

Antwort der Bundesregierung

auf die Große Anfrage der Fraktion DIE GRÜNEN — Drucksache 10/2957 —

Altenhilfepolitik in der Bundesrepublik Deutschland

*Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit – 118 –
GA – 10/136 – hat mit Schreiben vom 30. Oktober 1985 namens
der Bundesregierung die Große Anfrage wie folgt beantwortet:*

Vorbemerkung

Die Bundesregierung hat in den Antworten zu der Kleinen Anfrage „Lebensumstände älterer und hochbetagter Frauen in der Bundesrepublik Deutschland“ (Drucksache 10/1807) und zu den Großen Anfragen „Lebenssituation und Zukunftsperspektiven älterer Menschen“ (Drucksache 10/2784) und „Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung“ (Drucksache 10/3374) sowie im Bericht „zu Fragen der Pflegebedürftigkeit“ (Drucksache 10/1943) die Situation der älteren und pflegebedürftigen Menschen umfassend analysiert sowie ausführlich und umfassend ihre Vorstellungen und Ziele zur Altenhilfepolitik dargestellt. Darauf wird Bezug genommen.

Die Lebensverhältnisse und die Zukunftsperspektiven der älteren Menschen in der Bundesrepublik Deutschland zu verbessern, ist ein Schwerpunkt der Politik der Bundesregierung. Bei ihrer Politik für ältere Menschen berücksichtigt die Bundesregierung deren Wünsche und Erwartungen, insbesondere

- das starke Streben nach selbständiger und selbstbestimmter Lebensführung, solange dies eben möglich ist,
- den Wunsch, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und nicht abseits zu stehen und
- das Verlangen nach materieller und sozialer Sicherheit und nach Hilfe und Betreuung im Falle der Pflegebedürftigkeit.

Die Bundesregierung wird weiter alles unternehmen, um die Sicherheit der Renten und Pensionen auch künftig zu garantieren und denen zu helfen, die in Not und wirklich bedürftig sind.

Darüber hinaus wird die Bundesregierung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten dazu beitragen, daß ein vielschichtiges und abgestuftes System von Hilfen zur Verfügung steht, das auf einer soliden materiellen Sicherheit für alte Menschen aufbaut und das von der Möglichkeit familiennahen und altersgerechten Wohnens über Sozialstationen bis hin zu Hilfen in Heimen reicht.

Von besonderer Bedeutung ist dabei für die Bundesregierung die Erhaltung der selbständigen Lebensführung älterer Menschen dort, wo sie möglich ist und gewünscht wird. Dies gilt auch in vollem Umfange für Pflegebedürftige.

Die Bundesregierung hat in ihrem Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit zum ersten Male in der nunmehr seit über zehn Jahren währenden Diskussion um eine bessere finanzielle Absicherung bei Pflegebedürftigkeit das Stadium der Modellüberlegungen verlassen und Folgerungen aus der schwierigen Situation der Pflegebedürftigen und ihrer oft überlasteten Pflegepersonen gezogen: Sie hat ein Bündel von Einzelmaßnahmen angekündigt und zum Teil bereits verwirklicht. Es umfaßt im wesentlichen Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen Pflege im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, Maßnahmen im Wohnungswesen, um das Wohnen mehrerer Generationen unter einem Dach zu erleichtern und die Prüfung, ob

für Fälle häuslicher Pflege weitere steuerliche Maßnahmen in Betracht zu ziehen sind.

Die Bundesregierung erkennt an, daß familiäre Hilfen, vor allen Dingen pflegerische Hilfen, in ständig wachsendem Umfang und meistens von Frauen erbracht werden. Sie weiß, daß die starke Belastung von den Pflegenden oft nur durch den vollen Einsatz ihrer physischen und psychischen Kräfte bewältigt werden kann. Die Bundesregierung wird deshalb im Rahmen ihrer Zuständigkeiten alles unternehmen, um den Ausbau ambulanter sozialer Dienste, der teilstationären Hilfen, der Kurzzeitpflege und anderer Dienste zu fördern.

Die Bundesregierung ist sich jedoch bewußt, daß eine große Zahl älterer Menschen Hilfe und Betreuung sachgerecht nur in Einrichtungen der Altenhilfe erhalten kann. Für die Bundesregierung hat deshalb die stationäre Versorgung einen festen und nicht verrückbaren Platz im System der Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen.

Die Bundesregierung sieht, daß die Versorgung von alten und pflegebedürftigen Menschen der weiteren Verbesserung bedarf und daß in der Praxis in Einzelfällen Mißstände bei der Versorgung gegeben sein können. Die Bundesregierung wendet sich in diesem Zusammenhang jedoch gegen negative und sachlich nicht gerechtfertigte Pauschalurteile. Dies gilt z. B. für die Darstellung der heutigen Situation in den Heimen für ältere Menschen, in denen sich viele Betreuer und Pflegekräfte – oft genug unter Einsatz all ihrer Kräfte bis hin zur Aufopferung – für ältere Menschen einsetzen und diese besser betreut werden als je zuvor.

Dazu haben das Heimgesetz und die darauf basierenden Rechtsverordnungen entscheidend beigetragen. Die Bundesregierung wird auch künftig auf eine weitere Verbesserung der Situation der älteren Mitbürger, die in Heimen leben, im Rahmen der ihr gegebenen Zuständigkeiten hinwirken. Dies schließt ein, daß sie neuen Wohnformen älterer Menschen gegenüber offen ist und ihre Erprobung im Rahmen der ihr gegebenen Möglichkeiten fördert.

Die Politik für ältere Menschen im engeren Sinne ist nach dem Grundgesetz nur zu einem geringen Teil Angelegenheit des Bundes. Altenpolitik ist in erster Linie Aufgabe von Ländern und Gemeinden, von denen insbesondere die Gemeinden aufgrund besonderer Kenntnis und Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten, der gewachsenen sozialen Strukturen und der regionalen Gewohnheiten eine praxisnahe, bedarfsgerechte und menschliche Versorgung älterer Bürger sicherstellen sollen. Der größte Teil der gestellten Fragen bezieht sich dementsprechend auf Angelegenheiten der Länder und Gemeinden. Die Antwort der Bundesregierung stützt sich insoweit auf die Informationen aus den Ländern und die dort vorhandenen Daten.

Aufgabe des Bundes ist es, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Darüber hinaus kann die Bundesregierung zur sachgemäßen Erfüllung ihrer Aufgaben notwendige Forschung (Ressortforschung) betreiben bzw. fördern. Sie kann ferner für ihre Politik

richtungsweisende Modellvorhaben fördern und dadurch neue Wege prüfen und ggf. auch eröffnen. Dies hat die Bundesregierung in der Vergangenheit in erheblichem Umfang getan und dadurch neue Entwicklungen gefördert und in Gang gesetzt. Sie sieht dies neben der Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen auch für die Zukunft als eine wichtige Aufgabe an.

1. Zur materiellen Situation älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland

1. Wie viele ältere Menschen im Rentenalter sind aufgrund ihrer niedrigen Rentenansprüche sozialhilfeberechtigt, und wie hoch ist dabei der Anteil der älteren Frauen?

Auf die Antworten der Bundesregierung zu Frage II.4 in Drucksache 10/2784 (Seite 17 f.) und Frage 10 in Drucksache 10/1807 (Seite 12 ff.) wird verwiesen. Angaben darüber hinaus, z. B. bei wie vielen Personen im Rentenalter unzureichende Versicherungs- oder Versorgungsansprüche Haupt- oder Mitursache für die Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen sind, enthält die Sozialhilfestatistik nicht. Im übrigen ist darauf hinzuweisen, daß der Anspruch auf Sozialhilfe außer von laufenden Einkünften (Renten und Pensionen, Mieteinkünften, Zinsen etc.) auch von einer zumutbaren Verwertung vorhandenen Vermögens abhängig ist.

2. Wie hoch ist nach Auffassung der Bundesregierung die Dunkelziffer der älteren Menschen einzuschätzen, die ihre Ansprüche auf Hilfen nach dem BSHG (aufgeschlüsselt nach Hilfen zum Lebensunterhalt, Hilfe zur Pflege, einmalige Beihilfen) nicht wahrnehmen?

Es wird auf die Antwort zu Frage II.4 in Drucksache 10/2784 (Seite 17 f.) verwiesen.

3. Welche Auswirkungen hat materielle Notsituation auf die Gesundheit (sowohl körperlich wie psychisch) und auf die soziale Lage (Isolation, soziale Aktivität) der betroffenen älteren Menschen?

In welchem Maße bestehen nach Vorstellung der Bundesregierung unmittelbare Zusammenhänge zwischen materieller Lage, Wohnverhältnissen älterer Menschen und Heimunterbringung im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit?

Die Bundesregierung geht davon aus, daß eine materielle Notsituation bei älteren Menschen nicht einzutreten braucht, wenn diese von ihren Rechten, insbesondere nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG),

Gebrauch machen. Wie sich aus der Antwort auf die Frage I.2 ergibt, ist jedoch bekannt, daß ein Teil der älteren Menschen Ansprüche auf Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz nicht wahrnimmt und so in materielle Notsituationen geraten kann.

Die Gesundheit älterer Menschen wird – neben einer Vielzahl anderer Faktoren – auch durch ihre materielle Situation bestimmt. Im einzelnen wird auf die Drucksache 10/2784, Seite 19 ff., verwiesen.

Auch die soziale Lage älterer Menschen wird in aller Regel durch ihre materielle Situation beeinflusst. Materieller Mangel schränkt die Möglichkeiten aktiver Teilnahme am gesellschaftlichen und sozialen Geschehen, wie auch die Möglichkeiten zu sozialen Kontakten ein. Im einzelnen wird auf den Forschungsbericht „Theorie und Praxis der Sozialhilfe. Zur Situation der einkommensschwachen alten Menschen“, Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e. V., Köln, Band 56 der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, 1978, und die Untersuchung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, des Landes Baden-Württemberg: „Die Lebenssituation alter Menschen. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in Baden-Württemberg“, 1983, verwiesen.

Um eine Isolation älterer Menschen zu vermeiden und soziale Aktivitäten zu erhalten, haben viele Kommunen und Gebietskörperschaften Vergünstigungen für bedürftige alte Menschen bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln, zum Besuch von Theatern, Museen, Bädern und anderen Einrichtungen geschaffen. Diese Maßnahmen werden ergänzt durch vielfältige Formen von Altentreffpunkten, Altenclubs und ähnlichen Einrichtungen.

Ein Zusammenhang zwischen materieller Lage und Wohnverhältnissen älterer Menschen ist gegeben. Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen materieller Lage und Wohnverhältnissen älterer Menschen einerseits und Heimunterbringung im Falle von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit andererseits ist jedoch nicht nachgewiesen.

Die verschiedenen Untersuchungen haben deutlich gemacht, daß hilfe- und pflegebedürftige ältere Menschen es auch unter erschwerten Bedingungen, die nicht nur in der materiellen Situation und im Wohnumfeld liegen, vorziehen, so lange wie möglich in häuslicher Umgebung zu leben.

4. Hält die Bundesregierung die ambulante ärztliche Versorgung der alten Menschen für ausreichend? Wie hoch ist der Prozentsatz der niedergelassenen Ärzte, die Hausbesuche machen?

Was unternimmt die Bundesregierung, damit die vorausgesagte sogenannte „Ärztenschwemme“ genutzt wird, um die geriatrische Versorgung zu verbessern?

Nach einer vergleichenden Untersuchung der OECD vom Mai 1984 zur Gesundheitspolitik und Ausgaben-

entwicklung „Public Expenditure on Health under Economic Constraints“ (vgl. Drucksache 10/3374, Seite 12 f.) lag die Bundesrepublik Deutschland 1980, soweit das Verhältnis von Arzt zu Einwohnern in Frage steht, mit einem Arzt für 442 Einwohner an der vierten Stelle. Die Arztdichte hat sich zwischenzeitlich noch weiter erhöht. Damit kann die ambulante ärztliche Versorgung der gesamten Bevölkerung grundsätzlich als ausreichend bezeichnet werden (zur ambulanten Versorgung siehe Drucksache 10/3374, Seite 19 f.).

Hausbesuche werden im wesentlichen von praktischen Ärzten und Allgemeinärzten sowie von Internisten durchgeführt.

Statistiken darüber, wie hoch der Prozentsatz der Ärzte ist, die Hausbesuche machen, gibt es nicht.

5. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über Entstehung und Ursachen von Pflegebedürftigkeit im Alter vor? Welche Personengruppen (Geschlecht, Schulbildung, Einkommen, Haushaltsgröße, Region) sind nach Ansicht der Bundesregierung in besonderem Maße vom Risiko der Pflegebedürftigkeit im Alter bedroht?

Welche Bedeutung mißt die Bundesregierung der Rehabilitation und der Reaktivierung unterschiedlicher Gruppen von pflegebedürftigen Betagten (z. B. nach einer Krankheit, als Folge sozialer Verlusterfahrungen, als Folge einer Behinderung usw.) bei?

Der Begriff „Pflegebedürftigkeit“ ist in unserer Rechtsordnung nicht einheitlich definiert. Kern aller Definitionen von Pflegebedürftigkeit ist jedoch, daß als pflegebedürftig gilt, wer so hilflos ist, daß er nicht ohne Wartung und Pflege sein kann (§ 68 Abs. 1 Bundessozialhilfegesetz). Von Krankheit, die die Gewährung von Krankenhilfe im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) auslöst, unterscheidet sich reine Pflegebedürftigkeit dadurch, daß sie als medizinischer Behandlung nicht zugänglich gilt. Allerdings kann sich mit den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft auch die Einschätzung der Grenze von Krankheit und Pflegebedürftigkeit bei bestimmten Erscheinungsbildern verändern.

