

Thiede, Reinhold F.

Article — Digitized Version

Die Absicherung des Risikos "Pflegebedürftigkeit"

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Thiede, Reinhold F. (1986) : Die Absicherung des Risikos "Pflegebedürftigkeit", Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 66, Iss. 5, pp. 238-244

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136158>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Die Absicherung des Risikos „Pflegebedürftigkeit“

Reinhold Thiede, Berlin

Pflegebedürftigkeit ist ein allgemeines Lebensrisiko, das vom sozialen Sicherungssystem der Bundesrepublik bislang kaum abgedeckt wird. Gegenwärtig werden im Bundesrat eine Reihe von Gesetzentwürfen beraten, die diesen Zustand ändern sollen. Auch die Bundesregierung hat die Verabschiedung eines Pflegeverbesserungsgesetzes noch in dieser Legislaturperiode angekündigt. Wie wird die Pflege heute organisiert und finanziert? Wie sind die diskutierten Reformvorschläge zu bewerten?

Die Pflegebedürftigkeit älterer Menschen ist in den vergangenen Jahren zu einem in Politik und Wissenschaft vieldiskutierten Thema geworden; manche Autoren sprechen in diesem Zusammenhang gar von einem vordringlichen sozialen Problem¹. Angesichts der vielfältigen Belastungen, die auf andere Zweige der Sozialversicherung – vor allem die Rentenversicherung – in den kommenden Jahrzehnten zukommen werden, mag diese Aussage überzogen erscheinen. Tatsache ist jedoch, daß Pflegebedürftigkeit – d. h. das Angewiesensein auf regelmäßige Betreuung durch Dritte, ohne dabei „krank“ im Sinne der Reichsversicherungsordnung zu sein – eines der letzten durch unser soziales Sicherungssystem nicht abgedeckten allgemeinen Lebensrisiken ist.

Dabei handelt es sich keineswegs um ein selten eintretendes, also eher abseitiges Risiko; die Gefahr, im Alter² Pflege und Hilfeleistungen anderer Menschen zu benötigen, ist vielmehr relativ groß. Eine vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit in Auftrag gegebene und vom Sozialforschungsinstitut SOCIALDATA im Jahre 1978 durchgeführte Studie kommt zu dem Ergebnis, daß annähernd 30 % aller Bundesbürger über 80 Jahre als „pflegebedürftig“ zu bezeichnen sind³. Hierbei wurden zudem ausschließlich die in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen erfaßt, nicht aber die in Alters- oder Pflegeheimen. Der Anteil der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Personen an der Ge-

samtzahl der älteren Bundesbürger dürfte also eher noch höher liegen.

Der folgende Beitrag will einen Überblick darüber liefern, wie Pflegebedürftigkeit heute in der Bundesrepublik bewältigt wird und wie die Finanzierung der Pflegekosten organisiert ist. Daran soll sich ein kurzer Abriss der Diskussion um eine bessere Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit anschließen. Einige der diskutierten Reformvorschläge sollen abschließend bewertet und auf ihre Realisierungschancen hin überprüft werden.

Zunächst erscheint es ratsam, bei der Diskussion um das Risiko Pflegebedürftigkeit zwei wichtige Aspekte zu unterscheiden: die Bewältigung und die Finanzierung⁴ der Pflegebedürftigkeit. Unter Bewältigung werden im folgenden alle Umstände verstanden, die mit der Pflegeleistung selbst zusammenhängen. Im Vordergrund stehen dabei vor allem Art und Umfang der notwendigen Pflege; der Ort, an dem die Pflege stattfindet; die Personen, die die Pflegeleistungen durchführen, etc. Finan-

¹ W. Rückert: Pflegebedürftigkeit als vordringliches soziales Problem, in: CARITAS, 6/1984, S. 275-285.

² Pflegebedürftigkeit kann auch für jüngere Menschen ein konkretes Problem darstellen; insbesondere Behinderte, die ständiger Betreuung bedürfen, sind durch das soziale Sicherungssystem nicht abgesichert. Dieser Aspekt wird in diesem Beitrag jedoch nicht gesondert betrachtet.

³ W. Brög u. a.: Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 80, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1980.

⁴ Eine ähnliche Abgrenzung wird – wenn auch mit anderer Nomenklatur – auch von v. Ferber oder Igl vorgenommen. Vgl. C. v. Ferber: Unentgeltliche soziale Dienstleistungen aus der Sicht des Medizinsoziologen, in: Sozialer Fortschritt, 3/1983 (Sonderbeilage S. V-IX); sowie G. Igl: Die französische Konzeption der Unterbringung pflege- und betreuungsbedürftiger Personen in sozialen Einrichtungen, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 1/1979, S. 47-73.

