

JÜRGEN WASEM

Pflegesicherung zwischen Subsidiaritätsprinzip und Solidargedanken

Während die »Caritas«, Deutschlands größter Wohlfahrtsverband, zu den Unterzeichnern eines Appelles an die Bundesregierung zur Einführung einer »Gesetzlichen Pflegefall-Versicherung« gehört¹ und erwägt, für ihre eigenen Mitarbeiter eine solche als »Pflichtversicherung« arbeitsrechtlich zu verankern, da nur so »selbstverantwortliche Eigenvorsorge« möglich sei², erachten demgegenüber zahlreiche andere eine solche Pflichtversicherung geradezu als »Aushöhlung des Subsidiaritätsprinzips«³. Der Beitrag will zum einen die konträren Positionen ausarbeiten, zum anderen Ansatzpunkte für eine bedarfsgerechte Interpretation von Solidar- und Subsidiaritätsgedanken für das Problemfeld der Pflegebedürftigkeit entwickeln. Zunächst aber sind Ausgangspunkt und Stand der Reformdiskussion knapp zu skizzieren.

I. AUSGANGSPUNKT UND STAND DER REFORMDISKUSSION

Nach Schätzungen der Bundesregierung⁴ sind in der Bundesrepublik Deutschland gegenwärtig ca. 2. Mio. Menschen pflegebedürftig, d. h.: benötigen in den Verrichtungen des täglichen Lebens (wie Körperpflege, Ankleiden, Mahlzeiten einnehmen) nicht nur vorübergehende Hilfe. Ca. 1,3 Mio. von ihnen sind über 60 Jahre alt – auf diese hat sich die Diskussion konzentriert. Nur ca. 10–15% der Pflegebedürftigen sind in stationären Einrichtungen untergebracht, die weitaus meisten aber wer-

¹ Gemeinschaftsvorschlag zur Abdeckung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, abgedruckt, in: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit* 34 (1983) 122 ff.

² Merkblatt zu einer Pflegekostenversicherung im Caritasbereich, vielfältigstes Manuskript, Freiburg i. Br. 1984. Vgl. auch: »Pflegeversicherung im Kleinversuch«, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, Nr. 41 vom 24. 2. 1984, 5.

³ Etwa *Jürgen Boesel/Maria Rita Heuser*, Pflegeversicherung – ein Konzept zur Lösung der Versorgungsprobleme im geriatrischen Sektor? In: *Sozialer Fortschritt* 31 (1982) 155 ff.

⁴ Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, Deutscher Bundestag, Drucksache 10/1984 vom 4. September 1984.

den im Privathaushalt entweder von ihrem Ehegatten, anderen in ihrem Haushalt lebenden Verwandten oder von außerhalb des eigenen Haushaltes lebenden Angehörigen betreut⁵. Dennoch stand in der Reformdiskussion zunächst die Sicherung für das Pflegefallrisiko der in Pflegeheimen stationär untergebrachten Hilfebedürftigen im Mittelpunkt.

Ausgangspunkt der Kritik⁶ am bestehenden System der Pflegefallsicherung war die Tatsache, daß die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), in der ca. 90% der Bevölkerung pflichtig oder freiwillig versichert sind, zwar die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes – von einer Selbstbeteiligung von DM 5,- für maximal 14 Tage im Kalenderjahr abgesehen – trägt, zu ihrem Leistungskatalog jedoch nicht die Betreuung in Pflegeheimen zählt. Begründet wird dieser Leistungsausschluß für Pflegefälle, der sich – wie im weiteren Verlauf der Diskussion problematisiert wurde⁷ – auch auf die Finanzierung ambulanter Krankenpflegedienste und Haushaltshilfen bezieht, damit, daß die GKV nur gegen »Krankheit« versichere, das Risiko der Pflegebedürftigkeit hiervon jedoch qualitativ verschieden sei: Zum einen seien nämlich altersbedingte Verluste der Körperfertigkeiten, die in Hilfebedürftigkeit enden, Folge eines »natürlichen« biologischen Prozesses, könnten aber damit nicht als »Krankheit« klassifiziert werden. Zum anderen sei bei »Pflegefällen« ein »zielgerichteter ärztlicher Heilungsplan« mangels hinreichender Erfolgsaussichten nicht mehr möglich und die Anstaltspflege geschehe im wesentlichen nur noch um ihrer selber Willen – die »Behandlungsfähigkeit« sei aber unabdingbare Voraussetzung, um Leistungen von der GKV zu erhalten⁸. Auch wenn sowohl vereinzelt aus sozialrechtlicher⁹ als auch überwiegend aus sozialmedizinischer¹⁰ Perspektive die Abgrenzbarkeit von Pflege- und Behandlungsfall

⁵ Bund-Länder-Arbeitsgruppe »Aufbau und Finanzierung ambulanter und stationärer Pflegedienste«, Bonn 1980, 29 ff.; Socialdata, Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Ermittlung der Repräsentativdaten und Situationsgruppenanalyse, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz, 1980, 39 ff.

⁶ Erstmals 1974 durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe, Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die Gesetzlichen Krankenkassen, Köln 1974.

⁷ Vgl. *Otto Dablem*, Aspekte zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 57 (1977) 325 ff.

⁸ Vgl. *Hubertus Rolshoven*, Pflegebedürftigkeit und Krankheit im Recht. Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Kostenträgerschaft, hrsg. vom Deutschen Zentrum für Altersfragen, Berlin 1978, 202 ff.

⁹ Vgl. *Peter-Hubert Naendrup*, Krankheitsfall und Pflegefall – eine sozialrechtlich problematische Unterscheidung, in: Zeitschrift für Sozialreform 28 (1982) 323 ff.

¹⁰ Vgl. *Herbert Viefhues*, Behandlungsfall oder Pflegefall? Bemerkungen aus sozialmedizinischer Sicht, in: Zeitschrift für Sozialreform 28 (1982) 357 ff.

als problematisch empfunden wird, hat sie dennoch rechtsgestaltende Wirkung.

Dem Ausschluß des Pflegefallrisikos aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung entspricht eine Regelung bei den Krankheitskostenversicherungen, die private Krankenversicherungsunternehmen anbieten¹¹. Nur für wenige Personengruppen, etwa für Arbeitnehmer, die aufgrund eines Arbeitsunfalles pflegebedürftig wurden, sowie – mit Einschränkungen – für Beamte entstehen somit aus dem sozialstaatlichen Versicherungs- oder dem Versorgungssystem heraus Leistungsansprüche bei Pflegebedürftigkeit. Regional wird allerdings in drei Bundesländern¹² durch Landesgeldleistungsgesetz bei schwerer Pflegebedürftigkeit ein Zuschuß zu den Aufwendungen gewährt. In allen übrigen Fällen sind Pflegebedürftige zunächst auf ihre Eigenmittel verwiesen.

Da die Preisentwicklung in den stationären Einrichtungen für Pflegebedürftige (mit – je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelten – Pflegesätzen von derzeit bis zu ca. 3 300,- DM im Monat) der allgemeinen Einkommensentwicklung und auch der Entwicklung der Alterseinkünfte vorseilt, können immer mehr stationär versorgte Hilfebedürftige die Heimkosten nicht aus ihren Eigenmitteln aufbringen. In diesem Falle leistet subsidiär die Sozialhilfe mit der Leistungsart »Hilfe zur Pflege« den Restbetrag, wobei dem Heimbewohner ein »Barbetrag« (Taschengeld) zwischen 120,- DM und 155,- DM der eigenen Rente verbleibt¹³. Auch die Pflegebedürftigen außerhalb von Einrichtungen sind dann auf Sozialhilfe angewiesen, wenn sie professionelle Pflegedienste, wie sie z. B. von Sozialstationen angeboten werden, benötigen und diese nicht aus dem eigenen Einkommen finanzieren können.

Die sich entwickelt habende Situation wird in der gegenwärtigen Diskussion vor allem ordnungs- und finanzpolitisch als unbefriedigend empfunden:

- ordnungspolitisch: Sozialhilfe als subsidiär konzipiertes »letztes Netz« des Systems sozialer Sicherung soll für »untypische« Lebenslagen solcher Menschen kurzfristige Hilfestellung leisten, »die gleichsam entgegen der Logik des weit ausgebauten Hilfesystems des Wohl-

¹¹ Vgl. § 5 Abs. 1 h Musterbedingungen 1976 des Verbandes der privaten Krankenversicherung, in: *Tarife und Bedingungen der Privaten Krankenversicherung*, hrsg. von Günther Aumüller, Karlsruhe 1984, XXV.

¹² Es sind dies Bremen, Berlin und Rheinland Pfalz.

¹³ §§ 21 Abs. 3, 39 Abs. 1, 68 BSHG.