Wie die Bundesregierung bereits im Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit (Drucksache 10/1943, Seite 3), dargelegt hat, kann Pflegebedürftigkeit bei Krankheit oder Behinderung – besonders häufig im Alter – eintreten. Der enge Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und Alter (vgl. Socialdata „Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger“, Band 80 der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Seite 41 f.) hat für folgendes Bedeutung: Da Frauen eine höhere Lebenserwartung haben als Männer, d. h. ein Alter erreichen, das mit einer höheren Prävalenz für Pflegebedürftigkeit belastet ist, ergibt sich ein höherer Frauenanteil an Alterspflegebedürftigen. Für das Verhältnis der männlichen und weiblichen Wohnbevölkerung und das Verhältnis der männlichen und weiblichen Hilfsbedürfti-

gen (als Hilfsbedürftige gelten dabei die Gruppen A, B und C der Socialdata-Untersuchung, d. h. Schwerstpflegebedürftige, Pflegebedürftige mit einer mittleren Pflegebedürftigkeit und leichter Pflegebedürftigkeit, insgesamt etwa 1,6 Mio. Personen) gilt folgende Tabelle (vgl. Socialdata a. a. O., Seite 48):

Alter:	Wohnbevölkerung männl./weibl.		Hilfebedürftige männl./weibl. A + B + C	
	%		%	
7–17	51	: 49	37	: 63
18–59	50	: 50	35	: 65
60–64	40	: 60	40	: 60
65–79	39	: 61	34	: 66
80 und mehr	30	: 70	16	: 84

Die Aufgliederung zeigt, daß ein relativ höherer Frauenanteil in allen Altersgruppen gegeben ist, als aufgrund der demographischen Strukturen und der erhöhten Lebenserwartung zu vermuten wäre. Man muß daraus schließen, daß die Pflegebedürftigkeit von Frauen nicht alleine auf die höhere Lebenserwartung zurückzuführen ist. Weitere Untersuchungen über dieses Problem fehlen.

Erkenntnisse darüber, ob Pflegebedürftigkeit regional unterschiedlich auftritt oder inwieweit Zusammenhänge mit der Schulbildung oder der Haushaltsgröße bestehen, liegen nicht vor.

Bereits in Drucksache 10/1943 (insbesondere Seite 14 f.) und Drucksache 10/2784 (Seite 26) hat die Bundesregierung deutlich gemacht, daß sie der Nutzung aller im Einzelfall gegebenen Rehabilitationsmöglichkeiten Vorrang gegenüber den Pflegeleistungen beimißt; auf diese Ausführungen wird Bezug genommen, desgleichen auf die einschlägigen Ausführungen im Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation (Drucksache 10/1233). Vorhandene und geplante ambulante und stationäre Pflegedienste müssen daher ergänzt werden durch Konzepte der geriatrischen Rehabilitation mit dem Ziel, durch geeignete aktivierende und mobilisierende Rehabilitationsmaßnahmen, an die sich geplante Nachsorge- und Selbsthilfekonzepte anschließen, eine möglichst langzeitige Selbstversorgung älterer Menschen in der gewohnten heimischen Umgebung ohne Isolation und Vereinsamung zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang wird auf den Forschungsbericht „Analyse der rehabilitationsfördernden und -hindernden Faktoren in der Geriatrie“ hingewiesen, der in Kürze in der Schriftenreihe des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung erscheinen wird.

sondern um einen durch soziale und therapeutische Intervention beeinflussbaren chronischen Krankheitsverlauf handelt? Inwieweit fördert die Bundesregierung Behandlungskonzepte, die diesen chronischen Krankheitsverlauf auffangen, abwenden, lindern oder verlangsamen?

Wie schon zur Frage I.5 ausgeführt, hängen Krankheit und Pflegebedürftigkeit eng zusammen. Pflegebedürftigkeit wird in der Praxis in der Regel immer dann angenommen, wenn der Zustand des Betroffenen als einer Behandlung nicht mehr zugänglich gilt. Dabei handelt es sich dem Krankheitsbild nach überwiegend um chronische Erkrankungen, wobei die aus ihnen folgenden Gesundheitsbeeinträchtigungen als nicht (mehr) positiv beeinflussbar gelten. Die Bundesregierung geht davon aus, daß die Folgen im weitesten Sinne beeinflussbar sind.

Bei der Frage nach „Behandlungskonzepten“ wird davon ausgegangen, daß nicht nur medizinische Behandlungskonzepte gemeint sind. Medizinische Behandlungskonzepte werden unter anderem in geriatrischen Kliniken (wie z. B. Henriettenstift Hannover – vom Bund gefördert – oder dem Evangelischen Gesundbrunnen Hofgeismar) sowie in geriatrischen Abteilungen von Krankenhäusern durchgeführt.

Im Rahmen der Modellförderung der Bundesregierung werden seit etwa 15 Jahren unterschiedliche Ansätze einer Interventionsgerontologie gefördert und erprobt. Beispielhaft werden genannt:

Altenkrankenheim mit Tagespflegeheim, Therapiezentrum und Zentrum für ambulante Dienste in Saarbrücken, Träger: Arbeiterwohlfahrt, in Betrieb seit 1984 (vgl. Drucksache 10/2784, Seite 49, linke Spalte)

Tagespflegeheim im Zusammenhang mit einem Altenzentrum und Altenwohnungen (Albertinenhaus Hamburg), Träger: Verband für Evangelische Diakonie, in Betrieb seit 1979 (vgl. Drucksache 10/2784, Seite 57, linke Spalte)

Sozialzentrum mit Rehabilitationseinrichtung in Verbindung mit Altenwohnungen und einer stationären Einrichtung der Altenhilfe in Frankfurt am Main, Träger: Frankfurter Verband für Altersfürsorge, in Betrieb seit 1975

„Hufeland-Haus“, stationäre Einrichtung der Altenhilfe mit Altentagesheim, Rehabilitationsabteilung und Altenhilfezentrum (unter anderem auch für ambulante Dienste) in Frankfurt am Main, (siehe hierzu Band 70 der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit und Drucksache 10/2784, Seite 57, linke Spalte).

Seit vielen Jahren laufen Modelle, bei denen es darum geht, Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu verzögern.

6. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß es sich bei Pflegebedürftigkeit nicht um einen körperlichen, geistigen und/oder seelischen Zustand,

7. Wie stellt sich die Bundesregierung zu der in der Zeitschrift für Gerontologie (Bd. 17, Heft 6/1984,

S. 311 bis 314, insbesondere 314) geäußerten Befürchtung, daß der Bericht über die Bevölkerungsentwicklung (Drucksache 10/863 vom 5. Januar 1984) keine solide Basis für die Altenpolitik ist? Ist die Bundesregierung der Auffassung, daß ihr Bevölkerungsbericht die zukünftige Zahl älterer Menschen zutreffend prognostiziert, und hält sie die geringe Differenzierung der Altersbevölkerung, die ja bei weitem keine homogene Gruppe ist, für zweckmäßig und angemessen?

Der 2. Teil des Berichts über die Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland (Bevölkerungsbericht) beschreibt die Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung auf die verschiedenen Bereiche von Staat und Gesellschaft auf der Grundlage von Modellrechnungen, die in einem Anhang zu diesem Berichtsteil wiedergegeben sind.

Es war nicht Aufgabe des statistischen Anhangs dieses Berichts, die künftige Entwicklung der Bevölkerung nach allen Altersgruppen zu differenzieren, die für die verschiedenen Politikbereiche bedeutsam sind.

In Nummer 5.2 des Bevölkerungsberichts „Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung im Gesundheitswesen“ werden indes in bezug auf die hochbetagte Bevölkerung ausführlich die Auswirkungen in den Bereichen Gesundheit und Pflegebedürftigkeit dargestellt. Dabei wird auch nach verschiedenen Altersgruppen differenziert. So zeigt Tabelle 14 die Entwicklung der Zahl der über 80jährigen bis zum Jahre 2000.

Bei Überlegungen zur künftigen Altenhilfepolitik berücksichtigt die Bundesregierung regelmäßig die in der Zwischenzeit bekanntgewordenen ergänzenden Erkenntnisse und Berechnungen, wie sie unter anderem in dem zitierten Artikel niedergelegt sind.

8. Mit welchen absoluten Zahlen hilfe- und pflegebedürftiger Menschen rechnet die Bundesregierung für die nächsten fünfundzwanzig Jahre (bis 1990, 1995, 2000, 2005, 2010)? Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich, um eine weitere Verschärfung des sich bereits gegenwärtig abzeichnenden Pflegenotstands zu verhindern?

Es ist nicht möglich, absolute Zahlen über hilfe- und pflegebedürftige Menschen für die nächsten fünfundzwanzig Jahre in den gewünschten Zeitsprüngen anzugeben. Es kann jedoch angenommen werden, daß die Zahl der hochbetagten Pflegebedürftigen zunehmen wird, da auch die Zahl der über 80jährigen zunehmen wird, von denen nach heutiger Erfahrung ein besonders großer Teil pflegebedürftig ist.

Die Ziele ihrer Politik sowie die beabsichtigten Maßnahmen hat die Bundesregierung im Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit (Drucksache 10/1943) niedergelegt. Diese Ausführungen werden bei den Antworten zu den folgenden Fragen zum Teil ergänzt.

9. Liegen der Bundesregierung Untersuchungen vor, die Aufschluß über die derzeitige Zahl und die künftige Entwicklung der über 65jährigen geben, die an psychischen Erkrankungen oder Störungen leiden?

Wo leben diese Menschen, welche Hilfe erhalten sie, und wie viele sind davon in stationären Einrichtungen (differenziert nach LKH's, Gerontopsychiatrische Kliniken, Pflegeheimen, u.a.) untergebracht?

In der Bundesrepublik Deutschland werden keine Krankheitsstatistiken geführt, denen verwertbare Angaben zur Beantwortung dieser Frage entnommen werden könnten. Die bei den Krankenkassen geführten Statistiken haben das Ziel, langfristige Veränderungen festzustellen. Als Krankheitsfallstatistiken erfassen sie alle Krankheitsfälle, nicht aber die erkrankten Personen, so daß aus diesen Statistiken die Frage nicht beantwortet werden kann.

Hochrechnungen aufgrund von altersspezifischen Prävalenzziffern lassen vermuten, daß die Zahl dementiell erkrankter älterer Menschen infolge der Zunahme der Hochbetagten in den vergangenen Jahren auf 800 000 bis 900 000 angestiegen ist und auf diesem Niveau verharren wird.

Die allermeisten dieser Menschen dürften in Privathaushalten leben; allerdings klagen die Altenpflegeeinrichtungen sehr darüber, daß der Anteil schwer psychisch kranker Pflegebedürftiger immer mehr ansteige und es besonderer Anstrengungen bedürfe, diesen Personenkreis angemessen zu betreuen (siehe auch bei Frage IV.9).

10. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß diese Personengruppe durch gesundheitliche Beeinträchtigungen, durch soziale Isolation und finanzielle Not (Armut) zusätzlich belastet ist? Wie beurteilt die Bundesregierung die Behandlungsfähigkeit dieser Personengruppe?

Es wird auf die Ausführungen zu Fragen I.3 und I.5 verwiesen.

II. Zur gegenwärtigen Situation in Alten-, Altenwohn- und Pflegeheimen

1. Wie viele alte und pflegebedürftige Menschen (differenziert nach Altersstufen) leben derzeit in
 - Altenheimen,
 - Altenwohnheimen/-anlagen,
 - Altenpflegeheimen,
 - sogenannten gleichartigen Einrichtungen?

Inwieweit ist diese Unterbringung darauf zurückzuführen, daß nichtstationäre Einrichtungen nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind?

Nach den der Bundesregierung vorliegenden Unterlagen leben gegenwärtig in

Altenheimen	181 173 Bewohner,
Altenwohnheimen	50 890 Bewohner,
Altenpflegeheimen	47 767 Bewohner,
mehrgliedrigen Altenheimen	177 307 Bewohner,
gleichartigen Einrichtungen	7 342 Bewohner.

Eine Differenzierung nach Altersstufen ist der Bundesregierung nicht möglich.

Wie die Bundesregierung im Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit (Seite 3) ausgeführt hat, geht sie davon aus, daß etwa 260 000 Pflegebedürftige stationär untergebracht sind. Sie vermag jedoch keine gesicherten Angaben darüber zu machen, wie viele Pflegebedürftige in welcher Art von Einrichtungen untergebracht sind.

Zum zweiten Teil der Frage verweist die Bundesregierung auf ihre Antwort zu Fragen 1, 2 und 3 der Kleinen Anfrage „Absicherung der Pflegebedürftigkeit“, (Drucksache 10/2017).

2. Welche Bedeutung haben nach Auffassung der Bundesregierung teilstationäre Einrichtungen (Tagespflegeheime, Tagesstätten, Kurzzeitpflegeeinrichtungen) im Rahmen des Altenhilfesystems, und wie werden sie gefördert?

Welche Einrichtungen dieser Art gibt es in den einzelnen Bundesländern?

Wie hoch ist der Versorgungsgrad in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich beispielsweise zur Schweiz?

Die genannten Einrichtungen sind in der Bundesrepublik Deutschland wichtige Glieder in einem umfassenden Altenhilfesystem; sie haben jedoch unterschiedlichen Charakter. Während Tagesstätten fast ausschließlich dazu dienen, dem Bedürfnis alter Menschen nach Kommunikation, Information, Bildung und Freizeitgestaltung zu dienen und nur in wenigen Fällen auch ambulante Dienste anbieten, ist die Zielsetzung des Tagesheimes und des Tagespflegeheimes darauf ausgerichtet, durch bedarfsgerechte Hilfen in erster Linie die stationäre Unterbringung zu vermeiden, hinauszuzögern oder abzukürzen (wegen Einzelheiten wird verwiesen auf die Nomenklatur der Veranstaltungen, Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe, Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 1979, Heft 65, insbesondere auf die Nummern 9 und 27). Kurzzeitpflegeeinrichtungen bieten Hilfe und Entlastung für den Fall der Krankheit oder bei Urlaub der Pflegeperson.