Reinhold Thiede, 30, Dipl.-Volkswirt, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Volkswirtschaftslehre der Technischen Universität Berlin.

zierung der Pflegebedürftigkeit meint dagegen die organisatorische und institutionelle Ausgestaltung der (finanziellen) Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit. Dabei ist vor allem zu klären, ob das Risiko individuell oder kollektiv abgesichert wird (werden soll) und welche konkrete Ausgestaltung das Sicherungssystem hat bzw. haben soll.

Eine solche explizite Unterscheidung zwischen Bewältigungs- und Finanzierungsaspekt macht erkennbar, daß die Zweckmäßigkeit eines bestimmten, konkret formulierten Sicherungssystems vor allem daran zu messen ist, ob es der realen (bzw. der angestrebten) Bewältigung von Pflegebedürftigkeit adäquat ist. Wenn man beispielsweise weiß, daß die große Mehrzahl aller Pflegebedürftigen in Privathaushalten gepflegt wird – und dieses auch nicht ändern möchte –, dann wäre zweifellos ein Sicherungssystem wenig zweckmäßig, das ausschließlich die Pflege in Heimen finanziell absichert. Vor einer Beurteilung der heute realisierten finanziellen Absicherung des Risikos und den diesbezüglichen Reformvorschlägen muß also die Betrachtung der gegenwärtig realisierten Bewältigung der Pflegebedürftigkeit stehen.

Bewältigung von Pflegebedürftigkeit

Über Art und Umfang der real geleisteten Pflegemaßnahmen gibt es bisher vorwiegend Fallstudien, kaum jedoch repräsentative Untersuchungen. Empirisch besser belegt sind dagegen Informationen über einige zentrale Merkmale der grundlegenden Bewältigungsstruktur, so z. B. hinsichtlich des Ortes, an dem pflegebedürftige Personen betreut werden. Hier differenziert man zwischen stationärer und häuslicher Pflege. Stationäre Pflege meint vor allem die Versorgung in Pflege- bzw. Altenheimen, daneben werden pflegebedürftige Personen aber wohl auch in anderen „Anstalten“ – insbesondere in Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken – betreut⁵.

Die Informationslage über die quantitative Bedeutung der häuslichen und stationären Pflege ist recht unterschiedlich. Die schon erwähnte SOCIALDATA-Studie stellt fest, daß die weit überwiegende Anzahl der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld betreut wird; insgesamt werden für die Bundesrepublik über 1,5 Mill. pflegebedürftige Menschen in Privathaushalten ausgewiesen. Häusliche Pflege wird unterstützt – und zum Teil

⁵ Besonders die „Fehlbelegung“ von Krankenhausbetten durch ausschließlich pflegebedürftige, ansonsten aber nicht kranke Menschen erscheint allgemein sehr problematisch, weil die Tagessätze der Krankenhäuser durch die Umlage der – für Pflegebedürftige nicht anfallenden – Kosten medizinischer Behandlung sehr viel höher sind als in Pflegeheimen. Die Betreuung pflegebedürftiger Menschen in Krankenhäusern ist daher als die teuerste Form der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit anzusehen.

erst ermöglicht – durch Personen und Institutionen außerhalb der Pflegehaushalte: Verwandte, Bekannte und Nachbarn („soziale Netze“) sowie ambulante Hilfsdienste wie Sozialstationen oder die weithin bekannten „Essen auf Rädern“-Dienste.

In der Bundesrepublik sehr selten – insbesondere im Vergleich zu anderen europäischen Staaten⁶ – ist die Unterstützung der häuslichen Pflege in sogenannten „teilstationären Einrichtungen“. In diesen „Tagesheimen“ („Day-Care-Centers“) werden pflegebedürftige Personen tagsüber (zum Teil nur an einigen Tagen in der Woche) betreut und Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt, ohne daß das häusliche Wohnumfeld aufgegeben werden müßte. Darüber hinaus besteht auch oft die Möglichkeit einer auf kurze Zeit begrenzten stationären Unterbringung der Pflegebedürftigen, etwa um der pflegenden Person einen Urlaub zu ermöglichen und so die häusliche Pflege zu erleichtern.

Deutlich schlechter sind die Informationen über den quantitativen Umfang der stationären Pflege. Zwar ist die Zahl der in Alten- bzw. Pflegeheimen betreuten Menschen einigermaßen genau bekannt – die veröffentlichten Schätzungen reichen von 130 000 bis 320 000⁷ Personen –, völlig unbekannt ist dagegen, wieviele ausschließlich pflegebedürftige Personen in Krankenhäusern betreut werden. Schülke schätzt die von den Krankenkassen für derartige Fehlbelegungen 1982 aufgewandten Mittel auf 3 bis 6 Mrd. DM, mithin ungefähr 10 % der gesamten Krankenhauskosten⁸. Wegen der sicherlich weit überdurchschnittlichen Verweildauer ausschließlich pflegebedürftiger Patienten wird man allerdings sicher nicht auf einen ähnlich hohen Anteil an der Gesamtzahl der 1982 in Krankenhäusern behandelten Personen (gut 11 Mill. Menschen) schließen können. Über die tatsächliche Zahl der ausschließlich Pflegebedürftigen in Krankenhäusern kann also nur spekuliert werden.

