichen noch von ihren therapeutischen und personellen Voraussetzungen her eine befriedigende Versorgung gewährleisten. Aktivierende und rehabilitierende Pflege ist völlig unterentwickelt, mit der Folge z.B., daß in der Bundesrepublik der Anteil der ständig Bettlägerigen weitaus höher ist als in anderen europäischen Ländern¹⁸. Eine Rückkehr in die Familie wird offenbar durch therapeutische Konzepte gar nicht erst angestrebt. Viele Pflegeheime sind reine Verwahrinstitutionen.

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung der über 65jährigen ist der Anteil derer, die in Heimen untergebracht sind, eher gering. Die Heimquote der über 65jährigen beträgt etwa 4 v.H.¹⁹. Mit zunehmendem Alter steigt allerdings die Wahrscheinlichkeit, in ein Heim übersiedeln zu müssen, deutlich an: Bei den über 80jährigen beträgt die Versorgungsquote bereits 20 v.H. Die Altersstruktur der Bewohner von Heimen konzentriert sich mehr und mehr auf die »Hochaltrigen«.

In den Pflegeheimen befinden sich weit überwiegend Schwer- und Schwerstpflegebedürftige. »Rüstige« ältere Menschen ziehen heute in kein Heim mehr — es sei denn in ein privates, sehr teures Alten-

wohnstift mit hohem Prestigewert. Dennoch gibt es in der Regel lange Wartelisten, denn die Bettenkapazitäten entsprechen nicht dem Bedarf. Ein hoher Anteil der Heimbewohner wird aus den Akutkrankenhäusern übernommen. Die Übersiedlung in ein Heim kommt einer »Einbahnstraße« gleich: Eine Rückkehr in eine Form selbständigen Wohnens findet so gut wie nie statt. Das Heim wird zum Daueraufenthaltort, zur letzten Station vor dem Tod. Durch die Erhöhung des Durchschnittsalters der Bewohner hat sich in den letzten Jahren die Verweildauer in den Heimen verkürzt. Damit wächst die Zahl der Sterbefälle. Ein besonderes Problem der Heimversorgung bilden die psychisch veränderten Heimbewohner, deren Zahl stark gestiegen ist²⁰.

Pflegeheime beherbergen damit in zunehmendem Maße zwei Bewohnergruppen²¹: chronisch psychisch kranke alte Menschen mit einer relativ langen Verweildauer im Heim und alte Menschen in der Endphase ihres Lebens, die in das Heim verlegt werden, um nach Monaten, oftmals aber auch Wochen oder Tagen dort zu sterben, und die im Durchschnitt eine relativ kurze Verweildauer aufweisen. Die Anteile der Pflegeheimbewohner mit kurzer bis sehr kurzer Verweildauer nehmen zu, die Pflegeheime verwandeln sich tendenziell in *Sterbeeinrichtungen* — und in *psychiatrische Einrichtungen*.

6. Pflegenotstand — Personalnotstand

Die Verhältnisse in der Altenhilfe bleiben mit ihren Bedingungen und Ursachen unverstanden, wenn nicht Bezug genommen wird auf die Personalsituation: Personalmangel, Arbeit und Hetze, Druck und Zeitnot, extreme körperliche wie psychische Arbeitsbelastungen, Belastungen durch Schicht- und Nacharbeit und Überstunden, unzureichende Qualifikation — das sind einige der Bestimmungsfaktoren, die sowohl die Lebensbedingungen der älteren Menschen als auch die Arbeits-, Lebens- und Gesundheitsbedingungen des Pflegepersonals beeinträchtigen²². Altenpflege ist eine persönliche Arbeit an und mit älteren Menschen. Sie kann durch den Einsatz technischer Geräte nicht oder nur unbedeutend »rationalisiert« werden. Rahmenbedingungen für die Pflegequalität ist die Arbeitszeit, die dem Pflegepersonal für jeden einzelnen Pflegebedürftigen zur Verfügung steht. Ist die Arbeitszeit zu knapp bemessen, weil auch andere ältere Menschen versorgt werden müssen, zusätzliches Personal aber nicht bereitsteht bzw. bereitgestellt wird, leidet die Pflegequalität. Die Pflegekräfte müssen unter Zeitdruck und Hetze arbeiten, persönliche und psychosoziale Hilfen unterbleiben. Es kommt zu einer mangelhaften, gefährlichen Pflege; zugleich wird

das Personal durch die hohe Arbeitsintensität körperlich wie psychisch überbelastet.

