

Veröffentlichungsreihe des
Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-4085

P99-106

**Eine neue Kultur des Helfens und der
mitmenschlichen Zuwendung?
Über die sozialen Auswirkungen des
Pflegeversicherungsgesetzes**

Norbert Brömme

Bielefeld, Juni 1999

Neudruck

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Abstract

Die Pflegeversicherung ist mit ihrer Leitidee, auf eine „neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung“ hinzuwirken, bislang das prominenteste Beispiel der sozialpolitischen Entdeckung des informellen Sektors. Ein wesentliches Anliegen des neuen Sozialversicherungszweiges ist die Aufwertung familialer Selbsthilfepotentiale durch gezielte Interventionen in Form von materieller Unterstützung für pflegende Angehörige und personenbezogener Dienstleistungen. Zur Analyse dieses sozialpolitischen Kurswechsels, dessen gesellschaftspolitischer Kontext von Debatten zum Verhältnis zwischen Selbstsorge, gemeinschaftlicher Solidarität und sozialstaatlicher Verantwortung bestimmt ist, wird der Einfluß der Pflegeversicherung auf informelle Unterstützungs- und Pflegepotentiale untersucht. Dabei ist zwischen intendierten und nichtintendierten Wirkungen der gesetzlichen Regelungen zu differenzieren. Die Befunde der Forschungsarbeit beruhen auf leitfadengestützten Experteninterviews und auf dem Vorher-Nachher-Vergleich quantitativer Erhebungen.

Die Familie als Unterstützungsnetzwerk für ältere Menschen reagiert gegenüber der sozialpolitischen Intervention weitgehend unelastisch. Die Pflege alter Eltern ist nur in Ausnahmefällen eine Frage staatlicher Anreiz- oder Substitutionsmöglichkeiten. Die Pflegehaushalte nutzen die öffentlich bereitgestellten Ressourcen je nach Wertorientierungen und sozio-ökonomischer Lage. Eine „Entsolidarisierung“ der Familie läßt sich nicht nachweisen. Es wurden grob nach Merkmalen der sozialen Schichtung und des Alters drei Pflgetypen identifiziert (traditionell-, autonomie- und materiellorientiert). In welchem Umfang sich die sozialstaatlichen Instrumente förderlich auf das informelle Unterstützungspotential auswirken, ist vor allem eine Frage der sozialen Lage betreffender Pflegehaushalte. Die Möglichkeiten zur Konstruktion tragfähiger sozialer Unterstützungsnetzwerke oder „Pfleagemixes“ sind ungleich verteilt, und ein Mangel an Selbsthilfepotential wird kaum durch die Inanspruchnahme von Diensten kompensiert. Markt- und marktanaloge („Kundenmodell“) Regulierungen zeigen generell nachteilige Konsequenzen für die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen. Es zeichnet sich ein generationenspezifischer Trend zur Delegation von Pflegeaufgaben an professionelle Dienstleister ab.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
Einleitung	3
1. Sozialpolitischer und theoretischer Hintergrund:	
Mit der Pflegeversicherung auf dem Weg zum Wohlfahrtspluralismus	7
1.1 Entstehungsgründe für das Leitbild der Stärkung informeller Hilfen im Pflegeversicherungsgesetz	7
1.2 Theoretische Reflexionen zum Wohlfahrtspluralismus	10
2. Wirkungszusammenhang:	
Das Pflegeversicherungsgesetz und informelle Hilfen.....	15
2.1 Direkte Interventionen	17
2.1.1 Pflegesachleistungen	17
2.1.2 Pflegegeldleistungen	18
2.2 Indirekte Interventionen	19
2.2.1 Die Pflegeversicherung als gesetzliche Pflichtversicherung.....	19
2.2.2 Das Abrechnungssystem nach Leistungsmodulen	20
2.2.3 Budgetierung der Leistungen.....	21
2.2.4 Leistungen bei stationärer Pflege	21
3. Die Ausgangssituation:	
Ausmaß und Gründe bisheriger Unterstützungsleistungen	24
3.1 Umfang und Struktur informeller Pflegeleistungen vor Einführung der Pflegeversicherung.....	24
3.2 Gründe für die Übernahme von Pflegeverpflichtungen	26
3.3 Exogene Einflüsse auf das informelle Unterstützungspotential	27
3.3.1 Veränderungen des informellen Pflegepotentials.....	28
3.3.2 Wandel der Lebenssituation und zunehmende Anzahl der zu Pflegenden	31
4. Stand der Forschung:	
Informelle Pflegeleistungen und staatliche Interventionen.....	34
4.1 Wird häusliche Pflege durch stationäre substituiert?	34
4.2 Verdrängen ambulante Dienste informelle Hilfen?.....	35
4.3 Geld in der familialen Pflege.....	36
5. Methodisches Vorgehen	39
5.1 Hypothesenbildung	39
5.2 Untersuchungsdesign	40
5.2.1 Das Forschungsinstrument	40
5.2.2 Auswahl der Befragten	41
5.2.3 Der Interviewleitfaden.....	42
5.2.4 Erhebung und Auswertung der Daten	43
5.3 Fragen der Validität.....	43

6. Auswertung	45
6.1 Wirkung direkter Interventionen	45
6.1.1 Pflegesachleistungen: Substitution oder Ergänzung?	45
6.1.2 Pflegegeldleistungen: Anreiz, Mitnahme oder Mißbrauch?	51
6.1.3 Zusammenfassung der direkten Interventionen	61
6.2 Wirkung indirekter Interventionen	63
6.2.1 Führen Leistungen bei vollstationärer Pflege zu einem Heimsog?	63
6.2.2 Das Versicherungsprinzip: Anspruchsinflation statt Sicherheit? ..	66
6.2.3 Pflegeverträge und „Modulsystem“: Effiziente Pflegeplanung oder Unterversorgung mit Pflegeleistungen?	69
6.2.4 Zusammenfassung der indirekten Interventionen	75
7. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	77
7.1 Eingeschränkte Steuerbarkeit familialer Pflegebereitschaft	77
7.2 Typenspezifische Effekte direkter Interventionen	78
7.2.1 Der an traditionellen Pflegenormen orientierte Pflgetyp	79
7.2.2 Der autonomie-orientierte Pflgetyp	80
7.2.3 Der an materieller Unterstützung orientierte Pflgetyp	81
7.3 Bewertung indirekter Interventionen	83
7.4 Fazit	86
8. Schlußfolgerungen: Ausblicke auf die Politik	87
8.1 Pflegepolitische Vorschläge	88
8.2 Gesellschaftspolitische Perspektiven	89
Literaturverzeichnis	92
Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	99

Einleitung

Die Pflegeversicherung ist bislang das prominenteste Beispiel eines sozialpolitischen Kurswechsels innerhalb des deutschen Sozialversicherungstaates: Sie bringt eine Umorientierung zum Ausdruck, die Franz Xaver Kaufmann (1997) als die „sozialpolitische Entdeckung des informellen Sektors“ (S. 99) bezeichnet. Ein wesentliches Anliegen des neuen Sozialversicherungszweiges ist die bewußte Aufwertung familialer Eigenhilfe und praktischer Solidarität mit Pflegebedürftigen. Daß im Rahmen einer gesetzlichen Zwangsversicherung explizit auf ein gemischtes System staatlicher Versorgung und selbstorganisierter Formen der sozialen Unterstützung gebaut wird, ist zweifelsohne eine Innovation im sozialen Sicherungssystem. Damit stellt sich aber eine alte sozialpolitische Grundsatzfrage wieder neu: Können sozialstaatliche Leistungen zwischenmenschliche Hilfen fördern, oder bewirkt der Ausbau des sozialen Sicherungssystems eine nachlassende private Unterstützungsbereitschaft?

Schon vor Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) waren Politik und Medien um Antworten auf die Frage nach den Wirkungen der Pflegeversicherung auf familiäre Unterstützungspotentiale nicht verlegen. So ließ der damalige Arbeits- und Sozialminister Blüm verlauten: „Den größten und greifbarsten Erfolg bringt die Pflegeversicherung den Familien; sie ist die stärkste familienpolitische Unterstützung seit Jahren, ... die familiären Bande zwischen alt und jung werden gestärkt“ (Blüm 1995, S.12). Mit seiner zuversichtlichen Auffassung stand der Initiator der Pflegeversicherung jedoch allein. Insbesondere Kommentatoren aus dem konservativen politischen Spektrum erwarteten von der Einführung einer Pflegeversicherung unerwünschte Auswirkungen auf die Hilfsbereitschaft in Familien:

Wenn die Pflegeversicherung in der von Blüm konzipierten Form käme, würde sie die Beziehungen zwischen Staat und Bürgern und zwischen den Bürgern verändern; und sicher nicht zum Guten. Sie würde die vorherrschende Neigung, nicht mehr auf gewachsene Verhältnisse und persönliche Bindungen zu setzen, sondern auf die Weitsicht einer anonymen Wohlstandsbürokratie, noch einmal weitertreiben. Die Menschen würden sich nicht länger auf Freunde, Nachbarn oder Verwandte verlassen wollen, schon gar nicht auf die eigene Kraft, Vorsorge zu treffen für den Notfall. Denn dafür stünde das Bonner Glücksministerium bereit. (Adam, „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ vom 9. Juli 1993)

Entgegen den Hoffnungen des Gesetzgebers gingen die kritischen Betrachter der Pflegeversicherung davon aus, daß die geplanten sozialstaatlichen Maßnahmen die familiäre Solidarität unterwandern würden und sich die Versorgung Pflegebedürftiger aus den Familien in die Pflegeheime verlagere.

Die Pflegeversicherung kam tatsächlich in der von der konservativen Kritik befürchteten Form und gewährt seit 1. April 1995 bzw. 1. Juli 1996 rund 1,7 Millionen Pflegebedürftigen Leistungen bei häuslicher oder stationärer Pflege. Nach dreijähriger Bewährungsfrist des neuen Gesetzes in der Alltagspraxis besteht jetzt die Möglichkeit, erste Überlegungen darüber anzustellen, ob die Pflegeversicherung auf dem richtigen Wege ist,

um ihr anvisiertes Ziel, auf eine „neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung“ (§8, SGB XI) hinzuwirken, zu erreichen. Es stellt sich die Frage, ob die Pflegebereitschaft und Fürsorglichkeit der Angehörigen, Nachbarn und Freunde Pflegebedürftiger bislang gefördert wurde oder ob die sozialstaatliche Absicherung des Pflegerisikos doch zu einer „Entsolidarisierung der Familie“ („Handelsblatt“ vom 28. Mai 1993), das heißt zu einem Rückgang der familialen Pflege, beigetragen hat. Dieser Frage will sich die vorliegende Arbeit annehmen.

Im Rahmen einer empirischen Untersuchung soll festgestellt werden, wie sich die Regelungen der Pflegeversicherung auf informelle Unterstützungsleistungen in Familien auswirken. Als informelle Hilfeleistungen werden nicht formal regulierte, praktische Unterstützungsleistungen zwischen Familienmitgliedern, Nachbarn, Freunden etc. verstanden. Im Mittelpunkt steht die Pflege alter Eltern durch ihre erwachsenen Kinder. Es sind drei verschiedene Wirkungen der Pflegeversicherung auf soziale Unterstützungsleistungen denkbar, die in Form der Synergie-, Erosions- und Nulleffekte Gegenstand der Arbeit sind.

Während die Pflegeversicherung in den letzten Jahren unter politikwissenschaftlichen, ökonomischen und pflegewissenschaftlichen Aspekten ausführlich betrachtet wurde, liegen über ihre sozialen Wirkungen bislang keine umfassenden, empirisch fundierten Erkenntnisse vor. Die Ergebnisse der von mir durchgeführten Studie sollen ein erster Ansatz zur Schließung dieser Forschungslücke sein.

Die Untersuchung informeller Hilfeleistungen unter bestimmten sozialpolitischen Voraussetzungen kann aber nicht nur den spezifischen Wissensstand zur Pflegeversicherung erhöhen, sondern ist auch für die allgemeine sozialwissenschaftliche Forschung von Bedeutung. Anstatt informelle Hilfen innerhalb der sozialstaatlichen Sicherungssysteme stillschweigend vorauszusetzen, berücksichtigen neuere sozialpolitische Konzepte ehrenamtliche, familiäre und nachbarschaftliche Unterstützung ausdrücklich. Wie sich allerdings diese neue Form der Sozialpolitik auf den „sozialen Nahbereich“ (Kaufmann 1997, S. 109) niederschlägt, ist bisher so gut wie unbekannt. Hier besteht ein Bedarf an empirischer Forschungsarbeit, dem ich durch die exemplarische Analyse der sozialen Auswirkungen des PflegeVG entsprechen möchte.

Die Auswirkungen des PflegeVG werden auf der Basis von Experteninterviews mit Mitarbeitern verschiedener ambulanter Pflegedienste untersucht. Die Experten geben Auskunft über ihre Erfahrungen mit zu Hause versorgten Pflegebedürftigen und mit pflegenden Angehörigen. Die Durchführung von Experteninterviews dient in erster Linie dazu, sozial erwünschte Antworten zu vermeiden, die bei „sensitive issues“ (vgl. Gelles 1979) wie der häuslichen Pflege von den Betroffenen zu erwarten sind. Diese Untersuchungsmethode weist aber auch eine zentrale Schwachstelle auf, denn die Auskünfte der Experten über das Verhalten pflegender Angehöriger spiegeln die Perspektiven der professionellen Leistungsanbieter wider.

Die Arbeit ist in acht Abschnitte gegliedert. Die ersten vier Kapitel sollen das Thema einordnen, konkretisieren und alle nötigen Informationen

für die Analyse der Auswirkungen der Pflegeversicherung liefern. Kapitel fünf bis acht setzen sich mit den eigenen Erhebungen auseinander. Im einzelnen ist die Studie folgendermaßen aufgebaut:

Im *ersten Kapitel* wird der sozialpolitische Hintergrund der Pflegeversicherung unter besonderer Beachtung ihres Ziels, informelle Hilfeleistungen zu stärken, dargestellt. Darüber hinaus wird versucht, theoretische Überlegungen zur Untersuchung der Auswirkungen sozialstaatlicher Regelungen auf vorstaatliche Hilfesysteme anzustellen. Das *zweite Kapitel* soll die Frage beantworten, in welcher Form bestimmte Regelungen des PflegeVG auf die Pflegebereitschaft Angehöriger Einfluß nehmen können. Eine zielbezogene Systematisierung der verschiedenen gesetzlichen Bestimmungen führt zur Unterscheidung direkter und indirekter Interventionen der Pflegeversicherung in den informellen Bereich. Das *dritte Kapitel* beschreibt den Umfang informeller Hilfen und die entsprechenden Beweggründe der Familienmitglieder vor Inkrafttreten des PflegeVG. Darüber hinaus wird auf exogene demographische, sozialstrukturelle und soziokulturelle Entwicklungen hingewiesen, die unabhängig vom PflegeVG auf informelle Hilfen wirken. Das *vierte Kapitel* widmet sich dem bisherigen Wissensstand über die Auswirkungen sozialpolitischer Interventionen auf die Pflegebereitschaft nichtprofessioneller Helfer. Drei Fragen stehen dabei im Vordergrund: Wird häusliche Pflege durch stationäre Versorgung substituiert? Verdrängen professionelle ambulante Dienste die familiäre Pflege? Wie wirken sich Geldleistungen auf die häusliche Pflege aus? Während das *fünfte Kapitel* das methodische Vorgehen der Untersuchung offenlegt, erfolgt die Datenauswertung im *sechsten Kapitel*. Hier werden die Ergebnisse der von mir durchgeführten Expertenbefragung zu direkten und indirekten Interventionen der Pflegeversicherung in die häusliche Pflege vorgestellt. Das Kapitel versucht, folgende Fragen zu beantworten: Führen monetäre Anreize zur einer steigenden Hilfsbereitschaft der Angehörigen, oder unterminieren sie deren Pflegemoral? Ergänzen oder ersetzen professionelle Dienste informelle Hilfen? Entstehen durch die Einführung einer Versicherung Anspruchshaltungen bezüglich staatlicher Versorgungsleistungen, oder wird aufgrund der in der Pflegeversicherung gewährten Leistungen zur sozialen Absicherung der Pflegepersonen zusätzliches soziales Engagement mobilisiert? Wie wirkt sich das nach Effizienzkriterien gestaltete neue Vergütungssystem für ambulante Dienste auf die häusliche Pflege aus? Verstärkt die neue Pflegeversicherung bestehende Ungleichheiten in der Verteilung materieller und sozialer Unterstützungsressourcen oder trägt sie zur Umverteilung bei? Das *siebte Kapitel* faßt die Ergebnisse der Befragung zusammen, setzt sie zu den Resultaten anderer Arbeiten in Beziehung und versucht, die Wirkungen des PflegeVG anhand der Untersuchungsthese zu bewerten. Im *achten* und letzten Kapitel werden Schlußfolgerungen aus der Untersuchung für politisches Handeln skizziert.

Die Studie hat zum Ziel, erste Hinweise über die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Unterstützungsbereitschaft von Angehörigen zusammenzutragen. Zu bedenken ist, daß die vorgestellten Befunde als *baseline* eines weiterhin offenen Prozesses zu lesen sind. Es ist zwar ein erster Schritt zur Beschreibung und Erklärung vorläufiger Entwicklungen getan, weitere Arbeiten zur Validierung und Generalisierungen der vorliegenden Ergebnisse sind aber unerlässlich.

1. Sozialpolitischer und theoretischer Hintergrund: Mit der Pflegeversicherung auf dem Weg zum Wohlfahrtspluralismus

1.1 Entstehungsgründe für das Leitbild der Stärkung informeller Hilfen im Pflegeversicherungsgesetz

Die Einführung der Pflegeversicherung markiert sowohl für die allgemeine sozialpolitische Praxis als auch für die konkrete Absicherung des Pflegerisikos einen deutlichen Einschnitt. Sie führt nicht nur zu einer *Expansion* staatlicher sozialer Sicherung, sondern auch zu deren *Reorganisation* (vgl. Rothgang 1997). Neben der Einführung eines neuen Trägers für Pflegekosten kommt der Wandel im sozialen Sicherungssystem noch in einer weiteren Zielvorstellung des Gesetzes zum Ausdruck, die in der vorliegenden Arbeit im Vordergrund steht: der Stärkung informeller Hilfesysteme durch sozialstaatliche Leistungen. Festgehalten ist dieses Anliegen in § 3 des elften Sozialgesetzbuches: „Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen“ (Deutscher Bundestag 1993, S. 11). Mit der Absicht, nichtprofessionelle Unterstützung für Pflegebedürftige ausdrücklich zu fördern, löst sich die Pflegeversicherung von der vorher dominierenden sozialstaatlichen Praxis, die Hilfen von Familienmitgliedern, Nachbarn und Freunden als gegeben voraussetzte und instrumentell nutzte. So betonten frühere Vorhaben der Bundesregierung zur Absicherung des Pflegerisikos zwar die Bedeutung familialer Pflege, aber sie sahen kaum Mittel zur finanziellen oder rechtlichen Absicherung der pflegenden Angehörigen vor. Die häusliche Pflege sollte sich bereits durch Maßnahmen im privaten Wohnbereich und durch geringe steuerliche Entlastungen pflegender Familienangehöriger von selbst stabilisieren (vgl. Naegele 1985). Die Pflegeversicherung schlägt dagegen mit der Berücksichtigung informeller Hilfeleistungen einen anderen Weg ein. Ihren Ausdruck findet diese neue Orientierung in § 8 des PflegeVG, der das Leitbild der Pflegeversicherung als das einer „neuen Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung“ festschreibt.

Die Gründe für die Hervorhebung der besonderen Rolle nichtprofessioneller Hilfen sind vielschichtig. Es kann grob zwischen (1) spezifischen pflegepolitischen Problemdefinitionen und (2) einem allgemeinen sozialpolitischen Entwicklungstrend unterschieden werden:

(1) Pflegepolitische Problemdefinitionen

Insbesondere finanz- und sozialpolitische Problemdefinitionen haben in der pflegepolitischen Auseinandersetzung die Bedeutung des familialen Hilfe potentials hervortreten lassen. Die Stärkung informeller Hilfen wurde auf der einen Seite als kostengünstiger Ersatz für professionelle Dienstleistungen erachtet, denn die staatlichen Ausgaben für häusliche Pflege sind weitaus geringer als für stationäre Versorgung, und am preisgünstigsten pflegen immer noch Angehörige (vgl. Rothgang 1997). So befürworteten die am Gesetzgebungsprozeß beteiligten Finanzpolitiker die Stärkung der häuslichen Pflege aus Kostenüberlegungen heraus. Auf der anderen Seite standen konkrete Bedarfslagen der Pflegebedürftigen und der pflegenden

Angehörigen. In den achtziger Jahren rückte die häusliche Pflege immer stärker ins öffentliche Bewußtsein und stieg zum zentralen Thema der Pflegediskussion auf. Damals wurde festgestellt, daß die Mehrheit der Pflegebedürftigen und auch ihre Angehörigen eine Versorgung in der häuslichen Umgebung einer stationären Unterbringung vorziehen (vgl. Brög 1980, Alber 1990). Gleichzeitig kamen auch die Belastungen pflegender Angehöriger und ihr absehbar erodierendes Hilfpotential zur Sprache, das bislang sozialstaatlich kaum gestützt wurde. Der bisherige Umgang der Sozialpolitik mit der häuslichen Pflege hatte sich vor allem durch eine mangelnde Anerkennung nichtprofessioneller Hilfe ausgezeichnet.

Vor Inkrafttreten des PflegeVG mußten viele Familien mit der häuslichen Versorgung von Hilfsbedürftigen ohne nennenswerte staatliche Unterstützung auskommen. Zwar erhielten im Rahmen der Sozialhilfe Pflegebedürftige mit niedrigem Einkommen Leistungen für ambulante und stationäre Pflege (§ 68 BSHG „Hilfe zur Pflege“); dadurch wurden sie aber unweigerlich zu Sozialfällen. Darüber hinaus hatte ungefähr die Hälfte aller Pflegebedürftigen aufgrund ihrer Einkommens- und Vermögenssituation gar keinen Anspruch auf finanzielle Zuschüsse (vgl. Fuchs 1996). Neben den gesetzlichen Bestimmungen zur Gewährung von Sozialhilfe gab es noch weitere Regelungen zur Absicherung des Pflegerisikos. Die darin vorgesehenen Leistungen kamen jedoch nur kleinen Personenkreisen zugute oder waren nach Art, Umfang und Dauer begrenzt (vgl. Lampert 1996). So stellten beispielsweise die Krankenkassen im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes seit 1991 Geld- oder Sachleistungen für die häusliche Pflege von *Schwerpflegebedürftigen* bereit (SGB V §§ 53-57). Da aber nur diese Teilgruppe Pflegebedürftiger Anspruch auf Leistungen hatte, konnten die finanziellen Belastungen durch häusliche Pflege auch nur bei einer Minderheit reduziert werden.¹ Doch zumindest wurde mit den neuen Regelungen des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) eine Initiative zur Berücksichtigung informeller Hilfen ergriffen und so ein Fundament für die Ausgestaltung des PflegeVG geschaffen. Insgesamt ist festzustellen, daß das Ziel der Stärkung häuslicher und insbesondere familialer Pflege von den verschiedenen finanz- und sozialpolitischen Akteuren im Gesetzgebungsprozeß, der zur Pflegeversicherung führte, ohne größere Auseinandersetzungen befürwortet wurde – wenn auch aus unterschiedlichen Beweggründen.²

(2) Sozialpolitischer Entwicklungstrend

Die Intention des PflegeVG, familiäre Pflegeleistungen zu sichern, zu unterstützen und anzuregen, ist aber nicht nur als eine Reaktion auf konkrete sozial- oder finanzpolitische Probleme zu verstehen, sondern ebenso Ausdruck eines „generellen gesellschaftspolitischen Perspektivenwechsels [hin] zu einer Aufwertung des informellen Bereichs sozialer Unterstützungsnetzwerke“ (Evers/Olk 1996, S. 349). Auch in anderen Zusammen-

¹ Da die Untersuchung in Berlin durchgeführt wurde, ist noch auf das Berliner Landespflegegesetz zu verweisen. Danach erhielten rund 40.000 in Berlin lebende Schwerstbehinderte, Blinde und Gehörlose schon vor Inkrafttreten der bundesweiten Regelung vergleichsweise großzügige Leistungen.

² Es handelt sich um eine Übereinstimmung der am Gesetzgebungsprozeß beteiligten Personengruppen. In weiteren Kreisen war die Förderung der häuslichen Pflege durchaus umstritten. Vor allem aus frauenpolitischer Perspektive wurde das Leitbild der Pflegeversicherung als ein Konzept der (Re)Privatisierung des Pflegerisikos kritisiert, das Frauen vom Arbeitsmarkt fernhalte.

hängen geraten nichtprofessionelle Hilfen im Rahmen haushaltlicher und zwischenhaushaltlicher Unterstützungssysteme immer mehr ins Blickfeld von Wissenschaft und Politik. Der verengte finanzielle Spielraum öffentlicher Haushalte kann nur zum Teil für diese Entwicklung verantwortlich gemacht werden. In aktuellen sozialpolitischen und sozialwissenschaftlichen Diskursen, die letztlich auf eine grundlegende Erneuerung des Verhältnisses von Individuen, Gemeinschaft und Staat gerichtet sind, gründet die gestiegene Aufmerksamkeit für solidarische Unterstützungsnetzwerke vielmehr auf einer stärkeren Gewichtung von Gemeinschaftsorientierung und Solidarität (vgl. u.a. Etzioni 1993, Dettling 1995, Evers/Olk 1996, Hondrich 1996 und Scharping 1996). Zumindest für die bundesdeutsche Sozialpolitik läßt sich behaupten, daß die Wurzeln dieses Trends in der ab Ende der siebziger Jahre im Gesundheitsbereich entstandenen Selbsthilfebewegung liegen (vgl. Badura/Ferber 1981). Damals wurden Bedürfnisse der Betroffenen zunehmend thematisiert, und es bildete sich ein Konsens in Politik und Wissenschaft darüber, daß das System öffentlicher Versorgung wesentlich auf informell und unentgeltlich erbrachten Leistungen basiere. In diesem Zusammenhang wurde auch das Stichwort von der „neuen Subsidiarität“ (vgl. Heinze 1986) geprägt, das die Bedeutung „von individueller und kollektiver Selbsthilfe, selbstaktiven Feldern und sozialen Unterstützungsnetzen aufwertete [und] auch die lebensweltlich familiäre Altenhilfe in den Mittelpunkt des sozialpolitischen Interesses“ rückte (Zeman 1996, S. 13).