Teilstationäre Einrichtungen, wie z. B. Tagesheime, Tagespflegeheime und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, sind in der Bundesrepublik Deutschland noch wenig ausgebaut und Erfahrungen mit ihnen noch nicht ausreichend. Es hat sich gezeigt, daß z. B. Tagespflegeheime sehr unterschiedlich aufgenommen werden. In einigen Regionen erfreuen sie sich guten Zuspruchs, während in anderen Regionen ihre Dienste kaum

angenommen werden. Kurzzeitpflegeeinrichtungen dagegen haben eine wachsende Nachfrage.

Die Bundesregierung mißt den genannten Einrichtungen eine hohe Bedeutung bei. Mit ihnen kann die Situation Pflegebedürftiger verbessert, können die helfenden Familienangehörigen entlastet und Notsituationen überbrückt werden. Sie zielen darauf ab, die häusliche Pflege entsprechend dem auch in der Regierungserklärung betonten Grundsatz: „Ambulante Versorgung hat Vorrang vor stationärer Versorgung“ und entsprechend dem hohen Rang persönlicher Zuwendung und Hilfe zu fördern und zu unterstützen und so Pflegebedürftigen die Zuwendung ihrer Angehörigen und die sozialen Bindungen durch Verbleiben in der gewohnten Umgebung zu erhalten.

Die Bundesregierung fördert deshalb solche Modellmaßnahmen und hat bei anderen Maßnahmen der stationären Altenhilfe jeweils die Möglichkeit einer Kurzzeitpflege zur Voraussetzung der Förderung gemacht. Im Rahmen des Modellprogrammes „Ambulante Dienste für Pflegebedürftige“, das vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit durchgeführt wird, ist die Förderung von vier Tageseinrichtungen mit Rehabilitationsangebot vorgesehen.

Von den Ländern werden in der Regel im Rahmen von Investitionsförderungen Mittel für Neubauten sowie Umbau- und Modernisierungsmaßnahmen im Bereich der stationären Altenhilfe zur Verfügung gestellt. Die Höhe der einzelnen Zuschüsse ist in den Ländern unterschiedlich geregelt. Üblicherweise werden 40 bis 50 % der zuwendungsfähigen Kosten des Vorhabens übernommen.

Eine Aufstellung über die in den einzelnen Bundesländern vorhandenen Tagespflegeheime, Tagesstätten und Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist nicht möglich, da solche Aufstellungen nicht in allen Bundesländern geführt werden. Ein Vergleich mit dem Versorgungsgrad in der Schweiz ist daher nicht möglich. Für den Bereich der freien Wohlfahrtspflege wird auf deren Gesamtstatistik verwiesen, die zum 1. Januar 1984 1944 Altentagesstätten bzw. Altenbegegnungsstätten sowie 16 Tagesheime bzw. Tagespflegeheime ausweist.

3. Welche Faktoren führen nach Auffassung der Bundesregierung zu Heimunterbringung? Gibt es Untersuchungen, die sich damit befassen, inwieweit Heimunterbringung auf eigene Entscheidung der Betroffenen zurückzuführen ist oder inwieweit dabei Druck von anderer Seite ausgeübt wird?

Die Bereitschaft und der Wunsch alter Menschen, in einem Alten- oder Pflegeheim Aufnahme zu finden, wird von einer Vielzahl subjektiver und objektiver Faktoren geprägt (vgl. auch Antwort zu Fragen 1, 2 und 3 der Kleinen Anfrage „Absicherung der Pflegebedürftigkeit“ – Drucksache 10/2017).

Das Land Niedersachsen hat eine Untersuchung „Analyse der Gründe für die stationäre Pflege in Einrichtungen im Lande Niedersachsen“ in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse jedoch noch nicht vorliegen. Von dieser Untersuchung werden weitere Erkenntnisse erwartet.

Untersuchungen zur Frage, in welcher Weise die Entscheidung zum Heimeintritt durch Dritte beeinflusst wird, sind nicht bekannt.

4. Wie stellt sich die Bundesregierung zu Erkenntnissen, die darauf hindeuten, daß bei Krankenhäusern, örtlichen Sozialbehörden (u. a. Institutionen) eine zunehmende Tendenz besteht, als Zulieferanten für Heime zu fungieren?

In der Antwort auf Frage I.5 ist auf die Nähe von Krankheit und Pflegebedürftigkeit hingewiesen worden. Dementsprechend berichtet die Praxis von einem hohen Anteil von Pflegeheimbewohnern, die nach einem Krankenhausaufenthalt in ein Pflegeheim übersiedelt sind. Dieser Sachverhalt kann nicht mit dem Begriff „Zulieferant“ umschrieben werden.

5. Wie viele Plätze gibt es in Ein-, Zwei-, Drei-, Vier-, Fünf-, Sechs-, Sieben- und Mehr-Personenzimmern (differenziert nach Art der Heime)?

Wie hoch ist die Verweildauer in diesen Einrichtungen? Wie läßt sich im Falle von Mehrbettzimmern der dadurch bedingte Verlust an Privatsphäre des einzelnen legitimieren?

Der Bundesregierung liegen keine neuen Zahlen über die Belegung einzelner Wohnplätze in den Heimen vor. Im Hinblick auf die Regelungen in § 14 Abs. 1, § 19 Abs. 2 und § 23 Abs. 1 der Heimmindestbauverordnung ist davon auszugehen, daß in allen Heimen einzelne Wohnplätze mit nicht mehr als vier Personen, in Altenwohn- und Altenheimen nur ausnahmsweise mit mehr als zwei Personen belegt werden.

Über die Verweildauer in Heimen kann die Bundesregierung keine Angaben machen. In der Regel werden Heimbewohner auf Lebenszeit in ein Heim aufgenommen. Die Aufnahme in ein Mehrbettzimmer wird in erster Linie von den Interessen und Bedürfnissen des Heimbewohners bestimmt sowie von der vorhandenen Platzkapazität. Es ist ein vielfach geäußelter Wunsch, einen Wohnraum mit anderen Bewohnern als ständigen Ansprechpartnern zu teilen, da Bettlägerige auch bei bester Betreuung in der Gefahr sind, im Heim isoliert zu werden. Als Verlust oder als Beeinträchtigung der Privatsphäre kann dies insoweit nicht gewertet werden. Durch bauliche Gestaltung des Raumes kann auch, wie z. B. das vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit geförderte Modell in Hofgeismar (Else-Steinbrecher-Haus) zeigt, beim

Zusammenleben in einem Raum für beide Bewohner die Privatsphäre weitgehend erhalten bleiben. Im übrigen können Gründe einer rationelleren und kostengünstigeren Versorgung in Fällen hohen personellen und sächlichen Aufwandes, insbesondere bei kranken, pflegebedürftigen und behinderten Bewohnern, eine Unterbringung in Mehrbettzimmern notwendig machen.

6. Wie hoch ist derzeit die Zahl der Befreiungen für nichtzulässige Mehrbettzimmer (für fünf und mehr Personen) nach § 14 HeimG? Welche Träger haben derartige Befreiungen erhalten?

Wie unter II.5 ausgeführt, ist die Unterbringung von Bewohnern in Wohnplätzen für mehr als vier Personen nach der Heimmindestbauverordnung nicht zulässig. Lediglich in zwei Ländern ist in wenigen Fällen die Anpassung an die gesetzlichen Anforderungen noch nicht abgeschlossen.

7. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß es u. a. aus sozialpsychologischer Sicht richtig ist, die Pflegeeinrichtungen so klein wie möglich zu halten? Was sieht die Bundesregierung als optimale Einrichtungsgröße an?

Kleine Heime sind betriebswirtschaftlich teurer und benötigen auch bessere Personalschlüssel, wenn sie eine Betreuung rund um die Uhr sicherstellen wollen.

Welche besondere Förderung erhalten solche Heime?

Die Frage, ob unter anderem aus sozialpsychologischer Sicht größere oder kleinere Einrichtungen betrieben werden sollten, läßt sich in dieser allgemeinen Form nicht beantworten. Vielmehr wird es auf die Umstände des Einzelfalles ankommen. Hierbei kommt vor allem der baulichen und personellen Ausstattung besondere Bedeutung zu. In der Regel wird eine größere Einrichtung, insbesondere in einer Größenordnung von 60 bis 80 Bewohnern, wirtschaftlicher sein. Sie wird oft auch ein breiteres Leistungsspektrum anbieten. Es gibt jedoch auch kleinere Einrichtungen, die insbesondere aufgrund eines starken persönlichen Engagements des Betreibers und der Helfer in ihren Leistungen und in ihrer Wirtschaftlichkeit größeren Einrichtungen nicht nachstehen. Nach den Erkenntnissen der Bundesregierung erfahren kleinere Heime keine besondere Förderung.

8. Wie beurteilt die Bundesregierung mehrgliedrige Einrichtungen? Ist ihr bekannt, wie häufig in derartigen Einrichtungen Umverlegungen vom Altenwohnheim in den Altenheimteil und von dort

in die Pflegeabteilung erfolgen? Wie läßt sich dies angesichts der bekanntermaßen erschwerten Umstellfähigkeit im Alter legitimieren? Welche Auswirkungen (vor allem psychischer Art) haben derartige Umverlegungen (= Zwangsverlegungen) auf die betroffenen Menschen?

Finden auch Umverlegungen in entgegengesetzter Richtung (= Rückstufungen) statt? Wie häufig ist das der Fall (differenziert nach Selbstzahlern und Sozialhilfeempfängern)?

Auch die Bewohner von Einrichtungen der Altenhilfe haben unterschiedliche Bedürfnisse, die sich zudem im Laufe der Zeit verändern. Mehrgliedrige Einrichtungen sind eine grundsätzlich adäquate Antwort, um zwischen dem sich verändernden Grad der Hilfebedürftigkeit eines alten Menschen und den Möglichkeiten der Hilfeleistung eine möglichst weitgehende Übereinstimmung herzustellen. Im Idealfall sollte ein Heim so flexibel sein, daß es – unter Einhaltung gewisser Beobachtungszeiten – interne Verlegungen sowohl bei zunehmender Gebrechlichkeit als auch bei Funktionsverbesserungen der Bewohner vornimmt.

Jede Verlegung in eine Abteilung mit höherer Betreuungsintensität wird für den Heimbewohner mit der Erkenntnis seiner nachlassenden Gesundheit verbunden sein. Das wird immer auch eine psychische Belastung für ihn darstellen. Die mit dieser Erkenntnis verbundene Belastung muß jeder Mensch im eigenen Haushalt wie in einem Heim bewältigen. Es kommt darauf an, daß ihm in der Einrichtung der Altenhilfe hierzu die erforderliche Hilfe gegeben wird. Zunehmend praktiziert wird auch die Anpassung der Leistungen an den Pflegemehrbedarf ohne Verlegung des Bewohners. Diese höhere Flexibilität ist begrüßenswert.

Eine in Hamburg durchgeführte Untersuchung von Christiane Closs und Peter Kempe, über die auf dem 12. Internationalen Kongreß für Gerontologie 1981 in Hamburg referiert wurde („Gelingt es mehrgliedrigen Alteinrichtungen, das ihnen zugrundeliegende Konzept in der Praxis zu verwirklichen?“, unveröffentlichtes Manuskript), hat im übrigen gezeigt, daß interne Verlegungen nur in einem erstaunlich geringen Umfange stattfinden. Je nach Heimtyp lag die Quote der internen Verlegung bei dieser Untersuchung pro Jahr bei

0,9 % bei Wohnheim mit Pflegeheim,
7,7 % bei Altenheim mit Pflegeheim,
4,1 % bei Wohnheim mit Altenheim und Pflegeheim.

Die Quote der Rückverlegungen bei Besserung des Gesundheitszustandes lag nach dieser Untersuchung bei etwa 1 %. Eine Differenzierung nach Selbstzahlern und Sozialhilfeempfängern ist nicht möglich.

Im übrigen wird auf Drucksache 10/2784, Seite 57, verwiesen.

9. Wie hoch ist die Quote von (Zwangs)Verlegungen in billigere Einrichtungen? Inwiefern ist zu erwarten,

daß es infolge der mit dem Haushaltsbegleitgesetz 1984 beschlossenen BSHG-Änderungen (§ 3 Abs. 2, § 93 Abs. 2) zu derartigen Zwangsverlegungen kommt?

Sieht die Bundesregierung darin nicht eine empfindliche Einengung der Wahlfreiheit der Betroffenen?

Verlegungen gegen den Willen des Heimbewohners sind nicht bekanntgeworden. Die obersten Landes-sozialbehörden rechnen mit derartigen Maßnahmen, die für nicht sachgerecht oder nicht erforderlich gehalten werden, überwiegend auch für die Zukunft nicht. Die Pflegesatzhöhe allein wird nicht als Entscheidungskriterium angesehen.

10. Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, in denen gemäß § 3 Abs. 2 BSHG alten Menschen mit der Begründung unverhältnismäßiger Mehrkosten

- a) bei leichter bis mittlerer Pflegebedürftigkeit die Aufnahme in ein Alten(pflege)heim verwehrt wurde,
- b) die Aufnahme in ein Altenpflegeheim erzwungen wurde, weil bei mittlerer bis schwerer Pflegebedürftigkeit die häusliche Pflege zu kostenintensiv war?