- fahrtsstaates hilfsbedürftig geworden sind«¹⁴, nicht jedoch permanent einer abgrenzbaren Gruppe der Bevölkerung zur wichtigsten Versorgungseinrichtung werden. Bei den Heimbewohnern ist dies jedoch geschehen: Schätzungen gehen davon aus, daß 60–80% von ihnen Unterstützungsleistungen der Sozialhilfe empfangen. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang etwa die dem Grundsatz der »Lohnersatzfunktion« von Rente widersprechende Nivellierung der Alterseinkünfte auf die Höhe des Taschengeldes sowie die potentielle Heranziehung unterhaltsverpflichteter Kinder des Pflegebedürftigen zu den Pflegeheimkosten¹⁵. Auch wird die Struktur des sozialen Sicherungssystems als »unausgewogen« bezeichnet, da auf der einen Seite selbst »Bagatellen«, wie etwa ein reparaturbedürftiges Brillengestell, zum Leistungskatalog der GKV gehören, ein so »schweres« Risiko wie die Pflegebedürftigkeit hingegen nur durch das Fürsorgeprinzip abgedeckt ist¹⁶.
- finanzpolitisch: Den Ländern und Gemeinden obliegt als überörtlichen bzw. örtlichen Trägern der Sozialhilfe die Finanzierung ambulanter und stationärer Pflege derjenigen Hilfebedürftigen, deren eigene Einkünfte nicht ausreichen. Insbesondere bei stagnierenden Kommunal-etats haben die Aufwendungen für Hilfe zur Pflege ein steigendes Gewicht gewonnen. Als problematisch wird insbesondere auch empfunden, daß die Gemeinden in recht unterschiedlichem Maße mit diesen Sozialhilfeaufwendungen belastet sind, ohne daß in ihren Einnahmen, etwa im kommunalen Finanzausgleich, diese Unterschiede Berücksichtigung fänden¹⁷.

Diese Mängel der gegenwärtigen Abdeckung des Pflegefallrisikos haben zu einer vor allen Dingen von den Wohlfahrtsverbänden (als Trägern der Einrichtungen für Pflegebedürftige) und den kommunalen Spitzenverbänden (als Trägern der Sozialhilfe) initiierten Diskussion um eine Neuordnung der Pflegeversicherung geführt. Drei Positionen können in dieser Diskussion identifiziert werden:

¹⁴ Harald Bogs, Die Sozialversicherung im Staat der Gegenwart. Öffentlich-rechtliche Untersuchungen über die Stellung der Sozialversicherung im Verbändestaat und im Versicherungswesen, Berlin 1973, 566.

¹⁵ Hier gelten allerdings im Vergleich zur »Hilfe zum Lebensunterhalt« relativ großzügige Freibeträge. Vgl. hierzu Bernd Schulte/Peter Trenk-Hinterberger, Sozialhilfe. Eine Einführung, Königstein 1982, 332 f.

¹⁶ Vgl. etwa Martin Pfaff u. a., Ausgewogene Absicherung von Gesundheitsrisiken, in: Ausgewogene Absicherung von Gesundheitsrisiken. Gutachten erstellt im Auftrag des Senators für Gesundheit, Soziales und Familie des Landes Berlin, hrsg. vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen, Bonn 1984, 15 ff.

¹⁷ Vgl. hierzu Aloys Prinz, Die Finanzierung der Sozialhilfe im Finanzverbund zwischen Bund, Ländern und Gemeinden, in: Finanzarchiv N.F. 41 (1983) 431 ff.

- Zum einen wird die Gründung einer alle Bürger, zumindest aber alle Arbeitnehmer umfassenden Pflichtversicherung gegen das Pflegefallrisiko gefordert, die entweder durch die Errichtung einer völlig neuen »Gesetzlichen Pflegeversicherung«¹⁸ oder die Erweiterung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung auch auf »Pflege«¹⁹ realisiert werden könnte. Diese Lösung wird im politischen Raume etwa von Teilen der SPD, Gewerkschaften, kommunalen Spitzenverbänden und den Wohlfahrtsverbänden propagiert.
- Alternativ ist in jüngster Zeit verstärkt der Vorschlag eines »Leistungsgesetzes« in die Diskussion eingebracht worden²⁰: Hiernach würde – ähnlich wie im »Wohngeld«-Gesetz – der Bund bei unzureichendem Einkommen im Falle der Pflegebedürftigkeit im Einzelfall eine Geld- oder Sachleistung gewähren. Dieser Vorschlag wird sowohl von Teilen der CDU und der SPD und von den Grünen als auch etwa von den Ortskrankenkassen unterstützt.
- Schließlich wird die Position vertreten, die bisherige Absicherung des Pflegefallrisikos, in letzter Konsequenz durch die Sozialhilfe, sei prinzipiell ausreichend und allenfalls marginale Korrekturen seien angebracht, da weitergehende Konzepte entweder ordnungspolitisch unerwünscht oder aus fiskalpolitischen Gründen (»die Grenzen der Belastbarkeit von Wirtschaft und Arbeitnehmern sind erreicht«) nicht realisierbar seien. Diese letztgenannte Position nahm lange die Bundesregierung ein²¹; sie findet in beiden Regierungsfractionen eine Mehrheit und wird etwa auch von den Arbeitgebervereinigungen vertreten.

II. SOLIDARITÄT UND SUBSIDIARITÄT BEI DER PFLEGESICHERUNG

Während in der aktuellen politischen Diskussion finanzierungspolitische Argumente im Vordergrund stehen (die einen fordern mit Hinweis auf

¹⁸ Die »Pflegefallversicherung« könnte organisatorisch wiederum an die GKV angebunden werden. Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Sozialversicherungsrechtliche Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Einzelüberlegungen für eine Pflegeversicherung, Frankfurt a. M. 1984.

¹⁹ Kuratorium Deutsche Altershilfe, Gutachten, a. a. O., passim.

²⁰ Vgl. *Rudi Geil*, Neue Hilfen für die Alterspflege. Konzept für eine gezielte und bedarfsgerechte Reform der Pflegehilfen, hrsg. vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Umwelt Rheinland Pfalz, Mainz 1984, sowie *Martin Pfaff u. a.*, Ausgewogene, a. a. O., 117f.

²¹ Zwischenzeitlich hat die Bundesregierung für den Bereich der ambulanten Pflege einen Gesetzentwurf angekündigt, der für einen kleineren Teil der Pflegebedürftigen in begrenztem Umfang die Finanzierung häuslicher Pflege durch die Krankenkassen vorsieht.

»unerträglich« hohe Ausgaben für Sozialhilfe bei den Gemeinden eine Reform; die anderen lehnen diese wegen »unabsehbarer« Mehrkosten ab), soll im folgenden die Frage nach der Kompatibilität sowohl des gegenwärtigen Absicherungssystems bei Pflegebedürftigkeit als auch der vorgetragenen Reformkonzepte mit dem Subsidiaritäts- und dem Solidargedanken thematisiert werden. Ausgehend von der Auffassung *Oswald von Nell-Breunings*, Streit könne bei grundsätzlicher Akzeptanz der gegenseitigen Zuordnung von Individuum und Gesellschaft nicht um die Prinzipien an sich entbrennen, sondern lediglich als »Meinungsverschiedenheit über die tatsächlichen Gegebenheiten und über die mutmaßlichen Wirkungen einer geplanten Maßnahme«²², sollen auf der Grundlage empirischer Befunde und plausibler Wirkungsanalysen drei Fragestellungen thematisiert werden:

- Ist das Grundkonzept subsidiärer gesellschaftlicher Eingriffe mit sozialstaatlichem Vorsorgezwang hinsichtlich des Pflegefallrisikos zu vereinbaren?
- Findet das gegenwärtige Sicherungssystem eine sowohl dem Subsidiaritäts- als auch dem Solidargedanken gerecht werdende Balance zwischen familialer und professioneller Pflege?
- Stehen – umgekehrt – bei einer grundsätzlichen Neukonzeption der Pflegefallfinanzierung Instrumente zur Verfügung, die eine solche Balance gewährleisten können?

1. Schutz vor dem Pflegerisiko – durch Zwangssicherung oder durch freiwillige Vorsorge?

Der Ausschluß des Pflegerisikos aus dem Leistungskatalog der Sozialen Krankenversicherung ist zunächst vor allem historisch bedingt²³ sowie – in jüngster Zeit – mit Kostendämpfungsintentionen zu erklären. In der Diskussion um eine mögliche Neuordnung des Sicherungssystems bei Pflegebedürftigkeit wird jedoch auch die Auffassung vertreten, diese Leistungsausgrenzung eröffne eine grundsätzliche ordnungspolitische

²² *Oswald von Nell-Breuning*, Solidarität und Subsidiarität im Raume von Sozialpolitik und Sozialreform, in: Sozialpolitik und Sozialreform. Ein einführendes Lehr- und Handbuch der Sozialpolitik, hrsg. von *Erik Boettcher*, Tübingen 1957, 213 ff.

²³ Insbesondere die lange Zeit vorherrschende Orientierung der GKV auf Erwerbstätige (Rentner wurden auch gegen Krankheit erst 1941 versichert) und die relativ raschen Fortschritte der Akutmedizin bei lange vernachlässigter Forschung im Bereich der Chronologie/Geriatrie sind hier zu nennen. Vgl. hierzu etwa Arbeitsgruppe Fachbericht über Probleme des Alterns, Altwerden in der Bundesrepublik Deutschland: Geschichte, Situationen, Perspektiven, Bd. II, hrsg. vom Deutschen Zentrum für Altersfragen, Berlin 1982, 681 ff.