Mit ihrem Ziel, auf eine „neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung“ aktiv hinzuwirken, läßt sich die Pflegeversicherung – zumindest nach ihren Grundsätzen – demnach in einen weitreichenden Entwicklungstrend einordnen, wie auch Evers und Olk (1996) feststellen:

„Diese Umorientierung im Pflegebereich [die ausdrückliche Einbeziehung von Angehörigen als Helfende, N.B.] repräsentiert exemplarisch eine mögliche Definition wohlfahrtspluralistischer Politik als einer Strategie, die das 'soziale Kapital' gesellschaftlicher und gemeinschaftlicher Solidaritäten nicht nur anerkennt, indem man es instrumentell zu nutzen und in welfare mixes einzubauen sucht, sondern auch bereit ist, in seine Motivierung, Unterstützung und weitere Entwicklung zu investieren.“ (Evers/Olk 1996, S. 350)

Im Zentrum dieser neuen, wohlfahrtspluralistischen Politik³ steht die bewußte Aufwertung solidarischer Unterstützungsleistungen in kleinen und größeren sozialen Netzwerken. Das Besondere dieser Politik ist, daß *konkrete Maßnahmen* fördernd auf zwischenmenschliche Hilfsbereitschaft wirken sollen: Der Gesetzgeber bedient sich daher nicht nur mehr oder weniger starker moralisierender Appelle, sondern versucht, sozialpolitische Mittel tatsächlich zur Stärkung informeller Netzwerke einzusetzen.

³ Eine Analyse der Entstehungsbedingungen des Wohlfahrtspluralismus und der dazugehörigen Debatte liefern Evers/Olk (1996).

1.2 Theoretische Reflexionen zum Wohlfahrtspluralismus

Die stärkere Berücksichtigung sozialer Unterstützungsnetzwerke, auch im Bereich der Pflege, ist Teil eines sozialpolitischen Perspektivenwechsels in Richtung auf eine wohlfahrtspluralistische Politik. Die Begriffe „Wohlfahrtspluralismus“ oder „welfare mix“ bezeichnen analytische und sozialpolitische Konzepte, die den Einfluß verschiedener Akteure und Institutionen auf die Produktion von Wohlfahrt⁴ thematisieren. Das Konzept des Wohlfahrtspluralismus setzt sich von eindimensionalen staats- oder marktzentrierten Betrachtungsweisen der Wohlfahrtsproduktion⁵ ab, die sich jeweils nur auf eine Sphäre der Schaffung von Wohlfahrt beziehen, und versucht ein begriffliches Instrumentarium zur Analyse von Formen der „gemischten Wohlfahrtsproduktion“ (Kaufmann 1997, S. 99) bereitzustellen. Von besonderem Interesse sind dabei die Voraussetzungen sowie länderspezifische Eigenheiten, die zu neuen „welfare mixes“ führen. Der Wohlfahrtspluralismus hat aber auch eine normativ-politische Dimension. Wohlfahrtspluralistische Politikkonzepte fragen danach, welche Beziehungen zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen, wie Markt, Staat und Haushalten, hergestellt werden sollen, um Wohlfahrt zu schaffen. Es geht darum, „eine gewünschte Konstellation der 'gemischten Produktion von Wohlfahrt' zu modellieren“ (Evers/Olk 1996, S. 12).

Wohlfahrtspluralistische Ansätze unterscheiden vier Bereiche der Wohlfahrtsproduktion: (1) Den informellen Sektor von Familienhaushalten, Nachbarschaften oder sozialen Bewegungen, (2) den Markt, gekennzeichnet durch privatwirtschaftliche Unternehmen, (3) einen *Dritten Sektor* oder *intermediären Bereich* mit freien Trägern der Wohlfahrtspflege sowie anderen organisierten (gemeinnützigen) Initiativen und (4) den Staat, der durch öffentliche Verwaltungen repräsentiert wird.

Die jeweiligen Sektoren funktionieren nach unterschiedlichen *Logiken* der Handlungskoordination und weisen unterschiedliche Bezugsebenen auf. Damit ist gemeint, daß Aktivitäten in den einzelnen Bereichen durch verschiedene Steuerungsprinzipien, wie z.B. persönliche Verpflichtung im informellen Sektor oder Hierarchie im Staatssektor, reguliert sind und unterschiedliche Anforderungen, wie Reziprozität oder Gleichheit, zu erfüllen haben. So werden Pflegebedürftige von Familienmitgliedern auf der Basis gegenseitiger Wertschätzung sowie persönlicher Verpflichtung versorgt, wobei die Pflegenden auf die Reziprozität von Leistung und Gegenleistung vertrauen. Das heißt, die pflegenden Angehörigen erwarten Anerkennung oder sonstige Formen der Dankbarkeit, oder sie rechnen damit, daß auch sie von ihren eigenen Kindern notfalls gepflegt würden. Informelle Hilfen

⁴ Nach Evers/Olk (1996) bezeichnet der Begriff 'Wohlfahrt' „das Ergebnis eines Konsumtionsprozesses“ von Ressourcen wie Gütern, Diensten und Zeit, der das individuelle Wohlbefinden befördert (vgl. a.a.O., S. 15). Für eine nähere Diskussion sei hier auf Kaufmann (1994) verwiesen.

⁵ Der Begriff „Wohlfahrtsproduktion“ bezieht sich auf den „Umwandlungsprozeß“ von Gütern und Diensten in Beiträge zu individueller Wohlfahrt (vgl. Evers/Olk 1996). Die Umwandlung von Gütern geht „nicht allein von den um ihre Wohlfahrt besorgten Individuen aus, sondern [steht] in unterschiedlichen institutionellen Kontexten und [involviert] daher eine Vielzahl von Personen und häufig auch Organisationen“ (Kaufmann 1994, S. 368). Zu diesem Thema hat immer noch der Text „Wohlfahrtsstaat und Wohlfahrtsproduktion“ von Zapf (1981) zentrale Bedeutung. Die verstärkte Aufmerksamkeit, die den Begriffen „Wohlfahrtsproduktion“ und „Wohlfahrtspluralismus“ entgegengebracht wird, läßt auf einen Wandel des sozialpolitikwissenschaftlichen Paradigmas schließen. Neben verteilungsorientierte Ansätze tritt im Wohlfahrtsdiskurs zunehmend eine produktions- bzw. „angebotsorientierte“ Perspektive, durch die die lange dominierende staatszentrierte Analyseperspektive in Richtung auf nichtprofessionelle Hilfesysteme ausgeweitet wird.

kommen „ohne die formalisierten Rechte und Pflichten und ohne monetarisierte Äquivalenzbeziehungen zwischen den Beteiligten aus“ (vgl. Ofte/Heinze 1986, S. 485). Hingegen werden empfangene Leistungen gegebenenfalls zu einem anderen Zeitpunkt durch Gegenleistungen kompensiert. Im staatlichen Sektor werden öffentliche Güter und Dienstleistungen produziert, die für alle Staatsbürger aufgrund eines rechtlich verbürgten Anspruchs verfügbar sind. Mit standardisierten Leistungen soll die Gesamtheit der Bürger in gleichem Umfang versorgt werden. Dementsprechend sind alle Mitglieder des sozialstaatlichen Sicherungssystems in den Schutz der Pflegeversicherung einbezogen, und es werden prinzipiell gleichartige Versicherungsleistungen gewährt.

Nach dem Konzept des Wohlfahrtspluralismus wird nun angenommen, daß „wir gegenwärtig Tendenzen einer Überlappung ... der Handlungslogiken aller vier Sektoren der Wohlfahrtsproduktion beobachten können“ (Evers/Olk 1996, S. 27). Dabei handle es sich weniger um Verdrängungsprozesse, als, zumindest bezogen auf die Verknüpfung von Staat und „Drittem“ oder informellem „Sektor“, um „wechselseitige Steigerungsverhältnisse“ (a.a.O., S. 29).⁶ In welcher Beziehung stehen nun das Konzept des Wohlfahrtspluralismus und die Pflegeversicherung zueinander?

Die Verschränkung sozialstaatlicher Leistungen und informeller Hilfen ist ausdrückliches Ziel der Pflegeversicherung. Nach § 8 SGB XI kann die pflegerische Versorgung „nur im Zusammenwirken vieler gesellschaftlicher Kräfte und Institutionen sichergestellt werden. Es ist notwendig, daß sich neben ... den Pflegekassen ... auch Angehörige und ehrenamtlich tätige Nachbarn ... für die Pflegebedürftigen engagieren“ (Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 110). Die im Gesetz angestrebte Verknüpfung staatlicher und privater Hilfsinstanzen zur Versorgung eines Pflegebedürftigen wirft die Frage auf, ob die Kombination sektorspezifischer Handlungslogiken und Bezugswerte tatsächlich Synergieeffekte hervorbringt, oder ob durch die Intensivierung der Beziehungen zwischen formellem und informellem Bereich die Bedingungen für das Bestehen von Reziprozität sowie familialer Solidarität bedroht werden. Kurzum: Läßt sich persönliche Verpflichtung als zentrale Pflegemotivation von Angehörigen gegenüber dem Pflegebedürftigen auch bei Existenz eines staatlich garantierten Rechts auf Unterstützung des Hilfsbedürftigen erhalten, oder untergraben (für alle zugängliche) Versorgungsleistungen des Staates die Voraussetzungen für reziproke informelle Hilfeleistungen?

Vor der Verbreitung der Idee vom Wohlfahrtspluralismus betrachtete die sozialwissenschaftliche Forschung das Verhältnis von informeller Unterstützung zu staatlichem Hilfesystem vornehmlich kritisch (vgl. zum Beispiel Glazer 1975, Baier 1976 und auch Olk 1985). Staatliches Eingreifen in Haushalte, Nachbarschaften oder freiwillige Zusammenschlüsse wurde als Ausweitung zentral organisierter Versorgungsleistungen und rechtlicher Instrumente auf lebensweltliche Bereiche verstanden (vgl. auch Habermas 1981). Von einem Miteinander oder Zusammenwirken der verschiedenen Sektoren war nicht die Rede:

⁶ In der Diskussion verschiedener wohlfahrtspluralistischer Konzepte werden am Rande auch Verdrängungsprozesse und Anpassungsleistungen vor allem von Organisationen des Dritten Sektors erwähnt. Darüber hinaus wird auch Kritik an wirtschaftsliberalen und autoritären Vorstellungen geäußert, die Wohlfahrtspluralismus ausschließlich durch mehr Markt oder mehr Gemeinschaft anstreben.

Ironischerweise droht den vorinstanzlichen Hilfpotentialen nicht zuletzt dadurch Gefahr, daß versucht wird, sie mit administrativen Mitteln – und damit unter Rückgriff auf die Steuerungsressourcen „Recht“ und „Geld“ – zu stabilisieren. (Olk 1985, S. 125)

In diesem Zitat wird deutlich auf die beschränkten Möglichkeiten sozialstaatlicher Interventionen zur Unterstützung informeller Hilfesysteme hingewiesen. Der Einwand basiert auf der Überlegung, daß sich die unterschiedlichen Steuerungsprinzipien der verschiedenen Sektoren, wie rechtlich-bürokratische Regelungen und zwischenmenschliche Solidarität, nicht konfliktlos zusammenführen lassen.

Insbesondere in den siebziger und achtziger Jahren hoben konservative wie linksliberale Kritiker die destruktiven Wirkungen des Wohlfahrtsstaates auf Familien und soziale Netze immer wieder hervor. Je nachdem, aus welcher Ecke des politischen Spektrums dysfunktionale Folgen wohlfahrtsstaatlicher Expansion zur Sprache gebracht wurden, fielen Schlagwörter wie Bürokratisierung, Verrechtlichung, Monetarisierung, Entmündigung oder Klientelisierung.⁷ Gemeinsam war der Kritik, daß sie in „dem sozialstaatlichen Projekt als solchem [einen] Widerspruch zwischen Ziel und Methode“ sah (Habermas 1985, S. 151). Die konservative Seite ging davon aus, daß sozialpolitische Programme Ansprüche der Leistungsempfänger an den Staat erzeugen und so traditionelle Sicherungssysteme, wie familiäre, verwandtschaftliche oder nachbarschaftliche Unterstützungsnetze, schwächen würden (vgl. Glazer 1975, Schelsky 1978).⁸ Die linksliberale Kritik äußerte demgegenüber vor allem Bedenken am Einsatz rechtlich-bürokratischer Mittel in lebensweltlichen Freiräumen, denn diese Form der Sozialintervention würde eine verrechtlichte Fremdbestimmung der Sozialstaatsklienten befördern (vgl. Habermas 1981 und 1985, Sachße 1986).

Gegen diese Kritikansätze ist heute einzuwenden, daß sie sich alle auf die einseitige Expansion des „sorgenden“ Staates (vgl. de Swaan 1993) auf Kosten solidarischer Unterstützungspotentiale beziehen.⁹ Die innovativen Elemente einer wohlfahrtspluralistischen bzw. aktivierenden Sozialpolitik, insbesondere die Förderung informeller Hilfen, sind in solchen Einwänden gegen die sozialstaatliche Praxis nicht berücksichtigt. Es sei trotzdem auf die Kritik an den nichtintendierten Wirkungen staatlicher Maßnahmen hingewiesen, denn auch neuere, eher subsidiär ausgerichtete sozialpolitische Interventionsformen müssen auf herkömmliche staatliche Instrumente wie Geld und Recht zurückgreifen.

⁷ Eine kritische empirische Überprüfung solcher Krisendiagnosen liefert Alber (1980). Auch Gross (1979) und Vobruba (1984) diskutieren die verschiedenen *Krisenansätze*.

⁸ Eine facettenreiche Analyse der „Anspruchspirale“ bietet Herder-Dornreich u.a. (1983).

⁹ In diese Richtung geht eine Arbeit von Alan Wolfe (1989), die sich mit den Wirkungen wohlfahrtsstaatlicher Programme in Skandinavien, insbesondere sozialer Dienstleistungen auf die moralischen Bindekräfte der Gesellschaft, auseinandersetzt. Jedoch bezieht sich seine Kritik am Sozialstaat skandinavischer Ausprägung auf einseitige sozialstaatliche Expansionsprozesse. In seinen Augen verlören moralische Verpflichtungen zu zwischenmenschlicher Unterstützung um so stärker ihre handlungsleitende Bedeutung, je mehr sich der Sozialstaat defizitären Unterstützungsstrukturen kleiner sozialer Netze annimmt und diese durch öffentliche und zentralisierte Dienstleistungen ersetzt. Einer wohlfahrtspluralistischen Politik entspricht diese Form der skandinavischen Sozialpolitik jedoch nicht.

Die kritische Betrachtung des Spannungsverhältnisses zwischen sozialstaatlichen Maßnahmen und nichtprofessionellen Unterstützungssystemen soll deutlich machen, daß eine gemischte Wohlfahrtsproduktion nicht ohne Schwierigkeiten zu erreichen ist und daher einer begleitenden Analyse bedarf. Freilich gewinnt entgegen der bisherigen sozialstaatlichen Praxis eine wohlfahrtspluralistisch orientierte Sozialpolitik durch bewußtes Einwirken auf den informellen Bereich eine (neue) Qualität, die nicht unweigerlich die beschriebenen dysfunktionalen Folgen zeitigen muß. Sie produziert aber gleichzeitig Auswirkungen, die bisher noch nicht ins Blickfeld von Sozialstaatsanalysen gerückt sind.

Denn hier sind es nicht nur die Grenzen ökonomischer Mittel und der Reichweite des Rechtes, welche die möglichen Wohlfahrtseffekte in Frage stellen, sondern Eigendynamiken des sozialen Nahbereichs, über die wir bisher so gut wie nichts wissen. Hier müssen wir uns Fragen stellen wie: Wovon ist das Wohlbefinden der Menschen in sozialen Interaktionen abhängig? Wie sind Beziehungen der Gegenseitigkeit und monetäre Anreize vereinbar? Wie weit lassen sich Solidarität und rechtliche Kontrollansprüche vereinbaren? (Kaufmann 1997, S. 109)

Verschiedentlich werden diese Überlegungen bereits ausdrücklich auf den Pflegebereich bezogen. So regt Clare Ungerson folgende Debatte an: „Within sociology, the discourse could focus on the nature of caring obligations, and the way in which informal and volunteering caring relationships are affected by cash exchanges and the existence of implicit or explicit contracts“ (Ungerson 1994, S. 47). Heinz Rothgang fragt in die gleiche Richtung, „ob die 'Pflicht zu pflegen', der sich zur Zeit vor allem noch Frauen ausgesetzt sehen, durch die Einführung der Pflegeversicherung an normativer Kraft verlieren wird und sich damit die Präferenzen der Pflegepersonen verändern“ (Rothgang 1997, S. 127).

Die Beantwortung solcher Fragen macht eine sozialpolitische Wirkungsanalyse der Pflegeversicherung notwendig, und zwar eine Analyse, die sich auch nichtintendierter Konsequenzen staatlichen Eingreifens in soziale Zusammenhänge annimmt.¹⁰ Diese Art der Wirkungsanalyse wurde von Badura und Gross (1976) unter dem Stichwort „soziokulturelles Paradigma der Sozialpolitik“ vorgestellt. Ihnen geht es darum, neben Verteilungswirkungen auf den Wirtschaftskreislauf auch die „Wirkungen sozialpolitischer Maßnahmen auf Kommunikations- und Motivationsstrukturen, kurz: auf die kulturelle Infrastruktur“ (a.a.O. S. 27), zum Gegenstand sozialpolitischer Untersuchungen zu machen. Unter dem Begriff „kulturelle Infrastruktur“ fassen sie „immaterielle Voraussetzungen der Produktion von Gütern und Dienstleistungen, also: Einstellungen, Werte, Wissen, Motive, kognitive und emotive Fähigkeiten und Verhaltensweisen“, zusammen (Badura/Gross 1976, S. 88).

Die vorliegende Untersuchung versucht, die Wirkungen des PflegeVG auf die kulturelle Infrastruktur in Pflegehaushalten zu untersuchen. Dies ist

¹⁰ Die Idee einer wissenschaftlichen Wirkungsanalyse der sozialpolitischen Praxis ist auf die soziologischen Ausläufer des amerikanischen Pragmatismus – vertreten von der Chicagoer Schule – zurückzuführen (vgl. Herlth 1982). In der Bundesrepublik war vor allem Hans Achinger (1958) um die Untersuchung sozialpolitischer Auswirkungen bemüht. Dabei betonte er, daß Sozialpolitik nicht nur bezüglich finanzieller und organisatorischer Konsequenzen zu untersuchen sei, sondern auch ihre Wirkungen auf die „Lebensformen“ erforscht werden sollten.

eine besonders interessante Aufgabe, da „sozialpolitische Intervention die Erzeugung makroskopischer Prozesse bedeutet, deren Wirksamkeit in den alltäglichen Lebensformen jedoch von spezifischen Reaktionsweisen der Betroffenen abhängt, die nicht mehr direkt sozialpolitisch steuerbar sind“ (Herlth 1982, S. 176).

2. Wirkungszusammenhang: Das Pflegeversicherungsgesetz und informelle Hilfen

Vor Beginn einer näheren Untersuchung der Pflegeversicherung muß geklärt werden, von welchen Regelungen des neuen Gesetzes nun Wirkungen auf die Pflegebereitschaft von Angehörigen, Nachbarn und Freunden erwartet werden können? Zur Beantwortung dieser Frage wird eine auf das Gesetz bezogene Analyse durchgeführt, das heißt, die Regelungen der Pflegeversicherung werden danach untersucht, ob sie laut Gesetzestext die Pflegebereitschaft informeller Helfer ausdrücklich beeinflussen sollen, also zum Ziel haben, *direkt* auf den häuslichen bzw. informellen Bereich einzuwirken, oder ob ihnen im Gesetzestext andere Intentionen übertragen werden, sie sich jedoch *indirekt* auf die häusliche Pflege niederschlagen können. Hinsichtlich der verschiedenen Zielvorstellungen des PflegeVG werden daher direkte und indirekte Interventionen in bezug auf informelle Hilfen unterschieden. Abbildung 1 versucht, die verschiedenen Interventionsformen zu verdeutlichen:

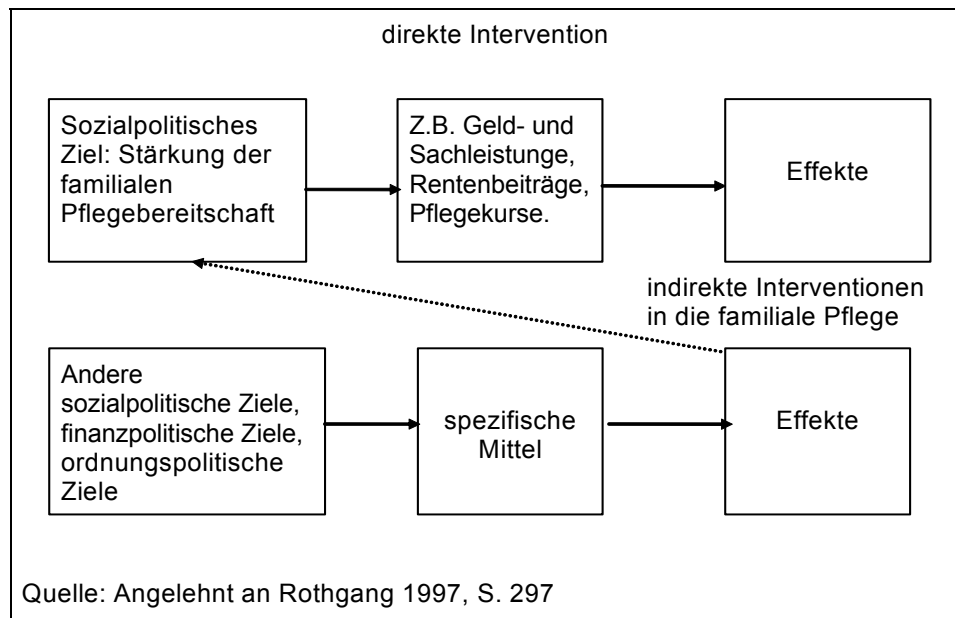


Abb. 1: Verschiedene Interventionsformen des PflegeVG in die häusliche Pflege

Direkte Interventionen verfolgen das sozialpolitische Ziel, die familiäre Pflegebereitschaft zu stärken. Sie zeigen bestimmte Effekte, die entweder mit diesem Ziel übereinstimmen oder nicht. *Indirekte Interventionen* verfolgen hingegen andere sozialpolitische Ziele, wie zum Beispiel die Vermeidung von Armut im Alter, oder haben finanz- bzw. ordnungspolitische Intentionen, wie beispielsweise Kosteneinsparungen im Pflegebereich. Diese Ziele sollen mit bestimmten Mitteln erreicht werden, die jedoch unerwartete Wirkungen auf die Pflegebereitschaft von Angehörigen zeigen können und deshalb als indirekte Interventionen zu verstehen sind.

Diese Einteilung ist eine *zielbezogene Typologie*, denn sie unterscheidet staatliche Interventionen nach ihren intendierten Hauptwirkungen.¹¹ Ein solcher Klassifizierungsversuch ist sinnvoll, denn die vorliegende Untersuchung versteht sich als eine Wirkungsanalyse, die darüber Aufschluß geben soll, welche gesetzlichen Maßnahmen einen *einzigsten* Sachverhalt - informelle Hilfen für Pflegebedürftige - in welcher Weise beeinflussen. Es ist von vordringlichem Interesse herauszufinden, wie effektiv Interventionen mit dem erklärten Ziel der Erhöhung informeller Unterstützungspotentiale tatsächlich sind und welche unerwarteten Effekte von anderen Regelungen ausgehen. Sollte sich beispielsweise zeigen, daß finanzpolitisch motivierte Maßnahmen unerwünschte sozialpolitische Konsequenzen haben, also die Pflegebereitschaft von Angehörigen beeinträchtigen, dann wäre darüber nachzudenken, welchen Zielvorstellungen grundsätzlich Vorrang einzuräumen ist.

Auf den folgenden Seiten werden nun die direkten und indirekten Interventionen des Gesetzes in den informellen Bereich der häuslichen Pflege und ihre jeweiligen Zielvorstellungen erläutert. Jeder Regelung ist, falls sie Gegenstand der Kontroverse um das PflegeVG war, auch die an ihr geäußerte Kritik gegenübergestellt.

Vorab sei auf das Ausmaß der sozialpolitischen Intervention hingewiesen: Anfang 1998 bezogen circa 1,7 Millionen Pflegebedürftige Leistungen der Pflegeversicherung. Rund 1,26 Millionen Personen erhielten ambulante Leistungen, und 464.090 Personen sind Empfänger von Leistungen im stationären Bereich. Für etwa 500.000 Angehörige, die ein Familienmitglied pflegen, zahlte die Pflegeversicherung Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung (vgl. BMA 9/98). Die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die drei Pflegestufen ist in Tabelle 1 dargestellt. Aus diesen Zahlen wird u.a. deutlich, daß mit zunehmendem Pflegebedarf der Anteil stationär versorgter Personen wächst.

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Summe aller Leistungsarten
Empfänger ambulanter Hilfen	579.191	526.372	156.767	1.263.324
in Prozent der Leistungsempfänger	78%	74%	57%	74%
Empfänger stationärer Hilfen	160.623	184.677	117.306	464.090
in Prozent der Leistungsempfänger	22%	26%	43%	27%
Summe bezogen auf alle Pflegestufen	739.814	711.049	274.0736	1.727.414
	42,8%	41,2%	15,9%	100%

Tabelle 1: Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen nach Pflegestufen 1997
(Angaben: BMA 9/1998)

¹¹ Eine umfassende Diskussion von Klassifikationsformen ist an dieser Stelle nicht möglich. Es sei deshalb auf Kaufmann (1982) verwiesen, der den Versuch gemacht hat, eine wirkungsbezogene Analyse der Sozialpolitik theoretisch zu begründen und dazu eine entsprechende Typologie sozialpolitischer Interventionsformen entwickelte.

2.1 Direkte Interventionen

Als direkte Interventionen werden Maßnahmen bezeichnet, die laut Gesetzestext die Pflegebereitschaft von Angehörigen Pflegebedürftiger fördern sollen, entweder durch *materielle Anreize* zur Pflege oder durch *professionelle Entlastung* der Pflegenden. Solche direkten Interventionen sind: Leistungen bei häuslicher Pflege, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege und Leistungen für Pflegepersonen. Aufgrund des eingeschränkten Rahmens dieser Untersuchung sollen nur die wichtigsten, d.h. die umstrittensten Regelungen, näher betrachtet werden. Darunter fallen die beiden zentralen Interventionsformen des Gesetzes in die häusliche Pflege: Pflegesachleistungen und Pflegesachleistungen.

Von materiellen Anreizen oder Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige wird zwar eine steigende Bereitschaft zur häuslichen Pflege erwartet, jedoch nehmen die kritischen Betrachter der neuen Regelungen an, daß Geld die Pflegemoral nichtprofessioneller Pflegepersonen unterminiere und Sachleistungen die Substitution informeller durch professionelle Pflege fördere.