Derartige Fälle sind der Bundesregierung bisher nicht bekanntgeworden. Der Entscheidung über die Heimbedürftigkeit muß eine umfassende Würdigung der Besonderheiten des Einzelfalles vorausgehen (§ 3 Abs. 1 des Bundessozialhilfegesetzes). Wünscht der Hilfeempfänger, die Hilfe in einer Einrichtung zu erhalten, so soll diesem Wunsche entsprochen werden, wenn er angemessen und dies nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, weil andere Hilfen nicht möglich sind oder nicht ausreichen. Mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbundenen Wünschen braucht nicht entsprochen zu werden. Ein uneingeschränktes Wunsch- und Wahlrecht des Hilfebedürftigen und seiner Angehörigen hinsichtlich der Gestaltung der Hilfe, wie es bisweilen gefordert wird, kann es in der Sozialhilfe wie auch im sonstigen Sozialleistungsrecht nicht geben. Die Neufassung des § 3 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes und die Einführung des § 3a in das Gesetz haben diese Grundsätze bestätigt.

11. Wie groß ist – nach der Bundesregierung vorliegenden Erkenntnissen – die Chance für Pflegeheimbewohner aufgrund rehabilitativer Maßnahmen und aktivierender Pflege

- a) dauerhafte Bettlägerigkeit zu vermeiden,
- b) weitgehende Selbständigkeit wiederzuerlangen,
- c) aus dem Heim wieder in die frühere Wohnumgebung entlassen werden zu können?

Eine exakte qualitative oder quantitative Aussage darüber ist nicht möglich. Fest steht jedoch, daß rehabilitative Maßnahmen und aktivierende Pflege grundsätzlich geeignete Mittel sind, um die in der Frage genannten Ziele zu erreichen. Das Ausmaß des Erfolges hängt jedoch vom Einzelfall ab. Zum Beispiel ist festzustellen, daß das Aufnahmealter in Pflegeheimen immer höher wird und in der Regel ein schwerer Grad der Pflegebedürftigkeit gegeben ist. Die Aufgabe der Rehabilitation und der aktivierenden Pflege gestalten sich unter anderem dadurch zunehmend schwieriger. Im übrigen wird auf die Drucksache 10/1943, Seite 7, verwiesen.

12. Wie erklärt sich die Bundesregierung den Tatbestand, daß beispielsweise in den Niederlanden der Anteil der älteren Menschen, die aus Pflegeheimen in die frühere Wohnumgebung entlassen werden, wesentlich höher ist als in der Bundesrepublik Deutschland?

Die Datenlage ermöglicht es nicht, festzustellen, wie viele alte Menschen in der Bundesrepublik Deutschland aus Pflegeheimen in Haushalte entlassen werden. Der Bundesregierung liegen auch keine Daten vor, wie viele pflegebedürftige Personen in den Niederlanden aus Einrichtungen wieder in den häuslichen Bereich entlassen werden.

Pflegeeinrichtungen im Sinne der niederländischen Gesetzgebung sind neben Altenpflegeheimen nach deutscher Vorstellung (entsprechend der Terminologie des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge) auch Einrichtungen für visuell oder auditiv Behinderte sowie für geistig Behinderte und andere. Schon von daher ist mit deutschen Altenpflegeheimen keine Vergleichbarkeit gegeben. Darüber hinaus haben Altenpflegeeinrichtungen in den Niederlanden, die deutschen Pflegeheimen entsprechen, eine andere Bewohnerzusammensetzung. Dies ergibt sich aus der unterschiedlichen Aufgabenverteilung zwischen Krankenhaus und Pflegeheim in den Niederlanden. Unterscheidungskriterium für die Aufnahme in ein Krankenhaus und die in ein Pflegeheim ist, ob fachärztliche Hilfe notwendig ist oder nicht. Dementsprechend werden in den Niederlanden in Pflegeheimen häufig Patienten aufgenommen, die zwar keiner fachärztlichen Betreuung in einem Krankenhaus bedürfen, wohl aber eine ärztliche Versorgung benötigen und die deshalb nicht in häusliche Betreuung entlassen werden können, z. B. zur Rekonvaleszenz nach einer Operation oder zur Rehabilitation von Behinderungen oder Reaktivierung von Kräften zur selbständigen Lebensführung. Diese Personen werden in der Regel zu einem späteren Zeitpunkt in die häusliche Umgebung entlassen.

III. Finanzierung der Heime und Pflegekostengestaltung

1. Wie hoch ist das Subventionsvolumen von Bund, Ländern und Gemeinden für die einzelnen Heim-

typen (aufgeschlüsselt nach Investitions- und Betriebskostensubventionen)?

Welche Kriterien liegen der Zuschußgewährung zugrunde (Einzel-, Mehrbettzimmer, Gemeinschaftseinrichtungen u. a.)?

Eine Angabe über das Zuschußvolumen von Bund, Ländern und Gemeinden für die einzelnen Heimtypen, aufgeschlüsselt nach Investitions- und Betriebskostenzuschüssen, ist nicht möglich. Der Bund selbst kann wegen fehlender Zuständigkeit solche Einrichtungen regelmäßig nicht bezuschussen.

Ausnahmsweise ist eine Förderung von Modellmaßnahmen möglich. In diesem Rahmen fördert das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit verschiedene Vorhaben der stationären und teilstationären Altenhilfe. Das gesamte Förderungsvolumen beläuft sich 1985 auf etwa zehn Mio. DM. Eine Aufteilung auf die einzelnen Heimtypen ist nicht möglich, da gerade solche Einrichtungen gefördert werden, die neue Formen und Maßnahmen erproben, die häufig nicht in die herkömmlichen Aufteilungen passen.

Die Bundesländer haben 1985 in ihren Haushalten Mittel in Höhe von 425,6 Mio. DM ausgewiesen, die für Maßnahmen der stationären Altenhilfe vorgesehen sind. Eine Aufschlüsselung des Zuschußvolumens nach den gewünschten Heimarten ist den Ländern nicht möglich. Betriebskosten werden von den Ländern in der Regel nicht mitgefördert.

Die Mittelansätze in den meisten Länderhaushalten waren in den letzten zehn Jahren zum Teil erheblich höher, da in diesen Jahren der Neubau und die Modernisierung von stationären Einrichtungen der Altenhilfe entsprechend den einzelnen Landesaltenplänen betrieben wurden.

Angaben über das Fördervolumen der Gemeinden können nicht gemacht werden.

2. Wieviel Prozent des Bruttosozialproduktes werden in der Bundesrepublik Deutschland ausgegeben für pflegebedürftige Menschen
- im stationären Bereich,
 - im teilstationären Bereich,
 - im ambulanten Bereich?

Wie groß ist die Zahl der hauptamtlichen, der nebenamtlichen und der ehrenamtlichen Mitarbeiter (umgerechnet in Vollzeitkräfte) in den drei Bereichen? Wie hoch sind die vergleichbaren Größen in den anderen Ländern der Europäischen Gemeinschaft?

Der Bundesregierung liegen keine verbindlichen Angaben über die Höhe der Ausgaben vor. Dies liegt unter anderem daran, daß die von privater Seite aufgewandten Mittel für die Pflege nicht bekannt sind.

Bundesweite Statistiken über die hauptamtlichen, nebenamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter, die

für Pflegebedürftige im stationären Bereich, im teilstationären Bereich und im ambulanten Bereich tätig sind, werden nicht geführt. Lediglich die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege gibt etwa alle zwei Jahre eine Statistik über die von ihren Mitgliedern geführten Einrichtungen heraus. Diese Träger beschäftigten nach dem Stand vom 1. Januar 1984 in ambulanten sozialpflegerischen Diensten, in Beratungsstellen und sonstigen Diensten für alte Menschen und in Wohneinrichtungen für alte Menschen 91 622 Personen vollzeitbeschäftigt und 51 135 teilzeitbeschäftigt. Die Bundesregierung erwartet umfassende Zahlen für den ambulanten Bereich durch das Forschungsvorhaben „Grunddatenerfassung ambulanter sozialer Dienste“, das Anfang 1986 abgeschlossen sein soll.

Ein Vergleich mit anderen Ländern der Europäischen Gemeinschaft ist wegen der fehlenden Zahlen nicht möglich.

3. Nach einer uns vorliegenden Berechnung (bezogen auf NW) ist im stationären Bereich im Zeitraum von 1978 bis 1982 eine Steigerung von 32,5 % erfolgt, während in dem weit personalintensiveren ambulanten Bereich im selben Zeitraum eine Steigerung von 20,7 % zu verzeichnen war.

Wie erklärt sich die Bundesregierung eine derart unterschiedliche Steigerungsquote?

Aus der Frage ist nicht ersichtlich, worauf sich die Steigerung von 32,5 % bezieht (Steigerung der Kosten der Einrichtungen, des Personals oder andere Faktoren). Das Land Nordrhein-Westfalen hat ebenfalls mitgeteilt, daß die angegebene Berechnung nicht nachvollzogen werden kann.

4. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß sich in stationären Einrichtungen aufgrund der vorgegebenen Finanzierungsstrukturen (Refinanzierung der Heime nach dem Kostendeckungsprinzip, Berechnung der Pflegesätze auf der Grundlage einer in der Regel 90 %igen Belegung, Senkung der Personalkosten durch den Einsatz stundenweise bezahlter Hilfskräfte) beträchtliche Überschüsse, vor allem in Form von Immobilienbesitz, erwirtschaften lassen? In welcher Höhe lassen sich die Überschüsse der Träger derartiger Einrichtungen (sowohl frei gemeinnützige als auch private Träger) klassifizieren? Über welche Prüfinstanzen wird wirtschaftlicher Mißbrauch von stationären Einrichtungen verhindert?

Der Bundesregierung ist nicht bekannt, daß Heime beträchtliche Überschüsse erwirtschaften. Im übrigen unterliegen Heime der Aufsicht der zuständigen Behörden in den Ländern, die einem Mißbrauch der wirtschaftlichen Stellung eines Trägers entgegenwirken. Dies gilt insbesondere auch bei der Festlegung des von Bewohnern zu leistenden Entgeltes. Durch

entsprechende Kontrollen soll ein Mißverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in Heimen verhindert werden.

5. Wie beurteilt die Bundesregierung die Möglichkeit, daß den Heimbewohnern eine Aufschlüsselung der Pflegesätze zugänglich gemacht wird, um die Pflegesätze für sie transparenter zu gestalten und um ihnen die Beurteilung der Angemessenheit (gemäß § 2 HeimG) zwischen Leistung und Entgelt zu ermöglichen?

Wie viele Heime kommen derzeit mit den festgesetzten Pflegesätzen nicht aus? Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß die in den Selbstkostenblättern aufgeschlüsselten Kostenfaktoren veröffentlicht werden müssen?

Heimbeiräte wirken nach §§ 26, 28 Heimmitwirkungsverordnung bei der Änderung und Neufestsetzung der Heimkostensätze mit. Dadurch wird die Transparenz der Entgeltbestimmung verbessert. Bei einer Novellierung des Heimgesetzes kommen zusätzliche Regelungen in Betracht.

Der Bundesregierung sind keine Fälle bekanntgeworden, in denen Heime mit den nach dem Selbstkostenprinzip ermittelten und vereinbarten Pflegesätzen nicht auskommen.

6. Wie ist die Entwicklung des Netto-Aufwandes der Sozialhilfeträger für Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt und Hilfe in besonderen Lebenslagen in Einrichtungen im Zeitraum von 1970 bis 1984, aufgeschlüsselt nach Altersklassen von jeweils zehn Jahren (0 bis 70 Jahre) bzw. von jeweils fünf Jahren (70 bis 100 Jahre)?

Wie sehen die Modellrechnungen der Bundesregierung zur künftigen Entwicklung des Netto-Aufwandes der Sozialhilfeträger für Empfänger von Sozialhilfe in Einrichtungen aus?

Die Sozialhilfestatistik enthält keine Angaben darüber, wie sich die Ausgaben und Einnahmen auf die Altersgruppen der Hilfeempfänger verteilen.

Die Bundesregierung stellt keine Modellberechnungen zur künftigen Ausgabenentwicklung der Sozialhilfe an. Angaben zur künftigen Entwicklung im Sozialbericht beruhen auf Schätzungen unter Berücksichtigung der Ausgabenentwicklung vorausgegangener Jahre.

7. Wie beurteilt die Bundesregierung die laufende Praxis, Sozialleistungsempfängern die ihnen zustehende finanzielle Unterstützung nicht persönlich auszuzahlen, sondern direkt an den Heimträger zu überweisen?

Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß das „Hamburger Modell“ – der Heimbewohner tritt hinsichtlich seines Eigenanteils dem Heim gegenüber als „Selbstzahler“ auf – dem Anspruch des § 1 Nr. 2 BSHG sowie der Forderung nach Transparenz des Aufwandes der Sozialhilfeträger entgegenkommt?

Die genannte Praxis beruht auf § 11 Abs. 2 und § 29 in Verbindung mit § 4 Abs. 2 und § 8 Abs. 1 des Bundessozialhilfegesetzes. Diese Vorschriften ermächtigen den Träger der Sozialhilfe, in begründeten Fällen auch über das Maß der Bedürftigkeit hinaus Sozialhilfe als Geld- oder Sachleistung zu gewähren. Die Anwendung dieser Vorschriften bedeutet, daß der Sozialhilfeträger den gesamten Heimkostensatz an den Heimträger zahlt. Zugleich leitet er das Einkommen des Heimbewohners auf sich über.

Auch in Hamburg werden bei Heimbewohnern mit eigenem Einkommen die (ergänzenden) Sozialhilfeleistungen an den Heimträger und nicht an den Heimbewohner gezahlt, der allerdings mit seinen eigenen Einkünften dem Heim gegenüber als Selbstzahler auftritt. Diese Praxis entspricht dem § 11 Abs. 1 und dem § 28 BSHG. Sie wird nicht nur in Hamburg angewandt, sondern ist auch in anderen Bundesländern verbreitet.