Chance: Ermuntere die Tatsache, daß öffentlich lediglich nachrangig, durch die Sozialhilfe, eine Sicherstellung von Leistungen für Pflegebedürftige erfolgt, doch jeden einzelnen, entsprechend seinen individuellen Präferenzen, eigenständig Vorsorge zu leisten. In dem beschriebenen Vorschlag, durch einen Zweig der Sozialversicherung oder durch ein Bundes-Pflegeleistungsgesetz einen Vorsorgezwang zu implementieren, wird aus dieser Perspektive folglich ein weiterer Schritt in Richtung auf einen den Bürger entmündigenden Versorgungsstaat gesehen. Hingegen wird als konform mit dem Subsidiaritätsprinzip angesehen, wenn der Staat – etwa durch besondere Freibeträge im Rahmen der Einkommensteuer – ein günstiges Rahmenklima für den freiwilligen Abschluß privater Pflegefallversicherungen schaffen würde²⁴.

Zu diskutieren ist also, ob bei der Entscheidung über die künftige Gestaltung des Sicherungssystems bei Pflegebedürftigkeit von ausreichender Eigenvorsorge der Bevölkerung wird ausgegangen werden können. Die Tatsache, daß der »Ausfallbürge« Sozialhilfe gegenwärtig zumindest im stationären Pflegesektor der gewichtigste Finanzierungsträger ist, deutet zunächst darauf hin, daß zumindest in der Vergangenheit ein großer Teil der Bürger nicht ausreichend Eigenvorsorge betrieben hat. Allerdings könnte vermutet werden, daß die Voraussetzungen für Eigenvorsorge der Bevölkerung im Erwerbsalter in der Zukunft günstiger sind, als sie für die jetzt Pflegebedürftigen ehemals waren: Zum einen wird in – allerdings nicht unumstrittenen – Studien die These vertreten, die Wirtschaftskraft der privaten Haushalte würde regelmäßig unterschätzt²⁵, so daß die große Mehrheit der Bevölkerung heute risikogerechte Prämien für eine freiwillige Pflegeversicherung bezahlen könnte, während in der Vergangenheit viele diese Beiträge nicht hätten aufbringen können²⁶. Zum anderen wird betont, daß die heute Hochbetagten in einer Gesellschaft geprägt wurden, in der nur ein relativ kleiner Anteil der Bevölkerung das hohe Lebensalter erreichte²⁷ und für die – wenigen – Pflegebe-

²⁴ Vgl. etwa Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., Zur Frage der Abdeckung des Risikos »Pflege« alter Menschen, Informationsdienst 156, Köln 1983.

²⁵ Vgl. etwa *Meinhard Miegel*, Die verkannte Revolution (I). Einkommen und Vermögen der privaten Haushalte, Stuttgart 1983.

²⁶ Daß aus mangelndem Einkommen der Gedanke einer solidarisch-umverteilenden Pflichtversicherung abgeleitet werden kann, betont etwa *Joseph Höffner*, Sozialethische Grundsätze zur Subsidiarität im deutschen Gesundheitswesen, in: Sorge um die Gesundheit in Selbstverantwortung und Gemeinschaftshilfe, München 1959, 260.

²⁷ Vgl. hierzu zum Beispiel *Willi Rückert*, Bevölkerungsentwicklung und ihre Auswirkungen von der Kaiserzeit bis zum Jahre 2000, hrsg. von Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1984, passim.

dürftigen ohnehin kaum mehr als nur »verwahrende« Hilfe außerhalb der Familie zur Verfügung stand: Der potentielle spätere Bedarf an professionellen Pflegediensten gehörte also für diese Menschen kaum zum Erfahrungsschatz, während heute davon ausgegangen werden kann, daß das Risiko der Pflegebedürftigkeit und seine potentielle Ausgabenintensität der Mehrheit in der Bevölkerung nicht unbekannt ist.

Auch wenn die Rahmenbedingungen für verstärkte Eigenvorsorge somit heute günstiger einzuschätzen sind, bleibt dennoch die Frage, ob von der potentiellen Vorsorgefähigkeit gerade beim Pflegefallrisiko auch auf eine manifest werdende Vorsorgebereitschaft geschlossen werden darf. Schon generell hat die ökonomische Theorie herausgearbeitet, daß die Konsumenten zur »Minderschätzung künftiger Güter« neigen²⁸, also ausgeprägte Präferenzen für Gegenwartskonsum haben. Dies muß erst recht für ein eher unwahrscheinliches, am Ende des Lebens liegendes Risiko wie die Pflegebedürftigkeit gelten²⁹: In jungen Jahren, in denen die Beiträge zu einer privaten Pflegeversicherung noch vergleichsweise gering wären, erscheint das Risiko sehr weit weg; wenn die Erwerbsphase sich dem Ende zuneigt, ist hingegen ein Lebensalter erreicht, bei dem sehr hohe Beiträge bei Eintritt in eine Pflegeversicherung zu zahlen wären³⁰. Es erscheint daher fraglich, ob weite Kreise der Bevölkerung von der Möglichkeit zu freiwilliger Eigenvorsorge Gebrauch machen würden – Sozialhilfe bliebe damit aber mehr als nur ein Lückenbüßer für eine Minderheit und der Verweis auf die Möglichkeiten freiwilliger Vorsorge ginge ins Leere. Auch bei denjenigen, die einen privaten Versicherungsvertrag abschließen, kann im übrigen nicht ausgeschlossen werden, daß sich die dadurch bewirkte Vorsorge später als unzureichend erweist und der Betreffende auf Sozialhilfe zurückgreifen muß: Die meisten Versicherer bieten ein »Pflegetagegeld« an, das nicht dynamisiert werden soll. Wenn die Kostenentwicklung in den stationären Einrichtungen weiter so ungestüm wie in der Vergangenheit verläuft, wird in 25 bis 30 Jahren, wenn die erste größere Zahl der Privatversicherten pflegebedürftig wer-

²⁸ Vgl. einen auch für Nicht-Ökonomen lesbaren Überblick in *Emil-Maria Claassen*, Grundlagen der makroökonomischen Theorie, München 1980, 28 ff.

²⁹ Die Wahrscheinlichkeit für einen 30jährigen Mann, das 80. Lebensjahr zu erreichen, beträgt beispielsweise knapp 10 Prozent, die Wahrscheinlichkeit, als 80jähriger pflegebedürftig zu werden, beträgt ca. 30 Prozent. (Nach Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1984 sowie Socialdata, Anzahl, a. a. O., 39 ff.)

³⁰ In den vorliegenden Tarifen sind die monatlichen Prämien für ein Eintrittsalter von 65 Jahren ca. 5 mal so hoch wie bei einem Eintrittsalter von 30 Jahren und betragen ca. 180 DM im Monat. Vgl. *Ursula Meenzen*, Beim Pflegekostentarif beginnt das große Wettrennen, in: Arbeit und Sozialpolitik 39 (1985) 56 ff.

den dürfte, dieser Versicherungsschutz zum dann bestehenden Preisniveau kaum mehr ausreichen.

*2. Subsidiaritätsgedanke und Solidarprinzip
im Spannungsfeld zwischen familialer und professionaler Pflege (I):
Bestandsaufnahme*

Eine grundlegende Reform der Pflegesicherung wird nicht nur deswegen als Verstoß gegen das Subsidiaritätsprinzip etikettiert, weil sie Zwangsvorsorge anstelle freiwilliger Vorsorge setze. Vielmehr wird auch die Befürchtung geäußert, in einem anderen Finanzierungssystem würde familiale, ja ambulante Pflege generell zugunsten einer »Institutionalisierung« des Pflegerisikos verdrängt werden³¹. In diesem Unterabschnitt soll daher zunächst die Frage diskutiert werden, ob denn die gegenwärtige Sicherungsstruktur ein ausgewogenes Verhältnis zwischen ambulanter und professioneller Pflege sicherstellt.

Der »natürliche« Ort sozialer Dienstleistungen ist – wie die Katholische Soziallehre schon seit langem betont hat³² – die Familie. Der, naturrechtlich begründbare, Vorrang der Familie in der Betreuung Hilfebedürftiger – unter denen den Pflegebedürftigen ein immer größeres Gewicht zukommt – führt zu einer zentralen Forderung: Sowohl aus der Sicht des Pflegebedürftigen, hinsichtlich der von diesem zu erfahrenden Pflegequalität, als auch aus der Perspektive der Familienangehörigen, denen »Selbstverwirklichungschancen in der Pflege« eröffnet werden können³³, ist ein institutioneller Rahmen zu schaffen, der familiale Pflegefähigkeit ermöglicht und fördert.