Die Personalbesetzung in den Einrichtungen der Altenhilfe ist unbestritten völlig unzureichend und genügt selbst den Mindestansprüchen nicht. In der Praxis sind lediglich ausreichende oder gar gefährliche Pflege sowie völlige Überbelastung des Pflegepersonals kein Ausnahmefall, sondern eher die Regel. Gute oder gar erstklassige Pflege findet sich demgegenüber kaum.

Zudem wird vielfach mit minderqualifiziertem oder angelerntem Personal gearbeitet. Eingesetzt wird aber auch minderentlohntes, zum Teil durchaus qualifiziertes Personal in der Grauzone zwischen Ehrenamt und »geringfügiger Beschäftigung«. In den meisten Einrichtungen läßt sich der Arbeitsanfall nur noch durch den Einsatz von Zivildienstleistenden, jungen Frauen im »freiwilligen sozialen Jahr«, Altenpflegeschülern, Praktikanten und ehrenamtlichen Kräften bewältigen. Diese Kräfte stehen zwar nicht auf dem Stellenplan und sollen vom Anspruch her auch nicht als normale Pflegekräfte arbeiten, sie sind aber zur Aufrechterhaltung des Pflegebetriebs unverzichtbar.

Personelle Unterbesetzung führt dazu, daß sich das Pflegepersonal im wesentlichen nur noch auf die notwendigsten Grundpflege- und Versorgungsleistungen konzentriert. Die schlechten Arbeitsbedingungen insgesamt und das Bewußtsein, daß der Pflegeberuf gesellschaftliche Mißachtung und unterbewertet wird, zerstören die Motivation des Personals, lähmen das berufliche Engagement. Die extrem hohe Fluktuationsrate in den Pflegeberufen ist ein Ausdruck dafür. Umso stärker schematisiert der Arbeitsablauf. Das Leben der Heimbewohner richtet sich nicht nach deren individuellen Bedürfnissen und Wünschen, sondern primär nach arbeits- und personalorganisatorischen Gesichtspunkten. Wie der Tag in einem Heim abläuft, wie er beginnt, wie er endet, welche Aktivitäten und Ereignisse stattfinden — alles wird bestimmt durch das Diktat des »schnellen Arbeitens«, des ungestörten Arbeitsablaufs. Personalunterausstattung und Arbeitsdruck führen dazu, daß die sozialen Kontakte reduziert werden, weil für ein »bloßes« Gespräch keine Zeit bleibt. Vor allem aber psychisch kranke ältere Menschen bedürfen der intensiven und unmittelbaren Zuwendung durch das Pflegepersonal.

Auch im Bereich der ambulanten Altenhilfe liegen die Verhältnisse nicht anders²³. Auch hier kennzeichnen Personalknappheit, Zeitdruck und Überbelastung die Pflege- und Betreuungsarbeit. Im Vordergrund steht die »sichtbare« medizinische Pflege. Schon dabei kämpfen die Betreuer ständig gegen die Uhr, da das Einzugsgebiet sehr groß und das

Personal knapp bemessen ist. Gespräche finden meist nur während der Pflege statt.

Unverzichtbar für eine humane Pflege ist deshalb eine deutliche Aufstockung des *Personalschlüssels* in der stationären wie ambulanten Versorgung. Zum anderen geht es aber auch um bessere Arbeits- und Entlohnungsbedingungen²⁴. Um qualifizierteres Personal zu gewinnen und zu halten, müssen Kranken- wie Altenpflege so honoriert werden, wie es dieser physisch und psychisch hoch belastenden, verantwortungsvollen Arbeit entspricht. Die Personalsituation wird sich — wenn keine Verbesserungen erfolgen — in Zukunft weiter verschärfen. Zum einen steigt infolge der demographischen und sozialen Entwicklung der Bedarf an ambulantem und stationärem Pflegepersonal. Zum anderen werden sich bei der Verbesserung der Arbeitsmarktlage immer weniger Beschäftigte bereit erklären, diesen Beruf auszuüben. Sie wählen einen anderen, attraktiveren und besser bezahlten Beruf oder wechseln ihren Arbeitsplatz.