Die Bundesregierung begrüßt diese Bemühungen, die Stellung des Hilfeempfängers als Selbstzahler zu stärken. Sie weist jedoch darauf hin, daß in vielen Fällen eine Reihe von Gründen, wie z. B. der Gesundheitszustand des Heimbewohners, hoher Verwaltungsaufwand, Forderungen von Heimträgern nach vollen Kostenzusagen dem entgegensteht und deshalb nach § 11 Abs. 2 und § 29 BSHG verfahren werden muß.

8. Inwieweit setzt sich die Bundesregierung dafür ein, die diskriminierende Praxis der „Taschengeldgewährung“ durch Ausschöpfung der Möglichkeiten des § 21 Abs. 3 BSHG zu überwinden?

§ 21 Abs. 3 Satz 5 BSHG eröffnet dem Träger der Sozialhilfe die Möglichkeit, anstelle des im Einzelfall maßgebenden Barbetrages zur persönlichen Verfügung einen entsprechenden Teil der Einkünfte unberücksichtigt zu lassen. Diese Regelung, die mit dem Sozialgesetzbuch Buch X, 3. Kapitel, zum 1. Juli 1983 in Kraft trat, soll die Eigenständigkeit des Hilfeempfängers stärken und ihm vor Augen führen, daß er zu einem wesentlichen Teil der Einrichtungskosten selbst beiträgt. Die kommunalen Behörden entscheiden über die Wahl des Verfahrens in eigener Verantwortung, ohne daß der Bund unmittelbar Einfluß nehmen könnte.

Die Praxis der Sozialhilfeträger ist uneinheitlich: Zum Teil wird auf den erheblichen Verwaltungsaufwand und auf zusätzlich entstehende Kontoführungsgebühren hingewiesen; einige oberste Landessozialbehörden haben auf die Gesetzesänderung hingewiesen und den Sozialhilfeträgern empfohlen, zur Stärkung des Selbst-

wertgefühls alter Menschen entsprechend zu verfahren. Inwieweit die Kommunen von der Ermessensvorschrift Gebrauch gemacht haben, läßt sich ohne umfangreiche Ermittlungen nicht feststellen.

9. Wie erklärt sich die Bundesregierung, daß der Anteil Bettlägeriger in den deutschen Pflegeheimen deutlich höher ist als beispielsweise in den Niederlanden? Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß „Bettlägerigkeit“ weniger ein objektives Merkmal von Pflegebedürftigkeit ist als vielmehr einen Maßstab für die Qualität der Pflege darstellt? Teilt die Bundesregierung ferner die Auffassung, daß „Bettlägerigkeit“ als Kriterium zur Bestimmung von Pflegestufen ungeeignet ist?

Auf die Nichtvergleichbarkeit der Pflegeeinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland und in den Niederlanden wurde schon bei der Antwort auf Frage II.12 hingewiesen.

Die Vergleichbarkeit ist auch dadurch äußerst erschwert, daß im Zuge der Entwicklung der Interventionsgerontologie der Begriff „Bettlägerigkeit“ immer diffuser geworden ist. So ist z. B. unklar, ob ein Pflegebedürftiger, der sein Bett nur mit erheblicher Hilfe durch das Personal für einige Zeit verlassen kann, als bettlägerig bezeichnet werden kann oder nicht.

Bettlägerigkeit ist kein objektives Kriterium von Pflegebedürftigkeit. Wie bereits in der Antwort zu Frage II.11 ausgeführt, ist Bettlägerigkeit durch rehabilitative Maßnahmen und aktivierende Pflege beeinflussbar.

Die Bundesregierung hielte es für sinnvoll, wenn das Merkmal „Bettlägerigkeit“ in den Pflegesatzvereinbarungen durch eher objektive Merkmale ersetzt werden könnte.

10. Wer legt in der Praxis und nach welchen Kriterien die Einstufung in die verschiedenen Pflegestufen fest? Wie lassen sich die zugrunde gelegten Kriterien aus sozial-gerontologischer Sicht begründen?

Die Praxis und die Kriterien, nach denen die Einstufung in die verschiedenen Pflegestufen vorgenommen wird, sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich.

In der Regel werden dabei allgemeine Vereinbarungen oder Richtlinien über die Pflegesatzgestaltung, die zwischen der jeweiligen Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und den kommunalen Spitzenverbänden sowie Vertretern des betreffenden Landes erarbeitet werden, herangezogen. Diese enthalten Bestimmungen, Auflistungen oder Tabellen über bestimmte Merkmale, die eine Zuordnung zu den verschiedenen Pflegestufen ermöglichen sollen. Die Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit im Einzel-

fall wird in der Regel in der Praxis durch die Heimleitung in Abstimmung mit dem einweisenden Hausarzt oder dem Heimarzt vorgenommen. Soweit Träger der Sozialhilfe die Kosten übernehmen, wird darüber hinaus in aller Regel der Amtsarzt bzw. der sozialärztliche Dienst des jeweils zuständigen staatlichen Gesundheitsdienstes hinzugezogen.

Die Bundesregierung geht davon aus, daß bei der Überarbeitung und Weiterentwicklung der Kriterienkataloge die Ergebnisse einschlägiger gerontologischer Forschung (z. B. der Begleitforschung zu Projekten, die als Modelle von der Bundesregierung gefördert werden) berücksichtigt werden.

11. Inwiefern ist davon auszugehen, daß infolge des bestehenden Kostenträgerdualismus im Falle von stationärer und ambulanter Pflege die örtlichen Sozialbehörden stationäre Unterbringung favorisieren?

Nach § 100 BSHG ist grundsätzlich der überörtliche Träger der Sozialhilfe unter anderem für die Behinderten stationär zu gewährende Hilfe in besonderen Lebenslagen sachlich zuständig. Es ist daher nicht völlig auszuschließen, daß ein einzelner örtlicher Sozialhilfeträger aus Kostengründen versucht, z. B. einen Behinderten, für den ambulante Hilfen (Kostenträger: der örtliche Sozialhilfeträger) ausreichend wären, stationär (Kostenträger: der überörtliche Sozialhilfeträger) unterzubringen.

Durch das Haushaltsbegleitgesetz 1984 wurde jedoch der Vorrang der ambulanten Hilfe vor der stationären Hilfe ausdrücklich im Gesetz (§ 3a BSHG) festgeschrieben. Außerdem wurden durch eine Änderung des § 100 BSHG die Länder ermächtigt, von der vorgegebenen Zuständigkeitszuweisung abzuweichen. So kann z. B. durch Landesrecht bestimmt werden, daß auch für stationäre Hilfe für Behinderte der örtliche Sozialhilfeträger zuständig ist.

IV. Zur Personalsituation in Alten- und Altenpflegeheimen

1. Wie ist derzeit die quantitative und qualifikatorische personelle Ausstattung in Alten- und Pflegeheimen, aufgeschlüsselt nach
 - pflegerischem,
 - therapeutischem,
 - sozial-betreuerischem Personal,
 nach
 - Vollzeitkräften und
 - Teilzeitkräften
 und nach
 - Trägern und
 - Bundesländern?

Der Bundesregierung liegen keine Unterlagen für das Bundesgebiet vor.

Die Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege weist (ohne weitere Aufschlüsselung) für ihren Bereich zum 1. Januar 1984 für 4 023 Wohnrichtungen für alte Menschen mit 290 614 Plätzen 66 895 hauptamtliche Vollzeitbeschäftigte und 27 939 hauptamtliche Teilzeitbeschäftigte aus.

2. Wie hoch ist der Anteil an Vorpraktikanten, Auszubildenden, Zivildienstleistenden, freiwilligen sozialen Helfern und Teilnehmern berufsvorbereitender sozialpflegerischer Maßnahmen (G 3-Lehrgänge) am Gesamtpersonalbestand?

Es liegen keine Angaben für das gesamte Bundesgebiet vor. In zwei Bundesländern liegt der Anteil der in der Frage genannten Personengruppen an dem Gesamtbestand der in stationären Einrichtungen der Altenpflege Tätigen bei etwa fünf bis acht Prozent.

3. Wie hat sich in den letzten zehn Jahren das Verhältnis von un-/angelernten zu ausgebildeten Pflegekräften in der stationären Altenhilfe entwickelt? Wie beurteilt die Bundesregierung die sich vielerorts abzeichnende Tendenz einer Zunahme des nichtqualifizierten Personals?

Eine Aussage für das gesamte Bundesgebiet ist nicht möglich. Überwiegend scheint jedoch der Anteil ausgebildeter Pflegekräfte gestiegen zu sein. Aus einem Bundesland wird bei einem generell starken Anstieg der Zahl der Beschäftigten in der stationären Altenpflege jedoch von einer überproportionalen Zunahme des angelernten Personals berichtet.

4. Welche Qualifikation muß jemand aufweisen, der die Leitung eines Alten- oder Pflegeheims übernimmt? Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß ein(e) Alten- und Pflegeheimleiter(in) eine Ausbildung haben müßte, die sowohl sozialpädagogische, medizinisch-pflegerische als auch verwaltungstechnische Kenntnisse beinhalten sollte?

Nach § 6 Abs. 3 Nr. 2 und 3 Heimgesetz müssen die Bedürfnisse und Interessen der Bewohner gesichert und insbesondere ihre Betreuung gewährleistet sein. Dazu gehört auch, daß der Leiter eines Heimes die für seine Tätigkeit erforderliche Eignung besitzt (vgl. auch § 13 Heimgesetz). Der Leiter muß nach seiner Persönlichkeit, seiner Ausbildung und seinem persönlichen und beruflichen Werdegang die Gewähr dafür bieten, daß er ein Heim ordnungsgemäß führt und die Schutzbestimmungen des Heimgesetzes zugunsten der Bewohner einhält.

Bei der Auslegung des Eignungsbegriffes gehen die zuständigen Behörden in den Ländern vielfach in Anlehnung an die Regelung des Entwurfes der nicht in Kraft getretenen Heimmindestpersonalverordnung aus dem Jahre 1979 davon aus, daß der Leiter einer Einrichtung eine Ausbildung in einem sozialen, pflegerischen, medizinisch-therapeutischen, pädagogischen, seelsorgerischen, hauswirtschaftlichen oder kaufmännischen Beruf mit Erfolg abgeschlossen und daß er während seiner vorherigen beruflichen Tätigkeit Erfahrungen und wesentliche Kenntnisse für die Leitung eines Heimes erworben haben sollte.

5. Was unternimmt die Bundesregierung, um den von nahezu allen in der Altenhilfe engagierten Institutionen und Personen beklagten Personalnotstand in stationären Einrichtungen zu beheben?

Der Bundesregierung ist nicht bekannt, daß „von allen in der Altenhilfe engagierten Institutionen und Personen“ ein Personalnotstand pauschal für alle stationären Einrichtungen beklagt wird. Im Bereich der stationären Einrichtungen, die Altenwohnheime, Altenheime und Pflegeheime umfassen, sind kritische Stimmen im wesentlichen zur Versorgung Pflegebedürftiger laut geworden. Nicht verkannt wird, daß bei dem bereits angesprochenen höheren Eintrittsalter bei Heimaufnahme und dem damit verbundenen schlechteren Gesundheitszustand der Pflegeheimbewohner die Pflegesituation insgesamt schwieriger geworden ist.

Nach dem Heimgesetz muß eine ausreichende personelle Ausstattung für den Betrieb eines Heimes vorhanden sein. Den für die Durchführung des Heimgesetzes zuständigen Behörden in den Ländern obliegt es, die Einhaltung dieser Bestimmungen zu überwachen und erforderlichenfalls durch geeignete Maßnahmen im Rahmen ihres Ermessens unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles auf eine ausreichende Personalausstattung hinzuwirken. Hierbei geht es nicht um die Anwendung eines starren Personalschlüssels. Vielmehr sind Art und Umfang der Personalausstattung so zu bemessen, daß sie den Bedürfnissen der jeweiligen Bewohner entsprechen.

Im Pflegebereich setzt dies insbesondere die Berücksichtigung der Art und Schwere der Krankheit oder Behinderung eines Bewohners voraus. Die Personalschlüssel werden in der Praxis vor allem bei den Pflegesatzverhandlungen durch die zuständigen Landesbehörden festgelegt. Dem Entwurf einer Heimmindestpersonalverordnung, durch die Personalschlüssel als Mindestnormen bundeseinheitlich festgelegt werden sollten, hat der Bundesrat nicht zugestimmt.

Die Bundesregierung wird zu gegebener Zeit, wenn eine Zustimmung der Länder und anderer zu beteiligender Institutionen zu einem bestimmten Personalschlüssel im Pflegebereich gewährleistet erscheint, erneut prüfen, ob eine entsprechende Verordnung erlassen werden sollte.

6. Einer in Duisburg durchgeführten Untersuchung zufolge (Akt. Gerontologie 12/1982, S. 230–234, bes. 234) gibt es einen Zusammenhang zwischen Personalmangel, nicht gewährleisteter medizinischer Versorgung und dadurch bedingter (vorzeitiger) Sterbehäufigkeit in Pflegeheimen.

Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um derartige skandalöse Zustände aufzuheben?

Der in der Frage zitierte Artikel „Retrospektive Verlaufskontrolle von 476 erstmalig in Pflegeheime verlegten Patienten“ von H. A. Fabricius und M. Martin läßt eine pauschale Aussage dahin, daß ein Zusammenhang zwischen Personalmangel, nicht gewährleisteter medizinischer Versorgung und dadurch bedingter (vorzeitiger) Sterbehäufigkeit in Pflegeheimen bestehe, nicht zu.