Auch die jüngere soziologische und sozialstaatstheoretische Diskussion über soziale Dienstleistungen hat, nachdem in den sechziger Jahren zunächst die Defizite einer ökonomisierenden und verrechtlichenden Sozial- und Gesundheitspolitik thematisiert wurden und eine Ausweitung professioneller sozialer Dienste als Alternative hierzu konzipiert wurde³⁴, seit Mitte der siebziger Jahre zunehmend eben diese Professio-

³¹ Vgl. *Christian von Ferber*, Pflegebedürftigkeit – ein neues Sozialversicherungsrisiko? In: *Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen*. Gedenkschrift für Ulrich Geißler, hrsg. von *Christian von Ferber u. a.*, München 1985, 522 ff.

³² Vgl. statt vieler *Joseph Höffner u. a.*, *Naturordnung in Gesellschaft, Staat und Wirtschaft*, Wien–München 1961.

³³ Vgl. *Arbeitsgemeinschaft Soziale Ordnungspolitik*, *Wege aus dem Pflegenotstand*. Ordnungspolitische Prinzipien einer Reform der Pflegesicherung alter Menschen, Köln 1984, 59.

³⁴ Vgl. einen Überblick über die Diskussion bei *Florian Tennstedt*, *Zur Ökonomisierung und Verrechtlichung in der Sozialpolitik*, in: *Die staatliche Politik in der Sozialpolitik*, hrsg. von *Axel Murswieck*, München 1976, 139 ff.

nalisation problematisiert und auf die bei Bedarfsdeckung durch Professionelle entstehenden »Versorgungslücken« hingewiesen: Diese vermöchten mit zunehmender Anonymisierung in Folge von Bürokratisierung und Verrechtlichung und infolge zunehmender Spezialisierung die vielschichtigen Problemlagen – insbesondere im Grenzbereich Pflege – von psychischen und somatischen Erkrankungen nur unzureichend erfassen, wohingegen Laienhilfe als Selbst- im Gegensatz zu Fremdhilfe einen persönlichen Zugang zu den Betroffenen ermögliche, auf den Einzelfall abgestimmte flexiblere Reaktionen erlaube und in unhierarchischem Handeln Zugangsbarrieren abbauen könne³⁵. Als Indiz für das Defizit professioneller Dienste wird etwa das Auftreten mannigfaltiger Selbsthilfe-Gruppen gewertet, denen auch im Pflegebereich Leistungskapazitäten zugesprochen werden³⁶.

Neben dem Vorrang familialer vor professioneller Pflege tritt, als weiterer aus dem Subsidiaritätsprinzip ableitbarer Grundsatz, der Vorrang ambulanter vor stationärer Pflege: Der alte Mensch sollte, solange es möglich erscheint, in der häuslichen Privatheit verbleiben und nur dann, wenn dies nicht (mehr) realisierbar ist, der öffentlichen Institution »Pfleheim« zur Aufgabe gemacht werden. Dieser Vorrang ambulanter Hilfen kann zum einen aus den durch Befragung ermittelten Präferenzen alter Menschen abgeleitet werden³⁷, zum anderen aus den Ergebnissen sozialpsychologischer Untersuchungen zu den Effekten einer »Institutionalisierung« im Alter³⁸.

Unter der bislang entwickelten Perspektive erscheint das bestehende System der Pflegefall-Finanzierung zunächst tatsächlich als angemessen: Das Bundessozialhilfegesetz – als explizit subsidiär konzipiertes Sicherungssystem – gewährt den Einsatz professioneller ambulanter Pflegedienste nur unterhalb bestimmter Einkommensgrenzen und erst dann, wenn die Pflege durch Laien nicht (ausreichend) sichergestellt werden

³⁵ Vgl. etwa beispielhaft: *Bernd Badura/Peter Gross*, Sozialpolitische Perspektiven. Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen, München 1976, 240 ff.

³⁶ Vgl. etwa *Christian von Ferber*, Unentgeltliche soziale Dienstleistungen aus der Sicht des Medizinsoziologen, in: *Sozialer Fortschritt* 32 (1983) Sonderbeilage, V–IX.

³⁷ Vgl. etwa die Untersuchungsergebnisse bei *Gertrud Backes*, Familienbeziehungen älterer Menschen – eine Vorstudie, hrsg. vom Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Köln 1981, 80 ff.

³⁸ Vgl. zur Institutionalisierungsdiskussion die sorgfältig abwägenden empirischen Untersuchungen von *Lorenz Fischer*, Die Wirkungen der Institutionalisierung auf das Selbstbild alter Menschen, Köln–Wien 1976, sowie *Ingrid Schick*, Alte Menschen in Heimen. Eine empirische Untersuchung zu Korrelaten des psychischen und sozialen Wohlbefindens von Heimbewohnern, Köln 1978.

kann (§ 69 Abs. 2 BSHG). Der Vorrang nicht-professioneller Pflege wird auch dadurch ausgedrückt, daß Pflegebedürftigen, deren Einkommen unterhalb dieser Grenzen liegt, ein sogenanntes Pflegegeld (es beträgt je nach Schwere der Pflegebedürftigkeit zwischen derzeit 280,- DM und 760,- DM) zur »Stützung und Absicherung der immateriellen Motivation der (Selbst-)Hilfe innerhalb der Primärgruppe« gewährt werden kann³⁹, dieses aber bis auf die Hälfte gekürzt wird, wenn gleichzeitig auch durch die Sozialhilfe finanzierte professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird.

Schließlich legt das BSHG auch explizit den Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfe fest: ein Sozialhilfe-finanzierter Pflegeheimaufenthalt darf nur gewährt werden, wenn ambulante Hilfe nicht möglich ist.

a. Sozialhilfe-finanzierte Pflege und der Zugang zu ambulanten Diensten

Allerdings stehen der Auffassung, daß die Strukturierung der Pflegefallabsicherung durch die Sozialhilfe hinsichtlich der Relation von Laienpflege zu professioneller Hilfe einer adäquaten Interpretation des Subsidiaritätsprinzips entspricht, auch schwerwiegende Argumente entgegen. Zunächst ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß insbesondere ältere Menschen auch dann, wenn sie unterhalb der relevanten Einkommensgrenzen liegen, häufig darauf verzichten, Sozialhilfe in Anspruch zu nehmen, da sie zum einen aus Scham oder Stolz unabhängig von der »Wohlfahrt« sein wollen, zum anderen da sie – oft fälschlich – vermuten, ihre Kinder würden zur Erstattung der vom Sozialamt gezahlten Beträge im Rahmen ihrer Unterhaltsverpflichtung herangezogen⁴⁰. Es wird vermutet, daß dieser – im Zusammenhang mit der Beantragung von »Hilfe zum Lebensunterhalt« empirisch ermittelte – Sachverhalt in noch stärkerem Maße hinsichtlich der Finanzierung professioneller Dienste zur Absicherung der Pflege zutrifft, insbesondere dann, wenn der Pflegebedürftige auf diese Weise zum ersten Mal als Sozialhilfeempfänger auftreten müßte⁴¹.

³⁹ Vgl. *Bernd Schulte/Peter Trenk-Hinterberger*, Sozialhilfe, a. a. O., 276.

⁴⁰ Vgl. *Helmut Hartmann*, Sozialhilfebedürftigkeit und »Dunkelziffer der Armut«. Bericht über das Forschungsprojekt zur Lage potentiell Sozialhilfeberechtigter, Stuttgart–Berlin–Köln–Mainz 1981, 128 ff., sowie *Otker Bujard/Ulrich Lange*, Theorie und Praxis der Sozialhilfe. Zur Situation der einkommensschwachen alten Menschen, Stuttgart–Berlin–Köln–Mainz 1978, 162 ff.

⁴¹ Vgl. Arbeitsgruppe Fachbericht über Probleme des Alterns, a. a. O., 816.