Struktur der Hilfe

Wenn aber die meisten Pflegebedürftigen zuhause gepflegt werden, stellt sich die Frage, wer diese Pflegeleistungen erbringt. Die von SOCIALDATA ermittelten

⁶ Vgl. z. B. W. Rückert: Hilfe- und pflegeabhängige Deutsche und ihre Helfer in der Bundesrepublik Deutschland, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Manuskript, Köln 1983.

⁷ Zu den Zahlen vgl. H. Nesecker: Zum Stand der Bemühungen um eine Regelung der Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit im Alter, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Pflege (NDV), 4/1984, S. 141. Die Bundesregierung geht im übrigen von rund 260 000 Pflegebedürftigen in Krankenhäusern aus; vgl. Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, BT-Drucksache 10/1934, S. 16.

⁸ Vgl. H. Schülke: Die Finanzierung der Pflegekosten – eine schwierige Aufgabe für die Sozialpolitik, in: Die Versicherungswirtschaft, 24/1984, S. 1597-1599.

Zahlen zeigen, daß mehr als die Hälfte aller Pflegebedürftigen in Privathaushalten ausschließlich durch Personen aus dem gleichen Haushalt betreut werden. Etwa ein Drittel erhält (daneben) unentgeltliche Hilfeleistungen von Personen, die nicht im Pflegehaushalt leben (vor allem von Familienangehörigen, aber auch von Bekannten oder Nachbarn); gut 15 % schließlich wird (auch) von professionellen ambulanten Diensten Hilfe zuteil.

Interessant sind schließlich auch die Erkenntnisse der SOCIALDATA-Studie zur Struktur der Pflegehaushalte. Danach handelt es sich – bezieht man leichtere Fälle von Pflegebedürftigkeit in die Betrachtungen mit ein – bei der Hälfte aller Privathaushalte mit pflegebedürftigen Haushaltsmitgliedern um „Partner-Haushalte“, d. h. 2-Personen-Haushalte, in denen die pflegebedürftige Person vom Ehe-/Lebenspartner (in der Regel der Ehefrau!) gepflegt wird. Ein Viertel aller Pflegehaushalte sind sogar Einpersonen-Haushalte, d. h. der pflegebedürftige ältere Mensch lebt allein! Nur bei dem verbleibenden Viertel handelt es sich um Mehrpersonen- und zumeist auch Mehrgenerationen-Haushalte⁹. Das weitverbreitete Bild der häuslichen Pflege, nach dem die Kinder ihre Eltern bei Pflegebedürftigkeit in ihrem Haushalt betreuen, trifft also nur auf eine Minderheit aller Pflegehaushalte zu.

Stationäre Unterbringung im Alter wird überdurchschnittlich häufig von verwitweten Personen – mehrheitlich von solchen ohne noch lebende Kinder – in Anspruch genommen. Eine vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit finanzierte Untersu-

chung¹⁰ in 20 Braunschweiger Alten- und Pflegeheimen mit über 1700 Bewohnern kommt zu dem Ergebnis, daß über 70 % aller Heimbewohner verwitwet waren (20 % im übrigen ledig!) und annähernd die Hälfte keine Kinder (mehr) hatte. Zwar sind Gegenstand dieser Studie nicht nur die pflegebedürftigen Heimbewohner, sondern alle in derartigen Alteneinrichtungen lebende Personen, die Ergebnisse zum Familienstand lassen sich aber vermutlich auch auf die stationär betreuten Pflegebedürftigen beziehen. In der Mehrzahl der Fälle wird also nur dann, wenn weder Ehegatte noch Kinder die Pflege übernehmen können, stationäre Pflege in Anspruch genommen.

Durch die Pflege in Heimen entstehen relativ hohe Kosten, die die betroffenen Personen häufig nicht selbst tragen können. (Die Pflegesätze in Alten- bzw. Pflegeheimen liegen heute zwischen knapp 2000 und über 4000 DM im Monat!) Vor allem dann – aber auch bei den vielfältigen Problemen, die im Rahmen der häuslichen Pflege auftreten können – stellt sich die Frage nach der finanziellen Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit.

Formen der Absicherung

Bei der Absicherung allgemeiner Lebensrisiken kann generell unterschieden werden zwischen individueller, sozialversicherungsrechtlicher und staatlicher Absicherung. Für das Risiko Pflegebedürftigkeit ergeben sich daraus folgende mögliche Absicherungsformen: Eine individuelle Risikoabsicherung kann durch die Bildung von Ersparnissen oder die Erzielung eines die etwa anfallenden Pflegekosten deckenden Einkommens oder aber über eine (freiwillige) private Pflegeversicherung erfolgen. Formen der sozialversicherungsrechtlichen Risikoabsicherung, die aus den Beiträgen der Versicherten finanziert wird, können an Zweige des bestehenden

⁹ Vgl. W. Brög u. a., a.a.O., S. 114 ff.