2.1.1 Pflegesachleistungen

Pflegebedürftige erhalten nach § 36 SGB XI unter Berücksichtigung ihres Pflegegrades Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistungen (häusliche Pflegehilfe). Die häusliche Hilfe muß durch Pflegekräfte erbracht werden, die entweder bei der Pflegekasse oder bei ambulanten Diensten angestellt sind. Die Pflegesachleistungen betragen monatlich bei Pflegestufe I bis zu 750 DM, bei Pflegestufe II bis zu 1.800 DM und bei Pflegestufe III bis zu 2.800 DM. Die Sachleistungen sollen „zu einer spürbaren Entlastung der Angehörigen [führen], die die Pflege im häuslichen Bereich sicherstellen. Indem geeignete Pflegekräfte unterstützend im häuslichen Bereich tätig werden, kann auch rechtzeitig einer Überforderung der Pflegepersonen entgegengewirkt werden“ (Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 111). Durch professionelle Unterstützung soll, so der Gesetzgeber, die Pflegebereitschaft informeller Helfer langfristig gefestigt werden.

Kritik an den Pflegesachleistungen:

Gegen die Pflegesachleistungen wird die in der Pflegedebatte bereits als klassisch zu bezeichnende *Substitutionsthese* angeführt. Danach würden Sachleistungen einen Verdrängungsprozeß informeller Helfer durch professionelle ambulante Dienste auslösen. Diese Annahme baut auf zwei Argumenten auf: Zum einen verbilligen die Versicherungsleistungen die professionelle Pflege und ermöglichen daher einer größeren Anzahl von Haushalten, ambulante Pflegedienste zu beanspruchen. In diesem Fall wird vorausgesetzt, daß Angehörige bislang hauptsächlich wegen der hohen Preise für ambulante Dienstleistungen selbst zu Hause pflegten. Zum anderen wird angenommen, daß die Ausweitung des Angebots an professionellen Pflegediensten dazu führe, daß entsprechend mehr Haushalte auch auf diese Pflegedienste zurückgreifen. Ein solches Verhalten der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen könnte sich wiederum nur ergeben, wenn bislang ein Mangel an ambulanten Diensten bestand und ein großer Teil

des Bedarfs an professioneller Unterstützung unbefriedigt blieb. Unter diesen Annahmen könnten die Sachleistungen eine Substitution von informeller durch professionelle Pflege fördern.

2.1.2 Pflegegeldleistungen

Anstelle von Sachleistungen kann der Pflegebedürftige nach § 37 SGB XI ein Pflegegeld nach Schweregrad seiner Pflegebedürftigkeit beanspruchen. Dazu ist erforderlich, daß er mit diesem Pflegegeld seine Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt, z.B. durch die Aktivitäten Angehöriger. Monatlich kann Pflegegeld in Höhe von 400 DM bei Pflegestufe I, 800 DM bei Pflegestufe II und 1.300 DM bei Pflegestufe III bezogen werden. Das Pflegegeld soll „den Pflegebedürftigen in den Stand [versetzen], Angehörigen und sonstigen Pflegepersonen eine materielle Anerkennung für die mit großem Einsatz und Opferbereitschaft im häuslichen Bereich sichergestellte Pflege zukommen zu lassen. Das Pflegegeld bietet somit einen Anreiz zur Erhaltung der Pflegebereitschaft der Angehörigen, Freunde oder Nachbarn“ (Bundestags-Drucksache 12/5265, S. 112.).

Kritik am Pflegegeld:

An den Pflegegeldleistungen wird kritisiert, daß sie auch Angehörige ohne die notwendige Bereitschaft oder die erforderlichen pflegerischen Fähigkeiten zu häuslicher Pflege veranlassen könnten (vgl. Zeman 1996). Vor allem Einwände professioneller Pflegedienste gegen das Pflegegeld beziehen sich, wie Zeman darstellt, auf diese Art der Monetarisierung lebensweltlicher Solidarität und Sorgearbeit:

Es sei nicht auszuschließen, daß familiäre Pflegeverpflichtungen nur wegen der materiellen Gratifikationen eingegangen würden - also selbst dann, wenn die Motivation, sich für den Pflegebedürftigen zu engagieren, eher schwach und die Beziehungsqualität angesichts der Belastungen einer Pflege nicht stabil genug sei, was dann entsprechend negative Folgen für alle Beteiligten, vor allem auch für den Pflegebedürftigen erwarten lasse. (Zeman 1996, S. 19)

Insbesondere finanziell schlecht gestellte Haushalte könnten sich durch die Aussicht auf Pflegegeld für die Übernahme häuslicher Pflegeverpflichtungen entscheiden. Der Gerontologe Naegele geht beispielsweise davon aus, daß „es eine Fehleinschätzung wäre zu glauben, die betroffenen Familien würden *nicht* zum Geld greifen, um damit das Haushaltseinkommen aufzubessern“ (Naegele 1992, S. 620).

Ein grundsätzlicher Einwand gegenüber dem Pflegegeld wurde auch von dem US-amerikanischen Sozialwissenschaftler Amitai Etzioni angeführt: „Die Politik, die Familienmitglieder zu bezahlen, damit sie sich zu Hause um die Alten kümmern, ... wirft aber ernsthafte Fragen über die Botschaft der Gesellschaft an die Familien auf“ (Etzioni 1997, S. 234). Nach seiner Ansicht ist die Versorgung älterer Menschen eine Pflicht der Familienmitglieder, die durch monetäre Transferleistungen des Staates unterminiert würde.

2.2 Indirekte Interventionen

Neben den direkten Interventionen, die ausdrücklich auf die häusliche Pflege Bezug nehmen, sind noch weitere Aspekte des Gesetzes zu beachten, die indirekten Einfluß auf die Pflegebereitschaft von Angehörigen haben können. Damit sind im Gesetz vorgesehene Maßnahmen gemeint, die sich nicht ausdrücklich auf die häusliche Pflege beziehen, aber von denen in der Kontroverse um die Pflegeversicherung (negative) Auswirkungen auf das informelle Pflegepotential angenommen wurden. Als indirekte Interventionen der Pflegeversicherung in die häusliche Pflege lassen sich folgende Regelungen bezeichnen: Die *Organisation der Pflegeversicherung als gesetzliche Pflichtversicherung*, das neue *Abrechnungssystem nach Leistungsmodulen*, die *eingeschränkte Leistungshöhe* der verschiedenen Pflegeversicherungsleistungen und die *Leistungen zur stationären Pflege*.

Vier Fragen bestimmen die Debatte um die Wirkungen indirekter Interventionen: (1) Führt die *Organisation der Pflegeversicherung* als Sozialversicherung zu einer Anspruchsinflation? (2) Fördert das *Abrechnungssystem nach Leistungsmodulen* die Ausbreitung von Kosten-/Nutzenkalkülen in der Pflege? (3) Demotivieren begrenzte materielle Gratifikationen nichtprofessionelle Helfer? (4) Lösen die Leistungen der Versicherung bei vollstationärer Pflege ein *mora-hazard*-Verhalten der Angehörigen aus, das eine stärkere Nutzung von Pflegeheimen bewirkt?

Auf den folgenden Seiten lege ich sowohl Inhalt und ursprüngliche Ziel-dimensionen der jeweiligen Regelungen als auch ihre vermutlichen nachteiligen Auswirkungen auf informelle Unterstützungsleistungen dar.

2.2.1 Die Pflegeversicherung als gesetzliche Pflichtversicherung

Die Pflegeversicherung ist eine gesetzliche Sozialversicherung - eine Pflichtversicherung (§ 1 SGB XI). Jeder Versicherte einer gesetzlichen Krankenversicherung wird Mitglied der sozialen Pflegeversicherung und hat demnach, falls er nicht beitragsfrei mitversichert ist, innerhalb der Beitragsbemessungsgrenze 1,7 Prozent seines Bruttoverdienstes an die Pflegekassen abzuführen. Alle Versicherten haben unabhängig von ihrer individuellen Einkommens- und Vermögenslage einen Rechtsanspruch auf Versicherungsleistungen. „Damit wird das Pflegefallrisiko als *allgemeines Lebensrisiko* anerkannt und – wie schon lange vorher die 'klassischen' Lohnarbeitsrisiken – aus dem 'Untergeschoß' der sozialen Sicherung, der Fürsorge, in das 'Obergeschoß' der Sozialversicherung überführt“ (Hinrichs 1995, S. 227, Hervorhebung im Original). Wesentliches Ziel dieser sozialversicherungsrechtlichen Konzeption der Pflegeversicherung ist, die Kosten der Sozialhilfeträger zu senken, aber gleichzeitig nur eine beschränkte Zunahme der Ausgaben des Bundes zu verursachen.

Kritik an der sozialversicherungsrechtlichen Konzeption:

Gegen eine versicherungsrechtliche Lösung der Pflegeproblematik wurde die These der „Anspruchsinflation“ (vgl. Herder-Dornreich/Schuller 1983) angeführt. Selbst Norbert Blüm äußerte sich im Jahre 1984 noch kritisch gegenüber der Einführung einer Pflegeversicherung:

„Wenn einer 40 Jahre lang Beitrag gezahlt hat, dann ist die Gefahr groß, daß der Sohn zum 70jährigen Vater sagt: 'Hör mal, Du hast 40 Jahre lang Beitrag gezahlt, jetzt sieh zu, daß es sich auch rentiert. Da vorn um die Ecke gibt's ein schönes Pflegeheim'." (Blüm zitiert nach „Handelsblatt“ vom 4.1.1984)

Die Entwicklung von Ansprüchen gegenüber einer Pflegeversicherung würde nach dem von Blüm angeführten Beispiel zu einer zunehmenden Unterbringung Pflegebedürftiger in Heimen führen. Begründet wird dies damit, daß die Einführung einer gesetzlichen Sozialversicherung bei den Beitragszahlern Begehrlichkeiten hervorrufe, ihre eingezahlten Versicherungsbeiträge „hereinzuholen“ und deshalb die teuersten Versicherungsleistungen zu beanspruchen (vgl. Wasem 1983). Nach einer Umfrage des Allensbacher Instituts für Demoskopie sind solche Vermutungen über das Verhalten der Versicherten begründet, denn „42 Prozent der Bevölkerung erwarten, daß mehr Menschen ins Pflegeheim kommen werden, wenn es die Pflegeversicherung bezahlt“ (Noelle-Neumann, „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ vom 16. September 1993).

2.2.2 Das Abrechnungssystem nach Leistungsmodulen

Die Pflegeleistungen ambulanter Dienste wurden vor Einführung der Pflegeversicherung nach Stunden abgerechnet. Welche Tätigkeiten innerhalb der entsprechenden Zeit verrichtet wurden, spielte dabei keine Rolle. Nach § 89 SGB XI besteht nun die Möglichkeit, die Vergütung auch nach einem „Leistungskomplexsystem“ bzw. einem „Modulsystem“ vorzunehmen. Leistungskomplexe fassen pflegerische Tätigkeiten der ambulanten Dienste zusammen, wie z.B. „große“ oder „kleine Morgentoilette“, und bewerten sie mit einer Punktzahl. Die Punktzahlen werden mit einem Punktwert in D-Mark multipliziert, um die Gesamtkosten einer Leistung der Pflegedienste zu bestimmen. Eine „kleine Morgentoilette“, bestehend aus „An-/Auskleiden, Teilwaschen, Mund- und Zahnpflege und Kämmen“ (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 1996, S. 13), wird in Berlin mit 200 Punkten bewertet und kostet DM 15,20 (Berlin-West). Die „große Morgentoilette“ umfaßt zusätzlich „Hilfe beim Aufstehen, Waschen/Duschen, ... und Rasieren“ (ebd.), schlägt dafür mit 400 Punkten zu Buche und kostet 30,40 DM (Berlin-West). Ausdrückliches Ziel des Leistungskomplexsystems ist, mehr Transparenz für die Nutzer professioneller Dienste zu schaffen und mehr Wettbewerb unter den Anbietern ambulanter Pflegeleistungen herbeizuführen.

Kritik am Leistungskomplex- bzw. Modulsystem:

Kritische Stimmen lehnen das neue Vergütungssystem wegen seiner Tendenz ab, die marktwirtschaftliche Vorstellung des *homo oeconomicus* auf Schwerstpflegebedürftige anzuwenden und Pflege nicht mehr unter „dem Leitbild der christlichen Nächstenliebe und Solidarität zu betrachten, [sondern] unter dem Gesichtspunkt der Gewinnmaximierung“ (Vornbäumen, „Frankfurter Rundschau“ vom 13. April 1995). Die Übertragung von Marktprinzipien auf die Pflege wird bemängelt, denn die betroffenen Pflegebedürftigen würden im Vergleich zu professionellen Leistungsanbietern nicht über die notwendige Marktfähigkeit und die entsprechende Verhandlungsmacht verfügen, um eine ihren Wünschen angemessene häusliche Versorgung aushandeln zu können. Darüber hinaus sollten, so die kritischen Betrachter der Pflegeversicherung, personenbezogene Hilfen nicht als eine ausschließlich preisorientierte Dienstleistung verstanden werden (vgl. Jürgens 1995 und Bündnis 90/Die Grünen 1997). Diesen Bedenken liegt die Vorstellung zugrunde, daß die Versorgung von Pflegebedürftigen nicht nach wirtschaftlichen Überlegungen zu gestalten ist, denn Humanität und Solidarität ließen sich nicht ohne weiteres mit Effizienzüberlegungen und Kosten-/Nutzen-Kalkülen verbinden. In diesem Sinne verbirgt sich hinter der Auseinandersetzung um Mitmenschlichkeit oder Wirtschaftlichkeit in der Pflege nach Ansicht von Vornbäumen eine Wertediskussion, und zwar „ein Streit um das, was Pflege ist, was Pflege bewirken sollte“ („Frankfurter Rundschau“ vom 13. April 1995).

2.2.3 Budgetierung der Leistungen

Alle Leistungen der Pflegeversicherung sind begrenzt. Die Versicherten haben keinen Anspruch auf bedarfsgerechte Hilfen, sondern sind nur im Rahmen eines feststehenden Leistungsumfangs – eines Budgets – abgesichert. Das bisher in der gesetzlichen Krankenversicherung geltende *Bedarfsprinzip* wurde zugunsten des *Budgetprinzips* aufgegeben (vgl. Rothgang 1997). Für die ambulante Pflege hat das Budgetprinzip zur Folge, daß die Pflegeversicherung nur einen beschränkten Leistungskatalog bezahlter Pflegehilfe abdeckt; der verbleibende Pflegebedarf muß anderweitig erbracht und finanziert werden. Die festgelegte Höhe der verschiedenen Leistungen zielt auf eine Begrenzung der Pflegekosten ab.

Kritik an den Leistungsbudgets:

Wenn die kritische Beurteilung von Pflegegeldleistungen zutrifft und tatsächlich wegen des Geldes gepflegt wird, dann wäre zu erwarten, daß sich die beschränkte Höhe der Pflegegeldleistungen negativ auf die Hilfsbereitschaft der Pflegepersonen auswirkt, denn die geringe, standardisierte und nach oben begrenzte Entlohnung informeller Unterstützungsleistungen könnte pflegende Angehörige demotivieren.

2.2.4 Leistungen bei stationärer Pflege

Pflegebedürftige, die nicht zu Hause versorgt werden können, haben nach § 43 SGB XI einen Anspruch auf Erstattung der pflegebedingten Aufwendungen sowie der Kosten sozialer Betreuung und medizinischer Behandlungspflege in stationären Einrichtungen. Die Leistungen belaufen

sich auf bis zu 2.800 DM monatlich, wobei Kosten für Unterkunft und Verpflegung („Hotelkosten“) nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden. Wenn eine stationäre Versorgung nach Feststellung der Pflegekassen nicht notwendig ist, aber vom Pflegebedürftigen trotzdem gewünscht wird, betragen die Hilfen bei stationärer Pflege nur 80 v.H. des Gesamtwerts der Sachleistungen der jeweiligen Pflegestufe (§ 43 SGB XI). Dies soll verhindern, daß die finanzielle Unterstützung bei stationärer Pflege einen Schub in Richtung Heimpflege auslöst. Die Leistungen bei stationärer Versorgung sollen primär die Sozialhilfeabhängigkeit alter Menschen in Heimen reduzieren. Pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit war zu Beginn der Debatte um die Absicherung des Pflegerisikos ein zentrales sozialpolitisches Problem, das durch die Pflegeversicherung gelöst werden sollte. Darüber hinaus versprach man sich durch die Verlagerung der stationären Pflegekosten von den Sozialhilfeträgern auf die Pflegekassen eine Entlastung der kommunalen Finanzhaushalte.

Kritik an den Leistungen bei stationärer Versorgung:

Die finanzielle Unterstützung von Pflegebedürftigen bei vollstationärer Versorgung wird von kritischen Betrachtern der Pflegeversicherung, vor allem aus dem konservativen politischen Spektrum, abgelehnt, da die Leistungen bei stationärer Pflege aufgrund versicherungsinduzierten *moral-hazard*-Verhaltens¹² einen *Heimsog* bewirken könnten. Der Begriff *Heimsog* bezeichnet eine zunehmende Substitution familialer durch vollstationäre Pflege. Zurückgeführt wird ein möglicher Heimsog-Effekt der Pflegeversicherung darauf, daß die Leistungen des SGB XI in Kombination mit der Rente der Pflegebedürftigen in vielen Fällen eine stationäre Pflege ermöglichen, ohne daß in größerem Umfang ein zu vererbendes Vermögen oder gar das Einkommen der Familienmitglieder verbraucht werden müßten. Nach der „Annahme des Eigennutzaxioms und der Nutzenmaximierung als handlungsleitende Maxime“ (Mager 1996, S. 247) bestünden in dieser Situation Anreize, „die die informellen Pflegepersonen zum Entzug ihrer ‘Pflegeverpflichtung’ führen“ (a.a.O., S. 244) könnten. Rolf Coeppicus, Richter an einem Arbeitsgericht, kommt genau zu diesem Schluß:

Die Pflegeversicherung enthält die Botschaft, ..., in ein Heim zu gehen. Die Zumutbarkeitsgrenze für die Angehörigen bei Hauspflege wird herabgesetzt werden. Sie wird außerdem herabgesetzt, weil das Erbe nicht mehr in jedem Fall für die Bezahlung der Pflege in Anspruch genommen werden muß. Einschlägige Bescheinigungen (Überforderung, Krankheiten, Unmöglichkeit häuslicher Pflege) sind leicht zu erhalten. (Coeppicus 1994, S. 37)

Nach Coeppicus' Ansicht pflegen erwachsene Kinder ihre alten Eltern aufgrund hoher Heimkosten zu Hause. Durch Leistungen zur stationären Versorgung wird der Heimaufenthalt eines Pflegebedürftigen für die Familie nun vergleichsweise günstiger, weshalb die Bereitschaft der Angehörigen, zu Hause zu pflegen, abnehmen würde.

¹² „Moral hazard“-Verhalten ist ein ökonomisch rationales Verhalten, jedoch moralisches Fehlverhalten in Versicherungsverhältnissen. Es bringt den Versicherten dazu, den Versicherungsfall herbeizuführen bzw. die Versicherungsleistungen über Bedarf zu beanspruchen (vgl. Mager 1996, S. 244).

Zusammenfassend sind die direkten und indirekten Interventionen des PflegeVG, ihre Zieldimensionen und ihre möglichen Wirkungen in Tabelle 2 dargestellt:

Die direkten und indirekten Interventionen der Pflegeversicherung in die häusliche Pflege bzw. in den Bereich informeller Hilfen sind in Tabelle 2 nach ihren unterschiedlichen intendierten Zielvorstellungen gegliedert. Es lassen sich insgesamt vier Zieldimensionen feststellen, die sich entweder direkt auf die Stärkung informeller Hilfen beziehen oder indirekte Wirkungen auf informelle Unterstützungsleistungen zeigen können. Von allen indirekten Interventionen gehen nach Ansicht der kritischen Betrachter der Pflegeversicherung negative Wirkungen auf die Pflegebereitschaft von Angehörigen aus.

Gesetzliche Zielvorstellung	Interventionsformen	Diskutierte Wirkungen auf informelle Hilfen
Erhöhung der Pflegebereitschaft und -fähigkeit von Angehörigen etc.	<u>Direkt:</u> -Pflegesachleistungen* -Pflegegeld* -Kombileistungen* -Pflegehilfsmittel -Kurzzeitpflege -Leistungen zur sozialen Sicherung -Pflegekurse	-Entlastung der Pflegenden vs. Substitution informeller Helfer -Anreiz zur Pflege vs. Monetarisierung der Pflegemoral -Erleichterung der häuslichen Pflege -Entlastung informeller Helfer -Anreiz zur häuslichen Pflege -Steigerung der Fähigkeit zur häuslichen Pflege
Vermeidung von Sozialhilfeabhängigkeit	<u>Indirekt:</u> -Beihilfe zur vollstationären Pflege*	-moral-hazard-induzierter Heimsog
Neuregelung der Finanzierungszuständigkeit	-Sozialversicherungsrechtliche Organisation*	-Anspruchsinflation -Versorgungsmentalität
Kostenbegrenzung im Pflegebereich	-Vergütungssystem nach Leistungsmodulen* -Leistungsbudgets*	-Ökonomisierung der Pflegebeziehung -Unterversorgung mit Pflegeleistungen -Rückgang der Pflegebereitschaft

Tabelle 2: Ziele und Interventionsformen des PflegeVG hinsichtlich ihrer vermutlichen Wirkungen auf informelle Hilfen¹³

Am Beispiel der *Leistungen bei stationärer Versorgung* ist aus Tabelle 2 zu entnehmen, daß diese Hilfen eingeführt wurden, um durch rechtlich abgesicherte Ansprüche auf Versicherungsleistungen möglichst viele Pflegebedürftige aus der Sozialhilfeabhängigkeit herauszuführen. Die finanziellen Unterstützungsleistungen bei vollstationärer Pflege stehen jedoch im Widerspruch zur Stärkung der häuslichen Pflege, denn sie verbilligen die Heimpflege und könnten zu einem Heimsog führen. Auch die Neuregelung der Finanzierungszuständigkeit bzw. die verschiedenen Regelungen des PflegeVG zur Kostenbegrenzung im Pflegebereich könnten sich nachteilig auf informelle Unterstützungspotentiale auswirken. Selbst die direkten

¹³ Die Wirkungen der mit * bezeichneten Aspekte des Gesetzes werden im empirischen Teil der Arbeit näher untersucht.

Maßnahmen zur Förderung der Pflegebereitschaft sind, wie bereits dargestellt, umstritten. Nur ein Teil der direkten Interventionen, wie Kurzzeitpflege oder Pflegekurse, wurde im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf nichtprofessionelle Helfer bislang nicht in Zweifel gestellt.

Die Kontroverse um mögliche Wirkungen des PflegeVG zeigt, in welcher Weise die Präferenzen der Pflegepersonen beeinflusst werden könnten. Sowohl direkte als auch indirekte Interventionen wären in der Lage, Verhaltensänderungen der Pflegenden herbeizuführen. Wie sich die teilweise heftig diskutierten Interventionen der Pflegeversicherung tatsächlich auf informelle Hilfen auswirken, ist Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Bevor diese Frage beantwortet werden kann, ist zunächst eine Bestandsaufnahme der Verhältnisse vor dem staatlichen Eingriff notwendig. Darüber hinaus sind die Ergebnisse bereits durchgeführter Untersuchungen zu vergleichbaren Sachverhalten ins Bewußtsein zu rufen. Dies soll in den Kapiteln vier und fünf geschehen.

3. Die Ausgangssituation: Ausmaß und Gründe bisheriger Unterstützungsleistungen

Wenn untersucht werden soll, wie sich die Pflegeversicherung zu einem Zeitpunkt t_1 auf die Versorgung Pflegebedürftiger auswirkt, ist zunächst eine Analyse der Situation vor Inkrafttreten des Gesetzes zum Zeitpunkt t_0 notwendig. Gleichzeitig ist die Pflegeversicherung als eine „Intervention des Staates in ein bereits strukturiertes 'soziales Feld'“ (Kaufmann 1982, S. 63) zu verstehen. Das „soziale Feld“ der Pflege besteht in erster Linie aus Familien. Da insbesondere familiäre Netzwerke massiven Umstrukturierungsprozessen unterworfen sind, ist es unerlässlich, auch auf die eigenständigen Entwicklungen dieses „sozialen Feldes“ einzugehen. Das heißt, es sind Veränderungen zu untersuchen, die unabhängig von den Wirkungen des PflegeVG das informelle Unterstützungspotential beeinflussen. Dies soll das folgende Kapitel leisten.

3.1 Umfang und Struktur informeller Pflegeleistungen vor Einführung der Pflegeversicherung

Die Versorgung pflegebedürftiger Personen im früheren Bundesgebiet vor Einführung des PflegeVG ist durch zwei Erhebungen aus den Jahren 1978 und 1991 gut dokumentiert: Demnach wurden zu beiden Zeitpunkten rund 75 Prozent der Hilfs- und Pflegebedürftigen zu Hause versorgt (vgl. Brög u.a. 1980 und Schneekloth u.a. 1996). Da nur 10 bis 20 Prozent der zu Hause Pflegenden zusätzlich ambulante Dienste in Anspruch nahmen (vgl. Dallinger 1993 und Zehe 1996), kann davon ausgegangen werden, daß knapp zwei Drittel aller Pflegebedürftiger ohne professionelle Hilfe zu Hause versorgt werden. Andere Untersuchungen zeigen darüber hinaus, daß die Zahl der Personen in Alten- und Pflegeheimen im Zeitraum von 1960 bis 1990 nur geringfügig von 4,5 Prozent auf 5,5 Prozent der Über-65jährigen stieg (vgl. BFSFJ 1996). Allen gesellschaftskritischen und

kulturpessimistischen Äußerungen über die Abnahme familialer Unterstützungsleistungen zum Trotz, zeigen diese Zahlen, daß die Versorgung von Pflegebedürftigen in den letzten beiden Jahrzehnten von weiten Teilen der Bevölkerung als Aufgabe der Familie betrachtet wurde. Naegele und Schmidt bezeichnen die allgemein verbreitete Annahme, daß ältere Menschen in Heime abgeschoben werden, „als ein 'soziales Märchen' der Gerontologie“ (Naegele/Schmidt 1993 zitiert nach Rosenkranz 1996, S. 210). Auch Alber (1990) kommt durch die Auswertung einer Repräsentativerhebung aus dem Jahre 1990 zu dem Fazit, „daß ein breiter gesellschaftlicher Konsens darüber besteht, Pflegebedürftige im Kreis der Familie unterzubringen. Zwei Drittel bis drei Viertel der Befragten vertreten diese Auffassung“ (Alber 1990, S. 215).