Verzichten alleinstehende Pflegebedürftige wegen der von Sozialhilfe-Inanspruchnahme ausgehenden Effekte darauf, sich ambulante Sozialdienste als »Hilfe zur Pflege« finanzieren zu lassen, können sie die Dienste – bei einem Stundensatz von ca. 19,- DM – schon bei einem täglichen Betreuungsaufwand von einer Stunde vielfach auch nicht aus den eigenen Alterseinkünften finanzieren: Es besteht daher die Gefahr, daß auch diejenigen Pflegebedürftigen, die explizit berechtigt wären, über Sozialhilfe professionelle Dienste in Anspruch zu nehmen, auch wenn sie nicht oder nur unzureichend durch Angehörige oder Nachbarn betreut werden können, professionelle Dienste nicht in Anspruch nehmen und dann unter erheblichen Einschränkungen ihrer Versorgungsqualität leiden. Dieser »Abschreckungseffekt« von Sozialhilfe ist im übrigen nicht nur für diejenigen Pflegebedürftigen relevant, die als Alleinstehende permanenter Hilfe bedürfen, sondern er erweist sich darüber hinaus auch für Familien als problematisch, die zwar regelmäßig die Pflege – ohne ambulante Hilfen – leisten, jedoch temporären Bedarf nach professionellen Hilfen haben: zum Beispiel wenn die Pflegeperson erkrankt oder einen – zur Aufrechterhaltung der Pflegefähigkeit gegebenenfalls sogar unabdingbaren – Erholungsurlaub antreten möchte: Auch in diesen Fällen können Sozialdienste nur über Sozialhilfe aus öffentlichen Mitteln finanziert werden. Es wird vermutet⁴², daß in nicht wenigen Fällen in dieser Situation auf den niedergelassenen Hausarzt eingewirkt wird, dieser möge für die Zeit der Unterbrechung der familialen Pflegefähigkeit eine Krankenhauseinweisung des Pflegebedürftigen veranlassen. Damit aber kehrt sich die durch Sozialhilfe vermutete Realisierung des Subsidiaritätsprinzips sogar in ihr Gegenteil um: Denn das Krankenhaus ist die am meisten anonyme Institution und erscheint wegen seiner Ausrichtung auf Akutkranke kaum für Pflegebedürftige bedarfsgerecht. Ist somit ein erster Effekt der Beschränkung öffentlicher Unterstützung für Pflegefälle auf Sozialhilfe, daß Berechtigte auf ihre Inanspruchnahme und damit auf Pflegequalität sichernde Sozialdienste verzichten, erscheint des weiteren die implizite Annahme problematisch, familiale und professionelle Pflege Tätigkeit stünden im Regelfall in einem substitutiven Verhältnis zueinander, so daß nach dem Subsidiaritätsprinzip die Inanspruchnahme professioneller Dienste (z. B. durch Kürzung des Pflegegeldes) relativ unattraktiv zu machen sei. In vielen Fällen wird es sich nämlich vielmehr um ein komplementäres Verhältnis beider Tätigkeiten handeln.

⁴² Vgl. *Rudi Geil*, *Neue Hilfen*, a. a. O., 71.

Dies gilt insbesondere, wenn die Pflegeperson (etwa: Ehefrau, Tochter) aus Altersgründen selber nicht mehr in der Lage ist, schwere physische Tätigkeiten (z. B. Heben des Pflegebedürftigen) zu verrichten, im übrigen aber Rund-um-die-Uhr-Betreuung leistet. Dies gilt aber auch für rehabilitative ambulante Dienste: Solche Tätigkeiten können im Regelfall nicht von der Familie geleistet werden⁴³ – wie die erwähnte Socialdata-Studie zeigte, werden diese Dienste aber nur vollkommen unzureichend von häuslichen Pflegefällen in Anspruch genommen⁴⁴. Da geriatrische Rehabilitation insbesondere darauf ausgerichtet ist, als »Hilfe zur Selbsthilfe« zur Vermehrung der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen beizutragen, ist die mangelnde Verbreitung dieser Dienste als Verstoß gegen das Subsidiaritätsprinzip zu bewerten.

Problematisch erscheint schließlich, daß die Sozialhilfebehörden die Möglichkeit haben, unter Verweis auf vorhandene und etwa auch in der Nähe wohnende Angehörige die Gewährung ambulanter sozialer Dienste abzulehnen. Auch diese Interpretation des Subsidiaritätsprinzipes muß als zu eng angesehen werden: Wie jüngere sozial-empirische Forschungsergebnisse zeigen, kann auch dann, wenn theoretisch der Zugriff auf Familienangehörige möglich wäre, auch im Interesse des Pflegebedürftigen nicht in jedem Falle eine Heranziehung der Angehörigen sinnvoll verlangt werden. Sowohl bei älteren Menschen wie bei den Kindern finden sich nämlich häufig Vorbehalte dagegen, schon unter »normalen« Umständen in einer Haushaltsgemeinschaft (»Mehr-Generationen-Haushalt«) zu leben – ein beachtlicher Teil alter Menschen lehnt es etwa auch explizit ab, im Krankheits- oder Pflegefall zu den Kindern zu ziehen⁴⁵. Der Wunsch nach »Intimität auf Abstand« deutet darauf hin, daß beide Seiten bei schwerer Hilflosigkeit, wenn diese den Zwang zu

⁴³ Vgl. *Marie-Luise Stiefel*, Hilfsbedürftigkeit und Hilfebedarf älterer Menschen im Privathaushalt, hrsg. vom Deutschen Zentrum für Altersfragen, Berlin 1983, 131 ff. Auf die Zusammenarbeit der Familien mit den Professionellen in diesem Bereich verweist *Friedhelm Hegner*, Inwieweit sind Sozialstationen geeignet, die nicht-professionelle Erbringung sozialer Leistungen zu fördern? In: *Zeitschrift für Sozialreform* 25 (1979) 65 ff.

⁴⁴ Vgl. Socialdata, *Anzahl und Situation*, a. a. O., 247. Im übrigen bewirken die Restriktionen für die Nachfrageseite auch umgekehrt, daß die ohnehin unter großen finanziellen Schwierigkeiten arbeitenden Sozialstationen diese Dienste kaum flächendeckend in ihr Programm aufgenommen haben – potentielle Nachfrage würde zumindest kurzfristig in nicht wenigen Regionen gar nicht zum Zuge kommen können. Zur Finanzierungslage von Sozialstationen vgl. etwa Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft Saarbrücken, *Grunddaten zur gegenwärtigen Situation der Sozialstationen in der Bundesrepublik Deutschland*, hrsg. vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn 1980.

⁴⁵ Vgl. *Gertrud Backes*, *Familienbeziehungen*, a. a. O., 55 ff.

einer gemeinsamen Haushaltsführung begründet, schon alleine hierdurch Kompromisse eingehen müssen, die ein Feld für potentielle Konflikte eröffnen. Dies gilt um so mehr, wenn die Pflegeperson etwa ihre berufliche Tätigkeit zur Übernahme der Pflege aufgeben müßte⁴⁶. Die mit familialer Pflege verbundenen besonderen mitmenschlichen Qualitäten können bei zu großem Konfliktpotential daher unter Umständen auch »Abhängigkeit zur Qual werden lassen«⁴⁷, so daß ihre (partielle) Substitution durch professionelle Pflege bedarfsgerecht erscheinen mag. Die gegenwärtig durch die Sozialhilfe-Finanzierung vermittelte Interpretation des Subsidiaritätsprinzipes vermag diesem nicht ausreichend Rechnung zu tragen.

b. Sozialhilfe-Finanzierung und materielle Absicherung familialer Pflege

Daß die Sozialhilfe zur alleinigen öffentlichen Finanzierungsquelle bei Pflegebedürftigkeit geworden ist, kann aber nicht nur bewirken, daß notwendige professionelle Dienste unterbleiben. Auch die familiale Pflege selber ist gegenüber anderen Lösungen der Finanzierungsproblematik beeinträchtigt. Denn das von den meisten Experten aus psychologischer Sicht für den Pflegebedürftigen wie für die Pflegeperson als notwendig angesehene »Pflegegeld«, das der Pflegebedürftige mit der Möglichkeit der Weiterleitung an die ihn Betreuenden erhält, kann ebenfalls nur bekommen, wer den Antrag auf die Sozialhilfe-Leistung »Hilfe zur Pflege« stellt. Insbesondere die Tatsache, daß die den Pflegebedürftigen betreuenden Angehörigen im Zuge der Antragsbearbeitung ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse offenlegen müssen, wirkt als Hemmschwelle für den Empfang dieser Hilfeart und verstärkt so das Gefühl der Abhängigkeit des Pflegebedürftigen von seinen Angehörigen. Als weiteres Problem erweist sich in diesem Zusammenhang, daß es zwar allgemein als wünschenswert angesehen wird, daß für diejenige Pflegeperson, die ihre Berufstätigkeit aufgibt, um sich der Betreuung ihrer Familienangehörigen zu widmen, die Zeit der Pflegetätigkeit rentenrechtlich nicht verloren ist: Dies würde verhindern, daß der/die Betroffene später wegen der Pflegetätigkeit selber nur über eine kärgliche Alterssicherung verfügt⁴⁸. Gegenwärtig kann dies jedoch nicht gesichert werden:

⁴⁶ Vgl. zum Beispiel *Ulrich Lang*, Pflegebedürftige alte Menschen in Berlin – Probleme ihrer häuslichen Betreuung, Berlin 1975, 33 ff.

⁴⁷ Vgl. *Rudi Geil*, Neue Hilfen, a. a. O., 37.

⁴⁸ Vgl. etwa Bund-Länder-Arbeitsgruppe: Aufbau, a. a. O., 57.

Zwar sieht auch die Finanzierung über Sozialhilfe die Möglichkeit vor, daß der Sozialhilfeträger Beiträge zur Rentenversicherung für die Pflegeperson entrichten kann. Voraussetzung ist jedoch wiederum zunächst, daß der Pflegebedürftige Antrag auf Sozialhilfe stellt; darüber hinaus legen die meisten Sozialämter die »Kann«-Vorschrift des BSHG jedoch so restriktiv aus, daß sie nur für denjenigen Rentenversicherungsbeitrag zahlen, der selber im eigenen Alter andernfalls Sozialhilfeempfänger wäre⁴⁹ – dies führt dazu, daß weniger als 0,5% der familialen Pflegepersonen diese Leistung erhalten.