7. In welchem Umfang ist bei der bestehenden Personalsituation in den Heimen aktivierende Pflege möglich, und können rehabilitative Maßnahmen erfolgreich durchgeführt werden?

Welchen Personalschlüssel würde die Bundesregierung für erforderlich halten, damit auch die psychischen, kommunikativen und kulturellen Bedürfnisse der Heimbewohner in gebotenen Maße Berücksichtigung finden können?

Die Personalschlüssel in Heimen sind sehr unterschiedlich. Auch die Besetzung mit Fachkräften ist uneinheitlich. In jedem Heim stellen sich die Personalerfordernisse anders dar.

In ihrem Entwurf einer Heimmindestpersonalverordnung aus dem Jahre 1979 hatte die Bundesregierung grundsätzlich ein Verhältnis der Zahl für die Pflege geeigneter Kräfte zur Zahl der pflegebedürftigen Bewohner von mindestens 1 zu 4 für sachgerecht gehalten.

8. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse vor, in welcher Weise sich der beklagte Personalnotstand auf die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter in den Heimen auswirkt (psychische Überlastung, frühzeitige gesundheitliche Schäden, große Fluktuation)?

Soweit die Personalsituation in Heimen generell angesprochen ist, wird auf die Antwort zu Frage IV.5 verwiesen.

Eine 1979 vom Deutschen Zentrum für Altersfragen durchgeführte Untersuchung zur Personalfuktuation in stationären Einrichtungen der Altenhilfe im Rahmen eines größeren Forschungsvorhabens („Betriebsvergleich von Einzelwirtschaften der stationären Altenhilfe“ – Gesamtanalyse der Daten Band I und II, Schriftenreihe des Deutschen Zentrums für Altersfragen, 1980) hat für die einzelnen Personalgruppen – Pflege-

personal, Wäschereipersonal, Reinigungspersonal, Verwaltungspersonal – sehr unterschiedliche Ergebnisse erbracht. Verwaltungspersonal und Technische Dienste wiesen eine insgesamt sehr viel geringere Fluktuation auf als das Pflegepersonal. Auf welchen Faktoren die Fluktuation beruhte, wurde nicht erfaßt. In der Untersuchung ist jedoch auch festgestellt, daß das qualifizierte Pflegepersonal mit einer hohen Zahl von Überstunden belastet war, die zu einem Teil auf Stellenvakanzen zurückzuführen waren.

Es läßt sich nicht übersehen, inwieweit diese Ergebnisse bei der seit 1979 veränderten Arbeitsmarktsituation heute noch Gültigkeit haben.

9. Wie erklärt sich die Bundesregierung das überproportionale Anwachsen hochbetagter Menschen in Pflegeheimen, die an psychischen Erkrankungen und Störungen leiden?

Hält die Bundesregierung die Versorgung, Betreuung und Behandlung dieses Personenkreises in Pflegeheimen unter den derzeitigen quantitativen und qualifikatorischen personellen Bedingungen einerseits und den konzeptionellen Ansätzen andererseits für gewährleistet?

Welche alternativen Versorgungs-, Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten sieht die Bundesregierung für diese Personengruppe, und wie fördert sie solche Alternativen?

Wie bereits in der Antwort zu Frage I.9 dargelegt wurde, gibt es in der Bundesrepublik Deutschland keine entsprechenden Statistiken. Die Bundesregierung geht jedoch davon aus, daß die Anzahl hochbetagter Menschen in Pflegeheimen, die an psychischen Erkrankungen oder Störungen leiden, überproportional wächst. Zum einen liegt nahe, daß mit steigendem Anteil von Menschen in einem zunehmend höheren Lebensalter auch der Anteil der Pflegebedürftigen und unter ihnen derjenigen ansteigen muß, die eine erhöhte Anfälligkeit für psychische Erkrankungen oder Störungen haben. Zum anderen kann festgestellt werden, daß das Alter, in dem ältere Menschen in ein Heim eintreten, immer höher wird, was das überproportionale Anwachsen hochbetagter Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Störungen in Pflegeheimen erklärt. Schließlich macht die gesellschaftliche Entwicklung hin zur Kleinfamilie die Betreuung und Versorgung psychisch kranker alter Menschen in ihren Familien immer seltener möglich. In der Förderung der Familienhilfe sieht die Bundesregierung eine Möglichkeit zur Verbesserung der Situation dieser Personengruppe.

Die geronto-psychiatrische Versorgung hat nach Auffassung der Bundesregierung noch immer einen erheblichen Nachholbedarf. Schon die Psychiatrie-Enquete hat darauf deutlich hingewiesen. Im Rahmen ihrer Modellprogramme ist deshalb die Bundesregierung bemüht, Versorgungsangebote und Versorgungsstrukturen zu entwickeln und zu erproben, die mittelfristig zu einer Verbesserung der derzeitigen Situation führen

können. Als Beispiel sei dazu auf eine bessere Verknüpfung der Hilfen durch „geschütztes Wohnen“ und einer angemessenen Tagesbetreuung in dafür geeigneten Einrichtungen möglichst mit „sozialer Nähe“ zu Einrichtungen wie Gemeindezentren, Altenclubs etc. verwiesen, die dazu beitragen können, daß „soziale Isolierung“ und die damit verbundene psychische Gefährdung nicht entstehen oder zumindest teilweise kompensiert werden können.

Die Bundesregierung begrüßt Modellversuche in Berlin und Nordrhein-Westfalen, die darauf abzielen, Sozialstationen durch Fachpersonal so zu verstärken, daß sie die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker (alter) Menschen besser erfüllen können.

Die Bundesregierung wird auch die in Ausarbeitung befindlichen Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. zur Verbesserung der geronto-psychiatrischen Versorgung sorgfältig prüfen.

Für die Betreuung und Pflege psychisch kranker Bewohner in Pflegeheimen gibt es unterschiedliche Konzepte. Die überwiegende Zahl psychisch kranker Bewohner wird integrativ zusammen mit den nur körperlich Kranken betreut und gepflegt. Einige Träger versuchen, durch beschützende Abteilungen die Qualität der Versorgung zu verbessern, andere richten besondere Heime für psychisch Kranke ein (wie in den Niederlanden). All diese Konzepte haben Vor- und Nachteile. Ein voll befriedigendes Konzept liegt noch nicht vor; daher steht die Bundesregierung neuen Initiativen aufgeschlossen gegenüber. Besonders wichtig erscheinen der Bundesregierung die verstärkten Anstrengungen der Heimträgerverbände, die Mitarbeiter durch Fortbildung für die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker alter Menschen zu sensibilisieren und sie zu einer besseren Pflege und Betreuung zu befähigen.

Im übrigen gelten die Bestimmungen des Heimgesetzes. Die Bundesregierung geht davon aus, daß die Versorgung dieser Personengruppe gewährleistet ist. Soweit dies in Einzelfällen nicht der Fall ist, haben die für die Durchführung des Heimgesetzes zuständigen Behörden in den Ländern auf eine Beseitigung der Mängel in der personellen Ausstattung hinzuwirken.

10. Sieht die Bundesregierung die Gefahr, daß bei der derzeitigen personellen Ausstattung der Pflegeheime Rechtsverletzungen wie Körperverletzung (durch gefährliche Pflege), Freiheitsberaubung (durch Einschließen, Fixierungen, Vergabe von Psychopharmaka) und Mißbrauch der Rechtsinstitutionen von Gebrechlichkeitspflegschaft und Vormundschaft in der täglichen Versorgung fast unvermeidbar werden?

Was gedenkt die Bundesregierung für den Schutz der Bewohner insbesondere unter dem Aspekt der Wahrung von Menschen- und Grundrechten in Pflegeheimen zu tun?

Die Bundesregierung teilt die hinter dieser Frage stehende Beurteilung nicht. Soweit in Einzelfällen Ver-

stöße vorkommen, ist es Aufgabe der zuständigen Behörden in den Ländern, aufgrund des Heimgesetzes und anderer Schutznormen einzuschreiten und Mißstände zu beseitigen. Die bereits bestehenden Rechtsnormen reichen nach Auffassung der Bundesregierung hierzu aus.

11. Hält die Bundesregierung die ärztliche (vor allem fachärztliche) Versorgung in den Heimen für ausreichend?

Ist der Bundesregierung bekannt, wie häufig in Heimen Medikamente durch Ferndiagnose verordnet werden und wie häufig nicht persönlich verordnete Medikamente (aus dem Vorrat) an Heimbewohner ausgegeben werden?

Sind der Bundesregierung Art und Ausmaß der negativen gesundheitlichen Folgewirkungen von Übermedikamentierung in Heimen bekannt?

Pflegebedürftige in Heimen werden in der Regel von einem von ihnen ausgesuchten Arzt betreut, der sie im Heim aufsucht (Hausarztprinzip). Vereinzelt gibt es Heime – meist in kommunaler Hand geführt –, die einen eigenen angestellten Arzt beschäftigen.

Nach den der Bundesregierung vorliegenden Informationen kann die ärztliche Versorgung in den Heimen im allgemeinen als ausreichend angesehen werden. Dies wird durch eine Untersuchung von H. P. Tews „Zur Problematik der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen“, Sozialer Fortschritt, 1982, Seite 81 bis 85, bestätigt, wonach die ärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner überwiegend als zufriedenstellend angesehen wird. Von etwas mehr als 20 % der angeschriebenen Heime wurde jedoch die fachärztliche Versorgung als „nicht ausreichend“ eingestuft. Mängel wurden insbesondere bei der psychiatrischen Versorgung geltend gemacht.

Ähnliche Feststellungen wurden auch in den Ist-Analysen von Diensten und Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung, die im Rahmen des Modellprogramms „Psychiatrie“ erarbeitet wurden, für die Betreuung alter psychisch kranker Menschen im Heim getroffen.

Auch die Sicherstellung ärztlich verordneter Leistungen, die durch andere Fachkräfte erbracht werden, etwa durch Krankengymnasten oder Masseure, ist überwiegend gewährleistet.

Der Bundesregierung ist nicht bekannt, daß häufig in Heimen Medikamente durch Ferndiagnose verordnet werden oder nicht persönlich verordnete Medikamente (aus dem Vorrat) an Heimbewohner ausgegeben werden. Sie geht davon aus, daß kranke Heimbewohner von Ärzten betreut werden, die ihnen die benötigten Arzneimittel verordnen, und daß diese Mittel in dem verordneten Umfang durch das Pflegepersonal verabreicht werden. Bei Bekanntwerden eigenmächtiger Ausgabe von Medikamenten durch das Pflegepersonal hätte die Heimaufsicht einzuschreiten.

12. Wie beurteilt die Bundesregierung alternative Formen kollektiven Wohnens und kollektiver Betreuung alter Menschen wie zum Beispiel kommunale, stadtteilintegrierte und betreute Wohngruppen (Modell Dornbirn)?

Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um solche Modelle zu fördern? Inwieweit könnte durch das Zur-Verfügung-Stellen geeigneten Wohnraums (durch die Kommunen) das Zusammenleben älterer Menschen und die Bildung von Wohngruppen und selbstverwalteten Wohnhäusern gefördert werden? Inwieweit steht hierfür eine restriktive Auslegung des Heimgesetzes im Wege?

Die Bundesregierung hat bereits in Drucksache 10/2784, Seite 33f., darauf hingewiesen, daß nach ihrer Ansicht Wohngemeinschaften ein erprobungswürdiges neues Element, jedoch bisher nicht erkennbar eine allgemeine Alternative zu den Einrichtungen der Altenhilfe darstellen.

Das genannte „Modell Dornbirn“ ist eine sachgerechte alternative Wohnform für eine begrenzte Anzahl älterer Menschen, solange sie gesundheitlich noch rüstig und nicht pflegebedürftig sind. Bei anhaltender Pflegebedürftigkeit muß der Bewohner auch dieser Einrichtung in die Pflegestation eines Altenheimes außerhalb dieser Einrichtung umziehen.

Wohngemeinschaften älterer Menschen bilden sich aufgrund örtlicher und individueller Verhältnisse. Für ihre Förderung sind nach der Aufgabenverteilung des Grundgesetzes Länder und Gemeinden zuständig. Die Bundesregierung kann Modellvorhaben fördern. Sie tut dies auch in diesem Bereich.

Kollektive Wohnformen älterer Menschen, wie selbstständige Wohngruppen und selbstverwaltete Wohnhäuser, unterliegen in der Regel nicht den Bestimmungen des Heimgesetzes, da es sich insoweit nicht um Einrichtungen im Sinne von § 1 Abs. 1 Heimgesetz handelt. Diese Wohnformen stehen im allgemeinen nicht unter einer verantwortlichen Leitung, haben keinen verantwortlichen Träger und bieten keine Betreuung gegen Entgelt an.

V. Zur Situation der ambulanten Dienste und Sozialstationen

1. Welche Träger unterhalten ambulante Dienste und Sozialstationen, und wie hoch ist ihr jeweiliger Anteil an diesen Einrichtungen?

Gibt es Statistiken über den Versorgungsgrad mit ambulanten Diensten, und wie sieht dieser (aufgeschlüsselt nach Ländern, Regionen, Vergleich Stadt/Land) aus?

Es wird auf Drucksache 10/2784, Seite 31 f., verwiesen.

2. Von welchen Ist- und Sollwerten geht die Bundesregierung aus, wenn sie vom „Ausbau ambu-

lanter Dienste" spricht? Wie beurteilt sie in diesem Zusammenhang die Forderung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe nach einer Verdoppelung oder sogar Verdreifachung der derzeitigen Dienste und des Personalbestandes?