Wie Pflegebedürftige versorgt werden, ist maßgeblich von der Größe ihres Haushalts abhängig. So verfügen ältere Menschen, die in Einpersonenhaushalten leben, deutlich seltener über eine familiäre Hauptpflegeperson als Verheiratete oder in Familien wohnende Personen. Fast ein Viertel der Alleinlebenden kann auf keinerlei informelle Unterstützung zurückgreifen (vgl. Schneekloth u. a. 1996). Bei allen anderen Haushaltsformen sind Familienmitglieder die wichtigsten Pflegepersonen.

Der Begriff *familiäre Pflege* ist jedoch irreführend, denn die Versorgung wird hauptsächlich von einzelnen Personen geleistet, und diese sind fast ausschließlich Frauen. Ehe- bzw. Lebenspartnerinnen sowie Mütter und Töchter stellen zusammen 83 Prozent der Hauptpflegepersonen Pflegebedürftiger (vgl. Schneekloth u.a. 1996). Söhne leisten hingegen etwa nur genauso häufig Hilfe für Pflegebedürftige wie Freunde und Nachbarn (siehe Abbildung 2). Auch wenn die Hauptpflegeperson je nach Alter der zu Pflegenden variiert, die repräsentativen Daten zeigen, daß Töchter und Ehefrauen am häufigsten Versorgungsaufgaben übernehmen.

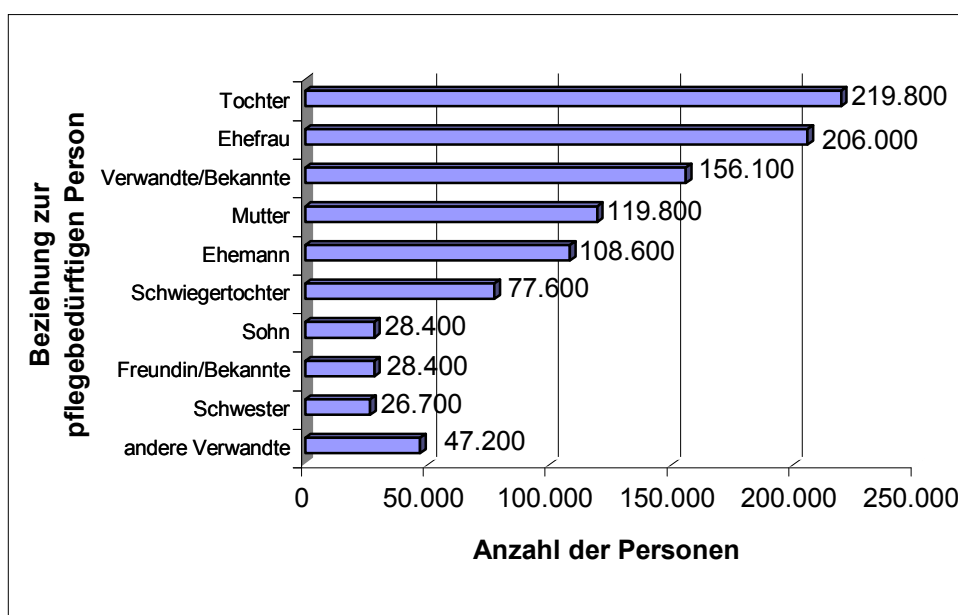


Abb. 2: Hauptpflegepersonen Hilfs- und Pflegebedürftiger in Privathaushalten aus Familie, Verwandt- und Bekantschaft 1992 (Statistische Angaben: Infratest 1992)

Die dargestellten Angaben vermitteln ein deutliches Bild vom Ausmaß und der Struktur familialer Hilfeleistungen. Das PflegeVG greift in einen Bereich ein, der durch informelle Hilfen, fast ausschließlich von Frauen erbracht, geprägt ist. Die Versorgung von Pflegebedürftigen durch informelle Helfer kann durchaus als eine der „letzten Modernisierungsnischen des Sozialstaats“ (Dallinger 1993, S. 111) bezeichnet werden, denn im Unterschied zur Kinderbetreuung, zur Sicherung bei Krankheit etc. war vor Einführung der Pflegeversicherung kaum sozialstaatliche Unterstützung für die Pflege von Familienmitgliedern verfügbar (vgl. Kapitel 1).

3.2 Gründe für die Übernahme von Pflegeverpflichtungen

Um informelle Hilfen vor Einführung des PflegeVG ausreichend zu beschreiben, ist es auch notwendig, festzustellen, warum Pflegeaufgaben in den Familien bisher übernommen wurden. Es sind unterschiedliche Wirkungen der gesetzlichen Regelungen auf verschiedene Pflegemotivationen zu erwarten. Wie bereits erwähnt wurde, gehen einige kritische Stimmen beispielsweise davon aus, daß Angehörige bisher vor allem *wegen der hohen Kosten* eines Heimplatzes zu Hause pflegten und folglich aufgrund finanzieller Zuschüsse bei stationärer Versorgung eines Pflegebedürftigen im Rahmen der Pflegeversicherung die häusliche Pflege aufgeben könnten. Warum wurde nun aber tatsächlich zu Hause gepflegt?

In der einschlägigen Literatur werden verschiedene Pflegemotivationen genannt, doch zeigt sich, daß Verpflichtungsgefühle für die Versorgung eines Familienangehörigen wichtiger sind als materielle Überlegungen, emotionale Verbundenheit oder auch ganz andere, eher sachliche Gründe (vgl. Braun/Articus 1983, Bracker u.a. 1988, Schütze 1989, Dallinger 1993).¹⁴ Nach den Ergebnissen der vorhandenen Studien stellt sich die Versorgung der alten Eltern für die erwachsenen Kinder oft als eine „Selbstverständlichkeit“ dar, die rationaler Beweggründe entbehrt (vgl. Bracker u.a. 1988). Die Übernahme von Pflegeaufgaben durch erwachsene Kinder aufgrund Pflichtwertorientierungen wird in den Untersuchungen sowohl auf ein *persönliches* Verpflichtungsgefühl gegenüber Familienmitgliedern zurückgeführt (vgl. Schütze 1989) als auch auf den Einfluß *allgemeiner gesellschaftlicher Normen* der Verpflichtung zur Pflege von Familienangehörigen (vgl. Dallinger 1993). Interessant erscheint, daß in der gesamten Forschung nur ein geringer Zusammenhang zwischen positiven emotionalen Bindungen der Familienmitglieder und ihrer Pflegebereitschaft festgestellt wird (vgl. Schütze 1989). So pflegen Angehörige auch bei persönlichen Differenzen mit den Hilfsbedürftigen.

Die Anwendung bestehender sozialer Normen auf das Handeln in Generationenbeziehungen wird aber zunehmend – insbesondere nach Ergebnissen neuerer Studien (vgl. Rosenmayr 1984; Finch/Mason 1993; Walter 1993; Schütze/Wagner 1995) – durch situative und persönliche Umstände bestimmt. Selbst wenn Verpflichtungsnormen zentrale Erklärungskraft für die Erbringung familialer Hilfeleistungen besitzen, so haben sie aber keinesfalls ausschließliche Geltung. Sie werden von den Akteuren kontextabhängig eingesetzt. Sowohl personenbezogene Geltungsbedingungen als

¹⁴ Alle Untersuchungsergebnisse beziehen sich auf die alte Bundesrepublik.

auch auf sachliche Gründe, wie hohe Kosten für ambulante Dienste oder stationäre Versorgung, ein fehlendes oder unzureichendes ambulantes Dienstleistungssystem oder räumliche Nähe zu pflegebedürftigen Eltern (vgl. Büschges u.a. 1995), sind für das Zustandekommen häuslicher Pflege relevant.

Ab 1991 konnte in der Bundesrepublik ein eingeschränkter Personenkreis zwischen der Inanspruchnahme professioneller ambulanter Dienste oder Geldleistungen für die häusliche Pflege nach SGB V wählen. Verschiedene Untersuchungen befaßten sich bereits mit den Auswirkungen dieser Leistungen auf die häusliche Pflege in den alten Bundesländern (vgl. Engels 1992 und Büschges u.a. 1995). Eine Studie im Auftrag der Techniker Krankenkasse erforschte mit Hilfe einer standardisierten schriftlichen Befragung die Gründe der Inanspruchnahme von Geldleistung nach § 57 SGB V. Man kam zu dem Ergebnis, daß „Motive für die (eigene) häusliche Pflege häufig rein humanitärer Art [sind]“ (Büschges u.a. 1995, S. 184). Der Aussage: „Ich finde, es ist meine Pflicht, einem mir nahestehenden Menschen auch dann zu helfen, wenn er in einer Notlage ist“, stimmten 87 Prozent der Befragten „völlig zu“ (a.a.O., S. 143). Dies ist zumindest ein erster Hinweis darauf, daß auch unter Einfluß sozialstaatlicher Regelungen in Form von Pflegegeldleistungen Verpflichtungsgefühle der Angehörigen weiterhin eine zentrale Motivation zur häuslichen Pflege sind.

Zum Schluß sei noch ein weiterer Schritt in Richtung Gegenwart erlaubt und die Aufmerksamkeit auf eine repräsentative Studie über Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung aus dem Jahre 1996 gelenkt. Diese in Hamburg durchgeführte Untersuchung gibt einen interessanten Hinweis auf die Gleichzeitigkeit materieller Orientierungen und moralischer Verpflichtungen der Pflegepersonen: „Mehr als die Hälfte der Personen, die sich dazu moralisch verpflichtet fühlt, Angehörigenpflege zu übernehmen, ist der Meinung, daß man auch einen Anspruch auf zumindest einen Teil des Einkommens bzw. Vermögens des Pflegebedürftigen hat“ (Runde u.a. 1996, S. 18). Moralische Verpflichtung und materielle Ansprüche schließen sich demnach als Pflegemotivation nicht aus. Für die vorliegende Untersuchung ist dies eine wichtige Information, denn es darf offenbar nicht der Fehler begangen werden, ein finanzielles Interesse pflegender Angehöriger ungeprüft mit einem Mangel an Verpflichtungsgefühlen gegenüber Pflegebedürftigen gleichzusetzen. Vielmehr scheint es möglich, daß finanzielle Erwägungen *und* Pflichtwertorientierungen gemeinsam zur Entscheidung für häusliche Pflege führen.

3.3 Exogene Einflüsse auf das informelle Unterstützungspotential

Demographische, sozialstrukturelle sowie soziokulturelle Veränderungen stellen die häusliche Pflege in Zukunft vor neue Herausforderungen. Diese Einflüsse treten losgelöst vom PflegeVG auf und sind daher als "exogen" zu bezeichnen. Sie schlagen sich sowohl auf (1) das Potential an Pflegenden als auch auf (2) die Situation der zu Pflegenden nieder.

3.3.1 Veränderungen des informellen Pflegepotentials

Wie bereits beschrieben, sind hauptsächlich Frauen, insbesondere im Alter zwischen 45 und 70 Jahren, mit der Pflege befaßt (vgl. Schneekloth u.a. 1996). Frauen sind demnach *die* „familiale Fürsorgereserve“ (Rückert 1989, S. 121), jedoch keine unerschöpfliche und unveränderliche. Drei Einflußgrößen bestimmen die zukünftige Anzahl von Frauen, die in erster Linie aufgrund ihres Alters als Pflegepersonen in Frage kommen: (1) die demographische Entwicklung, (2) die steigende Erwerbstätigkeit der Frauen und (3) der Wertewandel:

(1) Demographische Entwicklung

Anhand der achten koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Bundesamtes läßt sich die demographische Entwicklung des weiblichen Pflegepotentials bis zum Jahr 2030 prognostizieren. Dabei setzt man die Zahl der 45- bis 70jährigen Frauen in Bezug zur Zahl der potentiell pflegebedürftigen Personen. Die Gruppe der pflegenden Frauen wird unterteilt in die Generation der pflegenden Kinder (45 bis 59 Jahre) und der pflegenden (Ehe-) Partner (60 bis 70 Jahre), während die Anzahl der über-65jährigen Frauen und Männer als Indikator für die Zahl der Pflegebedürftigen zu verstehen ist (vgl. Rosenkranz 1996). In das Zahlenverhältnis gehen somit die Geburtenentwicklung bei den Jüngeren und die Lebenserwartung der Älteren ein (vgl. Abbildung 3).

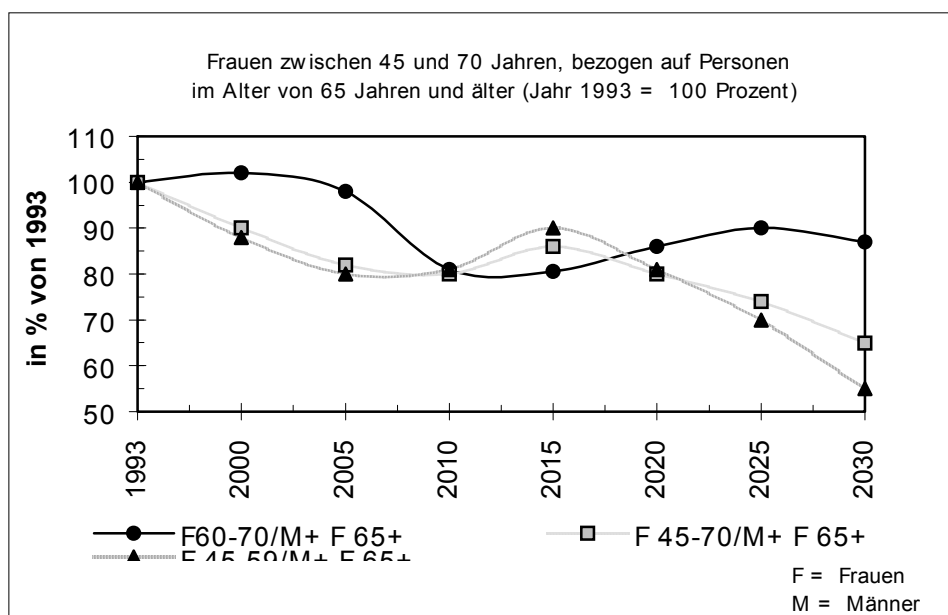


Abb. 3: Entwicklung des demographischen Potentials pflegender Frauen von 1993 bis 2030 (Quelle: Rosenkranz 1996, S. 215, eigene Darstellung)

Die Berechnungen zeigen, daß mit einem deutlichen Rückgang des Potentials an pflegenden Frauen bis zum Jahr 2030 zu rechnen ist. Die Anzahl der Frauen im Alter von 45 bis 70 Jahren wird in den nächsten dreißig Jahren im Vergleich zu 1993 insgesamt um 32 Prozent sinken. Standen bisher circa 100 Personen im Rentenalter noch der gleichen Zahl Frauen im Alter von 45 bis 70 Jahren gegenüber, werden es im Jahr 2030 in dieser Altersgruppe nur noch 71 Frauen pro 100 Rentner sein. Noch drasti-

scher fällt die Abnahme der *Töchtergeneration* aus: Wie die Abbildung zeigt, wird sich bis zum Jahr 2030 die Anzahl der Frauen im Alter von 45 bis 59 Jahren sogar um circa 50 Prozent verringern. Trotz einer leichten Rückentwicklung im Zeitraum zwischen 2010 und 2015 zeigt sich, daß im Jahr 2030 „weniger als halb so viele Frauen im mittleren Lebensalter wie 1993 dann potentiell für die Pflege zur Verfügung stehen“ (Rosenkranz 1996, S. 215).

Die demographischen Projektionen weisen darauf hin, daß aufgrund der Geburtenentwicklung und der gestiegenen Lebenserwartung mit einem massiven Rückgang des *weiblichen Pflegepotentials* zu rechnen ist, ohne daß die Regelungen des PflegeVG darauf Einfluß nehmen könnten. Unabhängig von den gesetzlichen Maßnahmen wird die familiäre Versorgung eines Hilfsbedürftigen in Zukunft also wesentlich schwieriger werden.

Ohne diesen Zahlen ihre Relevanz nehmen zu wollen, sei an dieser Stelle auf einen Einwand hingewiesen: Mit Bezug auf eine international vergleichende Studie (vgl. Sundstroem 1995) kommen Evers/Rauch zu folgendem Schluß: „Die Veränderungen des Verhältnisses zwischen potentiell pflegefähigen Erwachsenen und Pflegebedürftigen bedeutet nicht, daß immer mehr Bedürftige keine Pflege bekommen werden, sondern daß die evtl. Pflegeverantwortlichkeiten nur weniger Personen (Sohn, Tochter) betreffen“ (Evers/Rauch 1996, S. 4). Nach dieser Ansicht stehen in Zukunft pro Familie weniger Kinder, die pflegen könnten, zur Verfügung, ohne daß die Zahl der kinderlosen Pflegebedürftigen entscheidend zunehmen würde. In diesem Sinne wäre zunächst also kein Rückgang der familialen Pflege zu erwarten, sondern eine stärkere Belastung der verfügbaren Angehörigen. Ob sich der stärkere Druck auf die verantwortlichen Familienangehörigen nachteilig auswirkt, ist bisher unklar.

(2) *Die steigende Erwerbstätigkeit von Frauen*

Ein anderer Grund für den Rückgang des familialen Pflegepotentials wird in der zunehmenden Beteiligung von Frauen am Erwerbsleben gesehen (vgl. Rothgang 1997). In der Altersklasse von 35 bis 55 Jahren hat sich die Erwerbsquote verheirateter und unverheirateter Frauen im früheren Bundesgebiet in den letzten dreißig Jahren um mehr als ein Viertel auf rund 70 Prozent erhöht (vgl. Statistisches Bundesamt 1997, S. 80). Insbesondere Frauen dieser Altersklasse sind gegenwärtig mit der Versorgung älterer Menschen befaßt: Die über-80jährigen Pflegebedürftigen werden zu 61 Prozent von Töchtern und Schwiegertöchtern im genannten Alter betreut (vgl. Schneekloth 1996).

Für die Zukunft stellt sich daher die Frage, welche Auswirkungen die gestiegene Erwerbstätigkeit der jüngeren Frauen auf ihr Engagement in der häuslichen Pflege zeigen wird. Die relativ hohe Erwerbsquote von Frauen, die heute zwischen 25 und 40 Jahre alt sind, wird sich in circa zehn Jahren auf ihre *Verfügbarkeit* für die Pflege der Eltern niederschlagen. Daß häusliche Pflege und Berufstätigkeit nur schwer zu verbinden sind, ist in mehreren Studien dokumentiert (vgl. z.B. Beck u.a 1997). So schränken knapp 58 Prozent der Hauptpflegepersonen ihre Erwerbstätigkeit wegen der Pflege ein oder geben die Arbeit ganz auf (vgl. Schneekloth 1996). Ob Frauen, angesichts instabiler Familienverhältnisse (Rückgang der Eheschließungen, hohe Ehescheidungsraten und Zunahme der Alleinerziehenden-

den), auch in Zukunft auf ihre Erwerbstätigkeit zugunsten der Pflege eines Angehörigen verzichten werden, ist noch zu untersuchen.

(3) *Der Wertewandel*

Neben demographischen und sozialstrukturellen Faktoren spielt zur Bestimmung familialer Pflegekapazitäten noch eine dritte Entwicklung eine Rolle: der Wertewandel, insbesondere die Veränderung der Wertorientierung von Frauen. Es geht um die von den erwachsenen Töchtern zunehmend als ambivalent empfundene „Pflicht zur Pflege“ (vgl. Beck-Gernsheim 1983 und Dallinger 1993). Die „Pflicht zur Pflege“ eines Angehörigen wird von Frauen zunehmend als Bestandteil *traditioneller* Orientierungen verstanden. Andere moderne Lebensvorstellungen, wie z.B. Selbstverwirklichung im Beruf, geraten, so die Untersuchungen, zunehmend in Konflikt mit der tradierten Norm, den hilfsbedürftigen Angehörigen pflichtgemäß zur Seite zu stehen (vgl. Dallinger 1993 und Zeman 1996). Mit der Spannung zwischen den widerstreitenden Normen der Verpflichtung und der Selbstverwirklichung gehen die betroffenen Frauen in unterschiedlicher Weise um:

Die Folgen reichen von 'Erleiden', d.h. dem Aushalten der Konfliktsituation mit gravierenden physischen und psychischen Einbußen, über die Herausbildung individueller Strategien bis hin zur Absage an bisher gültige Anforderungen und Normen im Verlauf eines krisenhaften Prozesses. (Dallinger 1993, S. 111)

Als Beleg für das konflikthafte Erleben der häuslichen Pflege wird darauf hingewiesen, daß pflegende Töchter ihrerseits eine Versorgung durch die eigenen Kinder ablehnen und im Falle der Pflegebedürftigkeit verstärkt auf staatliche Institutionen und professionelle Hilfe zurückgreifen möchten. Die Normenkonflikte der pflegenden Angehörigen treten relativ unabhängig von ihrem Bildungsniveau oder ihrer beruflichen Position auf, jedoch orientieren sich Frauen jüngerer Alterskohorten am stärksten in Richtung Selbstverwirklichung (vgl. ebd.).

In welchem Ausmaß sich Töchter und Schwiegertöchter weiterhin für häusliche Pflege entscheiden, ist noch nicht geklärt. Während einige Studien Pflegeverpflichtungen eher als „Restbestände traditioneller Einstellungen [darstellen], die auf die Dauer verschwinden werden“, gehen andere davon aus, „daß die Kinder nicht einer eingelebten Tradition folgen, ... sondern daß sie auf Grund einer für Familien konstitutiven Verpflichtung zur Verantwortung im Krisenfall handeln, einer Verantwortung, die durch Modernisierungsprozesse nicht außer Kraft gesetzt wird ...“ (Schütze 1989, S. 94-95). Gleich welche Auffassung zutrifft, zusätzlich zu demographischen und sozialstrukturellen Veränderungen muß auch der Einstellungswandel der Hauptpflegepersonen als dritte Einflußdimension berücksichtigt werden, um die zukünftige Entwicklung des Potentials an pflegenden Angehörigen angemessen beurteilen zu können.

3.3.2 Wandel der Lebenssituation und zunehmende Anzahl der zu Pflegenden

Auch die Situation alter Menschen ist von Veränderungsprozessen gekennzeichnet. Verschiedene Untersuchungen belegen, daß die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen am besten funktioniert, wenn die Betroffenen in größeren Haushalten leben. Familiäre Hauptpflegepersonen sind in Zwei- oder Mehrpersonenhaushalten deutlich häufiger vorzufinden als in Einpersonenhaushalten (vgl. Schneekloth u.a. 1996). Die Zahl der Einpersonenhaushalte nimmt jedoch ständig zu. Bei den Über-74jährigen ist die Steigerungsrate am höchsten: Der Anteil alleinlebender Frauen in dieser Altersgruppe erhöhte sich von 56,8 Prozent im Jahre 1975 auf 66,6 Prozent im Jahre 1991 (vgl. Rothgang 1997). Es wird schon von einer „Singularisierung im Alter“ gesprochen (vgl. Rosenmayr 1987). Ein Blick auf die Haushaltsformen Pflegebedürftiger bestätigt diese Tendenzen. Nach einer Modellrechnung wird der Anteil der Pflegebedürftigen in Einpersonenhaushalten von 20% im Jahre 1991 auf 30% im Jahre 2030 steigen, während der Anteil derer in Drei- bzw. Vierpersonenhaushalten stark abnehmen wird (vgl. Rothgang 1997).

Für diese Entwicklung können sinkende Heiratsziffern und wachsende Scheidungsraten verantwortlich gemacht werden. Eine Schätzung besagt, daß der Anteil der Geschiedenen unter den Über-60jährigen von circa vier Prozent im Jahre 1990 auf rund elf Prozent im Jahre 2030 ansteigen wird; der Anteil lediger Personen in diesem Alter soll von sieben Prozent auf elf Prozent wachsen (vgl. Rosenkranz 1996). Ob sich neue Lebensformen jenseits der Ehe für die Erbringung von Pflegeleistungen als tragfähig erweisen, ist bisher unbekannt. Bislang läßt sich feststellen, daß Defizite an Unterstützungsnetzwerken in bestimmten sozialen Lagen kumulieren, etwa bei alleinlebenden Frauen im Alter, die auf kein Verwandtschafts- oder Bekanntschaftsnetz mehr zurückgreifen können. Vor dem Hintergrund der Individualisierungsprozesse wären daher „Polarisierungstendenzen bei der Verteilung von [informellen, N.B.] Unterstützungsressourcen“ (Diewald 1991, S. 251) zu erwarten. Die prognostizierten Veränderungen der Haushaltsstrukturen deuten zumindest an, daß in Zukunft mit einer stärkeren Inanspruchnahme professioneller Dienste zu rechnen ist, da immer weniger alte Personen mit Familienmitgliedern aus mehreren Generationen zusammenleben.

Die sozialstrukturellen Entwicklungen werden begleitet durch steigende regionale Mobilität und die Verminderung räumlich-sozialer Bindungen. Eine stärker individualisierte Lebensweise – auch in räumlicher Hinsicht – tritt immer mehr an die Stelle eher traditioneller und herkunftsverbundener Lebensformen. Räumliche Trennung muß kein Hindernis für soziale Unterstützung zwischen Familienmitgliedern sein (vgl. Lüscher 1989, Backes 1996), aber sie erweist sich doch als „relevanter Kostenfaktor für die Unterstützung von Eltern durch ihre Kinder“ (Diewald 1991, S. 198). Obgleich sich das Zusammenleben von Familienmitgliedern nicht unbedingt förderlich auf deren Unterstützungsbereitschaft auswirken muß (vgl. Parsons 1964), ist evident, daß aufwendige Unterstützungsanforderungen – die häusliche Pflege stellt wohl eines der tiefgreifendsten Beispiele der Solidarpraxis dar – räumliche Nähe zwischen Hilfeempfänger und Hilfeleistenden notwendig machen.

Zusätzlich zu bereits manifesten Ausdünnungseffekten sozialer Netze mit zunehmendem Alter (vgl. Diewald 1991) ist demnach in Zukunft aufgrund unzweifelhaft feststellbarer Individualisierungsprozesse von lockeren, weniger familial ausgerichteten und kleinen Unterstützungsnetzwerken für alte Menschen auszugehen. Die ohnehin prekäre soziale Situation im Alter wird sich für viele Personen aufgrund dieser sozialstrukturellen Entwicklungen noch weiter verschärfen.

Neben den Veränderungen der Haushalts- und Netzwerkstrukturen älterer Personen muß noch die zukünftige Zahl von Pflegebedürftigen bedacht werden. Anhand demographischer Daten läßt sich errechnen, wieviele Pflegebedürftige in den nächsten dreißig Jahren zu betreuen sind und wie sie sich auf häusliche und stationäre Versorgung verteilen werden. Grundlegender Gedanke bei den Modellrechnungen ist, daß bei zunehmender Lebenserwartung auch die Personenzahl mit Versorgungsbedarf steigt.