Es ist zu bezweifeln, daß diese restriktive Auslegung für die Bereitschaft zu familialer bzw. Laienpflege förderlich ist: Unter Umständen wird so professioneller Pflege Vorschub geleistet – eine sicherlich nicht mit dem Subsidiaritätsgedanken zu vereinbarende Konsequenz.

c. Sozialhilfe-Finanzierung und die stationäre Betreuung Pflegebedürftiger

Bezogen sich die bislang diskutierten Argumente auf die Frage, ob innerhalb der ambulanten pflegerischen Versorgung die gegenwärtige Finanzierungsstruktur zu einer versorgungspolitisch sinnvollen Interpretation der Relation von Subsidiarität zu Solidarität führt, so ist zudem zu thematisieren, wie sich die Tatsache auswirkt, daß ein um stationäre Betreuung nachsuchender Pflegebedürftiger im Regelfall auf die Sozialhilfe verwiesen ist. Es gibt Anzeichen dafür, daß auch hier sowohl das Subsidiaritäts- als auch das Solidaritätsprinzip verletzt werden.

Das Solidaritätsprinzip wird in dem Ausmaße verletzt, in welchem aus den Finanzierungsrahmenbedingungen ein Mangel an Heimplätzen resultiert, der dazu führt, daß ein Teil derjenigen Pflegebedürftigen, die im Vergleich zu einer Heimunterbringung nicht ohne spürbare Einbußen an Versorgungsqualität zu Hause betreut werden können, nicht den Zugang zum Heim findet. Als Indikatoren für einen Mangel an Pflegeheimplätzen gelten etwa die im Ausland zumeist größere Zahl an Plätzen je 100 Senioren⁵⁰ sowie der hohe Anteil der »Fehlbelegungen« in Krankenhäusern, der hier so interpretiert wird, daß die Pflegefälle nicht schnell genug

⁴⁹ Vgl. Bernd Schulte/Peter Trenk-Hinterberger, Sozialhilfe, a. a. O., 279.

⁵⁰ Vgl. Willi Rückert, Hilfe- und pflegeabhängige Deutsche und ihre Helfer in der Bundesrepublik Deutschland – ergänzt durch einen skizzenhaften Vergleich mit dem Altenhilfssystem Dänemarks, der Niederlande, Österreichs und der Schweiz, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1983, 42 ff.

in für sie geeigneten Einrichtungen untergebracht werden könnten⁵¹. Das quantitative Ausmaß dieses Heimplätze-Mangels ist allerdings umstritten; wurde er etwa 1980 auf über 90000 Betten beziffert⁵², wird in jüngster Zeit von den Sozialhilfeträgern bereits regional ein Bettenüberhang reklamiert⁵³.

Mindestens ebenso entscheidend wie von quantitativen Defiziten ausgehende Verletzungen des Solidarprinzips sind von qualitativen Defiziten ausgehende Verletzungen des Subsidiaritätsgedankens. Solche Verletzungen werden der Sozialhilfe insbesondere angelastet, als sie eine stärkere Orientierung des stationären Sektors an aktivierender Pflege und geriatrischer Rehabilitation verhindere. So sind nicht nur spezielle Zentren für geriatrische Rehabilitation – die, wie auch die wenigen bundesrepublikanischen Beispiele zeigen, in deutlich überdurchschnittlichem Maße zur Verringerung der Abhängigkeit von Fremdhilfe beitragen können⁵⁴ – im Regelfall nicht finanzierbar, da sowohl Krankenkassen wie auch Sozialhilfe sich nicht für zuständig erklären.

Darüber hinaus wird auch die dünne Personaldecke in Pflegeheimen auf die Sozialhilfe zurückgeführt, die zum einen bewirke, daß zu wenig Fachpersonal für spezielle Rehabilitationsübungen zur Verfügung stehe, zum anderen auch das allgemeine Pflegepersonal aus Zeitnot eher die rationelle »Vollversorgung« für alle praktiziere als jeweils auf die individuell noch vorhandenen beschränkten Fertigkeiten des Patienten bei den täglichen Verrichtungen einzugehen⁵⁵ – die hieraus resultierende (empirisch in erheblichem Umfang nachweisbare⁵⁶) »Übersorgung« verhindert aber Hilfe zur Selbsthilfe und stellt so einen Verstoß gegen das Subsidiaritätsprinzip dar.

⁵¹ Vgl. *Hans-Heinrich Rüschemann*, Gesamtmodell Gesundheitswesen. Erste Phase des Modellbildungsprozesses – Konzeption und Operationalisierung, Kiel 1983, 127 f.

⁵² Vgl. Bund-Länder-Arbeitsgruppe, Aufbau, a. a. O., 66 f.

⁵³ Vgl. hierzu *Bernd-Ulrich Drost*, Das Dreiecksverhältnis von Hilfeempfänger – Heimträger – Kostenträger Sozialhilfe – Anmerkungen zu einem gefährdeten Gleichgewicht, in: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit* 34 (1983) 362 ff.

⁵⁴ Vgl. beispielsweise *Beate Rönnecke*, Klinik für Rehabilitation, in: *Arbeitsgruppe Fachbericht über Probleme des Alterns*, a. a. O., 764 ff.

⁵⁵ Vgl. hierzu ausführlich *Siegfried Gössling*, Eingruppierung nach Pflegebedürftigkeit und Personalzahlen, in: *Das Altenheim* 17 (1978) 249 ff.

⁵⁶ Vgl. etwa *Robert E. Zimmermann*, Integration in der offenen und geschlossenen Altershilfe, Bd. II: Gesamtberichterstattung, Bern-Stuttgart 1982, 62 ff.; *Hans-Heinrich Rüschemann*, Gesamtmodell, a. a. O., 127 ff.

3. Subsidiaritätsgedanke und Solidarprinzip
im Spannungsfeld zwischen familialer und professioneller Pflege (II):
Perspektiven

a. Das »Dilemma« einer Pflegesicherungsreform:
Abbau von Unterversorgung oder Aufbau von Überversorgung?

Die Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Systems der Leistungserbringung für Pflegebedürftige ergab, daß zahlreiche Indizien dafür sprechen, daß sowohl der Subsidiaritätsgedanke (etwa durch mangelnde Unterstützung der familial Pflegetätigen und durch unzureichend nutzbare Rehabilitationsmöglichkeiten) als auch das Solidarprinzip (etwa durch von der Sozialhilfe ausgehende »disincentives« zur Inanspruchnahme versorgungspolitisch gebotener Leistungen) verletzt werden. Entsprechend intendieren die unter den Stichworten »Versicherungslösung« und »Leistungsgesetz« skizzierten Reformansätze auch, die Versorgungsqualität zu verbessern, indem dem Pflegebedürftigen bzw. seinen Angehörigen monetäre bzw. reale Transfers zur Verfügung gestellt werden. Erwünscht wird, daß zum einen die bislang unter »systembedingtem« versorgungspolitisch defizitären Nachfrageverzicht stehenden Pflegebedürftigen unter weniger restriktiven Rahmenbedingungen ihre Nachfrage ausweiten; zum anderen, daß unter gesicherteren Finanzierungsbedingungen die Anbieter von professionellen Pflegeleistungen ihr Angebot intensivieren und qualitativ stärker differenzieren, insbesondere die rehabilitativen zugunsten rein »verwahrender« Hilfen ausbauen.

Von zahlreichen Autoren werden genau diese Effekte jedoch auch kritisiert. Sie räumen zwar ein, daß unter Umständen im bisherigen System der Pflegefallfinanzierung der Zugang zu professionellen ambulanten und stationären Diensten so eingeschränkt ist, daß die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen hierunter in Mitleidenschaft gezogen werden mag, vermuten jedoch, daß eine Verbesserung die Bereitschaft zu eigenverantwortlicher Pflege beeinträchtigen und damit gegen den Subsidiaritätsgedanken verstoßen würde⁵⁷.