¹⁰ Vgl. R. Schmitz-Scherzer u. a.: *Altenwohnheime, Personal und Bewohner*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 57, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1978, S. 64 f.

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

NEUERSCHEINUNG

Manfred Holthus/Dietrich Kepschull (Hrsg.)

DIE ENTWICKLUNGSPOLITIK WICHTIGER OECD-LÄNDER

– Eine Untersuchung der Systeme und ihrer außenwirtschaftlichen Implikationen –

Bd. 1 Großoktav, 750 Seiten, 1985, brosch. DM 89,-

ISBN 3-87895-278-3

Bd. 2 Großoktav, 538 Seiten, 1985, brosch. DM 55,-

ISBN 3-87895-288-0

VERLAG WELTARCHIV GMBH – HAMBURG

Sozialversicherungssystemen angelehnt sein oder als eigenständige „Gesetzliche Pflegeversicherung“ zusätzlich institutionalisiert werden. Eine steuerfinanzierte staatliche Risikoabsicherung schließlich kann entweder die Form von Leistungs-(Versorgungs-)Gesetzen annehmen oder als staatliche Subventionierung von Einrichtungen und Maßnahmen zur Pflege erfolgen. Keine generelle Absicherung von Lebensrisiken, sondern eher ein „letztes Netz“ für alle existenzbedrohenden Notfälle ist schließlich die Sozialhilfe, die Pflegekosten in dem Maße übernimmt, wie die finanziellen Möglichkeiten der Pflegebedürftigen und ihrer Unterhaltspflichtigen überschritten werden. Auch diese Sicherungsform ist staatlich organisiert und aus Steuermitteln finanziert.

Diese generell möglichen Formen der finanziellen Absicherung des Pflegerisikos sind in der Bundesrepublik allerdings in sehr unterschiedlichem Umfang vertreten. Eingang wurde bereits darauf hingewiesen, daß Pflegebedürftigkeit in der Regel keine Leistung des bestehenden sozialen Sicherungssystems auslöst, mithin ein ungesichertes Risiko ist. Allerdings gibt es in einigen Zweigen des Sicherungssystems Sonderregelungen, die kleinen, genau abgegrenzten Gruppen von Pflegebedürftigen einen Leistungsbezug ermöglichen. So gibt es z. B. die Möglichkeit, bei auf einen Arbeitsunfall zurückzuführender Pflegebedürftigkeit finanzielle Mittel im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 558 Reichsversicherungsordnung zu beziehen. Eine reale Absicherung im Rahmen staatlicher Leistungsgesetze ermöglicht auch der § 35 Bundesversorgungsgesetz, der im Rahmen der Kriegsoferversorgung Personen, die in den Geltungsbereich dieses Gesetzes fallen, Pflegezulagen zubilligt; eine vergleichbare Regelung findet sich ebenfalls im § 267 des Lastenausgleichsgesetzes. Weiter können unter Umständen auch Angehörige des öffentlichen Dienstes im Pflegefall finanzielle Beihilfen beziehen.

Schließlich gibt es in einigen Bundesländern (Berlin, Bremen, Rheinland-Pfalz) inzwischen Pflegegesetze, die finanzielle Mittel zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit bereitstellen. Daneben gibt es eine in ihrem Umfang nicht genau quantifizierbare direkte staatliche Subvention von Pflegemaßnahmen und -einrichtungen – insbesondere im ambulanten Bereich (Sozialstationen) – und die Möglichkeit des § 33 EStG, der Pflegebedürftigen die steuerliche Anrechnung von Pflegekosten ermöglicht.

„Hilfe zur Pflege“ wird zudem auch im Rahmen der Sozialhilfe geleistet. Diese Sicherungsform, die eher ein Existenzsicherungsnetz denn eine Sicherung spezieller Risiken sein sollte, gewährleistete 1983 für insgesamt 460 000 Personen die Kosten der notwendigen Pflegemaßnahmen. Sie war damit – abgesehen von der individuellen Absicherung über Ersparnisse – die mit großem Abstand am stärksten realisierte Form der Absicherung des Pflegerisikos. Dies spiegelt sich auch wider in den Pflegekosten, die 1982 durch die beschriebenen, in der Bundesrepublik existenten Absicherungssysteme abgedeckt wurden (vgl. die Tabelle).

**Staatlich oder von der Sozialversicherung
getragene Pflegekosten¹**

(1982)

Kriegsoferversorgung	659,3 Mill. DM
Lastenausgleich	175,9 Mill. DM
Beihilfen (Öff. Dienst)	236,0 Mill. DM
Pflegegesetze der Länder	210,0 Mill. DM
Unfallversicherung	82,0 Mill. DM
Sozialhilfe	4454,2 Mill. DM

Quelle: Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, BT-Drucksache 10/1934, S. 18.