Um einen Überblick zu vermitteln, sei zunächst die Entwicklung der Gesamtzahl potentiell Pflegebedürftiger vorgestellt: In der achten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung geht die mittlere Variante davon aus, daß die Zahl der Personen im Alter von 65 bis 70 Jahren in den nächsten zwei Jahrzehnten um etwa 20 Prozent im Vergleich zu 1996 zunimmt. Insbesondere die Zahl der Personen ab 80 Jahre wird bis 2040 sogar um etwa 60 Prozent zunehmen (vgl. Sommer 1994). Aufgrund dieser demographischen Trends ist in Zukunft mit einer höheren Zahl pflegebedürftiger Personen zu rechnen.

Deren Zahl ist freilich nicht nur von der Mortalitäts- und Fertilitätsentwicklung abhängig, sondern ebenso von der Migration. Rothgang und Vogler (1997) haben dazu eine differenzierte Modellrechnung für Deutschland vorgelegt. Bei konstant gehaltenen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeiten nehmen sie für ein mittleres Szenario der Bevölkerungsentwicklung an, daß mit einer Steigerung der Anzahl an Pflegebedürftigen von rund 1,5 Millionen Personen im Jahr 1993 auf circa 2,5 Millionen im Jahr 2040 zu rechnen ist. Das ist eine Zunahme von etwa 66 Prozent (vgl. Abbildung 4).

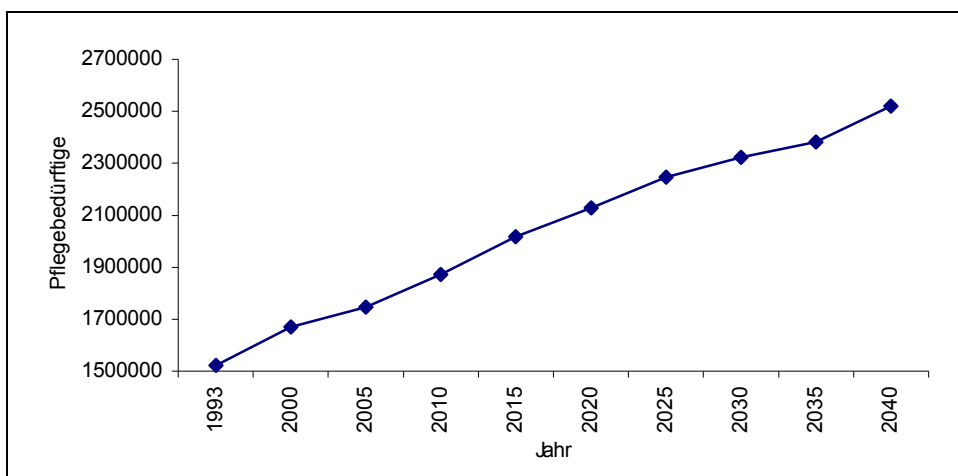


Abb. 4: Anzahl der Pflegebedürftigen im mittleren Szenario von 1993 bis 2040 (Statistische Angaben: Rothgang/Vogel 1997)

Nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen zu, steigt unweigerlich auch die Zahl derjenigen in stationären Versorgungseinrichtungen: Nach einer Modellrechnung wird die Zahl der Heimbewohner im gesamten Bundesgebiet von gegenwärtig 450.000 um 66,7 Prozent auf gut 750.000 Personen im Jahr 2030 wachsen (siehe Tabelle 3). Der Anteil stationär versorgter Pflegebedürftiger wird von 27,5 Prozent im Jahre 1992 auf 32,5 Prozent im Jahre 2030 zunehmen (vgl. Fachinger/Rothgang/Schneekloth 1995, S. 313-315).¹⁵

Die Zunahme des Anteils Pflegebedürftiger in Heimen um circa 5 Prozent in den nächsten 30 Jahren ist rein demographisch bedingt und kein Beleg für eine steigende Ablehnung der häuslichen Pflege in Familien.

	Jahr				
	1992	2000	2010	2020	2030
Pflegebedürftige in Privathaushalten absolut in Tsd.	1.195	1.260	1.360	1.510	1.560
in Prozent der Pflegebedürftigen	72,6%	70,0%	68,3%	67,4%	67,5%
Pflegebedürftige in Heimen absolut in Tsd.	450	540	630	730	750
in Prozent der Pflegebedürftigen	27,4%	30,0%	31,7%	32,6%	32,5%

Tabelle 3: Pflegebedürftige in Privathaushalten und Heimen bis 2030 (Modellrechnung)¹⁶
(Quelle: Fachinger/Rothgang/Schneekloth 1995)

Sollen die Effekte des PflegeVG auf informelle Hilfeleistungen angemessen bewertet werden, sind die aufgezählten exogenen Einflüsse unbedingt zu berücksichtigen, denn alles deutet darauf hin, daß in Zukunft, ohne jede Eigenwirkung des Gesetzes, mit einer zunehmenden Inanspruchnahme von Sachleistungen, aber auch von Leistungen bei stationärer Pflege zu rechnen ist. Es sind demographische, sozialstrukturelle und soziokulturelle Entwicklungen zu konstatieren, die auf das informelle Unterstützungspotential, insbesondere von Frauen, Einfluß nehmen: Während sich die Anzahl der *potentiellen* weiblichen Pflegepersonen bis zum Jahr 2030 aufgrund demographischer Entwicklungen halbiert, wird sich die Anzahl der Pflegebedürftigen im gleichen Zeitraum verdoppeln. Gleichzeitig üben veränderte Haushalts- und Familienstrukturen, die zunehmende Erwerbsneigung von Frauen, die gestiegene regionale Mobilität sowie veränderte Wertorientierungen Druck auf das informelle Pflegepotential aus. Zusammengefaßt ist daher ein Rückgang informeller Unterstützungsleistungen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zu erwarten, unabhängig von den Auswirkungen der Pflegeversicherung.

¹⁵ Auch andere Berechnungen kommen zu einer ähnlichen, wenn auch etwas geringeren, Zunahme von Pflegebedürftigen in Heimen aufgrund demographischer Verschiebungen (vgl. Rothgang/Vogler 1997).

¹⁶ Die leicht unterschiedlichen Gesamtzahlen Pflegebedürftiger zu Abbildung 4 kommen durch verschiedene Modellrechnungen zustande.

4. Stand der Forschung: Informelle Pflegeleistungen und staatliche Interventionen

Die verschiedenen Instrumente der Pflegeversicherung wurden hinsichtlich ihrer Wirkung auf die Pflegebereitschaft von Familienangehörigen in der politischen Debatte selten positiv beurteilt. Daß sich gegenüber diesen Einschätzungen kaum Widerspruch regte, ist verwunderlich, denn zu einzelnen sozialstaatlichen Eingriffen in die häusliche Pflege, die mit denen des PflegeVG vergleichbar sind, liegen bereits seit geraumer Zeit wissenschaftliche Untersuchungen vor.

Die Forschung zu den Wirkungen sozialpolitischer Interventionen auf die Pflegebereitschaft nichtprofessioneller Pflegepersonen läßt sich nach drei Aspekten gruppieren: (1) Inwieweit wird häusliche Pflege durch stationäre Versorgung substituiert? (2) Verdrängen professionelle ambulante Dienste die familiäre Pflege? (3) Wie wirkt sich Geld in der häuslichen Pflege aus? Das größte Forschungsinteresse ist bislang der *Substitutionsthese* entgegengebracht worden. Die Substitutionsthese postuliert, daß die Ausbreitung und sozialstaatliche Subventionierung professioneller Pflegedienste zum Rückgang informeller Unterstützungsleistungen führen. Diese Annahmen sollen zunächst bezüglich der stationären und der ambulanten Pflege hinterfragt werden.

4.1 Wird häusliche Pflege durch stationäre substituiert?

Zur Beantwortung der Frage, ob eine Pflegeversicherung die Substitution häuslicher Pflege durch stationäre Pflege bewirkt, kann vor allem auf Erfahrungen mit der niederländischen Pflegeversicherung zurückgegriffen werden. In den Niederlanden gilt schon seit 1968 das *Algemeene Wet Bijzondere Ziektekosten* (AWBZ), das „Allgemeine Gesetz besonderer Krankheitskosten“, das der deutschen Pflegeversicherung weitgehend entspricht. Die niederländische Versicherung trägt bei einer festgesetzten Selbstbeteiligung die gesamten Kosten der stationären Versorgung eines Pflegebedürftigen. Nachdem die Heimpopulation in den Niederlanden anfänglich stark zunahm, was vor allem an dem nachgeholten Ausbau stationärer Pflegeheime lag (vgl. Winters 1995), nimmt sie in den letzten Jahren wieder ab: „In den 80er Jahren wächst die Heimkapazität nunmehr langsamer als die Altersbevölkerung, die Heimquote geht folglich zurück“ (a.a.O., S. 145). Im Jahre 1989 war der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen in den Niederlanden geringer als in der Bundesrepublik (vgl. ebd.). Für die Niederlande konnte demnach die Behauptung vom „familiären‘ moral hazard“ zurückgewiesen werden (vgl. Winters 1996). Die Familien haben sich auch nach der Einführung von Versicherungsleistungen nicht vermehrt zur Heimunterbringung der Pflegebedürftigen entschlossen. Sogar Minister Blüm konnte bei einem Ortstermin nicht erkennen, daß es in den Niederlanden zu dem prophezeiten Heimsog gekommen ist (vgl. „Handelsblatt“ vom 23. April 1991).

Ökonomische Analysen, die speziell auf die Wirkungen der bundesdeutschen Pflegeversicherung zugeschnitten sind, gehen ebenfalls nicht von einer versicherungsinduzierten Zunahme der Heimpopulation aus (vgl.

Schulz-Nieswandt 1989 und 1995, Mager 1996 und Rothgang 1997). Diese Studien schätzen soziodemographische Aspekte, die die Lebenssituation pflegebedürftiger Personen beeinflussen, wie Alter, Familienstand und Kinderzahl, aber auch die Rolle von Geschwistern, Freunden und Nachbarn, bei einem Heimeintritt wichtiger ein als finanzielle Überlegungen der Angehörigen (vgl. Schulz-Nieswandt 1989 und 1995). So faßt Rothgang in seiner Untersuchung zusammen, daß „hinsichtlich der Entscheidung für Heimpflege andere Faktoren eine wahrscheinlich wichtigere Rolle spielen als die monetären Anreize“ (Rothgang 1997, S. 142). Darüber hinaus wird auf die im Pflegeversicherungsgesetz vorgesehenen Instrumente, wie Pflegegeld und Pflegesachleistungen, hingewiesen, die eher zu einer Stabilisierung der häuslichen Pflege führen als zu einem Heimsog (vgl. Mager 1996).

Eine erste empirische Untersuchung seit Einführung der Pflegeversicherung scheint die Annahmen der Ökonomen zu bestätigen: In der bereits erwähnten Hamburger Studie wird vermutet, daß „ein über die 2. Stufe [des PflegeVG, N.B.] ausgelöster 'Heimsog-Effekt' nicht zu erwarten“ sei (Runde u.a. 1996, S. 104). In dieser Untersuchung gaben 1,3 Prozent der Befragten sogar an, daß sie, mit der Pflegeversicherung im Rücken, einen pflegebedürftigen Angehörigen aus dem Heim nach Hause geholt hätten (vgl. a.a.O., S. 28).

4.2 Verdrängen ambulante Dienste informelle Hilfen?

Innerhalb der alten Bundesrepublik gab es mit Einführung der Sozialstationen¹⁷ eine lebhafte Diskussion über die Wirkungen professioneller Pflegedienste auf informelle Unterstützungsleistungen (vgl. z.B. Dahme u.a. 1980, Hegner 1980, Grunow/Hegner 1981, Heinemann-Knoch u.a. 1982, Grunow u.a. 1983, Heinemann-Knoch u.a. 1985). Dabei ging es vor allem um die Frage, ob formelle Unterstützung dazu führt, daß Anstrengungen zur Selbsthilfe zurückgehen. Insgesamt überwogen die Stimmen derjenigen, die einen positiven Einfluß der Sozialstationen auf familiäre Eigenhilfen sahen (vgl. z.B. Grunow u.a. 1983 und Hörl/Rosenmayer 1989). In einer zusammenfassenden Analyse verschiedener Untersuchungen kamen Heinze u.a. zu dem Schluß, daß „durch die ambulante Unterstützung häuslicher Pflege es in vielen Fällen überhaupt erst möglich geworden ist, Familienmitglieder ... an dieser Pflege und Betreuung aktiv zu beteiligen“ (Heinze/Olk/Hilbert 1988, S. 169). Dennoch, gab es auch kritische Befunde, die eine Verringerung privater Bemühungen um Selbsthilfe aufgrund positiver Erfahrungen mit einem professionellen Hilfeangebot feststellten (vgl. Dahme u.a. 1980 und Grunow/Hegner 1981). Grunow und Hegner berichteten beispielsweise, daß es einige Angehörige „[m]öglicherweise ... eben doch bequemer finden, einer beruflichen Pflegekraft bei ihrer Arbeit zuzusehen, als sich selbst in der Pflege zu engagieren“ (a.a.O., S. 60).

¹⁷ Sozialstationen sind soziale Einrichtungen, die verschiedene Dienstleistungen im Kranken-, Alten- und Familienbereich anbieten. Insbesondere betreuen sie kranke und pflegebedürftige Personen in ihren Haushalten oft in enger Zusammenarbeit mit den Familienmitgliedern. Eines der zentralen Ziele von Sozialstationen ist die Aktivierung von Selbsthilfe. Institutionell sind Sozialstationen den verschiedenen Wohlfahrtsverbänden zugeordnet. Eine hervorragende Einführung in die Arbeit von Sozialstationen liefert Heinemann-Knoch u.a. (1985).

Andere Untersuchungen weisen darauf hin, daß eine Reduktion des familialen oder nachbarschaftlichen Engagements aufgrund des Einsatzes professioneller Pflegedienste vor allem ein Hinweis auf den Nachholbedarf der Pflegehaushalte an formeller Unterstützung sei. Ambulante Dienste verdrängen demnach *funktionierende* familiäre Hilfen nicht, sondern ergänzen *prekäre* Pflegearrangements (vgl. Heinemann-Knoch u.a. 1982). Damit scheint die Wirkungskraft der Sozialstationen aber ausgeschöpft, denn eine Aktivierung oder einen Ausbau familialer Selbst- und Nachbarschaftshilfe konnte keine der genannten Untersuchungen feststellen.

Diesen Ergebnissen schließt sich nahtlos eine Reihe US-amerikanischer Studien an, die zu Beginn der neunziger Jahre im Rahmen der öffentlichen Auseinandersetzung in Politik, Medien und Wissenschaft um den Funktionsverlust von Familien bei der Versorgung älterer Menschen die „service substitution hypothesis“ untersuchten (vgl. Horowitz 1985, Moscovice/Davidson/McCaffrey 1988, Edelman/Hughes 1990, Hanley u.a. 1991, Kemper 1992, Tennstedt/Crawford/McKinlay 1993, Penrod 1994, Cowart 1996). Auch im nordamerikanischen Kontext sind die Ergebnisse teilweise widersprüchlich: Während einige Studien auf einen signifikanten Rückgang informeller Hilfeleistungen aufgrund des Angebots professioneller Dienste hinweisen (Kemper 1992, Tennstedt u.a. 1993), betonen andere, daß die Ausweitung formeller Hilfen keine Abnahme informeller Unterstützungsleistungen bewirke, sondern häusliche Pflege langfristig stabilisiere (Horowitz 1985, Moscovice u.a. 1988 und Edelman u.a. 1991). Insgesamt legen die empirischen Untersuchungen der Substitutionsthese die Vermutung nahe, daß professionelle Hilfe informelle Unterstützung zwar ersetzen kann, aber nur dann, wenn pflegende Angehörige nicht mehr voll verfügbar oder einsatzfähig sind. Von einer Verdrängung familialer durch ambulante Pflege kann demnach keine Rede sein.

Die neuesten Analysen zur Inanspruchnahme von Sachleistungen der Pflegeversicherung scheinen bezüglich substitutiver Effekte ebenfalls Entwarnung zu geben. Runde u.a. stellen zusammenfassend fest, daß „Sachleistungen nicht alternativ zur Unterstützung von Angehörigen und Bekannten [stehen], sondern in erster Linie als Ergänzung“ (Runde u.a. 1996, S. 83). Freilich ist mit dieser Aussage wenig gewonnen, denn die budgetierten Leistungen der Pflegeversicherung erlauben kaum, daß Sachleistungen die familiäre Pflege vollständig ersetzen. Zu fragen wäre indes, unter welchen Bedingungen und mit welcher Absicht Sachleistungen von Pflegehaushalten beansprucht werden. Dazu ist in der Studie leider nichts zu erfahren. Jedoch könnte der Hinweis darauf, daß mehr als die Hälfte der Befragten noch weitere Sachleistungen benötigt, Aufschluß darüber geben (vgl. a.a.O., S. 96-97): Man könnte vermuten, daß die betreffenden Haushalte vielleicht doch anstreben, die gesamte häusliche Pflege auf ambulante Dienste zu übertragen.

4.3 Geld in der familialen Pflege

Das Thema Geld in der Pflege fand Mitte der neunziger Jahre vor allem im europäischen Kontext größeren Anklang, da sowohl in der sozialpolitischen Fachöffentlichkeit als auch in den Medien die Einführung von Gutscheinen und direkten Barzahlungen an Anspruchsberechtigte auch in an-

deren Zusammenhängen diskutiert wurde. Für das europäische Ausland und für die Bundesrepublik liegen nun einige Studien über die Auswirkungen von Pflegegeld vor (vgl. z.B. Evers/Rauch 1996 und Badelt/Österle 1997). Zusammenfassend verdeutlichen diese Arbeiten, daß Geld im Hinblick auf die Entscheidung, familiäre Pflegeaufgaben zu übernehmen, nur eine untergeordnete Rolle spielt (vgl. Evers 1997). Die Ausgestaltung von Pflegearrangements ist viel stärker vom kulturellen und sozialen Hintergrund der betroffenen Familien geprägt als durch die Existenz eines Pflegegeldes (vgl. Evers/Rauch 1996). In einer Untersuchung aus der Bundesrepublik wird auf eine weitverbreitete „privatistische Pflegekultur“ hingewiesen, „die eine erhebliche Resistenz gegenüber finanziellen Steuerungsversuchen aufweist, insoweit hier (oft mangelnde) soziale Kompetenzen, (oft überfordernde) Wertzuschreibungen und ein (zumeist fehlendes) soziales Anrechtsbewußtsein verhaltensbestimmend sind“ (Evers 1997, S. 517). Darüber hinaus hat auch die Unwissenheit vieler Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen hinsichtlich des Angebots professioneller Pflegedienste Einfluß auf die Nutzung von Geldleistungen. Schließlich sind Einkommen und Vermögen, nach einer Untersuchung von Evers und Olk (1996), kein zentraler Grund für die Entscheidung, Geldleistungen in Anspruch zu nehmen. Die beiden Forscher sind der Ansicht: „[J]e niedriger das Einkommen, desto eher eine Wahl der Geldleistungen, wäre eine grobe Vereinfachung“ (Evers/Rauch 1996, S. 8).

Der häufig prognostizierte Mißbrauch von Geldleistungen, bei dem Pflegegeld von Familienmitgliedern beansprucht wird, ohne daß entsprechende pflegerische Gegenleistungen erfolgen, wurde bislang nur in Ausnahmefällen festgestellt (vgl. Miltenburg/Klie 1995 in Evers/Rauch 1996). In einem niederländischen Modellprojekt konnten eindeutig positive Auswirkungen von Pflegegeldleistungen auf die Situation der Pflegebedürftigen ermittelt werden. Evers und Rauch fassen die Ergebnisse der holländischen Studie folgendermaßen zusammen: „Insgesamt fühlten sich die BudgetklientInnen freier und unabhängiger. Die Bezieher von Pflegegeld ... waren durchweg subjektiv zufriedener als vorher“ (Evers/Rauch 1996, S. 8).

Die Frage, ob Pflegegeld das traditionelle Pflichtgefühl der Pflegenden unterminiere, wird durch die Ergebnisse aller bisherigen Forschungsarbeiten verneint. Auch eine empirische Studie aus Finnland stellt fest: „There was no single related caregiver who said or implied that he or she was doing this job simply for the sake of money“ (Sipilä 1993, S.263).

Insgesamt betrachtet, stehen die bisherigen Forschungsergebnisse im Gegensatz zu den geschilderten Annahmen in der politischen Debatte um die Pflegeversicherung. Hier erwartete man, daß die Einführung einer Sozialversicherung Ansprüche der Beitragszahler an den Staat generiere, die Eigeninitiative der Betroffenen ersticke und zum Leistungsmißbrauch animiere. Die Angehörigen von Pflegebedürftigen würden die Versicherungsleistungen entweder nutzen, um sich von häuslichen Pflegeaufgaben zu trennen und die Versorgung an ambulante oder gar stationäre Einrichtungen abzugeben, oder sie sähen sich infolge des Pflegegeldes zu Hilfeleistungen nur aus finanziellen Überlegungen motiviert. Zwischen öffentlich geführter Diskussion und bisheriger Forschungslage offenbart sich eine bemerkenswerte Diskrepanz. Das nächste Kapitel greift diese Unstimmig-

keit auf, um drei Thesen über die möglichen Wirkungen der Pflegeversicherung zu entwickeln.

5. Methodisches Vorgehen

Da es das Bestreben der vorliegenden Arbeit ist, *erste* Erkenntnisse über soziale Auswirkungen des PflegeVG zusammenzutragen, um nachfolgenden Untersuchungen eine Analyse spezifischer Fragen zu ermöglichen, wurde ein explorativer Ansatz gewählt. Dazu ist ein Untersuchungsdesign notwendig, das Flexibilität und Offenheit gegenüber dem Untersuchungsgegenstand zuläßt, aber trotzdem gewisse Vorstrukturierungen ermöglicht. Dieser Grundgedanke war bestimmend für die Entwicklung des Forschungsdesigns. Auf der Basis theoretischer Vorüberlegungen wurden in ständiger Rückkoppelung mit der empirischen Datengrundlage vorläufige Annahmen über den Untersuchungsgegenstand erarbeitet und im Laufe des Forschungsprozesses zunehmend verdichtet. Auf den folgenden Seiten soll dieses Verfahren nun vorgestellt werden.

5.1 Hypothesenbildung

Die Gegenüberstellung von staatlichen Zielvorstellungen, politischer Debatte und wissenschaftlich gewonnenen Erkenntnissen hat gezeigt, daß unterschiedlichste Wirkungen des PflegeVG vorstellbar sind. Es können drei sich widersprechende Thesen formuliert werden: die *Synergie-*, die *Erosions-* und die *Nulleffektthese*:

(1) *Synergiethese*

Direkte und indirekte Interventionen durch materielle Gratifikationen sowie professionelle Unterstützung der Pflegepersonen, rechtlich verankerte Leistungsansprüche und effizienzorientierte Maßnahmen der Pflegeplanung wirken sich stimulierend auf die Pflegebereitschaft informeller Helfer aus und führen sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht zu einer steigenden Pflegeintensität. Brachliegende informelle Unterstützungspotentiale werden aktiviert und bestehende Hilfen stabilisiert. Pflegegeld und Pflegesachleistung entlasten die informellen Helfer und wirken als Anreiz zur häuslichen Pflege, ohne die bestehende solidarische Orientierung der Pflegenden zu unterminieren. Ein Mißbrauch von Leistungen ist nicht festzustellen, d.h. dem Leistungsbezug steht eine bedarfsgerechte Leistungserbringung durch nichtprofessionelle Pflegepersonen gegenüber. Zwischen informellen Helfern und organisierten Diensten gibt es keine Substitutionskonkurrenz, sondern einen kumulativen Zusammenhang.

(2) *Erosionsthese*

Die Erosionsthese postuliert, daß die Pflegebereitschaft Angehöriger durch finanzielle Anreize, versicherungsrechtliche Ansprüche, professionelles Hilfeangebot und/oder durch kostendämpfende Instrumente des Gesetzes zersetzt wird. Sie bezieht sich auf qualitative und quantitative Aspekte der Unterstützung. Das heißt, sowohl die Zahl der Pflegenden kann nach Einführung der Pflegeversicherung zurückgehen als auch die Qualität der häuslichen Pflege durch Angehörige nachlassen. Auch eine (kurzfristige) Ausweitung informeller Pflegeleistungen aufgrund finanzieller Erwägungen der Pflegepersonen kann als Erosion informeller Hilfe bewertet werden, wenn die Pflege nur unzureichend ausgeführt wird. Laut Erosionsthese verändert das Pflegegeld den Charakter informeller Unterstützungs-

leistungen: Nicht solidarische, sondern wirtschaftliche Motive regen zur Pflege an. Es ist ebenso zu erwarten, daß aufgrund finanzieller Überlegungen professionelle Hilfen dort, wo sie erforderlich sind, nicht mehr nachgefragt werden und es deshalb zu Qualitätsverschlechterungen in der häuslichen Pflege kommt. Die Versicherten erwarten im Rahmen der Pflegeversicherung die vollständige Übernahme der häuslichen Pflege durch ambulante Pflegekräfte: Familiäre wird durch professionelle Pflege substituiert.

(3) Nulleffektthese

Im Rahmen der Nulleffektthese wird angenommen, daß die Interventionen der Pflegeversicherung in die häusliche Pflege keinen Einfluß auf informelle Hilfen haben. Die Leistungen des PflegeVG bleiben für die Gestaltung von Pflegearrangements oder die Inhalte von Pflegebeziehungen in den Familien wirkungslos. Die Entscheidungskalküle der Familienmitglieder werden nicht weiter beeinflußt. Nach der Nulleffektthese ist nicht davon auszugehen, daß die Leistungen der Pflegeversicherung ungenutzt bleiben; jedoch induzieren die politischen Maßnahmen zur Absicherung des Pflegerisikos keine Veränderung der bestehenden Pflegearrangements, Pflegeleistungen oder Pflegemotivationen.