Relativ unproblematisch erscheinen unter dieser Perspektive lediglich diejenigen Transfers, die auf eine Verbesserung der sozialen Alterssicherung der Pflegeperson abzielen: Hier wird übereinstimmend die Auffas-

⁵⁷ Vgl. statt vieler Jürgen Boese/Maria Rita Heuser, Pflegeversicherung, a. a. O., 156; siehe auch Fritz Beske u. a., Zur Problematik der Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen unter besonderer Berücksichtigung finanzieller und ordnungspolitischer Aspekte. Eine Projektstudie, Kiel 1983, passim.

sung vertreten, daß deren Anspruch auf eine eigene Rente, die über dem Sozialhilfeniveau liegt, zunächst aus dem Solidaritätsprinzip folgt: insbesondere wenn durch die Berufsaufgabe des pflegetätigen Familienmitgliedes das Haushaltseinkommen sinkt und gleichzeitig durch die pflegebedingten Aufwendungen die finanzielle Belastung der Familie steigt, wird die Leistung freiwilliger Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung von vielen nicht erwartet werden können. Darüber hinaus kann diese Unterstützung der Alterssicherung der Pflegeperson auch als Konsequenz aus dem Subsidiaritätsgedanken verstanden werden: die Bereitschaft zur familialen Pflege – auch als Alternative zu institutionalisierten Betreuungsformen – wird vermutlich hierdurch gestärkt werden können. Hinsichtlich der übrigen Maßnahmen, die direkt auf den Zugang zu den professionellen Diensten gerichtet sind, bleibt jedoch ein letztlich nur normativ zu lösendes Dilemma: je »freier« der Zugang zu ihnen ist, desto mehr wird ihre Inanspruchnahme steigen. Diese gestiegene Inanspruchnahme kann aber nicht nur unter der Perspektive des Abbaus von »Unterversorgung« als erwünscht gelten; sie kann umgekehrt vielmehr auch als »Beweis« gewertet werden, daß die Familien in ihrer Bereitschaft zu ehrenamtlicher Pflege erlahmen und – gestützt in dieser Auffassung durch die Professionellen, die ihre Status- und Einkommenschancen wahren wollen⁵⁸ – Funktionen an Pflegeinstitutionen abgeben: wobei diese Abgabe dann sowohl als humanitäres Defizit für den Pflegebedürftigen als auch als – nicht gerechtfertigte – finanzielle Mehrbelastung für die Erwerbstätigen wird interpretiert werden können. Das Subsidiaritätsprinzip würde verletzt und der Solidargedanke überstrapaziert⁵⁹. Wenn auch dieses Dilemma letztlich nicht gelöst werden kann, kann dennoch versucht werden, Organisationsformen einer Neukonzeption zu suchen, die zu den geringstmöglichen Überstrapazierungen des Solidar- zu Lasten des Subsidiaritätsgedankens führen. In diesem Zusammenhang sollen daher zwei Fragestellungen angesprochen werden: zum einen, für welche Zielgruppen die Vergabe von Transfers am ehesten

⁵⁸ Vgl. insbesondere *Christian von Ferber*, Pflegebedürftigkeit, a. a. O., 258 ff.

⁵⁹ Geradezu exemplarisch hierfür ist die Interpretation der Entwicklung in den Niederlanden, wo seit 1968 eine Gesetzliche Pflegefallversicherung besteht und sich seit dieser Zeit die Zahl der Pflegeheimpatienten verdoppelte (Vgl. statistisches Material bei *Louis Andriessen*, Erfahrungen mit der Versicherung der Pflegekosten in den Niederlanden, in: Informationsdienst 155, hrsg. von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., Köln 1983). Während die einen dies als »warnendes« Beispiel zitieren (vgl. etwa *Werner Keß*, Die Pflege-[Volks-]versicherung in den Niederlanden, in: Die Ersatzkasse 60 [1980] 381 ff.), verweisen die anderen darauf, daß offensichtlich vorher deutliche Versorgungsgänge bestanden hätten (etwa: *Martin Pfaff u. a.*, Ausgewogene, a. a. O., 118 ff.).

ordnungspolitisch schlüssig wäre, zum anderen, ob es möglich ist, die befürchtete »Aushöhlung« des subsidiären Gedankens durch Einsatz geeigneter Steuerungsinstrumente zu begrenzen.

b. Verletzen einkommensunabhängige Transfers das Subsidiaritätsprinzip?

Eine erste in diesem Kontext zu klärende Frage betrifft den Personenkreis, für den bei familialer und/oder bei professioneller Pflege durch monetäre oder reale Transfers eine Verbesserung der Betreuungssituation ermöglicht werden soll. Aus der Literatur lassen sich hier zwei Auffassungen entnehmen: Zum einen wird – zumeist allerdings nur implizit – argumentiert, durch den »Schicksalsschlag« der Pflegebedürftigkeit mit seinen psychischen und physischen Belastungen solle niemand auch noch materiell schlechtergestellt werden als ohne Pflegebedürftigkeit. Aus diesem Ansatz würde folgen, daß aus dem Tatbestand der Pflegebedürftigkeit in jedem Falle Anspruch auf bestimmte Sozialleistungen erwüchse, ohne daß eine Einkommensabhängigkeit der Leistungsgewährung vorzusehen wäre⁶⁰.

Demgegenüber wird auf der anderen Seite vertreten, daß mit steigendem Einkommen die Möglichkeit, die pflegebedingten Kosten selber zu tragen, zunähme, so daß entsprechend die öffentlichen Leistungen zurückgefahren werden könnten und oberhalb einer bestimmten Einkommensgrenze vollkommen entfallen sollten⁶¹.

Eine rein »versorgungsstaatliche« Regelung, bei der alle Pflegefälle schematisch gleiche Leistungen erhielten, widerspricht meines Erachtens sowohl dem subsidiären als auch dem solidarischen Gedanken: Steuern bzw. Beiträge zur Finanzierung solcher Sozialtransfers zu erheben, die Empfänger mit hohem Einkommen auch ohne spürbare Belastung aus ihren eigenen Einkünften selber tragen könnten, hieße, die Sozialverpflichtung des Eigentums der Nicht-Pflegebedürftigen überzubetonen⁶². Da auf der anderen Seite allerdings auch das Argument, ein Pflegebedürftiger solle gegenüber Personen gleichen Einkommens keine wesentliche

⁶⁰ Vgl. Hessischer Sozialminister, Entwurf eines Gesetzes zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, Wiesbaden 1985, 6ff. Auch das Konzept der Bundestagsfraktion DIE GRÜNEN, Entwurf eines Gesetzes zur Finanzierung einer besseren Pflege (Bundespflgegesetz). Deutscher Bundestag, Drucksache 10/2609, kennt keine Einkommensorientierung der Leistungsgewährung.

⁶¹ Vgl. *Günter Buttler u. a.*: Wege aus dem Pflegenotstand, Baden-Baden 1985, 41 ff.

⁶² Das »Maßhaltegebot« der staatlichen Abgabenerhebung ergibt sich etwa zentral aus: *Leo XIII.*, *Rerum novarum*, Nr. 35; *Pius XI.*, *Enzyklika Quadragesimo anno*, Nr. 49.

Schlechterstellung erfahren, einer gewissen Plausibilität nicht entbehrt, mag derjenige Vorschlag einer sachgerechten Interpretation des Subsidiaritätsprinzips entsprechen, der für alle Pflegebedürftigen unabhängig vom Einkommen gewisse Mindestsozialtransfers vorsieht, diese bei niedrigen Einkommen dann jedoch deutlich aufstocken würde.⁶³

c. Stehen Instrumente zur Steuerung der Inanspruchnahme auf das »bedarfsgerechte« Niveau zur Verfügung?

Es besteht – wie beschrieben – die Befürchtung, daß unter veränderten Rahmenbedingungen auch »nicht-notwendige« Nachfrage nach professionellen Diensten artikuliert wird. Kann durch die Detailausgestaltung der Pflegereform diesen Befürchtungen Rechnung getragen werden? Sowohl hinsichtlich des Zuganges zu ambulanten professionellen Diensten als auch hinsichtlich des Zuganges zu stationären Diensten werden »Steuerungsinstrumente«, die ungewollte Verlagerungen begrenzen sollen, diskutiert.

Zugangssteuerung im ambulanten Bereich

Die Steuerung der Inanspruchnahme professioneller ambulanter Dienste soll in den meisten vorgelegten Konzeptionen durch finanzielle Arrangements versucht werden: Durch »Selbstbeteiligung« an den Kosten professioneller Dienste soll »ein Anreiz zur Eigen- und Selbsthilfe (in der Familie und kleinen sozialen Netzen) erhalten bleiben«⁶⁴. Insbesondere drei Steuerungsmodelle sind vorgeschlagen worden:

- Die professionellen Dienste werden zunächst unentgeltlich, als Sachleistung, gewährt, dafür wird das »Pflegegeld« (welches – wie beschrieben – dem Pflegebedürftigen ausgehändigt werden soll, damit dieser hiervon seine Pflegeperson zumindest teilweise entschädigen kann) je nach Ausmaß der Inanspruchnahme der Sozialstation um bis z.B. 50% gekürzt⁶⁵;
- Der Pflegebedürftige zahlt die sozialen Dienste aus den eigenen Einkünften, z. B. seinem Pflegegeld, und erhält die Auslagen anschließend teilweise (z. B. zu 70%) zurück; die Differenz stellt seine – unter Umständen nach dem Einkommen differenzierte – Selbstbeteiligung dar⁶⁶;

⁶³ Vgl. etwa *Rudi Geil*, Neue Hilfen, a. a. O., 42 ff.

⁶⁴ *Günter Buttler u. a.*, Wege, a. a. O., 44.

⁶⁵ Vgl. Bund-Länder-Arbeitsgruppe, Aufbau, a. a. O., 57.

⁶⁶ Vgl. *Martin Pfaff u. a.*, Ausgewogene, a. a. O., 140 ff.

- Ein dritter Ansatz sieht vor, daß alle professionellen Dienste (in einer anderen Variante dieses Vorschlages: alle Grundpflege – im Gegensatz zu: Rehabilitation – ausübenden professionellen Dienste) aus dem eigenen Einkommen bezahlt werden sollen⁶⁷, welches allerdings um ein nach Schweregraden der Pflegebedürftigkeit gestaffeltes Pflegegeld aufgestockt wird.