Wie ist diese Forderung vor dem Hintergrund zu beurteilen, daß Länder wie die Niederlande, Dänemark und die Schweiz in diesem Bereich – im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland – ein Vielfaches an Personal bereitstellen?

Eine Aussage über die bundesweite Versorgung der Bevölkerung mit ambulanten sozialen Diensten ist der Bundesregierung nicht möglich (siehe Drucksache 10/2784, Seite 31).

Ambulante Dienste sind noch in zu wenigen Fällen an der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligt. Die Bundesregierung hat hieraus und entsprechend dem Vorrang der häuslichen Versorgung in ihrem Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit (Drucksache 10/1943, Seite 17f.) den Schluß gezogen, daß die ambulanten Dienste für Pflegebedürftige weiter ausgebaut werden müssen.

Dieser Erkenntnis entspricht auch die Anlage des von der Bundesregierung durchgeführten Modellprogrammes „Ambulante Dienste für Pflegebedürftige“, das in den Modellstationen eine erhebliche, zum Teil bis zu einer Verdoppelung reichende Personalverstärkung vorgenommen hat.

Die Bundesregierung liegt damit etwa in Übereinstimmung mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe. Eine verbindliche Sollzahl vermag die Bundesregierung jedoch nicht zu nennen. Hierzu bedürfte es einer eingehenden Untersuchung über den Bedarf.

Im Rahmen der Aufgabenverteilung des Grundgesetzes ist es Aufgabe der Länder, entsprechende Festlegungen in ihren Planungen (Altenplänen, Richtlinien etc.) vorzunehmen. In diesem Zusammenhang begrüßt es die Bundesregierung, daß das Land Baden-Württemberg angekündigt hat, die ambulanten Dienste personell zu verstärken. Zu begrüßen sind auch die Initiativen der Länder Berlin und Nordrhein-Westfalen, in Modellversuchen mehr Personal für die ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen bereitzustellen, die an psychischen Störungen leiden.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Aufbau und Finanzierung ambulanter und stationärer Pflegedienste" kam in ihrem im März 1980 vorgelegten Bericht zu dem Ergebnis, daß zusätzlich zu der ambulanten medizinischen Versorgung für eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung eine Personalkapazität von einer Pflegekraft auf 3 000 Einwohner erforderlich ist. Darüber hinaus hielt sie zur Sicherstellung der hauswirtschaftlichen Versorgung von Pflegebedürftigen eine Verstärkung der Haushaltshilfen weit über dem damaligen Stand von einer Kraft auf 26 000 Einwohner für angebracht.

3. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß bei einem bedarfsgerechten Ausbau der ambu-

lantente Dienste und Sozialstationen folgende Überlegungen zu berücksichtigen sind:

- daß in den nächsten Jahren – allein aufgrund der demographischen Entwicklung – die Zahl der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen wesentlich stärker zunehmen wird als bisher angenommen;
- daß sich das derzeitige Ausmaß der familiären Pflege nicht erweitern läßt, sondern vielmehr mit einem Rückgang der familiären Pflege zu rechnen sein wird;
- daß der gesamte Bereich der familiären Pflege einer stärkeren Entlastung durch ambulante Dienste bedarf, wenn nicht schwere Belastungen und Schädigungen, auch gesundheitlicher Art, bei den pflegenden Angehörigen (in der überwiegenden Mehrzahl Frauen) in Kauf genommen werden sollen;
- daß dabei sowohl Kurzzeitpflege (im Falle von Urlaub, Krankheit und anderweitig bedingtem vorübergehendem Ausfall der Pflegeperson) als auch längerfristige Entlastung (Übernahme von Grundpflege und anderen Diensten) durch die ambulanten Dienste gewährleistet sein müßten;
- daß derzeit nur ein geringer Teil der zu Hause lebenden hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen ambulante Dienste in Anspruch nimmt/nehmen kann, der derzeitige Versorgungsgrad also eine gravierende Unterversorgung (mit allen negativen Folgewirkungen für die Betroffenen) zur Folge hat;
- daß vor allem alleinstehende alte und hilfebedürftige Menschen die negativen Folgewirkungen dieser Unterversorgung zu tragen haben;
- daß in Zukunft mit einem weiteren Ansteigen der Einpersonenhaushalte und damit dieses besonders benachteiligten Personenkreises zu rechnen sein wird?

Was ergäbe sich – bei Berücksichtigung der aufgeführten Faktoren – für ein zahlenmäßiger Bedarf an Einrichtungen und zahlenmäßigem Personalbestand im ambulanten Bereich, und welche Konsequenzen gedenkt die Bundesregierung daraus zu ziehen?

Die Bundesregierung hat in ihrem Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit im Kapitel „Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen" (Drucksache 10/1943, Seite 3ff.) zu allen in der Frage aufgeführten Überlegungen ausführlich Stellung genommen; es wird insoweit auf den Bericht verwiesen.

Für die Versorgung mit ambulanten Diensten und Einrichtungen sind nach der Aufgabenverteilung des Grundgesetzes Länder und Gemeinden zuständig. Im übrigen wird auf die Antwort zu Frage V.2 verwiesen.

4. Wie gedenkt die Bundesregierung den im Haushaltsbegleitgesetz 1984 programmatisch festgelegten Vorrang der ambulanten Pflege und Betreuung tatsächlich zu gewährleisten?

Ist die Bundesregierung der Auffassung, daß die bisher für diesen Bereich bereitgestellten Mittel erheblich aufgestockt werden müssen?

Die Bundesregierung hat im Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit (Drucksache 10/1943) betont, daß

das gegenwärtige System der Versorgung und Sicherung Pflegebedürftiger der Verbesserung bedarf. In diesem Bericht werden im wesentlichen folgende Maßnahmen des Bundes zur Unterstützung der häuslichen Pflege angekündigt:

1. verbesserte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung
 - Verstärkung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zur Vermeidung oder zur Minderung von Pflegebedürftigkeit,
 - Ausdehnung der häuslichen Krankenpflege (über die Fälle der Vermeidung von Krankenhausaufenthalt hinaus) auf Fälle der Sicherung der ärztlichen Behandlung,
 - Hilfen bei Krankheit der Pflegeperson;
2. Maßnahmen im Wohnungswesen, um das Wohnen mehrerer Generationen unter einem Dach zu erleichtern;
3. Prüfung, ob es für Fälle häuslicher Pflege weiterer steuerlicher Regelungen bedarf.

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

Bereits verabschiedet und in Kraft sind die Maßnahmen, mit denen das Wohnen mehrerer Generationen unter einem Dach erleichtert werden soll:

- Die Aufnahme von Angehörigen in Eigenheime mit zwei geförderten Wohnungen wird künftig nicht mehr daran scheitern, daß deren Einkommen eine gewisse Höhe überschreitet;
- die Einkommensgrenze des § 25 Abs. 1 des Zweiten Wohnungsbaugesetzes für den dritten und jeden weiteren zur Familie des Wohnungssuchenden gehörenden Angehörigen ist von 6300 DM auf 8000 DM erhöht worden; das wirkt sich auch bei der Aufnahme von Eltern(-teilen) in den Familienhaushalt und bei der Förderung von Familienheimen aus;
- bei der Gewährung von Familienzusatzdarlehen zur Förderung eines Familienheimes sind die Eltern des Bauherrn oder seines Ehegatten, die zum Familienhaushalt gehören, nunmehr den Kindern völlig gleichgestellt; die besonderen, niedrigeren Einkommensgrenzen für Elternteile von 5000 DM je Person sind aufgehoben, die Familienzusatzdarlehen sind angehoben worden;
- im Wohngeldrecht ist für den Fall des Zusammenwohnens mehrerer Generationen in der Wohnung des Wohngeldberechtigten ein zusätzlicher Familienfreibetrag vorgesehen, durch den sich das Wohngeld bei den hier begünstigten Haushalten um monatlich etwa 45 DM pro Kopf der Familienmitglieder erhöht;
- außerdem wurde der Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der steuerlichen Förderung des selbstgenutzten Wohneigentums vom Bundeskabi-

nett verabschiedet. Dem Gedanken des Wohnens mehrerer Generationen unter einem Dach wurde dadurch entsprochen, daß die unentgeltliche Überlassung von Wohnraum an Angehörige zu keiner Minderung der Förderung führt.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat die Vorarbeiten für die im Pflegebericht angekündigten Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen, nachdem die Erfahrungen der Krankenversicherungsträger bei der bisherigen Leistungsgewährung zur häuslichen Pflege ausgewertet worden sind.

Die Prüfung von steuerlichen Maßnahmen ist noch nicht abgeschlossen.

5. Wie finanzieren sich die ambulanten Dienste und Sozialstationen aufgeschlüsselt nach

- Personalkostenzuschüsse (laut Förderungsrichtlinien der Länder),
- Vergütungssätzen gemäß RVO (§§ 122, 185, 185 b u. a.),
- Vergütungssätzen gemäß BSHG (§§ 68, 69, 75),
- kommunalen Mitteln,
- Eigenmitteln,
- und sonstigen?

Eine Aufschlüsselung der Finanzierung von ambulanten Diensten und Sozialstationen in der gewünschten Form ist nicht möglich, da in den Bundesländern unterschiedliche Förderrichtlinien bestehen.

Sozialstationen finanzieren sich in Baden-Württemberg z. B.

- aus Personalkostenzuschüssen nach den Förderrichtlinien des Landes und aus den kommunalen Komplementärmitteln zu 40 %,
- aus Vergütungssätzen gemäß Reichsversicherungsordnung (RVO), Bundessozialhilfegesetz (BSHG) und aus Entgelten von Selbstzahlern zu 30 %,
- aus Eigenmitteln der Träger und aus Beitragsaufkommen der Krankenpflegevereine zu 30 %.

In Bayern finanzieren sich Sozialstationen

- zu 53 % über Vergütungssätze gemäß RVO, BSHG und Entgelte von Selbstzahlern,
- zu 35 % über Zuschüsse von Land und Gemeinden,
- und zu 12 % über Beiträge und Spenden von Fördervereinen.

Im Saarland werden die nach Abzug der Einnahmen der Sozialstationen (aus Vergütung nach RVO, Erstattung der Sozialhilfeträger nach BSHG, Entgelte anderer Zahlungsverpflichteter, z. B. privater Krankenkassen, Selbstzahlern, Beihilfen) von den Ausgaben verbleibenden ungedeckten Betriebskosten

- in Höhe von 40 % durch das Land,
- zu 40 % durch die beteiligten kommunalen Gebietskörperschaften des Betreuungsbereiches,
- und zu 20 % durch den Träger der Sozialstation finanziert.

Bei der Finanzierung der ambulanten sozialen Dienste, wie Essensdienste, Reinigungsdienste, Beratungsdienste, Nachbarschaftshilfen sowie häusliche und pflegerische Dienste für Familien, ist wegen der unterschiedlichen Strukturierung dieser Einrichtungen eine Aussage der gewünschten Art auch nicht einmal annähernd möglich.

6. Warum beschränkt sich das Kostendeckungsprinzip allein auf den stationären Bereich und wird nicht sinngemäß auch auf den ambulanten Bereich angewandt? Ist somit nicht bereits aufgrund der unklaren Finanzierungsmöglichkeiten eine quantitative und qualitative Beschränkung der ambulanten Pflege und Betreuung vorprogrammiert?

Das Kostendeckungsprinzip beschränkt sich im Grundsatz nicht allein auf den stationären Bereich. Auch im ambulanten Bereich wird das Kostendeckungsprinzip z. B. angewandt, soweit im Rahmen der Krankenpflege Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden können. Gleichwohl klagen die Sozialstationen, daß auch insoweit die Gebührensätze nicht ausreichend seien.

Anders verhält es sich z. B. im Bereich der Altenpflege. Dort gibt es eine Reihe von Leistungen, die von der Sache oder dem Selbstverständnis der Sozialstation her einer Gebührenberechnung schwer oder überhaupt nicht zugänglich sind (wie z. B. Ansprache, Trost, Zuspruch). Für andere, abrechenbare Leistungen (wie z. B. Grundpflege, Hilfen zur Fortbewegung) steht in der Regel kein den Krankenkassen vergleichbarer Kostenträger zur Verfügung. Sie müssen so kalkuliert werden, daß sie von den Adressaten angenommen werden, also unter Umständen, ohne daß Kostendeckung erreicht wird.

Dieses Finanzierungssystem hat zur Folge, daß bei den ambulanten Diensten die Leistungen der Krankenpflege überwiegen und daß sie noch zu wenig auf Pflegebedürftige ausgerichtet sind (vgl. Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, Drucksache 10/1943, Seite 6). Unter Umständen kann das Finanzierungssystem auch einer Anpassung der Leistungen an den Bedarf entgegenstehen, etwa wenn die zur Leistungsausweitung benötigten Eigenmittel fehlen. Gleichwohl hat sich das Finanzierungssystem im Grundsatz bewährt.

7. Inwiefern müßten neue Finanzierungsmodelle – auf der Basis des Kostendeckungsprinzips – für den ambulanten Bereich überlegt werden, wobei den Kommunen eine größere Verantwortlichkeit

für die Bereitstellung bedarfsgerecht ausgebauter ambulanter Dienste zukäme?

Inwiefern sollte nicht gleichzeitig durch eine entsprechende Neuregelung der Finanzierung im Falle von Pflegebedürftigkeit der einzelne Betroffene in die Lage versetzt werden, Hilfe- und Pflegedienste in dem Maße in Anspruch nehmen zu können, wie es seinen Bedürfnissen entspricht, ohne daß er dadurch eine finanzielle Belastung erfährt?

Die Bundesregierung sieht, daß das gegenwärtige System der Versorgung und Sicherung Pflegebedürftiger der Verbesserung bedarf. Sie hat in ihrem Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit zu den zur Zeit diskutierten Finanzierungsmodellen ausführlich Stellung genommen.