7. *Neuregelung der Kostenträgerschaft, Anspruch und Realität des Gesundheitsreformgesetzes*

Die Darstellung hat die zentralen Aspekte der sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit aufgezeigt. Unabdingbar ist die Verbesserung von Quantität, Qualität und Verfügbarkeit pflegerischer Hilfen, dies sowohl im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich; die pflegerischen Dienste und Einrichtungen müssen dabei mit den entsprechenden Diensten und Einrichtungen des Gesundheitswesens verknüpft werden.

In der langjährigen sozialpolitischen Debatte über die Pflegebedürftigkeit sind diese *qualitativen* Fragen über die Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung durch die *Finanzierungsfrage* jedoch eher an den Rand gedrängt worden. Es geht nicht primär um Leistungsverbesserungen, sondern um das Problem einer finanziellen Entlastung der Sozialhilfe und einer Neuregelung der Kostenträgerschaft. Seit Mitte der 70er Jahre wird darüber diskutiert, ob diese Kostenneuregelung über ein steuerfinanzierbares Bundesleistungsgesetz oder über die beitragsfinanzierte Pflegeversicherung erfolgen soll²⁵. Beide Alternativen haben jeweils Vor- und Nachteile:

- Für die Versicherungslösung spricht, daß das Risiko Pflegebedürftigkeit letztlich nicht vom Risiko Krankheit getrennt werden kann und sollte und insofern eine organisatorisch-inhaltliche Anknüpfung an die Krankenversicherung unerlässlich ist, um — auf der Basis des

Sachleistungsprinzips — eine durchlässige Versorgung von kranken und pflegebedürftigen (älteren) Menschen sicherzustellen.

- Für das Leistungsgesetz spricht vor allem die Überlegung, daß die Finanzierung des die ganze Bevölkerung betreffenden sozialen Risikos Pflegebedürftigkeit nicht auf den Kreis der versicherungspflichtigen Arbeiter und Angestellten verlagert werden dürfen, sondern auf die Gesamtheit der Steuerzahler.

Neben der Finanzierungsregelung ist bei beiden Lösungswegen für die Betroffenen aber auch entscheidend,

- welcher Personenkreis abgesichert wird (Alter, Grad der Pflegebedürftigkeit),
- welche Leistungsvoraussetzungen bestehen (alle Bürger, nur die Versicherten, Anwartschaftszeitenregelungen),
- welcher Leistungskatalog finanziert wird (häusliche Hilfe, stationäre Hilfe, Ausgleichszahlungen an pflegende Familienangehörige),
- welche Leistungsarten abgesichert werden (Sachleistungen, Geldleistungen),
- welcher Leistungsumfang für welche Dauer gewährleistet ist,
- ob Eigenzahlungen und Bedürftigkeitsprüfungen entfallen oder nicht.

Mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 sind die Weichen in Richtung einer Versicherungslösung gestellt worden. Der von der Bundesregierung so emphatisch angepriesene Einstieg in die versicherungsförmige Pflegekostenregelung (die gleichzeitig auch als Endstufe bezeichnet wird, was die Finanzierung durch die GKV betrifft) ist aber in mehrfacher Sicht völlig ungeeignet, um die skizzierten Probleme zu bewältigen. Zu unterscheiden ist zwischen folgenden Leistungen der Krankenversicherung:

a) Häusliche, ambulante Pflegeleistungen werden durch die Krankenkassen erstattet, wenn Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist, oder ein Krankenhausaufenthalt dadurch vermieden wird (Pflichtleistung), oder wenn die ambulante Pflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Satzungsleistung). In beiden Fällen muß aber eine »Krankheit« diagnostiziert sein (Behandlungsfall), nicht aber eine allgemeine Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Geleistet wird auch nur dann, wenn eine im Haushalt lebende Person dem Kranken nicht in erforderlichem Umfang helfen kann. Der Leistungsanspruch beträgt bis zu vier Wochen je Krankheitsfall — der medizinische Dienst der Krankenkassen kann Ausnahmen bewilligen. Finanziert werden Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Von dieser häuslichen Pflege im Krankheitsfall nach §37 GRG

sind die neu eingeführten Leistungen bei *Schwerpflegebedürftigkeit* abzugrenzen.