¹ Bei der Sozialhilfe und der Kriegsoferversorgung handelt es sich um Netto-Ausgaben, d. h. Rückflüsse aus Renten und Unterhaltsansprüchen wurden bereits berücksichtigt.

Reformvorschläge

Vor allem diese starke Belastung der Sozialhilfeträger hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, daß intensiv über eine angemessenere Absicherung des Pflegerisikos nachgedacht wurde. Inzwischen werden einige relativ weit ausformulierte Vorschläge diskutiert¹¹. Zudem ist es seit dem Sommer 1985 in der Bundesrepublik möglich, sich gegen das Risiko Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer privaten Pflegeversicherung abzusichern.

Private Krankenversicherungen und Lebensversicherungsgesellschaften bieten insgesamt drei verschiedenartige Formen von Privatversicherungen an: die Pflege-Tagegeldversicherung, die bei stationärer Pflege täglich maximal 50 DM, bei häuslicher Pflege ab dem 22. Tag der Pflegebedürftigkeit maximal 25 DM auszahlt; die Pflegekostenersatz-Versicherung, die nachweisbare Pflegekosten (teilweise) ersetzt, sowie die Pflegerentenversicherung, die im Pflegefall abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit und der Beitragshöhe eine Pflegerente zahlt. Darüber hinaus bietet diese Sicherungsform durch eine generelle Leistung im Todesfall (zwei bis drei Jahresrenten) die Gewähr, daß zumindest ein Teil der eingezahlten Beiträge wieder ausgeschüttet wird. Die Beiträge sind bei allen Versicherungs-

¹¹ Eine ausführlichere Übersicht über die bisher vorgelegten Konzepte findet sich bei G. Igl: Vorschläge zur Verbesserung des Schutzes pflegebedürftiger Personen, in: Deutsche Rentenversicherung, 1-2/1986, S. 40-72.

formen nach Eintrittsalter und Geschlecht der Versicherten gestaffelt und betragen bei der Pflegekostensatz-Versicherung bei einem Eintrittsalter von 40 Jahren monatlich ca. 49 DM (Männer) bzw. gut 60 DM (Frauen); die Pflegerentenversicherung verlangt für eine monatliche Rente von 1000 DM im – ärztlich nachgewiesenen – Pflegefall bei gleichem Eintrittsalter Beiträge von 88 bzw. 97 DM im Monat.

Sozialversicherungsrechtliche Absicherung

Sowohl aus dem wissenschaftlichen als auch vor allem aus dem (verbands-)politischen Raum liegen verschiedenartige Absicherungsvorschläge vor, die eine gesetzliche Pflegeversicherung entweder in Anlehnung an einen bestehenden Zweig der Sozialversicherung oder als neue eigenständige Institution realisieren wollen.

Eine Integration des Pflegerisikos in die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) schlug die Transfer-Enquete-Kommission 1981 vor¹². Danach soll die GRV unter bestimmten Voraussetzungen (vor allem müssen durch Beitragszahlungen bereits Rentenansprüche in einer bestimmten Höhe erworben sein) eine Aufstokung der Renten von Pflegebedürftigen vornehmen; dies allerdings nur dann, wenn die erworbenen Rentenansprüche zur Abdeckung der anfallenden Pflegekosten nicht ausreichen.

Eine Pflegeversicherung mit organisatorischer Anbindung an die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sieht der von der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, den Wohlfahrtsverbänden, dem Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge, den Sozialhilfeträgern und dem Kuratorium Deutsche Altershilfe erarbeitete „Gemeinsame Vorschlag“ vor¹³. Dieser Vorschlag empfiehlt eine für alle Pflichtversicherten der GKV obligatorische und für andere Personen freiwillige Versicherung in der Trägerschaft der GKV. Wie der Deutsche Verein später präziserte, soll bei häuslicher Pflege ein je nach Schwere des Pflegefalles abgestuftes Pflegegeld (342 bis 824 DM im Monat), bei stationärer Pflege ein an den durchschnittlichen Pflegekosten orientierter Pauschalsatz gewährt werden. Dieser Pauschalsatz soll ausschließlich die Pflegekosten, nicht jedoch die Unterbringungs- und Verpflegungskosten („Hotelkosten“) abdecken. Zudem ist eine Wartezeit von 15 Jahren vorgesehen, auf die allerdings Übergangsweise Versicherungszeiten in der GKV angerechnet

werden. Die Beitragssätze sollen bei etwa einem Prozent der Bruttoeinkommen (Beitragsbemessungsgrenze wie bei der GKV) liegen; nichterwerbstätige Ehegatten von GKV-Pflichtmitgliedern gelten als mitversichert.