Diese drei Annahmen strukturieren das Untersuchungsinteresse und bilden einen analytischen Rahmen zur Bewertung der Wirkungen des PflegeVG.¹⁸

Bezugspunkt der Thesen sind informelle Hilfeleistungen für pflegebedürftige ältere Menschen. Die vorliegende Untersuchung fokussiert informelle Pflegeleistungen innerhalb primärer sozialer Netzwerke, im besonderen die Versorgung alter Eltern durch ihre erwachsenen Kinder. Inhaltlich ist dieser Untersuchungsschwerpunkt darin begründet, daß erwachsene Kinder bzw. Schwiegerkinder neben den Lebenspartnern die erste und eine zunehmend wichtiger werdende Hilfeinstanz sind und als potentielle Pflegepersonen in Familiendiskussionen primär über die Versorgungsform für Pflegebedürftige entscheiden (vgl. Evers 1997). Darüber hinaus wurden intergenerationelle Pflegeleistungen im Gegensatz zu nachbarschaftlichen oder anderen informellen Hilfeleistungen bereits vor Einführung der Pflegeversicherung eingehend untersucht (vgl. Kapitel 3.2) und bieten so eine Möglichkeit des Vergleichs von Ergebnissen, die sich auf verschiedene Zeitpunkte beziehen.

5.2 Untersuchungsdesign

5.2.1 Das Forschungsinstrument

Die vorliegende Untersuchung wurde auf der Basis leitfadengestützter Experteninterviews mit Mitarbeitern¹⁹ verschiedener Sozialstationen durchgeführt. Das Experteninterview bezieht sich nicht auf die Betroffenen

¹⁸ Über die Verwendung von theoretischen Vorannahmen besteht in der qualitativen Sozialforschung Uneinigkeit, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann. Empfohlen sei der Beitrag von Meinefeld zur Rolle von Ex-Ante Hypothesen in der qualitativen Sozialforschung (Meinefeld 1997).

¹⁹ Zur Bezeichnung von Personengruppen wurde aus Gründen der Lesbarkeit ausschließlich das maskuline Genus gewählt.

(pflegende Angehörige) selbst, sondern liefert Informationen über sie. Die Mitarbeiter von Sozialstationen sind Experten, denn sie verfügen durch ihre Tätigkeiten „über einen privilegierten Zugang zu Informationen über [die interessierende] Personengruppe“ (Meuser/Nagel 1991, S. 443). Aufgrund ihrer Tätigkeiten, wie Pflegeberatungsgespräche und Pflegeeinsätze in privaten Haushalten, verfügen Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste über ein breites Spektrum an Erfahrungen über die Gestaltung und Durchführung häuslicher Pflege. Sie können darüber hinaus häufig auf enge Beziehungen zu familialen Pflegepersonen zurückgreifen.

Gleichzeitig war von Experten anzunehmen, daß sie im Vergleich zu den Betroffenen (Pflegebedürftige und deren Angehörige) über mehr Distanz zum Gegenstand der Untersuchung verfügen und einen deren individuellen Alltagshorizont übersteigenden Überblick haben. Ein gewisses Maß an Distanz zum Forschungsgegenstand ist beim Thema häusliche Pflege von besonderer Bedeutung, denn über zwischenmenschliche Beziehungen geben direkt Betroffene häufig sozial erwünschte Antworten (vgl. Braun/Articus 1983).

Schließlich beruhte die Entscheidung für Experteninterviews auch auf den zur Verfügung stehenden materiellen Ressourcen und dem zeitlichen Rahmen der Untersuchung. Experten wirken gewissermaßen als Multiplikatoren, die Kenntnisse über eine Vielzahl von Einzelfällen besitzen.

5.2.2 Auswahl der Befragten

Die Auswahl der Befragten verlief kumulativ, d.h. sie war bestimmt durch ein Zusammenspiel von theoretischen Vorüberlegungen und neu hinzukommenden Aspekten, die sich aus der Analyse bereits erhobener Daten entwickelten.²⁰ Mit zwei Ausnahmen, die zur Erprobung des Leitfadens durchgeführt wurden, bezieht sich die Studie auf die westlichen Bezirke Berlins, vornehmlich aus technischen und finanziellen Gründen. Gleichzeitig bot Berlin (West), aufgrund seiner soziostrukturellen Heterogenität, die Möglichkeit, starke Kontrastgruppen aus dem Untersuchungsmaterial zu bilden.

Die Auswahl von Interviewpartnern war in zwei Schritte unterteilt: Zunächst wurden (1) ambulante Pflegedienste (Sozialstationen) und (2) dann jeweils ein Mitarbeiter der jeweiligen Sozialstationen ausgesucht:

(1) In der ersten Auswahlphase wurden zehn aus insgesamt 60 angeschriebenen Sozialstationen in Berlin (West) zur Durchführung der Interviews bestimmt. Diese Sozialstationen sind verschiedenen Wohlfahrtsverbänden, wie Diakonisches Werk, Caritas, Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz etc., zugeordnet. Freigemeinnützige wurden privaten Pflegestationen deswegen vorgezogen, da sie meist schon seit über fünfzehn Jahren existieren und darüber hinaus nicht nur zur Bereitstellung von Dienstleistungen konzipiert wurden, sondern sich auch um die Aktivierung

²⁰ Dieses Vorgehen ist eine „bewußte Auswahl“ (Kromrey 1991, S. 201ff). Dabei werden bestimmte Untersuchungseinheiten auf der Basis theoretischer Überlegungen über den Gegenstandsbereich aus der Grundgesamtheit ausgewählt, um eine Analyse möglichst typischer Fälle durchzuführen.

von Hilfeleistungen in sozialen Netzwerken bemühen sollen (vgl. Grunow/Hegner 1981). Nach der Durchführung und teilweisen Analyse der ersten zehn Interviews wurden in einer zweiten Auswahlrunde, orientiert am Konzept des „theoretischen Sampling“ (Strauss/Corbin 1996, S. 148),²¹ weitere fünf Sozialstationen in die Stichprobe aufgenommen.²²

(2) Der zweite Auswahlschritt betraf die Interviewpartner. Die Auswahlkriterien bezogen sich auf ihre Berufserfahrung in der häuslichen Pflege und auf die Art ihrer Kontakte zu Pflegehaushalten. Neben sechs direkt in der Pflege tätigen Personen konnten drei Sozialarbeiter und insgesamt acht Pflegedienstleiter interviewt werden. Alle Befragten hatten seit mindestens drei Jahren in einer Sozialstation gearbeitet, und die Mehrzahl hatte mehr als fünf Jahre Berufserfahrung. Krankenschwestern sind überproportional in der Auswahl vertreten.

5.2.3 Der Interviewleitfaden

Der Konstruktion des Leitfadens lag die Idee zugrunde, daß Fragen zu informellen Hilfen für Pflegebedürftige auf zwei Ebenen durch Experten beantwortbar sind: (1) Experten können Auskunft über ihre direkten Erfahrungen geben, die sie sich im Rahmen von Pflegeeinsätzen, von Pflegeberatungsgesprächen usw. angeeignet haben. (2) Daneben sind sie als Mitarbeiter von Sozialstationen auch in der Lage, über quantitative Entwicklungen in der häuslichen Pflege zu berichten (z.B. über die Inanspruchnahme von Geld- und Sachleistungen, die Zahl der Heimeinweisungen oder die Patientenzahl seit Einführung der Pflegeversicherung).

Auftakt des zentralen Teils des Interviewleitfadens bildete die Frage nach den Motiven zur Pflege, die Familienmitglieder bewegen könnten. Damit war zugleich der Rahmen des Gesamtprojekts skizziert und wurden die Interviewpartner für die Forschungsperspektive sensibilisiert. Der nächste Fragenkomplex beschäftigte sich mit den verschiedenen Regelungen der Pflegeversicherung. Dabei wurden das Versicherungsprinzip, die Pflegesachleistungen, die Pflegegeldleistungen, die Pflegeverträge und die Klassifizierung in Pflegestufen angesprochen. Diese Fragen waren jeweils in drei Stufen gegliedert: Zuerst kamen allgemeine Auswirkungen der Regelungen auf das Verhalten der Angehörigen zur Sprache. Dann sollten die Interviewpartner über konkrete Beispiele berichten. In der dritten Stufe standen mögliche Orientierungen der Angehörigen im Vordergrund. Das heißt, es wurde nach Gründen für bestimmte Verhaltensweisen der pflegenden Angehörigen gefragt. Der Interviewleitfaden schloß mit einer Frage nach den Zukunftserwartungen der Pflegekräfte hinsichtlich der familialen Pflege.

²¹ Beim theoretischen *Sampling* werden die Untersuchungseinheiten *während der Analyse des Datenmaterials* anhand der Kategorien der sich entwickelnden Theorie ausgewählt (Strauss/Corbin 1996, S.148-168).

²² Trotz meiner Bemühungen, eine ausgeglichene Zusammenstellung verschiedener Bezirke zu erreichen, weist die Stichprobe überwiegend Sozialstationen aus „besseren“ Bezirken auf. Dies ist durch die geringere Bereitschaft der Sozialstationen in Kreuzberg, Neukölln, Tiergarten und Wedding zur Durchführung von Interviews begründet.

5.2.4 Erhebung und Auswertung der Daten

Insgesamt konnten 17 Interviews innerhalb von sechs Wochen in den Monaten Juni und Juli des Jahres 1997 realisiert werden. Die Interviews fanden in den Arbeitsräumen der Gesprächspartner statt und dauerten ungefähr je 90 Minuten. Alle Interviews wurden mit Einwilligung der Befragten auf Band aufgezeichnet.

Die Gespräche zeigten, wie ungewohnt die Forschungsperspektive für die in der Pflegepraxis stehenden Personen war. So lagen die Aufmerksamkeit und das Problembewußtsein der Experten vornehmlich auf ihren Arbeitsbereichen sowie ihren Arbeitsabläufen, und sie mußten wiederholt zum Thema der Befragung hingeführt werden.

Die Auswertung der Daten begann zu einem frühen Zeitpunkt während der Erhebung, um vorläufige Kategorien zu entwickeln, die dann bei weiteren Interviews berücksichtigt werden konnten. Die Datenanalyse war orientiert an der von Meuser und Nagel vorgestellten „interpretativen Auswertungsstrategie für leitfadenorientierte ExpertInneninterviews“ (Meuser und Nagel 1991, S. 452).

5.3 Fragen der Validität

Schließlich möchte ich noch auf drei Fragen der Validität eingehen und eine Auseinandersetzung mit diesen Problemen zumindest andeuten.²³

(1) Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, daß die Versorgung von Pflegebedürftigen eine Art „klinisches Sample“ für die Untersuchung sozialer Hilfeleistungen bildet. Die häusliche Pflege ist ein Extremfall familialer Unterstützung. Diese Beschränkung hat eine Minderung der *externen Validität* der Untersuchung zur Folge. Es können mit den Ergebnissen nur bedingt Aussagen über die generelle Entwicklung der Hilfsbereitschaft oder informellen Unterstützung unter Einfluß sozialstaatlicher Interventionen gemacht werden.

(2) Der zweite, die *interne Gültigkeit* der Interviews betreffende Aspekt bezieht sich auf die Interviewpartner. Es ist zu fragen, inwieweit Experten im Rahmen ihrer alltäglichen Arbeit, z.B. bei Pflegeberatungsgesprächen, Pflegevertragsverhandlungen, Erstbesuchen, Angehörigenbetreuung oder bei der Hauspflege, zu einem gültigen, d.h. zutreffenden Urteil über das Verhalten und die Einstellungen pflegender Angehöriger kommen können. Die Problematik besteht in doppelter Hinsicht, da durch die Interaktion zwischen Experten und pflegenden Angehörigen ein neuer Handlungskontext geschaffen wird, der wiederum ein verfälschtes Bild vom Verhalten der Betroffenen vermitteln könnte.

Diese Bedenken sind nicht vollständig zu entkräften, jedoch können sie in Anbetracht der zur Verfügung stehenden Mittel und der Schwierigkeiten möglicher Alternativen relativiert werden. Die Interviewpartner liefer-

²³ Auf die allgemeine Schwierigkeit interpretativer Verfahren, die methodische Kontrolle des Zirkelschlusses, kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Deshalb sei auch in diesem Zusammenhang die Lektüre des Texts von Meuser und Nagel empfohlen (vgl. Meuser und Nagel 1991, insb. S. 453 und S. 465).

ten sehr detaillierte Schilderungen der Situation in den Familien, da sie durch Beratungsgespräche und Pflegeeinsätze einen sehr guten Eindruck von der häuslichen Pflege gewinnen konnten. Einige Interviewpartner betonten sogar ausdrücklich ihre Rolle als Berater der pflegenden Angehörigen, die oft „ganz offen mit uns [dem Pflegepersonal, N.B.] reden“, wie eine Pflegerin angab. Nur bei Fragen zum Einsatz der Geldleistungen verwiesen die Interviewpartner auf ihren eingeschränkten Einblick in die häuslichen (Pflege)Verhältnisse. Abschließend ist zu bemerken, daß Informationen über den Umgang Angehöriger mit Pflegebedürftigen häufig nur durch externe Beobachter, d.h. Mitarbeiter von Pflegediensten, zu erheben sind, denn die Auskünfte der Betroffenen selbst sind der Gefahr der sozialen Erwünschtheit ausgesetzt.

(3) Letztendlich ist noch auf etwaige Verzerrungen in den Darstellungen der befragten Experten hinzuweisen, die sich ebenfalls nachteilig auf die *interne Gültigkeit* der Daten auswirken können. Vor allem Ausführungen, die sich auf direkte und konfliktreiche Interaktionen zwischen nichtprofessionellen Helfern und professionellen Pflegekräften beziehen, sind mit Vorsicht zu interpretieren. Denn es ist damit zu rechnen, daß die Befragten das Geschehen aus ihrer Perspektive und nach ihrer Interessenlage schildern. Insbesondere die Ausführungen der Interviewpartner zu Pflegevertragsverhandlungen und zu Angehörigen, die keine ambulanten Dienstleistungen beanspruchen, sind solchen Verzerrungen ausgesetzt. Bei anderen Themenkomplexen, beispielsweise dem Umgang der Pflegehaushalte mit Sachleistungen oder mit dem Versicherungsprinzip, sind hingegen keine interessen geleiteten oder berufsspezifisch verzerrten Berichte der Interviewpartner zu erwarten.

6. Auswertung

Die Regelungen der Pflegeversicherung lassen sich als *direkte* oder *indirekten Interventionen* in den Bereich der häuslichen Pflege bezeichnen. Direkte Interventionen gehen wesentlich von Leistungen bei häuslicher Pflege aus, während unter indirekte Interventionen die versicherungsrechtliche Organisation, die ökonomischen Instrumente zur Kostendämpfung, insbesondere das Modulsystem und die Leistungen bei vollstationärer Pflege zu fassen sind. Kapitel 6.1 beschäftigt sich mit den Wirkungen der beiden zentralen direkten Interventionen Sach- und Geldleistungen, während in Kapitel 6.2 die indirekten Interventionen untersucht werden. Die Ergebnisse der Auswertung beruhen zum größten Teil auf den Aussagen der Experten; an einigen Stellen wird auch auf Sekundärdaten zurückgegriffen.

6.1 Wirkung direkter Interventionen

Mit Hilfe von „Leistungen bei häuslicher Pflege“ (§§ 36-40 SGB XI) und „Leistungen für Pflegepersonen“ (§§ 44, 45 SGB XI) versucht der Gesetzgeber ausdrücklich, den Pflegebedürftigen ein Leben in privaten Haushalten zu ermöglichen und die Pflegebereitschaft der Angehörigen zu unterstützen. Über etwaige Effekte dieser Instrumente entzündete sich eine heftige Kontroverse, in deren Mittelpunkt unerwünschte Nebenwirkungen der Sach- und Geldleistungen standen (siehe Kapitel 2.2). Wie und unter welchen Bedingungen sich die beiden Instrumente tatsächlich auswirken, ist Thema dieses Kapitels. Das Material der folgenden Ausführungen basiert auf den Erfahrungen der Interviewpartner aus Pflegeberatungsgesprächen und aus Pflegeeinsätzen in Haushalten.

6.1.1 Pflegesachleistungen: Substitution oder Ergänzung?

Genau betrachtet bestand zwischen den Konstrukteuren und den kritischen Betrachtern der Pflegeversicherung stilles Einverständnis über die möglichen Wirkungen von Pflegesachleistungen. Beide Seiten vermuteten einen Rückgang der Eigeninitiativen nach Einführung öffentlich subventionierter ambulanter Dienstleistungen. Anstatt selbst zu pflegen, würden die Angehörigen die vom PflegeVG finanzierten professionellen Dienste nutzen. Die Verfasser des Gesetzes versuchten, eine solche Entwicklung durch ein beschränktes Leistungsbudget zu vermeiden, während die kritischen Stimmen selbst bei „gedeckelten“ Leistungen von einer Substitution familialer durch ambulante Pflege ausgingen. Wie setzen Pflegehaushalte die ambulanten Dienste nun tatsächlich ein? Und welche Schlußfolgerungen lassen sich daraus über die Pflegebereitschaft Angehöriger unter Einfluß staatlicher Interventionen ziehen? Diese Fragen werden im Folgenden untersucht.

Die Analyse der Expertenaussagen zeigt, daß nicht alle Haushalte²⁴ Sachleistungen in gleicher Weise beanspruchen. Nach Dauer ihrer bisherigen Pflegeerfahrung und nach ihrem Lebensalter lassen sich grob zwei Typen mit fast gegensätzlichem Inanspruchnahmeverhalten unterscheiden:

(1) Ältere Pflegepersonen – meist Ehepartner oder Ehepartnerinnen – möchten pflegebedürftige Familienmitglieder vornehmlich eigenhändig versorgen, sind aber aufgrund physischer Einschränkungen auf professionelle Unterstützung angewiesen. Diese Personen beantragen Sachleistungen erst, nachdem sie versucht haben, selbst zu pflegen oder tatsächlich pflegten. Sie erheben kaum Anspruch auf einen bestimmten Leistungsumfang der ambulanten Dienste; jedoch stellen sie hohe Erwartungen an die Qualität der professionellen Unterstützung. Diese Pflegepersonen werden als der „*traditionell orientierte*“ Pflgetyp bezeichnet, denn sie folgen der tradierten gesellschaftlichen Norm, die, nach den Erfahrungen der Experten, die *familiale* Versorgung Hilfsbedürftiger, insbesondere das Engagement der Frauen, als selbstverständliche Verpflichtung gegenüber den Eltern festlegt. Die Personen, die sich an der *traditionellen* Norm zur Pflege orientieren, halten daran fest, daß Pflegeaufgaben primär durch Familienmitglieder zu übernehmen sind.

(2) Daneben wird in den Interviews berichtet, daß jüngere Pflegepersonen häufiger auf professionelle Dienste schon bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds zurückgreifen. Sie stellen Ansprüche an den Leistungsumfang professioneller Pflegeeinsätze und möchten bzw. können sich nur bedingt an häuslicher Pflege beteiligen. Ich möchte diese Angehörigen als *autonomie-orientiert* bezeichnen, da sie ihre Lebensplanung nicht vollständig auf die Pflege eines hilfsbedürftigen Familienmitglieds zuschneiden. Sie versuchen, sich trotz des Versorgungsbedarfs in der Familie bestimmte Freiheiten zu erhalten.

Selbstverständlich ist durch diese beiden Typen nicht die gesamte Variationsbreite aller Nutzer von Pflegesachleistungen erschöpfend beschrieben. Die Klassifikation basiert auf zwei exponierten Verwendungsarten von Sachleistungen. Daneben ließen sich noch weitere Pflgetypen entwerfen, die aber nur vereinzelt in den Gesprächen auftauchen und aufgrund des eingeschränkten Rahmens dieser Arbeit nicht weiter vertieft werden können. Die relative Größe beider Gruppen läßt sich anhand der vorliegenden Daten nicht bestimmen.

Trotz aller Unterschiede zwischen Angehörigen, die der *traditionellen* Norm der häuslichen Pflege folgen und *autonomie-orientierten* Personen, wird von den befragten Experten betont, daß beide Pflgetypen professionelle Hilfe nicht beanspruchen, um familiäre Eigenleistungen zu ersetzen, sondern um ihre eingeschränkten familialen Pflegekapazitäten auszugleichen. Sachleistungen werden eingesetzt, um zumindest die *häusliche Versorgung* eines Pflegebedürftigen auch unter erschwerten Bedingungen zu ermöglichen. Die Befürchtung einer Substitution familialer durch ambulante Pflege trifft, wenn man den Aussagen der Experten folgt, in ihrer allgemeinen Form nicht zu. Wie die beiden Pflgetypen mit Sachleistungen

²⁴ Im Folgenden sind die Begriffe *Angehörige*, *Familien* und *Haushalte* stets als Versorgungseinheiten von Pflegebedürftigen zu verstehen und werden synonym verwendet.

jeweils umgehen, und ob die Substitutionsthese auch im Einzelfall abgelehnt werden kann, möchte ich nun klären. Zunächst wird ein näherer Blick auf die Verwendung von Sachleistungen durch *traditionell-orientierte* Familien geworfen.

Sachleistungen als Notanker

Nach den Erfahrungen der Experten betrachtet ein Großteil der Angehörigen es auch heute noch als eine selbstverständliche Verpflichtung, die pflegebedürftige (Schwieger-) Mutter oder den (Schwieger-) Vater *eigenhändig* zu versorgen. Häusliche Pflege kann in diesen Fällen auf die Wirksamkeit einer gesellschaftlichen Norm – der *Pflicht zur Pflege* zurückgeführt werden. Einen Beleg für traditionelle Orientierung von Pflegepersonen sehen die Experten in der Auffassung mancher Angehöriger, daß fremde Personen nie so gut pflegen könnten wie die eigenen Kinder. Folgende Aussage einer Pflegekraft weist auf diesen Sachverhalt hin:

Die Angehörigen machen das alles, weil sie sich zuständig fühlen. Weil sie glauben, die Pflege in den Familien ist besser als die Arbeit der Pflegedienste oder gar in den Heimen, und das sind sie ihren Eltern schuldig. Die Eltern selbst zu pflegen, ist für viele eben eine Selbstverständlichkeit. (B10)²⁵

Das Zitat liefert einen Hinweis auf die zentrale Rolle moralischer Verpflichtungsgefühle zur Übernahme von Pflegeaufgaben. Auch andere Befragte berichten, daß die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen durch Familienmitglieder auf gesellschaftliche Erwartungen zurückzuführen ist. Eine Interviewpartnerin meint dazu:

Gesellschaftlich ist es halt immer noch so, daß man sich um Vater, Mutter oder Schwiegermutter selbst kümmern muß. Der Druck von außen ist einfach da. (B16)

Neben der starken Bedeutung von Verpflichtungsgefühlen nennen die Experten noch anderer Motive, die es für Angehörige häufig schwierig machen, sich von der eigenhändigen Versorgung eines Pflegebedürftigen zu trennen. Darauf soll an dieser Stelle jedoch nicht weiter eingegangen werden, denn für eine Analyse individueller Pflegemotivation ist das vorliegende Datenmaterial ungeeignet.

Vor dem dargestellten Hintergrund läßt sich jedoch besser verstehen, warum Angehörige, die sich an einer *traditionellen* Pflicht zur häuslichen Pflege orientieren, oft erst nach massiven Überforderungserfahrungen professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen. Die Experten berichten, daß viele Hilfeleistende den Gang zur Sozialstation oft als ein Eingeständnis eigenen Versagens verstehen und ihn bis zur Erschöpfung hinauszögern. Die beiden folgenden Gesprächsausschnitte mögen dies belegen:

Bei manchen ist es so, daß die Kinder sagen: 'Ich kann einfach nicht mehr, ich muß jetzt mir Hilfe von außen holen.' Das sind Angehörige, die haben schon gepflegt und müssen irgendwann sagen: 'Ich muß jetzt

²⁵ Die Quellenangabe soll deutlich machen, daß es sich bei diesem Beispiel um den Interviewpartner Nummer 10 handelt.

die Sachleistungen nehmen.' Dann sind die [die Angehörigen, N.B.] aber meistens auch schon am Ende. (B17)

Es ist immer noch so, daß sich die Angehörigen oft mit der Pflege überfordern. Die kommen erst sehr spät zu uns, eigentlich zu spät. Oft haben sie keine Kraft mehr, wollen das aber nicht wahrhaben, und die Verwandten müssen erst sagen, daß sie zu uns kommen sollen. (B4)

Die späte und zögerliche Inanspruchnahme professioneller Hilfe hat vor allem negative Auswirkungen auf die Pflegenden: Die Interviewpartner weisen darauf hin, daß die mangelnde Fähigkeit vieler Angehöriger, sich vom Pflegebedürftigen zu trennen und die Hilfe anderer in Anspruch zu nehmen, dazu führt, daß Pflegenden oft selbst zu Versorgungsfällen werden. Meines Erachtens ist dies vor allem ein Hinweis auf die geringen Einflußmöglichkeiten sozialpolitischer Maßnahmen, die sich nur auf die Bereitstellung sozialer Dienste beschränken, ohne den Betroffenen frühzeitige Beratungsangebote zu machen.

Trotz der Überforderung vieler nichtprofessioneller Helfer gibt kein Experte an, daß erwachsene Kinder ambulante Dienste aufsuchen würden, um sich der Pflege eines Familienmitglieds ganz zu entledigen. Vielmehr werden Sachleistungen fast ausschließlich als Ergänzung zu weiterhin erbrachten Eigenleistungen beansprucht. Trotz beschränkter Einsatzfähigkeit versuchen die Familienmitglieder zumindest die *häusliche Versorgung* des Pflegebedürftigen aufrechtzuerhalten. In vielen Fällen sind die Belastungen familialer Pflege so groß, daß nur durch Unterstützung von ambulanten Diensten der vollständige Zusammenbruch pflegender Familienmitglieder vermieden werden kann.

Die besondere Bedeutung, Pflegeleistungen eigenhändig zu erbringen, zeigt sich darin, daß Angehörige, die der *traditionellen Pflicht zur Pflege* folgen, auch nach Inanspruchnahme professioneller Hilfe weiterhin aktiv an der Pflege beteiligt sein möchten. Daß ihnen aufgrund der Budgetierung der Sachleistungen keine andere Wahl gelassen wird, scheint die Mehrzahl dieser Pflegehaushalte nicht zu stören. Jedenfalls berichten die Experten kaum von Widerspruch gegenüber dem eingeschränkten Umfang der Pflegeversicherungsleistungen bzw. der professionellen Pflegeeinsätze. Dagegen richten die Personen, die sich an *traditionellen* Pflegenormen orientieren, wie folgende Interviewpartnerin darlegt, hohe Erwartungen an die *Qualität* professioneller Einsätze:

Es ist oft schwierig, daß da jetzt jemand kommt, der das macht. Da wird dann genau geguckt, macht der das auch wirklich richtig? Machen die das genauso wie wir? Geht der mit der Mutter auch anständig um? (B14)

Die Aussage deutet darauf hin, daß sich die Zusammenarbeit zwischen ambulanten Diensten und pflichtorientierten Pflegehaushalten zeitweise problematisch gestaltet, denn dem Pflegepersonal wird häufig das gleiche Ausmaß an Zuwendung für die Hilfsbedürftigen abverlangt, das auch von den Familienmitgliedern erbracht wird. Eine Pflegedienstleiterin faßt ihre Erfahrungen mit den Qualitätsansprüchen der Angehörigen folgendermaßen zusammen:

Die denken, wir haben den ganzen Tag Zeit, um uns zu kümmern oder verlangen einfach, daß wir uns die Zeit nehmen. So ausführlich, wie sie ihre Mutti pflegen, sollen wir das auch machen. Aber dafür fehlt uns die Zeit! Und manchmal sagen sie dann auch: 'Ja, wissen Sie, dann machen wir das lieber selber' (B11)

In den meisten Fällen arbeiten die Pflegekräfte mit den Angehörigen nach einer kurzen Eingewöhnungszeit aber gut zusammen. Die Verteilung von Aufgaben zwischen professionellen und nichtprofessionellen Pflegepersonen funktioniert weitgehend, und die Hilfe der ambulanten Dienste wird von den Angehörigen entsprechend honoriert.