Im Rahmen der Analyse des gegenwärtigen Finanzierungssystems wurde die prinzipielle Problematik bereits deutlich: je mehr in einem Vorschlag die Dienste unentgeltlich angeboten werden, desto eher kann die Gefahr nicht-bedarfsgerechter Inanspruchnahme nicht ausgeschlossen werden. Umgekehrt gilt allerdings ebenfalls: Je mehr die Inanspruchnahme mit der Finanzkraft des Pflegebedürftigen verkoppelt wird, um so wahrscheinlicher wird, daß Bevölkerungsgruppen mit geringem Einkommen auch dann ihre Nachfrage nach solchen Diensten begrenzen würden, wenn daraus erhebliche Versorgungsdefizite resultierten.

»Heimnotwendigkeit« als Zugangsvoraussetzung für den stationären Sektor?

Den Zugang zum stationären Sektor betreffend, wird – neben finanzieller Selbstbeteiligung – eine weitere Steuerungsmöglichkeit gesehen, auf die wegen ihrer prinzipiellen Bedeutung im Rahmen der Diskussion um Subsidiarität und Solidarität bei der Pflegesicherung abschließend eingegangen werden soll: administrative Bedürfnisprüfung.

Eine Zugangssteuerung durch eine administrative Bedürfnisprüfung ist in Ansätzen im bundesdeutschen Sozialhilferecht seit langem verankert und zum 1. 1. 1984 verschärft worden⁶⁸; es kann davon ausgegangen werden, daß dieses Instrument mit verbesserten Finanzierungsregelungen an Bedeutung gewinnen würde⁶⁹.

Soll die »Heimnotwendigkeit« ermittelt werden, bedarf es eines objektivierenden Maßstabes, welcher anstelle des subjektiv empfundenen

⁶⁷ Vgl. Deutscher Verein, Einzelüberlegungen, a. a. O., 69.

⁶⁸ § 3 Abs. 2 BSHG: »Wünschen des Hilfeempfängers, die Hilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung zu erhalten, soll nur entsprochen werden, wenn dies nach der Besonderheit des Einzelfalls erforderlich ist, weil andere Hilfen nicht möglich sind oder nicht ausreichen.«

⁶⁹ Auch im Ausland ist in den Ländern mit einer gut ausgebauten Pflegeheiminfrastruktur eine administrative Kontrolle realisiert worden, wobei in den entsprechenden Kommissionen neben Verwaltungskräften immer auch Ärzte und Sozialarbeiter sitzen. Vgl. für Dänemark *Karin von Kries*, Zur Situation der Altenhilfe in Dänemark, in: Das Altenheim 16 (1977) 128ff., und für die Niederlande: *Pieter J. Blommesteijn*, Die Seniorenpolitik in den Niederlanden, in: Das Altenheim 16 (1977) 131ff.

Bedürfnisses des alten Menschen tritt, da von dessen Wunsch ja offensichtlich angenommen wird, daß er von der »objektiven Bedarfslage« abweichend auch dann auf eine Heimunterbringung gerichtet ist, wenn Hilfen zur häuslichen Pflege ebenfalls geeignet wären. Die Bedarfsprüfung erscheint somit als Instrument zur Sicherung der Solidargemeinschaft vor »ungerechtfertigter« Inanspruchnahme. Sie kann im übrigen auch als das Subsidiaritätsprinzip in jenen Fällen stärkend angesehen werden, in denen die Familien auf ihre Angehörigen Druck ausüben, in ein Pflegeheim zu gehen: Die Position dieser – quasi gegen ihren eigentlichen Willen »überredeten« – Pflegebedürftigen gegenüber ihrer Familie würde durch eine Bedarfsprüfung aufgewertet.

Auf der anderen Seite ist dieses Steuerungsinstrument zugleich jedoch auch als Verletzung des Subsidiaritätsprinzips kritisiert worden: Eigenverantwortlichkeit, so dieses Argument, sei integraler Bestandteil der »Hilfe zur Selbsthilfe« und werde verletzt, wenn gegen den expliziten Wunsch nach Heimunterbringung auf administrativem Wege ambulante Hilfe vorgeschrieben würde. Zumindest müsse bei gleichermaßen nützlichen Alternativen ein Wahlrecht eingeräumt werden⁷⁰.

Zusätzliche Probleme ergeben sich aus der praktischen Umsetzung einer Überprüfung der »Heimnotwendigkeit«: Sie wird immer mehrere, voneinander unabhängige Entscheidungsdimensionen zu beachten haben. Gerontologische Studien, die (für andere Zielsetzungen) Skalen der Pflegebedürftigkeit ermittelten, arbeiteten teilweise mit bis zu 65 Kriterien, hinsichtlich derer das Ausmaß der Hilflosigkeit variieren kann; hierbei werden körperliche und psychische Zustände ebenso berücksichtigt wie soziale Zustände, wobei letztere ein weites Feld, von der Fähigkeit, den Haushalt zu führen, bis zu Wohnstandards und der Kontaktsituation, umfassen⁷¹. Soll der Entscheidungsprozeß standardisiert werden, müßten alle Einzelbewertungen zu einem Index aggregiert werden: etwa wäre bis zu einer festzusetzenden Punktzahl eine Heimunterbringung nicht »notwendig«, müßte ein darauf gerichteter Wunsch also abgelehnt werden. Es erscheint fraglich, ob ein Index valide so

⁷⁰ Vgl. *Bernd-Ulrich Drost*, Das Dreiecksverhältnis . . . , a. a. O., 369; o. V.: Gefährliche Sparvorschläge, in: *Das Altenheim* 15 (1976) 241f.; siehe auch *Siegfried Gössling*, »Heimbedürftigkeit« – ein neuer Maßstab für die Sozialhilfe? In: *Das Altenheim* 16 (1977) 71 ff.

⁷¹ Vgl. etwa *Hulten u. a.*, A Method to Calculate Nursing Load, in: *Scandinavian Journal for Rehabilitative Medicine* 1 (1969) 117ff.; *Bergener*, Entwicklung und Anwendung einer Pflegebedürftigkeitsskala, in: *Social Psychology* 10 (1975) 39 ff.; *Pfeiffer*, Multidimensional functional assessment: The OARS methodology, hrsg. vom Center for the Study of Aging and Human Development, Durham 1975.

konzipiert werden kann, daß durch diese Vorgehensweise den Einzelfällen hinreichend Rechnung getragen werden kann.

Aber auch bei nicht-standardisierten Einzelfallentscheidungen ist die potentielle Fehlergröße beachtlich. Amerikanische Untersuchungen zeigen zumindest, daß schon bei der Medizinern gestellten Aufgabe, den Gesundheitszustand von Hochbetagten für die kommenden drei Monate vorzuschätzen, hohe Fehlerquellen auftraten⁷², insbesondere eine kurze Zeit später eintretende deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht prognostiziert wurde. Damit aber mag es nicht ausgeschlossen sein, daß diejenigen älteren Menschen, die heute noch in der Lage wären, bei der Heimauswahl mitzuwirken und sich dort zu integrieren, deren Wunsch jedoch abgelehnt wurde, in wenigen Monaten völlig hilflos eingeliefert werden müssen und unter sehr viel ungünstigeren Umständen ihren Heimaufenthalt beginnen. Administrative Überprüfung der »Heimnotwendigkeit« kann so auch Entfaltungspotentiale des einzelnen verhindern – damit aber würde gerade sie auch gegen das Subsidiaritätsprinzip verstoßen. Negativ wirkt sie auch auf die Gesamtheit aller Heimbewohner, wenn sie dazu führt, daß dort nur noch Schwerstpflegefälle eingeliefert werden.

III. SCHLUSSBEMERKUNGEN

Der – eingangs zitierten – These der »Caritas«, eine obligatorische Pflegefallversicherung sei eine angemessene Interpretation des Subsidiaritätsprinzips, kann nur mit Einschränkungen zugestimmt werden. Zutreffend ist zunächst, daß Zwangsvorsorge durchaus ordnungspolitisch schlüssig erscheint, da ausreichende freiwillige Vorsorge eher unwahrscheinlich ist. Auch werden durch Sozialhilfe vielen Pflegebedürftigen Hemmnisse zu ausreichender Pflege beseitigt. Nicht ausgeschlossen werden kann aber, daß aus einer deutlichen Öffnung des Zuganges zu professionellen Diensten auch solche von der Allgemeinheit zu finanzierende Mehrinanspruchnahmen resultieren, die die familiäre Pflege schwächen, ohne dem Pflegebedürftigen einen Zuwachs an humaner Pflege zu sichern.

⁷² Vgl. *Wan u. a.*, The Accuracy of Prognostic Judgements of Elderly Long-Term Care Patients, zit. nach: *William G. Weissert*, Toward a Continuum of Care for the Elderly: A Note of Caution, in: *Public Policy* 29 (1981) 337.