Von der Hessischen Landesregierung schließlich wurde im Bundesrat ein Gesetzentwurf zur Einführung einer für die Gesamtbevölkerung obligatorischen eigenständigen Pflegeversicherung eingebracht¹⁴. Anders als im „Gemeinsamen Vorschlag“ werden im hessischen Entwurf die Leistungen der Versicherung (Grundpflege, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung) vorwiegend nach dem Sachleistungsprinzip erbracht; bei stationärer Pflege trägt die Versicherung die Pflegekosten in voller Höhe, nicht jedoch die „Hotelkosten“. Die Mittel der Pflegeversicherung sollen durch Beiträge der Versicherten (geplanter Beitragssatz: 0,8 % des Bruttoeinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze der GRV) und einen Bundeszuschuß gesichert werden.

Staatliche Risikoabsicherung

Neben dem Hessischen Entwurf, bei dem es sich um eine Versicherungslösung handelt, sind inzwischen auch Vorstellungen über ein staatliches (Pflege-) Leistungsgesetz zu Gesetzentwürfen konkretisiert worden. Ausgehend von dem Gedanken, daß Pflegebedürftigkeit eine Station im Lebenszyklus der Familie darstelle, Pflegehilfe mithin „staatliche Aufgabe eines erweiterten Familienlastenausgleichs“¹⁵ sei, stellte die rheinland-pfälzische Landesregierung im März 1985 einen Gesetzentwurf zur Neuregelung der Pflegehilfen vor. Als Hilfe bei häuslicher Pflege sind darin für den Pflegebedürftigen ein einkommensunabhängiges Grundpflegegeld (je nach Schwere des Pflegefalles bis maximal 500 DM/Monat) sowie eine einkommensabhängig geleistete ergänzende Pflegehilfe (bis maximal 400 DM/Monat) vorgesehen. Für die pflegende Person – sofern sie nicht oder nur zeitweise erwerbstätig ist – sollen die Beiträge zur Rentenversicherung übernommen werden. Darüber hinaus enthält der Vorschlag Regelungen zur steuerlichen Entlastung der Pflegehaushalte und – falls notwendig – zur Finanzierung einer Pflegekraft. Stationäre Pflege soll nur finanziert werden, wenn häusliche Pflege nicht befriedigend geleistet werden kann. Auch dieser Vorschlag sieht zudem nur die Übernahme der Pflegekosten, nicht aber der Hotelkosten vor.

¹² Vgl. Transfer-Enquete-Kommission: Das Transfersystem in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1981.

¹³ Vgl. dazu: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Pflege (NDV), 3/1983, S. 70 f. Die späteren Präzisierungen durch den Deutschen Verein finden sich in: NDV, 8/1984, S. 277-283.

¹⁴ Vgl. Der Hessische Minister für Arbeit, Umwelt und Soziales: Entwurf eines Gesetzes zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, März 1985.

¹⁵ R. Geil: Neue Hilfen für die Altersfrage, in: Sozialer Fortschritt, 1/1985, S. 4-9. Diesem Beitrag und Igl (1986) sind die folgenden Angaben zur Ausgestaltung dieses Gesetzentwurfes entnommen.

Leistungsträger sollen die kreisfreien Städte und Landkreise sowie die überörtlichen Sozialhilfeträger sein, zum Leistungsempfang berechtigt sind alle in der Bundesrepublik lebenden Personen.

Ebenfalls die Verabschiedung eines Bundespflegegeldgesetzes zum Inhalt hat ein dem Bundestag vorliegender Gesetzentwurf der Fraktion der GRÜNEN¹⁶. Danach sind bei häuslicher Pflege in leichten Fällen ein Unterstützungsgeld (mindestens 50 DM monatlich), in schwereren Fällen ein Pflegegeld bis zu 1400 DM vorgesehen. Die Kosten des Einsatzes von professionellen Pflegepersonen bei ambulanter Pflege sollen voll übernommen werden, ebenso auch die Aufwendungen für die soziale Sicherung der pflegenden Personen. Hinsichtlich der stationären Bewältigung von Pflegebedürftigkeit sieht der Gesetzentwurf die Übernahme der (nachweisbaren) Kosten für Pflege und Unterkunft vor, wobei jedoch Kosten, die auch bei häuslicher Unterbringung anfallen würden (Miete, Verpflegung), vom Pflegebedürftigen selbst aufzubringen sind. Allerdings ist nach den Vorstellungen der GRÜNEN die stationäre Pflege im Interesse der betroffenen Menschen langfristig generell nicht tolerierbar; der Gesetzentwurf sieht daher vor, daß ab 1996 Pflege in Heimen grundsätzlich nicht mehr finanziert werden soll. Letztlich ist die totale Abschaffung der Pflege in Heimen intendiert.

Vorschläge zur Absicherung des Pflegerisikos durch staatliche Leistungsgesetze sind auch aus dem wissenschaftlichen Raum vorgelegt worden. So präferiert beispielsweise das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen eine derartige Form der Risikoabsicherung, wobei allerdings daneben auch der Abschluß von privaten Pflegeversicherungen – also eine individuelle Risikoabsicherung – empfohlen wird¹⁷. Schließlich empfiehlt auch die Arbeitsgemeinschaft Soziale Ordnungspolitik – eine Gruppe von Wissenschaftlern unter der Leitung des Kölner Professors Philipp Herder-Dorneich – eine staatliche Absicherung des Risikos „Pflegebedürftigkeit“ im Rahmen eines Leistungsgesetzes.