b) Für Schwerpflegebedürftige finanzieren die Krankenkassen (ab 1991) *häusliche* Pflegehilfen. Anspruchsberechtigte können Ansprüche auf Sach- und Geldleistungen geltend machen: Dabei umfassen Sachleistungen häusliche Pflegehilfe, nämlich »... die im Einzelfall notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu je einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu fünfundzwanzig Pflegeeinsätzen je Kalendermonat« (§ 54, Abs. I). Für diese laufende Pflegehilfe wird eine Kostenbegrenzung von 750 DM monatlich eingeführt. Geldleistungen in Höhe von 400 DM pro Monat können Anspruchsberechtigten auf Antrag gewährt werden, »... wenn die Schwerpflegebedürftigen die Pflege durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise und in ausreichendem Umfang selbst sicherstellen können« (§ 56, Abs. I).

Die Leistung besteht also darin, die familiären Hilfeleistungen durch maximal 25 Stunden monatlich professioneller Hilfe, begrenzt auf 30 DM Kosten je Stunde, zu ergänzen. Dieser Betrag von 30 DM/Stunde entspricht in etwa dem aktuellen Stundensatz eines Sozialstationseinsatzes (man vergleiche einmal mit Stundensätzen für Reparaturdienste oder Monteure, die mehr als das Dreifache dieses Betrages ausmachen!). Ergebnis ist, daß mit dieser Begrenzung sowohl eine von der GKV finanzierte Leistungsausweitung über das begrenzte Angebot hinaus, als auch eine Qualitätsverbesserung der Leistung (durch eine Erhöhung des ausgebildeten gegenüber dem ehrenamtlichen, angelernten und Zivildienst-Personals) ausgeschlossen ist.

Der Leistungsanspruch ist außerdem auf einen kleinen Kreis beschränkt: Zunächst müssen bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen vorliegen, 9/10 der zweiten Hälfte der gesamten Versicherungszeit und 3/5 der letzten fünf Jahre müssen mit Beiträgen belegt sein. Erfasst sind also nur die Versicherten der GKV und ihre Angehörigen. Zum zweiten wird der Begriff Schwerpflegebedürftigkeit äußerst eng gezogen. Schwerpflegebedürftige mit Anspruch auf häusliche Pflegehilfe sind solche »Versicherte, die nach ärztlicher Feststellung wegen einer Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, daß sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in sehr hohem Maße der Hilfe bedürfen ...« (§ 53). Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben diese enge gesetzliche Definition in Richtlinien konkretisiert²⁶.

Die Prüfung des Sachverhalts »Schwerpflegebedürftigkeit« wird dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen überantwortet. Insgesamt stehen damit lediglich Schwerstbehinderten und schweren

Pflegefällen Leistungen zu. Ob tatsächlich — wie vom Bundesarbeitsministerium vorgegeben — der Kreis der Anspruchsberechtigten 630 000 Personen umfassen wird, ist mehr als zu bezweifeln²⁷.

c) Ab 1989 bereits stellen die Krankenkassen — für den gleichermaßen abgegrenzten Personenkreis — bis zu vier Wochen im Jahr stationäre oder häusliche *Ersatzpflege* bereit (wenn vorher mindestens zwölf Monate lang gepflegt wurde), um pflegende Angehörige zu entlasten und ihnen einen Urlaub zu ermöglichen. Es ist sowohl der Ersatz einer häuslichen Pflegeperson als auch eine vorübergehende stationäre Pflege möglich. In beiden Fällen gilt jedoch eine Kostenbegrenzung von 1.800 DM.