Nach § 17 Sozialgesetzbuch I sind die örtlichen und überörtlichen Leistungsträger verpflichtet, die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung zu stellen. Insoweit bedarf es keiner neuen Regelungen.

Die vorgelegten Modelle stimmen in der Regel darin überein, daß nicht jede durch Pflegebedürftigkeit verursachte finanzielle Belastung ferngehalten werden kann. Dem stimmt die Bundesregierung zu.

Die Pflege Pflegebedürftiger war und ist primär eine Aufgabe der Selbsthilfe des einzelnen und seiner Familie. Aufgabe des Staates ist es lediglich, die Pflegebedürftigen und ihre Familien dabei zu unterstützen und sie in die Lage zu versetzen, diese Selbsthilfe dauerhaft und in zumutbarer Weise zu leisten. Dies bedeutet, daß weder die Anstrengungen des einzelnen noch die seiner Familie durch staatliche Hilfen ersetzt werden, sondern daß von ihnen unzumutbare finanzielle, physische und psychische Belastungen ferngehalten werden sollen.

8. Stimmt die Bundesregierung der Auffassung vieler Sozialpolitiker zu, daß die Grenze der häuslichen Pflege kostenmäßig bei drei Stunden täglicher Hilfe liegt?

Ist damit zu rechnen, daß alleinstehende alte Menschen, die schwerpflegebedürftig sind und die Pflege nicht aus eigenen Mitteln finanzieren können, in naher Zukunft alle in ein Altenpflegeheim müssen?

Eine solche Auffassung von Sozialpolitikern ist der Bundesregierung nicht bekannt. Eine Untersuchung des Deutschen Instituts für Urbanistik „Sozialstationen, Bestands-, Bedarfs- und Effizienzanalyse der Hilfen für Pflegebedürftige – insbesondere durch Sozialstationen – in städtischen Versorgungsräumen, untersucht am Modellfall der Stadt Bonn“ aus dem Jahre 1982 hat als Ergebnis festgestellt, daß trotz einer Vielzahl von Unwägbarkeiten davon ausgegangen werden kann, daß

- die effektiven Durchschnittskosten der ambulanten Betreuung bis zu einem „mittleren“ Grad der Pflegebedürftigkeit geringer als die durchschnittlichen Preise stationärer Einrichtungen in den relevanten Pflegeklassen seien,

- die ambulante Versorgung auch bei Schwerstpflegebedürftigen kaum höhere Effektivkosten als die durchschnittlichen Sätze der Pflegeklasse III verursachten,
- dann, wenn von Angehörigen über die soziale und überwachende Betreuung hinaus auch ein Teil der physischen Versorgung (hauswirtschaftliche Tätigkeiten) übernommen wird, die erforderliche ambulante Teilversorgung auch Schwerstpflegebedürftiger kostengünstiger als stationäre Unterbringung sei,
- bis zu einem „mittleren“ Grad der Pflegebedürftigkeit die Aufwendungen an öffentlichen Geldern für Sozialstationen geringer sein dürften als die bei stationärer Unterbringung erforderlichen.

Dies bedarf weiterer Abklärungen.

Die Bundesregierung geht davon aus, daß Pflegebedürftige, die in häuslicher Umgebung leben wollen, grundsätzlich die notwendige Unterstützung durch ambulante soziale Dienste erhalten müssen. Da soziale Sicherungssysteme von der gesamten Gesellschaft finanziert werden, hält es die Bundesregierung jedoch auch für angemessen, Überlegungen darüber anzustellen, wo die Grenzen eines Leistungsanspruches für eine bestimmte Versorgungsart liegen können.

9. Wie ist derzeit die quantitative und qualifikatorische personelle Ausstattung im ambulanten Bereich, aufgeschlüsselt nach
- pflegerischem,
 - therapeutischem,
 - sozial-betreuerischem Personal,
- nach
- Vollzeitkräften,
 - Teilzeitkräften,
 - ehrenamtlichen Helfer/innen,
 - Zivildienstleistenden,
 - ABM-Stellen?

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege weist (nur) für ihren Bereich in ihrer Gesamtstatistik für den 1. Januar 1984 für 5 183 ambulante sozialpflegerische Dienste 14 705 hauptamtliche Vollzeitbeschäftigte und 13 619 hauptamtliche Teilzeitbeschäftigte aus. Hinzu kommen in 1 960 Tagesstätten 391 hauptamtliche Vollzeitbeschäftigte und 1 627 hauptamtliche Teilzeitbeschäftigte sowie in 8 326 Beratungsstellen und sonstigen Diensten für alte Menschen 68 829 hauptamtliche Vollzeitbeschäftigte und 31 372 hauptamtliche Teilzeitbeschäftigte.

Eine weitere Aufschlüsselung ist zur Zeit nicht möglich. Die Bundesregierung erhofft sich weitere Informationen durch das in der Antwort zu Frage III.2 erwähnte Forschungsvorhaben.

Im ambulanten Bereich werden zur Zeit rund 6 000 Zivildienstleistende beschäftigt. Es kann davon ausgegangen werden, daß die Zivildienstleistenden zum ganz überwiegenden Teil bei der Pflege und Betreuung alter Menschen eingesetzt werden.

10. Ist die Bundesregierung der Auffassung, daß die Ausbildung des im ambulanten sozial- und gesundheitspflegerischen Bereichs tätigen Personals der spezifischen Aufgabenstellung angemessen ist?

In ambulanten sozialen Diensten sind als Fachkräfte im wesentlichen Krankenpfleger/innen, Altenpfleger/innen und Haus- und Familienpfleger/innen tätig. Daneben sind vereinzelt Sozialarbeiter in Sozialstationen eingesetzt.

Die Ausbildung dieser Fachkräfte ist der jeweils spezifischen Aufgabenstellung angemessen, wie die neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege, die aufgrund des Krankenpflegegesetzes vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 893) voraussichtlich im Oktober 1985 erlassen werden wird, sowie die von den Ländern durch eine Rahmenvereinbarung festgesetzten gemeinsamen Mindeststandards für die Ausbildung und Prüfung von Altenpflegern zeigen.

11. Wie hoch ist der Anteil der von Sozialstationen geleisteten Altenpflege (im Vergleich zur Krankenpflege)?

Inwieweit trägt nach Auffassung der Bundesregierung die geleistete häusliche Altenpflege zur Vermeidung von Heimunterbringung bei?

Eine differenzierte Aufgliederung der Arbeit der ambulanten sozialpflegerischen Dienste nach dem Personenkreis der Betreuten und nach Art der Tätigkeit ist für die gesamte Bundesrepublik Deutschland nicht möglich. Die Erfahrung in den meisten Bundesländern zeigt jedoch, daß von ambulanten sozialpflegerischen Diensten ganz überwiegend ältere Leute betreut werden. Soweit den Ländern Feststellungen möglich waren, kann gesagt werden, daß der Schwerpunkt der Inanspruchnahme der Sozialstationen im Bereich der häuslichen Krankenpflege liegt. Nach einer bayerischen Untersuchung („Programm soziale Dienste in Bayern“, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1982, Seite 22) liegt die Zahl der Leistungsfälle der Krankenpflege rund fünfmal so hoch wie die der Altenpflege. Die häusliche Krankenpflege wird bei älteren Menschen jedoch in aller Regel auch mit häuslicher Altenhilfe verbunden sein, da gerade der kranke ältere Mensch oftmals weitere persönliche Hilfen benötigt.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß eine gezielte häusliche Altenpflege zur Vermeidung von Heimunterbringung beitragen kann. Im Rahmen des Modellprogrammes „Ambulante Dienste für Pflegebedürftige“, in dem 16 Sozialstationen um je zwei Fachkräfte – insbesondere Altenpflegekräfte – und bis zu zehn Zivildienstleistende verstärkt wurden, hat sich schon nach einjähriger Modellaufzeit an einzelnen Beispielen gezeigt, daß ein Heimaufenthalt vermieden oder wesentlich hinausgeschoben werden kann.

12. Geht die Bundesregierung davon aus, daß das derzeit von ambulanten Diensten und Sozialstationen angebotene Spektrum von Hilfen ausreicht?

In welcher Weise könnte dieses Spektrum erweitert werden, um tatsächlich nicht nur eine Hinauszögerung, sondern eine Vermeidung von Heimunterbringung zu bewirken?

Die Bundesregierung ist der Meinung, daß das bisherige breite Spektrum von Hilfen, das derzeit von ambulanten Diensten und Sozialstationen angeboten wird, ausreicht. Dies bedeutet jedoch nicht, daß solche Dienste und Einrichtungen schon überall qualitativ und quantitativ in ausreichender Form vorhanden sind. Z. B. bedarf es eines größeren Angebotes an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (vgl. Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, Drucksache 10/1943, Seite 14).

Soweit sich neue Formen von Hilfs- und Unterstützungsangeboten bilden, steht ihnen die Bundesregierung aufgeschlossen gegenüber, wenn sie geeignet sind, zu einer angemessenen und sachgerechten Unterstützung der häuslichen Pflege beizutragen.

Die Bundesregierung geht nicht davon aus, daß durch einen weiteren Ausbau von ambulanten Diensten jegliche Heimunterbringung verhindert werden kann. Sie betont, daß die stationäre Versorgung einen festen Platz im System der Versorgung Pflegebedürftiger hat und behalten wird. Es wird immer Pflegebedürftige geben, die – aus unterschiedlichen Gründen – nicht anders als stationär versorgt werden können.

13. Wie beurteilt die Bundesregierung in diesem Zusammenhang – aber auch vor dem Hintergrund neuerer gerontologischer Erkenntnisse – eine Konzeption der ambulanten Pflege und Betreuung, die von einem ganzheitlichen Ansatz (= Integration der verschiedenen Dienstleistungen, ganzheitliche Wahrnehmung des alten Menschen in seinem Lebensraum und Lebenskontext) ausgeht?

Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, freie Initiativen, die bereits nach diesem Konzept arbeiten, gleichberechtigt zu fördern? Liegen der Bundesregierung Informationen vor, in welchem Umfang derartige Initiativen vor Ort Dienste leisten?

Bereits in der Gemeindekrankenpflege war die ganzheitliche Wahrnehmung des alten Menschen als Persönlichkeit in einem bestimmten sozialen Umfeld tragendes Prinzip. Auch die Bundesregierung hält den ganzheitlichen Ansatz für ein tragendes Prinzip der sozialen Arbeit. Dabei übersieht sie nicht, daß sich in der Praxis aufgrund des Finanzierungssystems (siehe Antwort auf Frage V.6) und aufgrund der Personalsituation in den ambulanten sozialen Diensten Schwierigkeiten bei der Verwirklichung dieses Prinzips ergeben.

Die Bundesregierung begrüßt Initiativen, die den ganzheitlichen Ansatz ggf. in neuerer Form aufgreifen. Sie ist bereit, diese Initiativen im Rahmen der ihr möglichen Modellförderung ebenso wie andere Ansätze zu fördern. Voraussetzung ist jedoch, daß die Bereitschaft der freien Initiativen besteht, die allgemeinen Bedin-

gungen, die für eine Förderung aus Steuermitteln notwendig sind, zu akzeptieren.

Es liegen keine Informationen vor, in welchem Umfang diese Initiativen vor Ort Dienste und Leistungen insgesamt erbringen.

Über die Arbeit der Vereinigung für Integrationsförderung e. V. (VIF) ist in Band 172 der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit „Integration und Autonomie behinderter Menschen“ berichtet. Weitere derartige Initiativen werden in der demnächst in dieser Schriftenreihe erscheinenden Untersuchung „Autonom leben – neue Formen gemeindenaher Hilfen von und für Menschen mit Behinderungen“ von A. Rüggeberg vorgestellt.

14. Inwiefern könnten bei einer erweiterten Leistungsfähigkeit der ambulanten Dienste in einem viel breiterem Umfang, als dies zur Zeit der Fall ist, rehabilitative Maßnahmen für zu Hause lebende hilfe- und pflegebedürftige Menschen angeboten werden?

Und inwiefern könnte in diesem Rahmen auch die psychosoziale Betreuung dieses Personenkreises ausgedehnt werden?

Die Bundesregierung geht davon aus, daß durch eine personelle Verstärkung von ambulanten Diensten vermehrt rehabilitative Maßnahmen für zu Hause lebende hilfe- und pflegebedürftige Menschen ebenso wie psychosoziale Betreuung angeboten werden können. Die Bundesregierung hat daher diese Ziele mit in das Modellprogramm „Ambulante Dienste für Pflegebedürftige“ aufgenommen und versucht, entsprechende Zusammenhänge auch im Hinblick auf die Verbesserung der Qualität der häuslichen Pflege aufzuklären.

15. Wie beurteilt die Bundesregierung die Möglichkeit, zur Unterstützung einer derartig erweiterten Konzeption von ambulanten sozialpflegerischen und gesundheitlichen Diensten stadtteilbezogene Gesundheitszentren, zu errichten? Welche Unterstützungsmaßnahmen sind von der Bundesregierung in diesem Bereich geplant?

Nach der Zuständigkeitsverteilung des Grundgesetzes und der Länderverfassungen ist die Ausgestaltung der sozialen Infrastruktur wesentliche Aufgabe der Länder und Gemeinden. Die Bundesregierung hat keine Möglichkeit, diese im Sinne der Fragestellung zu beeinflussen. Das Land Bremen führt zur Zeit ein Modellvorhaben „Neuorganisation der sozialen Dienste in Bremen-Süd“ durch, in dem entsprechende Umorganisationen sozialer und gesundheitlicher Dienste erprobt werden. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit fördert die wissenschaftliche Begleitung dieses Vorhabens seit 1981 in Höhe von 650 000 DM.