Staatliche Subventionen von Pflegeeinrichtungen und -maßnahmen sind als ergänzender Bestandteil in fast allen der hier vorgestellten Reformkonzepte zu finden. Fast ausschließlich auf diese Form der Absicherung setzt allerdings allein der Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit¹⁸. Dabei ist vor allem an Verbesserungen bei der personellen Situation der ambulanten Dienste (im wesentlichen über ABM-

Maßnahmen und Zivildienstleistende) und Maßnahmen im Wohnungswesen (über Regelungen der Wohnbauförderung) gedacht. Eine Erweiterung der Vorschriften über die häusliche Krankenpflege und steuerliche Entlastungen der Pflegebedürftigen und der sie pflegenden Familienangehörigen werden erwogen. Der Bericht der Bundesregierung zieht ein Bündel von Einzelmaßnahmen zur Absicherung des Pflegerisikos einem umfassenden Lösungsansatz vor; folgerichtig werden sowohl die Einrichtung einer Pflegeversicherung als auch die Verabschiedung eines Pflegegesetzes – vor allem aus Gründen mangelnder Finanzierbarkeit – verworfen.

Beurteilungskriterien

Zweckmäßig erscheinen grundsätzlich nur solche Konzepte, die sowohl die häusliche als auch die stationäre Pflege absichern, da einerseits die Mehrzahl aller Pflegebedürftigen in Privathaushalten betreut wird, andererseits jedoch Heimpflege für eine Minderheit unvermeidlich ist. Die meisten der vorgestellten Sicherungsentwürfe berücksichtigen diesen Tatbestand. Dagegen werden im Bericht der Bundesregierung Hilfen bei stationärer Pflege vollkommen ausgeklammert (und somit weiterhin der Sozialhilfe überlassen). Gleiches gilt – wenn auch erst für die Zeit nach 1996 – für den Leistungsgesetzentwurf der GRÜNEN; die von ihnen als Ersatz für stationäre Pflege propagierte Pflege in Wohngruppen wird – wenn sich die Verhaltensweisen alter Menschen in den kommenden zehn Jahren nicht grundlegend ändern – nur für einen sehr begrenzten Teil der Pflegebedürftigen in Frage kommen. Einseitig auf stationäre Pflege hin ausgerichtet erscheint dagegen der Vorschlag der Transfer-Enquete-Kommission. Zwar sollen grundsätzlich alle die Rente übersteigenden Pflegekosten übernommen werden, de facto fallen derartig hohe Pflegekosten jedoch fast ausschließlich bei stationärer Pflege an. Häusliche Pflege – häufig durch unbezahlte Pflegepersonen – würde hingegen kaum finanziell unterstützt, ein Sogeffekt hin zur Heimpflege wäre nicht auszuschließen.

Ein zweites Beurteilungskriterium für die Zweckmäßigkeit der Absicherungskonzepte ist darin zu sehen, ob die von ihnen bereitgestellten Leistungen wirklich dem entsprechen, was zur Pflege der Hilfebedürftigen notwendig ist. Das vom hessischen Entwurf favorisierte Sachleistungskonzept dürfte dabei vermutlich eine gezieltere Hilfe sicherstellen als die Geldleistungen der meisten anderen Vorschläge. Ähnlich wie bei medizinischen Leistungen spricht auch im Pflegebereich einiges dafür, daß wegen schwerwiegender Informationsmängel der Nachfrager die subjektive Entscheidung über die Verwendung des Pflegegeldes nicht unbedingt auch ob-

¹⁶ Der Gesetzentwurf wurde abgedruckt in der Frankfurter Rundschau vom 10. und 12. 8. 1985.

¹⁷ Vgl. dazu und zum Konzept der Arbeitsgemeinschaft Soziale Ordnungspolitik G. Igl: Vorschläge zur Verbesserung . . . , a.a.O., S. 62 ff.

¹⁸ Vgl. Bericht der Bundesregierung . . . , a.a.O.

ektiv sinnvoll ist. Die Ausstattung der Pflegehaushalte mit finanziellen Mitteln stellt daher nicht notwendigerweise auch eine optimale Verwendung dieser Mittel sicher.