Orientiert man sich allerdings an dem Stundensatz von DM 30, dann dürfte die Heimunterbringung an die 3.000 DM kosten und die Vertretung der häuslichen Hauptpflegeperson ca. 4.000 DM! Bei einer Heimunterbringung ist für 1.800 DM keine Pflege, sondern nur »Verwahrung« zu erwarten. Und eine ambulante Versorgung durch eine Fachkraft ist bei 1.800 DM nur für maximal zwei Stunden täglich möglich (es sei denn, eine untertarifliche Bezahlung würde über diesen Weg erzwungen!). Welche pflegenden Familienangehörigen werden unter diesen Umständen in Urlaub fahren können und wollen! Diese Art von Hilfe übt eher abschreckende Wirkung aus, so daß die tatsächlichen Ausgaben, die auf die Krankenkassen zukommen, gering bleiben werden. Dies bestätigen die ersten Erfahrungen mit der Vertretungs- und Ersatzpflege — es wurden bislang weit weniger Mittel ausgegeben als in den Haushaltsansätzen der Kassen bereitgestellt²⁸.

Zudem ist das Angebot an ambulanten Diensten zur Kurzzeitpflege begrenzt und wird durch die unzureichenden Finanzierungsregelungen auch nicht ausgeweitet. Auch im stationären Sektor fehlen Kurzzeiteinrichtungen.

Insgesamt stellen diese Leistungen der Krankenversicherung nach dem Gesundheitsreformgesetz allenfalls einen »Einstieg in den Einstieg« der sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit dar. Und sie werden finanziert durch die Leistungseinschnitte, die mit diesem erneuten Kostendämpfungsgesetz durchgesetzt worden sind (verschärfte Selbstbeteiligungsregelungen, Leistungsausgrenzungen, Kostenersatzungsprinzip usw.) und vor allem die chronisch Kranken betreffen²⁹.

Die Leistungen der Krankenversicherung im Pflegefall bleiben letztlich so minimal, daß von einer wirklichen umfassenden Entlastung und Unterstützung keine Rede sein kann. Ziel ist es offensichtlich nicht, den Bedarf zu erfüllen, sondern durch *symbolische* Politik Anreize zu

schaffen, Pflegebedürftige noch mehr und länger zu Hause zu versorgen, familiäre (weibliche) Ressourcen noch stärker auszuschöpfen. Die Unterstützung der Pflegebedürftigen soll eine private Angelegenheit der Familienangehörigen sein und bleiben. *Stationäre* Pflege wird aus der Krankenversicherungsleistung auf jeden Fall ausgeschlossen. Schwerpflegebedürftige, die im Heim untergebracht sind, erhalten selbst die o.g. Leistungen nicht, die ihnen bei häuslicher Pflege zustehen würden. Sie erhalten auch keine Behandlungspflege nach §37 GRG³⁰.

Die Einführung eines *Pflegegeldes* in Höhe von 400 DM statt der Sachleistung »professionelle Pflegehilfe« zeigt, daß darauf gesetzt wird, bei einer privaten Regelung noch Kosten einsparen zu können. Die Pflegegelder sind — mit Blickrichtung auf Geringverdienende (und Pflegehaushalte sind überproportional Haushalte mit einem niedrigen Einkommen) — finanzielle Anreize von den denen angenommen werden muß, daß sie nicht selten zur Verbesserung der materiellen Grundversorgung genutzt werden. Es spricht aber auch viel dafür, daß das Pflegegeld z.T. dazu eingesetzt wird, um sich Pflegehilfen zu »kaufen«. Der expansive Markt für soziale Dienste hat mittlerweile auch die Pflegedienste erreicht. Für die Qualität dieser privaten Dienste ist es durchaus charakteristisch, daß sich insbesondere Putz- und Reinigungsfirmen auf diesem Markt engagieren und durch den Einsatz nicht sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter (Aushilfen, Studenten, geringfügig Beschäftigte) vergleichsweise sehr günstige Preise bieten können.

Dieser Trend zu Privatisierung im Sinne einer Vermarktung des sozialen Problems Pflegebedürftigkeit wird durch den Einstieg der privaten Lebens- und Krankenversicherungen in die Absicherung dieses Risikobereichs noch verstärkt: Je größer die sozialpolitischen Defizite, umso größer auch der potentielle Markt. Wegen der hohen und risikoabhängigen (abhängig von Gesundheitszustand, Alter, Gesellschaft usw.) Prämien hat sich das Geschäft aber bislang stockend entwickelt.