Von einer Abwälzung familialer Pflege auf professionelle Helfer kann demnach keine Rede sein. Selbst wenn Teile der Pflege abgegeben werden, besteht bei *traditionell-orientierten* Angehörigen weiterhin ein starkes Verantwortungsgefühl für das Wohlergehen der Pflegebedürftigen. Dies drückt sich sowohl in hohen Qualitätsanforderungen aus, die an professionelle Dienste gestellt werden, als auch im selbstverständlichen Erbringen zusätzlicher privater Eigenleistungen. Die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen ermöglicht es den an *traditionellen* Pflegenormen orientierten Personen trotz physischer Einschränkungen, weiterhin zu Hause zu pflegen. Die *Erosionsthese* kann daher abgelehnt werden. Vielmehr spricht alles dafür, daß durch professionelle Unterstützung das bestehende, von Überforderung bedrohte, informelle Hilfpotential stabilisiert wird. Dieser Befund ist konsistent mit der *Synergiethese*.

Ambulante Dienste als Kooperationspartner von Anfang an

Traditionell-orientierten Pflegepersonen stehen *autonomie-orientierte* gegenüber, die eine umfassende Versorgung durch ambulante Dienste erwarten. Nach den Berichten der Experten sind dies fast ausschließlich jüngere Haushalte, die bisher noch nicht pflegten und von Beginn der Pflege Sachleistungen beanspruchen. Das Bestreben dieser Pflegehaushalte ist, wenn man den Aussagen der Experten folgt, ihre bisherige Lebensplanung nicht durch die Versorgung eines Familienmitglieds völlig umzustellen, sondern sich durch Beanspruchung externer Hilfen eine gewisse Autonomie gegenüber familialen Pflegeverpflichtungen zu bewahren. Trotzdem sind *autonomie-orientierte* Pflegehaushalte primär daran interessiert, den Pflegebedürftigen auch mit eingeschränkten Versorgungskapazitäten in der vertrauten Umgebung belassen zu können. Hauptsächlich Haushalte mit mehreren voll- oder hauptberuflich tätigen Personen sind dem *autonomie-orientierten* Typ zuzurechnen.

Da die Entscheidung *autonomie-orientierter* Personen für Sachleistungen eine Absage an eine vollständig informell ausgeführte Pflege ist, werden zusätzliche Eigenleistungen nicht als Selbstverständlichkeit betrachtet. Daß, wie im PflegeVG vorausgesetzt, auch bei Beanspruchung von Sachleistungen Angehörige trotzdem häusliche Pflegeaufgaben übernehmen müssen, beurteilen *autonomie-orientierte* Pflegepersonen durchweg negativ. Eine Befragte führt dazu aus:

Die, die sich von Anfang an dafür entscheiden, uns ins Haus zu holen, die wollen auch, daß wir möglichst viel übernehmen. Wenn wir dann

sagen, daß sie was selber machen müssen, dann fliegen die aus allen Wolken, weil das haben sie so nicht eingeplant. (B4)

Autonomie-orientierte Pflegepersonen treten meist mit konkreten Vorstellungen an die Pflegedienste heran und sind teilweise auch bereit, durch eigene finanzielle Mittel eine vollständige professionelle häusliche Versorgung zu finanzieren.

Daß die Entscheidung für Pflegesachleistungen an bestimmte Ansprüche bezüglich des Leistungsumfangs gekoppelt ist, darf aber nicht, so war in den Interviews zu erfahren, als Indiz für die Ablehnung familialer Fürsorgebereitschaft interpretiert werden. *Autonomie-orientierte* Angehörige lehnen die Verantwortung für das Wohlergehen eines pflegebedürftigen Familienmitglieds nicht ab, sondern nehmen ihre Verantwortung anders wahr als Pflegepersonen, die der *traditionellen Pflicht zur Pflege* folgen. Steht beim *traditionell-orientierten* Typ die eigenhändige Versorgung eines Pflegebedürftigen im Vordergrund, so betrachten *autonomie-orientierte* Personen eher die *Gestaltung* des Pflegearrangements als ihre Aufgabe. Die Delegation von Aufgaben und die Organisation der Versorgung stehen im Zentrum ihrer Aktivitäten, nicht aber eigenhändige Pflegeleistungen. Unter welchen Bedingungen tritt nun der *autonomie-orientierte* Pflgetyp auf?

Die Befragten berichten im wesentlichen von zwei Konstellationen, in denen sich Angehörige für den Verbleib des Pflegebedürftigen in dessen eigener oder in einer gemeinsamen Wohnung einsetzen, aber gleichzeitig die Versorgung nicht selbst erbringen wollen oder können:

(1) Häufig sprechen praktische Gründe, wie z.B. die finanziell unabdingbare Berufstätigkeit der Angehörigen, ihre geographische Entfernung oder Überforderungserfahrungen mit bestimmten Pflegeaufgaben, für die Beanspruchung professioneller Dienste. Die Delegation der Versorgung liegt, wie eine Gesprächspartnerin formulierte, in diesen Fällen „weniger am Wollen als am Können der Angehörigen“ (B10).

(2) In anderen Fällen ist familiäre Pflege durchaus mit den *objektiven* Alltagsanforderungen der Angehörigen vereinbar, jedoch nicht mit ihren *subjektiven* Lebensplänen. Beispielsweise steht hier berufliches Engagement in einem so großen Umfang im Vordergrund, daß die Betreuung pflegebedürftiger Familienmitglieder nur sehr eingeschränkt möglich ist. Erwachsene Kinder Pflegebedürftiger befinden sich in diesen Fällen oft mitten in ihrer beruflichen Laufbahn und möchten auf ihre Erwerbstätigkeit nicht vollständig verzichten. Die Experten weisen darauf hin, daß sich auch beruflich sehr engagierte Angehörige als zuständig für das Wohlergehen der Pflegebedürftigen betrachten; nur sind sie nicht bereit, alle Versorgungsleistungen selbst zu erbringen.

Grundlegend ist, daß sich Angehörige vom *autonomie-orientierten* Typ in beiden Konstellationen darum bemühen, die Heimeinweisung des Pflegebedürftigen zu vermeiden. Mit Hilfe professioneller ambulanter Unterstützung wird versucht, mangelnde familiäre Versorgungsmöglichkeiten zu kompensieren und zumindest den häuslichen Aufenthalt des Pflegebedürftigen sicherzustellen. Die Übergabe tatsächlicher Betreuungsaufgaben an ambulante Dienste kann folglich nicht mit einer Reduktion der Verantwor-

tungsbereitschaft für den Pflegebedürftigen gleichgesetzt werden, sondern entspricht einer anderen Form der Pflegeverantwortung: Die Angehörigen sind vor allem mit organisatorischen Aufgaben befaßt und weniger mit pflegerischer Tätigkeit und halten sich dafür verantwortlich, daß die Versorgung mit Pflegeleistungen bestmöglich funktioniert. Zwei Pflegedienstleiterinnen bemerken dazu sehr deutlich:

Manche Frauen wollen heutzutage auch anders leben. Da steht die Familie halt nicht mehr ausschließlich im Zentrum, sondern da gibt es noch den Beruf. Ja, und auch andere Dinge. Verantwortlich für die Pflegebedürftigen fühlen sie sich aber trotzdem noch. Das ist ja bei vielen auch gerade ein Problem. Die kümmern sich dann, daß alles klappt. (B8)

Die wollen meistens haben, daß wir kommen, weil sie selbst nicht die Zeit haben, um den ganzen Tag zu pflegen. Vielleicht wollen sie ja auch nicht. Aber von dem, was ich so mitkriege, sind die deswegen nicht weniger aufmerksam. Die sprechen alles mit uns durch und zahlen auch dazu, wenn die Sachleistungen nicht reichen. (B9)

Die ambulanten Dienste haben für *autonomie-orientierte* Personen eine ausgesprochen positive Funktion. Anstatt die Versorgung eines Pflegebedürftigen aus dem Kreis der Familie zu verdrängen, stabilisiert professionelle Unterstützung das Zusammenleben der Generationen langfristig, denn den Jüngeren wird es zumindest teilweise ermöglicht, ihre bisherige Lebensplanung auch weiterhin umzusetzen, während die Pflegebedürftigen zu Hause verbleiben können. Der Einsatz von Pflegesachleistungen zeigt folglich *synergetische Effekte*: Nur durch professionelle Hilfe kann die Bereitschaft *autonomie-orientierter* Personen zur häuslichen Pflege erhalten bleiben.

Die *Deckelung* der Pflegesachleistungen zeigt bei *autonomie-orientierten* Pflegepersonen kontraproduktive Effekte: Der Bedarf an ambulanten Pflegeeinsätzen übersteigt fast immer den im PflegeVG festgelegten Finanzierungsumfang, der sich zwischen monatlich 750 DM, 1.800 DM und 2.500 DM je Pflegestufe bewegt. Bei eingeschränkten familialen Pflegekapazitäten sind entweder erhebliche Zuzahlungen für professionelle Dienstleistungen notwendig, oder die entsprechenden Pflegeleistungen müssen selbst erbracht werden. Doch nicht alle *autonomie-orientierten* Haushalte verfügen über zusätzliche finanzielle Reserven zum Kauf ambulanter Leistungen oder können den Pflegeaufwand selbst bewältigen. Nach den Erfahrungen der Experten entscheiden sich manche Angehörige unter diesen Bedingungen, entgegen ihrem ursprünglichen Wunsch, für eine Heimunterbringung des Pflegebedürftigen, die unter Umständen finanziell günstiger ist. Die *Budgetierung der Sachleistungen* hat in diesen Fällen somit negative Auswirkungen auf die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger.

6.1.2 Pflegegeldleistungen: Anreiz, Mitnahme oder Mißbrauch?

Über achtzig Prozent der Empfänger ambulanter Versicherungsleistungen entschieden sich bisher für den Bezug von Pflegegeld (vgl. BMA 6/1997). Dies ist somit die wichtigste Leistungsart der Pflegeversicherung. Allein unter diesem Gesichtspunkt ist eine Wirkungsanalyse der Geldleis-

tungen notwendig. Dazu gesellen sich vielschichtige Hoffnungen und Befürchtungen, die das Pflegegeld zu einem schillernden Phänomen werden lassen und einen immensen Aufklärungsbedarf produzieren. Erwartet wurde von den Geldleistungen, daß sie einen Anreiz zur familialer Pflege ausüben, ohne deren solidarischen Charakter zu zerstören. Drei kritische Prognosen wurden zu diesem Anliegen gestellt: (1) Die Angehörigen würden Pflegegeld nutzen, ohne entsprechende Gegenleistungen zu erbringen. Dieses Verhalten wurde als Leistungsmissbrauch bezeichnet. (2) Die Angehörigen würden auch ohne die Geldleistungen pflegen, sie aber trotzdem in Anspruch nehmen. In diesen Fällen würden sie das Pflegegeld *mitnehmen*. (3) Das Pflegegeld bliebe nicht in der Familie, sondern würde an Pflegekräfte eines *grauen* Pflegemarktes weitergegeben, der die Versorgung dann regle.

Der vorliegende Abschnitt stellt diesen Vermutungen die Erfahrungen der Experten gegenüber. Von besonderem Interesse ist dabei die Frage, ob das Pflegegeld auf die Entscheidung für oder gegen die familiäre Pflege überhaupt Einfluß nimmt. Insgesamt ist bei dem Thema Geldleistungen zu beachten, daß die Interviewpartner nur begrenzten Einblick in Pflegehaushalte, die diese Leistungsart in Anspruch nahmen, hatten.

Aus den Interviews wird deutlich, daß auch die Geldleistungen der Pflegeversicherung keine einheitliche Wirkung auf alle Haushalte zeigen. Im Material liegen zahlreiche Hinweise dahingehend vor, daß, zum Teil analog zu den Prognosen über die Wirkungen der Geldleistungen, drei Typen von Pflegegeldnutzern zu unterscheiden sind, die verschieden auf die Geldzuwendungen reagieren. Dabei zeigt sich, daß die wirtschaftliche Situation der Pflegepersonen wesentlich auf deren Umgang mit Geldleistungen Einfluß nimmt:

(1) Pflegegeldleistungen wirken als Anreiz:

Die Experten berichten von einem kleinen Teil Angehöriger, der sich durch Pflegegeld zu Pflegeleistungen bewegen läßt: Hier wirken die Geldleistungen als *Anreiz* zur Pflege. Diese Personen orientieren ihr Handeln an den *materiellen* Unterstützungen der Pflegeversicherung und werden deshalb neben den *traditionell-* und *autonomie-orientierten* Pflegepersonen als *materiell-orientierter* Typ bezeichnet. Die Zweier-Typologie wird somit durch ein dritte Kategorie erweitert.

Nach Ansicht der Experten würden Personen mit materiellen Interessen ohne Anspruch auf Versicherungsleistungen keine häuslichen Pflegeaufgaben übernehmen. Ihnen dient die Versorgung eines pflegebedürftigen Familienmitglieds primär zur Aufbesserung des Haushaltsbudgets. Nach den Ausführungen der Experten sind unter den Angehörigen mit materiellen Interessen an der häuslichen Pflege auch viele Extremfälle, wie beispielsweise alkoholabhängige Töchter. Insofern kann von großer Heterogenität innerhalb der Gruppe *materiell-orientierter* Pflegepersonen ausgegangen werden.

(2) Pflegegeldleistungen werden *mitgenommen*:

Demgegenüber läßt sich der überwiegende Teil der Pflegenden von der Existenz des Pflegegeldes in seinen Entscheidungen nicht beeinflussen. Auf diese Personen üben Geldleistungen keine Attraktivität aus. Pflegeaufga-

ben werden auch ohne die materiellen Gratifikationen durch das Gesetz ausgeübt: Das Pflegegeld wird in diesen Fällen *mitgenommen*.

(3) Pflegegeld wird für Pflegekräfte ausgegeben, die nicht von einer Pflegekasse anerkannt sind:

Darüber hinaus wird in den Interviews noch von einer dritten Gruppe pflegender Angehöriger berichtet, die Geldleistungen für die Bezahlung nicht formal organisierter, wohl aber entgeltlich arbeitender Helfer eines *grauen* Pflegemarktes nutzt. Diese Pflegekräfte werden von den Pflegekassen nicht offiziell anerkannt. Ihre Pflegeleistungen können demnach nicht über Sachleistungen abgerechnet werden, sondern nur in Form direkter Bezahlung durch die privaten Haushalte. In diesen Fällen unterstützt das Pflegegeld nicht das Engagement Angehöriger, sondern dient zum Kauf (para)professioneller Hilfe.

Die Unterschiedlichkeit der festgestellten Typen ist sowohl ein Indiz für die Vielzahl von Konstellationen, in denen familiäre Pflege ausgeübt wird, als auch für die sehr heterogenen Wirkungen der Pflegeversicherungsleistungen. Ein einheitliches Bild dieser oder jener Effekte von Geldleistungen auf *die* Pflege gibt es nicht. Deshalb werden die beschriebenen Pflegegeldnutzer nun getrennt untersucht.

Geldleistungen als Anreiz zur Pflege

Der Begriff *Anreiz* soll andeuten, daß für bestimmte Gruppen der Geldleistungsempfänger nicht die Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen hinreichender Anlaß zur Übernahme von Pflegeaufgaben ist, sondern daß erst ein zusätzlicher Anstoß, ein „Köder“ (B11), zur Betreuung und Versorgung eines Familienmitglieds führt. Folgt man der Annahme, daß Geldleistungen eine Anreizwirkung zeigen, so kann man zunächst anhand von Sekundärdaten überprüfen, ob die *Höhe der materiellen Leistungen* die Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen durch Pflegehaushalte beeinflusst. Dem PflegeVG liegt zwar die Annahme zugrunde, daß die Pflegebedürftigen selbst beschließen, von wem sie gepflegt werden. Tatsächlich ist die Entscheidung über die Versorgungsform jedoch ein Ergebnis familialer Diskussionen, die von potentiellen Pflegepersonen – meist Angehörigen – bestimmt werden (vgl. Rothgang 1997).

Die Frage nach den Wirkungen der Höhe der Geldleistungen auf die Art der häuslichen Versorgung läßt sich anschaulich beantworten, denn mit jeder Pflegestufe steigt die damit verbundene finanzielle Unterstützung. So werden bei Pflegestufe I 400 DM, bei Pflegestufe II 800 DM und bei Pflegestufe III 1.300 DM pro Monat für die Übernahme häuslicher Pflegeaufgaben durch die Pflegeversicherung bezahlt. Würde wegen des Geldes gepflegt, wäre zu erwarten, daß der Anteil der Pflegegeldempfänger mit jeder Stufe zunimmt. Die Zahlen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zeigen aber deutlich, daß Geldleistungen nicht abhängig von ihrer Höhe gewählt werden (vgl. Tabelle 4).

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Summe
Pflegegeld (Anzahl der Leistungsempfänger)	460.585 <i>400 DM</i>	398.134 <i>800 DM</i>	100.844 <i>1.300 DM</i>	959.563
Pflegesach- leistungen (Anzahl der Leistungsempfänger)	56.612 <i>750 DM</i>	48.811 <i>1.800 DM</i>	13.364 <i>2.800 DM</i>	118.787
Stationäre Pflege (Anzahl der Leistungsempfänger)	118.797 <i>2.000 DM</i>	180.170 <i>2.500 DM</i>	116.011 <i>2.800 DM</i>	414.978
Summe	635.994	627.115	230.219	1.493.328

Tabelle 4: Leistungsempfänger nach Geld-, Sach- und stationären Leistungen
(Quelle: BMA 1/1998)

Vergleicht man die Zahl der Empfänger von Sach- und Geldleistungen je Pflegestufe, so zeigt sich, daß mit steigender Pflegebedürftigkeit zunehmend Pflegesachleistungen beansprucht werden, obwohl sich auch das Pflegegeld von Pflegestufe zu Pflegestufe erhöht. Eine genauere Betrachtung verdeutlicht, daß sich die Relation der Anzahl der Nutzer von Sachleistungen zur Zahl der Nutzer von Geldleistungen von 9:1 (bei Pflegestufe I) bis auf 7:1 (bei Pflegestufe III) reduziert. Eine Anreizwirkung zur häuslichen Pflege geht von der Höhe des Pflegegeldes demnach nicht aus.

Die vorgestellten Zahlen geben jedoch nur einen groben Hinweis zu den Wirkungen von Geldleistungen auf alle Empfänger von Versicherungsleistungen. Sie sagen nichts über das Inanspruchnahmeverhalten einzelner Haushalte oder bestimmter Gruppen von Haushalten aus. Dazu stehen Aussagen der befragten Experten zur Verfügung. Aufgrund ihrer Erfahrungen mit der häuslichen Pflege können die Interviewpartner ein differenziertes Bild von Anreizwirkungen der Pflegegeldleistungen geben. Von den Experten ist zu erfahren, daß besonders in drei Konstellationen eine derartige *Anreizwirkung* erkennbar ist:

(1) Bei Angehörigen, die vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung ambulante Pflegedienste im Rahmen des BSHG in Anspruch nahmen und nun aufgrund der höheren finanziellen Zuweisungen selbst pflegen. In diesen Fällen wurden die Hilfeleistungen *reprivatisiert*. Dazu folgende Stellungnahme:

Es war eigentlich ganz recht, daß wir gepflegt haben, und ich hatte den Eindruck, daß die ganz gut durch unsere Pflege entlastet sind. Und wenn das dann auf einmal kippt, und es geht jetzt ums Geld, machen die Angehörigen das jetzt alleine. Kommt man dann doch nochmal ab und zu hin, dann kann man also merken, daß sich die Situation zugespitzt hat, weil die Angehörigen letztlich überlastet sind. Die wollten das eigentlich nicht und haben es ja auch nicht gemacht; doch jetzt geht's um die Mark, und manchmal um nicht wenig. (B17)

(2) Bei jungen Pflegehaushalten, die sich von Anfang an dazu entschieden, selbst zu pflegen und die Geldleistungen als festen Bestandteil ihres Haushaltsbudgets bereits eingeplant hatten. Eine Interviewpartnerin berichtet:

Die eine Frau sagte mir dann: 'Tatsächlich würde ich das gar nicht mehr machen, aber das Geld ist schon fest für die Miete eingeplant, die Pflege muß ich jetzt einfach mal übernehmen.' Ohne Geld, sagte die Frau, würde sie das nicht tun. (B15)

(3) Bei älteren Haushalten, die schon vor Einführung der Pflegeversicherung aufgrund finanzieller Überlegungen zu Hause pflegten. Früher stand die Vermeidung der hohen Heimkosten im Vordergrund, jetzt ist die direkte finanzielle Leistung nach § 37 SGB XI ein wesentlicher Beweggrund zur familialen Pflege. Zum Pflegegeld als zusätzliche Einnahmequelle für Angehörige, die schon länger pflegen, schildert eine Interviewpartnerin:

Ich habe die Erfahrung gemacht, daß anlässlich unserer allgemeinen finanziellen Lage die Leute auch auf diese Leistungen angewiesen sind. Wenn sie nicht mehr darauf angewiesen sind, dann werden einige auch nicht mehr selbst pflegen. Bei mir kommt das so rüber, daß das Geld bei manchen eine große Rolle spielt. Die haben die Eltern vorher wegen dem Geld nicht ins Heim geschickt und lassen sie heute wegen des Geldes zu Hause. (B9)

Gäbe es im Rahmen der Pflegeversicherung nur Pflegesachleistungen, würden, so zumindest der Eindruck der Experten, die Haushalte, die sich diesen drei Kategorien zuordnen lassen, familiäre Pflege aufgeben. Sie orientieren ihr Handeln an den materiellen Gratifikationen des PflegeVG. Die Gesprächsausschnitte zeigen außerdem, daß die finanzielle Situation der Haushalte starken Einfluß auf die Wirkung des Pflegegeldes nimmt. Es gibt kein Interview, in dem eine Anreizwirkung des Geldes nicht mit der wirtschaftlichen Lage der Haushalte in Verbindung gebracht wird. Insbesondere Arbeitslosigkeit kommt als Motor zur Übernahme von Pflegeverpflichtungen zur Sprache:

Und mit dem Geld jetzt entscheiden sich doch einige dafür, die Pflege weiterzumachen, weil für die Frauen ist das doch oft das einzig feste Einkommen. Die müssen die Pflege ja manchmal übernehmen, weil sie schon arbeitslos sind und nichts mehr finden. (B10)

Gerade im Rahmen der Arbeitslosigkeit sind einige froh, wenn sie durch die Pflege noch ein Zubrot verdienen können. (B17)

Basierend auf den Erfahrungen der Experten, bleibt festzuhalten, daß sich einige, vornehmlich finanziell weniger gut gestellte Haushalte tatsächlich durch materielle Anreize zur Pflege motivieren lassen. Ohne Anspruch auf monetäre Unterstützung übernehmen Haushalte mit vorwiegend materiellen Interessen keine Pflegeaufgaben.

Damit bestätigt sich zunächst nur, was schon vor Einführung der Pflegeversicherung bekannt war: Auch ökonomische Überlegungen haben Einfluß auf die Pflegebereitschaft von Angehörigen. Durch Beantwortung der Frage, ob materielle Interessen die Pflegemoral in den Familien unterminieren, möchte ich einen Schritt weiter gehen. Der äußerst vieldeutige

Begriff der *Pflegemoral* wird im Folgenden in Pflegequalität übersetzt. Das heißt, eine *schlechte Pflegemoral* der Angehörigen drückt sich in deren unzureichenden Anstrengungen bei der häuslichen Pflege aus. Dies schlägt sich wiederum auf die Qualität der häuslichen Pflege nieder, die dann von den ambulanten Pflegekräften bei ihren Beratungsgesprächen beurteilt wird. Den Qualitätsmaßstab setzen letztlich die Mitarbeiter der Sozialstationen. Zur Untersuchung der Frage, ob sich Geldleistungen nachteilig auf die Pflegemoral in den Familien auswirken, ist zu klären, welche Qualität die Pflege durch Personen hat, die einen Angehörigen aufgrund finanzieller Überlegungen versorgen.

Die Experten berichten, daß sie bei einigen Haushalten, die offensichtlich wegen des Geldes pflegten, tatsächlich eine nach professionellen Standards als mangelhaft zu bezeichnende Pflegequalität feststellen. Genau besehen, handele es sich dabei jedoch nur um wenige Fälle. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, daß die beiden folgenden Interviewpassagen Extremfälle darstellen. Sie beschreiben häusliche Pflege unter schwierigen Bedingungen:

Ich sehe ganz häufig wirtschaftliche Interessen, die Pflege zu übernehmen. Und mit der Arbeitslosigkeit, die wir haben ... Also, manchmal erlebe ich, wenn die Kinder aus dem Haus sind, dann kommt die Oma in das halbe Zimmer, dann wird die Rente kassiert, dann wird das Pflegegeld kassiert. Ich sehe in diesen Fällen eine Zunahme der Aggression und des Gewaltpotentials ... Sie haben einen unglaublichen Druck, wenn sie einen Pflegebedürftigen in die eigenen vier Wände holen oder das nach der Arbeit machen. Mitunter müssen sich die alten Menschen in Familien einfügen, wo gar kein Platz mehr ist. In einer Zweizimmerwohnung sitzen sie zusammen. Und die Pflege ist da alles andere als optimal: Die Oma pinkelt zum Beispiel das Sofa voll. Da ist Aggression, kann ich Ihnen sagen. (B13)

Gute Beispiele sind alkoholabhängige Töchter, die die Väter oder Mütter pflegen, die sich zu der Pflegesituation eigentlich gar nicht mehr selber äußern können, weil sie schon so pflegebedürftig sind, daß die eigene Meinung kaum noch geäußert wird; hatten wir auch vermehrt hier, gerade in letzter Zeit. In solchen Fällen sind die Angehörigen die Fürsprecher, die dann sagen: 'Ja, ich möchte hier morgens nur die kleine Morgentoilette, die ist ja billiger, und den Rest mache ich schon selber. Das Geld brauchen wir nicht auszugeben'. In diesen Fällen ist die Pflegesituation häufig eine Katastrophe, und aus meiner Sicht würde ich sagen, es wäre besser, denjenigen in einer stationären Einrichtung unterzubringen. In diesen beiden Fällen wird nicht richtig gepflegt. Und in einem Fall auch: Da wurde ganz eindeutig von der pflegenden Angehörigen geäußert, daß sie von dem Geld lebe. (B14)

In beiden Fälle weisen die Interviewpartner auch darauf hin, daß ambulante Dienste nicht beansprucht werden, obwohl die Haushalte nur mangelnde Ressourcen zur Versorgung eines Pflegebedürftigen aufweisen. Zur Bezeichnung solcher Situationen wird häufig das Schlagwort *Leistungsmissbrauch* benutzt. Doch ist an diesem Punkt Vorsicht geboten, denn ein Rückschluß von materiellen Beweggründen für die Pflege auf eine schlechte Pflegequalität wäre voreilig. Eine weitere Frage muß hierzu erst beantwortet werden: Gibt es noch weitere Einflußgrößen, die die Qualität der geleisteten Versorgung bestimmen, oder können tatsächlich finanzielle

Pflegemotivationen für unzureichende Pflegeleistungen verantwortlich gemacht werden?