Die im Bericht der Bundesregierung erwogenen Steuerentlastungen entsprechen dagegen kaum der realen Situation der meisten Pflegehaushalte. Sie kommen vielmehr nur den wenigen Pflegebedürftigen – oder deren pflegenden Angehörigen – zugute, die über steuerpflichtige Einkommen verfügen; dies ist bei Pflegehaushalten, in denen ein betagter Pflegebedürftiger von seinem ebenfalls bereits im Rentenalter stehenden Ehegatten gepflegt wird – der Mehrzahl aller Pflegehaushalte also –, in der Regel aber nicht der Fall. Die ebenfalls von der Bundesregierung beabsichtigte Verbesserung der ambulanten Hilfen schließlich ist sicher notwendig, der mit dem Einsatz von Zivildienstleistenden und ABM-Kräften verbundene häufige Wechsel der Betreuungspersonen dürfte dem Zustand der pflegebedürftigen alten Menschen aber kaum zuträglich sein.

Abgesicherter Personenkreis

Schließlich erscheint zur Bewertung der vorgeschlagenen Reformalternativen auch die Betrachtung des abgesicherten Personenkreises notwendig. Bei den privaten Versicherungen dürfte dieser Personenkreis vermutlich eher klein bleiben, obwohl private Pflegeversicherungen sicherlich eine interessante Ergänzung des Angebotes freiwilliger Versicherungsmöglichkeiten darstellen. Gegen eine private Absicherung größerer Bevölkerungsteile spricht jedoch zum einen das teilweise recht unbefriedigende Verhältnis von Beitrag und Leistung (besonders für die im höheren Lebensalter beitretenden Versicherten), vor allem aber die allgemein konstatierte „Minderbewertung des zukünftigen Bedarfs“ – insbesondere bei jüngeren Menschen.

Von den sozialversicherungsrechtlichen Lösungen berücksichtigen der Vorschlag der Transfer-Enquete-Kommission und der „Gemeinsame Vorschlag“ einen kleineren Personenkreis als der Vorschlag Hessens, der als allgemeine Volksversicherung konzipiert ist. Die von den GRÜNEN und von Rheinland-Pfalz vorgeschlagenen Gesetzentwürfe für staatliche Leistungsgesetze sind ebenfalls darauf ausgerichtet, die Gesamtbevölkerung abzusichern.

Allerdings besteht zwischen einer leistungsgesetzlichen und der im hessischen Vorschlag propagierten versicherungsrechtlichen Absicherung der gesamten Bevölkerung ein wichtiger – wenn auch vielleicht nur psychologisch begründeter – Unterschied. Während in leistungsgesetzlichen Konzeptionen die Absicherung für

den einzelnen kaum merklich über Steuermittel finanziert wird, dürfte die hessische Pflegeversicherung (als „Zwangsversicherung“ mit entsprechender Beitragspflicht für alle) größere politische Widerstände mobilisieren. Schließlich werden bei diesem Vorschlag Personengruppen zur Leistung von Sozialversicherungsbeiträgen herangezogen, die bisher zu solchen Zahlungen nicht verpflichtet waren (Selbständige, Freiberufler etc.).

Insgesamt läßt sich sagen, daß sowohl der „Gemeinsame Vorschlag“ und das hessische Versicherungskonzept als auch die leistungsgesetzliche Konzeption der rheinland-pfälzischen Landesregierung den beobachteten Belastungsstrukturen angemessen sind. Wegen des vermuteten Widerstandes gegen eine allgemeine Versicherungspflicht werden allerdings dem hessischen Vorschlag eher geringere Realisierungschancen zugemessen.

Ausblick

Die Hoffnung, in der näheren Zukunft eine wirkungsvolle Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit zu realisieren, ist in den letzten beiden Jahren merklich geringer geworden¹⁹ – insbesondere, da die Bundesregierung anscheinend keinerlei Schritte in dieser Richtung zu unternehmen gedenkt.

Dies erscheint aus zwei Gründen bedenklich: Zum einen wird in den ersten Jahrzehnten des nächsten Jahrhunderts, bedingt durch die demographische Entwicklung, die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in der Bundesrepublik erheblich anwachsen. Zum anderen werden die privaten Hilfspotentiale (Ehepartner, Angehörige, Nachbarn etc.) durch die Reduktion der Familie auf die „Kernfamilie“ und die steigende Anzahl alleinlebender Personen vermutlich geringer werden. In einer Zukunft mit mehr Pflegebedürftigen, aber weniger privaten Hilfen werden ohne eine spezielle Absicherung des Pflegerisikos auf die Sozialhilfe als Existenzsicherungssystem innerhalb unseres sozialen Netzes Kosten in heute ungeahntem Ausmaße zukommen.

Auch wenn die Kosten einer umfassenden finanziellen Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit über Sozialversicherungen oder staatliche Leistungsgesetze heute noch verhältnismäßig hoch erscheinen, könnten sie sich langfristig daher als „billigere“ Lösungen herausstellen. Die Einführung eines Systems zur umfassenden Absicherung des Pflegerisikos erscheint deshalb auch weiterhin geboten.

¹⁹ Vgl. G. N a e g e l e : Zum aktuellen Diskussionsstand der Kostenneuordnung bei Pflegebedürftigkeit, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 10/1984, S. 323-339.