Das soll sich — wenn es nach der Landesregierung von Baden-Württemberg geht — aber in Zukunft ändern. Ein dem Bundesrat vorgelegter Gesetzentwurf sieht vor, daß sich alle Bürger gegen das finanzielle Risiko Pflegebedürftigkeit bei einer *Privatversicherung* versichern müssen³¹.

Eine deutliche Alternative zu dieser markt- und gewinnorientierten Sozialpolitik stellen die gesellschaftlichen Forderungen dar³². Die nunmehr mit dem Gesundheitsreformgesetz eingeführte Krankenversicherungslösung soll konsequent ausgebaut und auch auf die Finanzierung der stationären Pflege übertragen werden. Zur Finanzierung der

dadurch entstehenden (erheblichen) finanziellen Belastungen sollen den Krankenkassen 50 v.H. der Aufwendungen durch den Bund erstattet werden. Es ist allerdings wenig wahrscheinlich, daß in absehbarer Zeit Schritte in diese Richtung erfolgen. Der Anschluß der DDR wird Finanzierungsmittel in enormer Größenordnung aus der Bundesrepublik erfordern — und zugleich ist die Bundesregierung entschlossen, die Unternehmenssteuern noch weiter zu senken ...

Anmerkungen

- 1 Vgl. im Überblick: Bäcker, G., Dieck, M., Naegele, G., Tews, H.-P., Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen. Wissenschaftliches Gutachten zur Lage der älteren Menschen und zur Altenpolitik in Nordrhein-Westfalen zur Vorbereitung des Zweiten Landesaltenplans, Düsseldorf 1989.
- 2 Zu diesem Ergebnis kommt auch die gesundheitspolitische Strukturkommission des DGB, vgl. Schmidt, A., Jahn, E., Scharf, B. (Hrsg.), Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft, Band II, Köln 1988.
- 3 Zu den folgenden Daten: Socialdata, Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger, Stuttgart 1980, S. 30ff.
- 4 Vgl. im folgenden: Bäcker, G., Bispinck, R., Hofemann, K., Naegele, G., Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. II: Gesundheit, Familie, Alter, Soziale Dienste, Köln 1989, S. 311ff.
- 5 Einen Überblick bietet Igl, G., Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Recht der sozialen Sicherheit, Baden-Baden 1987.
- 6 Hinschützer, U., Pflegesätze und stationäre Einrichtungen der Altenhilfe, Berlin 1988.
- 7 Vgl. Deininger, D., Sozialhilfeempfänger 1987, in: Wirtschaft und Statistik 8/1989, S. 542.
- 8 Socialdata, Anzahl und Situation ..., a.a.O., S. 60.
- 9 Thiede, R., Die besondere Lage der älteren Pflegebedürftigen, in: Sozialer Fortschritt 11/1988, S. 250.
- 10 Vgl. zur konservativen und marktradikalen Dienstleistungsstrategie: Bäcker, G., Sozialpolitik durch soziale Dienstleistungen — Zukunftsperspektiven des Sozialstaates, in: WSI-Mitteilungen 3/1986, S. 201ff.
- 11 Vgl. Schulz, F., Zum De-Institutionalisierungspotential im Pflegebereich, in: Zeitschrift für Sozialreform 11-12/1987, S. 753ff.
- 12 Allerdings ist die Fehlbelegung von Krankenhausbetten mit Pflegefällen geringer als gemeinhin vermutet! Vgl. Priester, K., Ambulant oder stationär? Möglichkeiten und Grenzen der Entlastung des Krankenhaussektors durch ambulante sozialpflegerische Dienste und häusliche Pflege, in: Deppe, H.-U., Friedrich, H., Müller, R. (Hrsg.), Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung, Frankfurt 1989, S. 134ff.
- 13 Rückert, W., Professionalisierung und Ausbildung — eine kritische Bestandsaufnahme, in: Garms-Homolová, V.u.a. (Hrsg.), Professionalisierung und Laisierung in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung alter Menschen, Kassel 1985, S. 10ff.

- 14 Nach: Kuratorium Deutsche Altershilfe, Zur Situation ambulanter Dienste, Presse- und Informationsdienst 4/1985, S. 5.
- 15 Eine detaillierte Bedarfsrechnung für Hessen haben Deppe und Priester vorgelegt: Deppe, H.-U., Priester, K., Perspektiven ambulanter Pflege in Hessen. Möglichkeiten bedarfsorientierter Angebotsgestaltung, Wiesbaden 1989.
- 16 Naegele, G., Voran mit der familiären Pflege? Ein Weg zurück! Neuere Praxiskonzepte zur Beseitigung des Pflegenotstandes, in: WSI-Mitteilungen 7/1985, S. 398.
- 17 Vgl. Bäcker, G., Dieck, M., Naegele, G., Tews, H.-P., Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen, a.a.O., S. 167ff.
- 18 Im Überblick: Brandt, H., Dennebaum, E. M., Rückert, W., Stationäre Altenhilfe, Problemfelder — Rahmenbedingungen — Perspektiven, Freiburg 1987.
- 19 Dazu: Dieck, M., Planung der stationären Altenhilfe, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 1/1987, S. 20.
- 20 Vgl. Braun, U., Gerontopsychiatrie in der stationären Altenhilfe, in: Oppl, H., Weber-Falkensammer, H. (Hrsg.), Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Frankfurt 1987, S. 300ff.
- 21 Einen Überblick gibt Dieck, M., Patienten- und Klientenstrukturen von Diensten des Sozial- und Gesundheitswesens für ältere Menschen, in: Dieck, M., Heinemann-Knoch, M., de Rijke, J. (Hrsg.), Alte Menschen in Pflegeverhältnissen, Weinheim/München 1987, S. 18ff.
- 22 Vgl. zum folgenden: Bäcker, G., Arbeitsbedingungen in der Altenpflege, Projektgruppe Humanisierung der Arbeit des WSI, Arbeitspapier Nr. 24, Düsseldorf 1988.
- 23 Heinemann-Knoch, M., de Rijke, J., Schachtner, Ch., Alltag im Alter. Über Hilfebedürftigkeit und Sozialstationen, Frankfurt 1985, S. 128.
- 24 Der von der Gewerkschaft ÖTV 1989 erstrittene Tarifvertrag zur besseren Eingruppierung und Bezahlung in der Kranken- und Altenpflege stelle eine erste, wenngleich nicht ausreichende Verbesserung dar. Vgl. zu den Regelungen im einzelnen: Bispinck, R., Tarifpolitik und Arbeitskämpfe 1989, in: Kittner, M. (Hrsg.), Gewerkschaftsjahrbuch 1990, Köln 1990, S. 93ff.
- 25 Vgl. Heinemann-Knoch, M., Kardorff, E. v., Sozialpolitische Aspekte der Pflegebedürftigkeit, in: Riedmüller, B., Rodenstein, M. (Hrsg.), Wie sicher ist die soziale Sicherung? Frankfurt 1989, S. 196ff.
- 26 Vgl. Schwerpflegebedürftigkeitsrichtlinien vom 9.8.1989, in: Nachrichtendienst des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 1/1990, S. 12f.
- 27 So auch: Nöldeke, J., Der Beitrag der Krankenversicherung zur Absicherung des Pflegerisikos, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 2/1990, S. 53.
- 28 Vom 1.1. bis zum 1.10.1989 wurden lediglich rd. 45.000 Fälle entschieden, in denen Pflegende für vier Wochen eine Ersatzkraft beantragten. Die Bewilligungsquote lag bei 71 v.H., weil der erforderliche Grad der Pflegebedürftigkeit vielfach nicht vorlag. Vgl. Altenhilfe 1/1990, S. 2.
- 29 Vgl. Bäcker, G., Scharf, B., Sozialpolitik 1988, in: Kittner, M. (Hrsg.), Gewerkschaftsjahrbuch 1989, Köln 1989, S. 308ff.
- 30 Nöldeke, J., Der Beitrag der Krankenversicherung ..., a.a.O., S. 51.
- 31 Vgl. »Zukunftssichere Pflegevorsorge«. Eine Initiative des Landes Baden-Württemberg, in: Altenhilfe 1/1990.
- 32 Vgl. DGB, Sozialpolitisches Programm, Düsseldorf 1989.