Obwohl die Mitarbeiter der professionellen Dienste selbst mit *Leistungsmißbrauch* in größerem Umfang nach Einführung der Pflegeversicherung rechneten, konnten sie bisher nur sehr selten feststellen, daß Geldleistungen beansprucht werden, ohne daß eine gewisse Bereitschaft zu pflegerischen Gegenleistungen vorhanden wäre. Die Interviewpartner können von Mißbrauchsfällen kaum selbst berichten, sondern verfügen meist nur über Informationen von Kollegen, die solche Erfahrungen machten. In den Gesprächen wird vielmehr angegeben, daß auch *materiell-orientierte* Angehörige, die sich mit der Pflege überlastet fühlen, fast immer selbständig auf Sozialstationen zukommen, um nach Unterstützung zu fragen, anstatt die Pflegebedürftigen ihrem Schicksal zu überlassen und auf Reaktionen öffentlicher Stellen zu warten. Dieses Verhalten pflegender Angehöriger mit materiellen Interessen an der häuslichen Pflege läßt darauf schließen, daß gegenüber den Pflegebedürftigen durchaus Fürsorgebereitschaft besteht, die sich im Prozeß der Pflege entwickelt. Eine Krankenschwester berichtet in diesem Zusammenhang:

Es kommt sehr häufig vor, daß die [Angehörigen, N.B.] erst die Geldleistungen in Anspruch nehmen, weil sie denken, das lohnt sich, und nach drei Monaten zusammenbrechen und dann aber auch zur Sozialstation kommen und nach Hilfe fragen, obwohl sie das Pflegegeld gut brauchen könnten. (B17)

Schlechte Versorgungsqualität resultiert laut Erfahrung der Experten nicht aus mangelnder Pflegebereitschaft *materiell-orientierter* Pflegepersonen, sondern aus den sozialen und materiellen Umständen der betroffenen Haushalte. Es sind vor allem die schwierigen Lebensverhältnisse sozial schwacher Haushalte, die sich auch auf ihre Pflegefähigkeit niederschlagen. Eine Interview-partnerin liefert dazu ein anschauliches Beispiel:

Da war ein Fall, da haben wir uns gesagt, da müssen wir nochmals gucken. Da hat man deutlich gemerkt, daß er zu seiner Mutter gezogen ist, weil er auf das Geld fixiert ist. Aber er war tatsächlich bei seiner Mutter; er ist dahin gezogen. Und er hat sie auch versorgt, wenn auch nicht so gut und nicht so, wie man das hätte tun können. Aber er konnte halt nicht besser. Nach seinen Möglichkeiten hat er's versucht. (B11)

Diese Ausführungen deuten darauf hin, daß auch in finanziell prekären Situationen, die zur Übernahme familialer Pflegeaufgaben führen können, zumindest keine Ablehnung von Fürsorgebereitschaft durch Angehörige festzustellen ist. Die Realisierung der vorhandenen Verantwortung in Form tatsächlicher Hilfeleistungen bewegt sich jedoch im engen Rahmen der jeweiligen Fähigkeiten und Ressourcen und kann den professionellen Standards oft nicht gerecht werden. Damit ist eine Antwort auf die oben gestellte Frage gefunden: Nicht finanzielle Motive führen zu mangelhafter Qualität der Pflege, sondern vielmehr die Lebensbedingungen der Haushalte, die auch das Interesse an der Versorgung eines hilfsbedürftigen Familienmitglieds bestimmen. Die betreffenden Familien befinden sich in einem Teufelskreis, in dem sie sich aufgrund ihrer wirtschaftlichen Situation zur Inanspruchnahme der Geldleistungen und damit zur Übernahme

von Pflegeverpflichtungen veranlaßt sehen, aber gleichzeitig nicht über die nötigen Ressourcen zur angemessenen Versorgung der Pflegebedürftigen verfügen. Somit haben Pflegegeldleistungen selbst bei denen, die wegen des Geldes pflegen, keine direkten negativen Wirkungen. Schlechte Pflegequalität ist vielmehr in der Unzulänglichkeit reiner Geldleistungen begründet, die Bedingungen und Voraussetzungen zur häuslichen Pflege in sozial schwachen Haushalten zu verbessern. Es ist keine Frage der Pflege-moral, sondern der wirtschaftlichen und sozialen Lage.

Die Mitnahme von Geldleistungen

Die meisten Haushalte bleiben nach Auskunft der Experten in ihrer Entscheidung zur Übernahme von Pflegeverpflichtungen durch Geldleistungen unbeeinflusst. Sie nehmen zwar materielle Gratifikationen für ihre Tätigkeit in Anspruch, machen aber ihr Engagement davon nicht abhängig. Mit anderen Worten: Die Geldleistungen werden lediglich *mitgenommen*; die Angehörigen würden auch ohne die Existenz des Pflegegeldes pflegen. Eine Steuerungswirkung auf das informelle Hilfpotential geht vom Pflegegeld im Falle einer solchen *Mitnahme* nicht aus. Die Auskünfte zweier Experten bringen dies zum Ausdruck:

Natürlich hat das Geld irgendwo Auswirkungen gehabt, es ist halt in den Köpfen jetzt drin. Aber die haben eigentlich auch alle schon vorher gepflegt und würden auch heute pflegen, wenn sie nichts kriegen würden. (B15)

Die meisten, die ich kenne, die wollen ihre Eltern pflegen, ob es da nun Geld gibt oder nicht! (B11).

Auch in den anderen Interviews wird betont, daß die Mehrheit der Angehörigen Pflegeaufgaben nicht wegen des Geldes, sondern aus anderen Gründen übernimmt.

Ein weiteres Indiz der sekundären Bedeutung finanzieller Pflegemotive ist, daß die geringe Höhe der Versicherungsleistungen (400 DM bis 1.300 DM) anscheinend keinen Einfluß auf die *Qualität der erbrachten Pflege* hat. Die Pflegenden beschwerten sich zwar während der Beratungsgespräche häufig über den geringen Umfang der Geldleistungen. Dies hat aber keine nachteiligen Wirkungen auf ihr Engagement für die Pflegebedürftigen. Eine Interview-partnerin bemerkt dazu:

Die Angehörigen pflegen nicht schlechter, bloß weil die Leistungen so niedrig sind. Manche hätten ja dann vor der Pflegeversicherung gar nicht pflegen dürfen, weil sie damals noch weniger Geld bekommen haben. (B16)

Im Anschluß an die Typisierung in Abschnitt 6.1 können Haushalte, die das Pflegegeld *mitnehmen*, durchaus dem *traditionell orientierten* Pflegetyp zugeordnet werden. Im Vordergrund steht bei diesen Personen die *Pflicht zur Pflege*. Der finanzielle Anreiz, den die Pflegeversicherung schafft, ist als Pflegemotivation sekundär.

In den Interviews kommt aber ebenfalls deutlich zum Ausdruck, daß Geldleistungen auch in den Fällen, in denen sie *mitgenommen* werden,

nicht gänzlich wirkungslos sind, sondern das Engagement nichtprofessioneller Helfer wesentlich erleichtern. Die Experten sind der Meinung, daß selbst geringe Beträge eine Entlastung bewirken und letztlich zur Verbesserung der Pflegequalität führen. Insbesondere Haushalte der unteren Mittelschicht, die keinen Anspruch auf Sozialhilfeleistungen haben, können durch die Einführung derartiger Geldleistungen ihre Erwerbstätigkeit durchaus zugunsten der Versorgung eines Angehörigen vermindern.²⁶ Zur unterstützenden Rolle des Geldes führt eine Gesprächspartnerin aus:

Die eine Tochter hat mir erzählt, wie sie das Geld gebrauchen kann, um zu pflegen. Die hätte auch ohne Geld gepflegt, aber das Geld hat ihr den Druck, noch nebenbei zu arbeiten, weggenommen. Die kann sich so einfach besser darauf einlassen (B11).

Diese Erfahrung der Pflegedienstleiterin zeigt, daß Geldleistungen in erster Linie zur Stabilisierung bestehender häuslicher Pflegearrangements beitragen. In diesem Fall konnte die Hauptpflegeperson aufgrund der finanziellen Unterstützung durch die Pflegeversicherungsleistungen ihre Erwerbstätigkeit zumindest teilweise reduzieren und sich stärker auf die Pflege ihrer Mutter konzentrieren. Daß selbst die vergleichsweise geringen Geldbeträge häufig eine Entlastung für pflegende Familienmitglieder bedeuten, ist auch ein Hinweis auf die prekäre finanzielle Situation, in der sich viele Pflegehaushalte befinden.

Die Empfänger von Geldleistungen

Die bisherigen Ausführungen gingen davon aus, daß die Geldleistungen immer pflegenden Angehörigen zugute kommen. Diese Annahme trifft aber nicht auf alle Haushalte zu, denn nach § 37 SGB XI soll nur die Versorgung des Pflegebedürftigen durch eine Person seiner Wahl sichergestellt werden. Ob ein Familienangehöriger oder eine bezahlte Hilfe Empfänger des Geldes ist, bleibt zunächst offen. Es ist jedoch zu differenzieren, inwiefern diese Zuwendungen als Gratifikation für Angehörige oder als Zahlungsmittel auf dem *Pflegemarkt* eingesetzt werden. Beide Strategien der Mittelverwendung haben einen gegensätzlichen Bezug zu familialer Pflege. Auf der einen Seite wird die Pflegebereitschaft von Familienmitgliedern ausdrücklich belohnt, auf der anderen Seite wird das Geld an professionelle Helfer weitergegeben und die familiäre Pflege dementsprechend reduziert. Es ist deshalb zu klären, für wen das Geld letztlich ausgegeben wird, also ob von Inanspruchnahme der Geldleistungen tatsächlich auf die Durchführung familialer Pflege zu schließen ist. Diese Fragen können nur knapp angesprochen werden, denn die Experten verfügen im Rahmen ihrer viertel- bzw. halbjährlichen Beratungsgespräche lediglich über einen begrenzten Einblick in die Pflegearrangements der Familien. Darüber hinaus möchte ich zu bedenken geben, daß die Ausführungen der Experten zu den *paraprofessionellen* Pflegekräften, die von den Pflegehaushalten bezahlt werden können, auch kritisch zu betrachten sind. Die nicht formal organisierten Leistungsanbieter stehen in direkter Konkurrenz

²⁶ Eben dieses Phänomen wird aus frauenpolitischer Perspektive als *Pflegefalle* beschrieben: Denn die materielle Gratifikation der häuslichen Pflege beeinflusst den Ausstieg von Frauen aus der Erwerbstätigkeit. Diese Problematik kann in der vorliegenden Arbeit nicht vertieft werden, es sei aber trotzdem auf die ambivalente Beurteilung der entlastenden Wirkungen der Pflegegeldleistungen hingewiesen.

zu den anerkannten Pflegestationen und könnten aus diesem Grunde von den Interviewpartnern verzerrt dargestellt werden.

Die Experten gehen davon aus, daß in erster Linie Angehörige die Empfänger des Pflegegeldes sind. Die große Mehrheit informeller Helfer wird nach wie vor von Ehepartnern und erwachsenen Kindern gestellt, vor allem von Töchtern und Schwiegertöchtern. So bleibt, wie eine Gesprächspartnerin formuliert, „das Pflegegeld noch immer in der Familie“ (B10). Neben Personen aus dem primären sozialen Netz treten Freunde, Nachbarn und Bekannte, aber auch Haushaltshilfen, zu denen enge Vertrauensbeziehungen bestehen, als Empfänger der Geldleistungen auf. Gleichzeitig findet in den Gesprächen Erwähnung, daß ein etabliertes Vertrauensverhältnis, das informelle Hilfeleistungen unter Umständen einschließt, auch ein Hindernis zur Weitergabe des Geldes darstellen kann. Insbesondere Pflegeleistungen, die im Rahmen langjähriger Freundschaftsverhältnisse zwischen älteren Frauen erbracht werden, sind in den Augen der Experten häufig nicht durch Pflegegeld zu honorieren:

Sie müssen nicht denken, daß die Omas, die sich schon -zig Jahre kennen, die eine die andere vielleicht auch schon ein bißchen versorgt, dann Pflegegeld entgegennehmen. Das ist ganz schwierig. Die kommen da zum einen gar nicht auf die Idee, zum Staat zu gehen, und zweitens wollen die kein Geld dafür. Das geht natürlich nur bis zu einem bestimmten Grad der Pflege. (B17)

Pflegearrangements, die sich aus Freunden oder Freundinnen im höheren Alter zusammensetzen, sind selbstverständlich die Ausnahme. Trotzdem regt der geschilderte Fall dazu an, über die Bedingungen nachzudenken, die die Wirksamkeit der Versicherungsleistungen bestimmen. Ob letztlich das Alter der informellen Helfer, ihr Erwerbsstatus oder die Art der Pflegebeziehung zwischen Hilfeleistenden und Hilfeempfänger die Verwendung von Versicherungsleistungen beeinflußt, kann im Rahmen der vorliegenden Studie jedoch nicht geklärt werden.

Gleichzeitig berichten die Befragten aber auch, daß sie eine Zunahme bezahlter, nicht formal organisierter Helfer in der häuslichen Pflege feststellen können. Diese Pflegekräfte sind weder einem ambulanten Pflegedienst angegliedert noch verfügen sie selbst über Anerkennung durch die Pflegekassen. Vor allem Haushalte, die sich erst seit kurzem mit der Versorgung eines Familienmitglieds auseinandersetzen, zeigen, so die Interviewpartner, eine hohe Bereitschaft zum Kauf ambulanter Dienste des *grauen* Pflegemarktes. Doch was sagt die Zunahme nicht formal organisierter Pflegekräfte über die Entwicklung familialer Pflegebereitschaft aus? Kann die steigende Beschäftigung externer Helfer als ein Zeichen der Erosion familialer Hilfeleistungen verstanden werden?

Die Experten kommen in diesem Punkt zu sehr selbstkritischen Einschätzungen: Die Zunahme nicht formal organisierter Pflegekräfte geht, wie in den Interviews zu erfahren ist, weniger auf Kosten familialer Pflege als auf Kosten der anerkannten ambulanten Dienste. Die befragten Experten belegen diese Ansicht damit, daß sie von Familien wegen ihrer starren Arbeitszeiten und des häufigen Personalwechsels kritisiert werden. Gepaart mit finanziellen Erwägungen, führt die Unzufriedenheit der Pflege-

haushalte in einigen Fällen dazu, daß nicht formal organisierte Helfer den Mitarbeitern der Sozialstationen vorgezogen werden. Das Pflegegeld wird demnach vor allem für paraprofessionelle Pflegekräfte ausgegeben, um die häusliche Versorgung innerhalb eines vorgegebenen finanziellen Rahmens individuell gestaltbarer zu machen. So sind die Pflegedienste des "grauen" Pflegemarktes keine Konkurrenz zur familialen Pflege, sondern eher zu den offiziellen Anbietern von Pflegeleistungen. Ständen den Haushalten, die paraprofessionelle Helfer nutzen, keine finanziellen Zuwendungen zur Verfügung, dann, so vermuten die Experten, würden sie Sachleistungen beanspruchen und damit auf die Unterstützung von Sozialstationen oder von anderen anerkannten Pflegediensten zurückgreifen.

Wie bereits erwähnt, stellen die Experten vor allem bei jüngeren Haushalten ohne längere Pflegepraxis die Tendenz fest, Pflegekräfte des *grauen* Pflegemarktes zu beanspruchen. Junge Pflegehaushalte lassen oft eine höhere Bereitschaft erkennen, zwischen Anbietern von Pflegeleistungen zu wechseln oder aus dem offiziellen Pflegemarkt ganz auszusteigen. Eine Gesprächspartnerin hat folgende Erfahrung gemacht:

Die Neuen gehen da anders ran. Die schauen sich mehr um und gehen dann von uns auch weg, wenn's ihnen nicht mehr paßt. Die nehmen dann auch häufiger inoffizielle Angebote wahr, die sich durch das Pflegegeld finanzieren lassen. Die Hemmschwelle ist da geringer. (B12)

Zurückführen läßt sich dieses Verhalten auf höhere Flexibilität, auf stärkere Verhandlungsbereitschaft und unter Umständen auch auf größere finanzielle Mittel der jüngeren Pflegehaushalte. Nur wer sich als aufgeklärter Kunde auf dem Pflegemarkt die nötigen Informationen beschafft, kann zwischen den Offerten verschiedener Leistungsanbieter entscheiden. Darüber hinaus sind auch Unterschiede in der Einstellung jüngerer und älterer Pflegehaushalte zu berücksichtigen: Vergleichbar mit den Erkenntnissen über den Einsatz von Sachleistungen, die es möglich machten, zwischen einem bescheidenen und einem umfassenden Inanspruchnahmeverhalten der Pflegehaushalte zu differenzieren, könnte auch bei der Verwendung der Geldleistungen eine Verschiebung von Pflegenormen festzustellen sein. Anstatt an traditionelle Versorgungsinstanzen wie Sozialstationen gebunden zu sein, zeigen sich jüngere Pflegehaushalte auch gegenüber neuen Versorgungsarrangements aufgeschlossen. Der Einsatz des Geldes für paraprofessionelle Pflegekräfte ist kein Hinweis auf eine Abnahme familialer Pflegebereitschaft oder auf mangelnde Verantwortung für das Wohlergehen der Pflegebedürftigen, sondern er ist ein Beleg für Bestrebungen, die häusliche Pflege besser in die bestehende Alltagspraxis der Familien zu integrieren.

6.1.3 Zusammenfassung der direkten Interventionen

Der vorangegangene Abschnitt macht ohne Zweifel deutlich: Die Einführung von Geld- und Sachleistungen beeinflußt das informelle Unterstützungspotential. Die Wirkungen dieser beiden Versicherungsleistungen sind durch soziale Lagen und unterschiedliche Einstellungen familialer Pflegepersonen bestimmt. Insofern könnte von einer Pfadabhängigkeit der Effekte gesprochen werden. Nicht die gesetzlichen Regelungen haben be-

stimmte Konsequenzen, sondern die bereits bestehenden Interessen, Möglichkeiten und Restriktionen der Betroffenen führen zu speziellen Reaktionen auf die Maßnahmen. Eine erfolgreiche sozialstaatliche Förderung familialer Pflegebereitschaft ist daher auf bereits vorhandene Unterstützungspotentiale angewiesen. Von sich aus können politische Maßnahmen keine stabilen informellen Pflegearrangements generieren. Die schnell auftretende Überforderung vieler Angehöriger, die wegen des Geldes pflegen, ist hierfür ein Beleg.

Die voranstehenden Analysen zeigen, daß Personen, die über Fürsorgebereitschaft und -möglichkeiten verfügen, Versicherungsleistungen dazu nutzen, um ihre vorhandenen Kapazitäten in unterschiedliche Pflegearrangements umzusetzen. Angehörige, die Pflegeleistungen selbst erbringen möchten, nehmen vornehmlich Geldleistungen in Anspruch, ohne aber ihr Engagement von materieller Unterstützung abhängig zu machen. Sachleistungen werden von diesen an der *traditionellen* Pflicht zur häuslichen Pflege orientierten Familien nur als Notanker genutzt, um eine Überforderung der Hauptpflegeperson(en) zu vermeiden oder zu kompensieren. Hingegen beanspruchen Personen, die nicht ihre gesamte Lebensplanung auf die Versorgung eines pflegebedürftigen Familienmitglieds ausrichten – der *autonomie-orientierte* Typ – bevorzugt Sachleistungen. Eine verstärkte Kooperation *autonomie-orientierter* Pflegepersonen mit professionellen Diensten ist aber kein Hinweis auf mangelnde Verantwortungsbereitschaft von Angehörigen. Verantwortung gegenüber dem pflegebedürftigen Familienmitglied drückt sich in solchen Fällen nicht in der eigenhändigen Erbringung von Pflegeleistungen aus, sondern in der Organisation eines funktionierenden Pflegearrangements. Die durch das PflegeVG eröffneten Optionen zwischen verschiedenen Leistungsalternativen liefern daher eine Möglichkeit, verschiedene Formen der Fürsorglichkeit tatsächlich zu realisieren.

Verschärfend kommt hinzu, daß sich insbesondere Haushalte in prekärer ökonomischer Lage zur Inanspruchnahme von Geldleistungen veranlaßt sehen und Geld damit zum Anreiz für die Übernahme von Pflegeverpflichtungen wird. Personen, die aufgrund finanzieller Interessen ihre Familienmitglieder pflegen, obwohl sie auf die dafür nötigen Ressourcen nicht zurückgreifen können, wurden als *materiell-orientiert* bezeichnet. Die teilweise festgestellte mangelhafte Versorgung von Pflegebedürftigen in solchen Konstellationen ist aber nicht auf eine mangelnde Bereitschaft *ärmerer* Pflegepersonen zurückzuführen, sondern auf deren unzureichenden sozialen und materiellen Ressourcen, die eine sachgemäße häusliche Versorgung verhindern. Die Leistungen der Pflegeversicherung wirken demnach nur in Konstellationen positiv, in denen bereits ein solides Unterstützungspotential verfügbar ist. Die Bedingungen zur Übernahme von Pflegeaufgaben haben sich durch die Pflegeversicherungsleistungen sowohl für Personen mit *traditionellen* Orientierungen hinsichtlich der häuslichen Pflege als auch für den *autonomie-orientierten* Typ verbessert, während sich sozial schwache Haushalte – insbesondere, wenn sie mit der häuslichen Pflege materielle Interessen verbinden – zum Teil Aufgaben zumuten, die sich nicht ohne weitere Unterstützung bewältigen lassen.

Die Pflegeversicherung schafft nur eine Optionserweiterung für Haushalte, die in der Lage sind, auf der Basis bereits vorhandener Ressourcen

die neuen Möglichkeiten zur Einrichtung tragfähiger Pflegearrangements zu nutzen. Sind die wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen der Haushalte nicht tragfähig, so bringen auch Versicherungsleistungen keine stabilen Unterstützungsformen hervor.

6.2 Wirkung indirekter Interventionen

Indirekte Interventionen sind Regelungen des PflegeVG, die nicht ausdrücklich auf eine Beeinflussung der häuslichen Pflege abzielen, von denen jedoch nichtintendierte Wirkungen auf die Pflegebereitschaft der Angehörigen erwartet werden können. In der vorliegenden Untersuchung werden Maßnahmen als indirekte Interventionen betrachtet, wenn sie Gegenstand der politischen Auseinandersetzung um mögliche unerwünschte Wirkungen des PflegeVG waren. Die schärfste Kritik wurde den Leistungen bei vollstationärer Pflege entgegengebracht (vgl. Kapitel 2.2). Wie bereits dargestellt, ging man davon aus, daß die Teilfinanzierung stationärer Versorgung Pflegebedürftiger zu einer Zunahme der Heimquote führen könnte. Eine ähnlich intensive Debatte wurde über die Folgen der sozialversicherungsrechtlichen Konzeption der Pflegefallabsicherung geführt. Eine Sozialversicherung würde, so die kritischen Betrachter der Pflegeversicherung, Anspruchshaltungen an den Staat generieren und die Eigeninitiative der Betroffenen ersticken. Schließlich sind auch mögliche Wirkungen des neuen Vergütungssystems für ambulante Dienste nach Leistungsmodulen Gegenstand der Analyse, denn auch davon können Nebenwirkungen auf die häusliche Pflege ausgehen.

6.2.1 Führen Leistungen bei vollstationärer Pflege zu einem Heimsog?

Über einen möglichen Heimsog-Effekt der Pflegeversicherung wurde in Politik, Wissenschaft und Medien viel debattiert (vgl. Kapitel 2.2 und 4.1). Doch beruhen die Diskussionsbeiträge im schlechtesten Fall auf kruden Vorurteilen und im besten Fall auf mikroökonomischen Modellrechnungen. Um zu einem fundierten Urteil über nichtintendierte Wirkungen der Leistungen bei vollstationärer Versorgung zu kommen, ist zunächst zu klären, inwiefern tatsächlich für die Pflegehaushalte *kostenbedingte Anreize* bestehen, von ambulanter zu stationärer Pflege zu wechseln (vgl. Rothgang 1997). Dazu müssen die Differenzen in D-Mark zwischen der unterschiedlichen Höhe der Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Versorgung gebildet werden. Falls die Versicherungsleistungen für stationäre Pflege höher ausfallen als für ambulante Pflege, kann von einem preislichen Anreiz zur Heimpflege gesprochen werden. Es zeigt sich, daß für Haushalte, die keinen Anspruch auf Sozialhilfe haben, tatsächlich ein monetärer Anreiz zu vollstationärer Pflege besteht, denn die Versicherungsleistungen für Heimpflege

sind in diesen Fällen durchweg höher als für die anderen Versorgungsformen (vgl. Tabelle 5).

Erforderlichkeit von Heimpflege	Stufe I	Stufe II	Stufe III
gegeben			
vorher Pflegegeld	2.100	2.100	1.800
vorher Sachleistungen	1.750	1.100	300
nicht gegeben			
vorher Pflegegeld	850	1.400	1.800
vorher Sachleistungen	500	400	300

Tabelle 5: Veränderungen der monetären Anreize für einen *Heimsog* im „Vorher“- und „Nachher“- Vergleich in DM (Quelle: Rothgang 1997, S. 125)

Bei diesen Berechnungen ist zwischen zwei Personengruppen zu unterscheiden: Auf der einen Seite kann die Erforderlichkeit von Heimpflege durch die Pflegekasse anerkannt sein, und es wird der volle Pflegesatz ausbezahlt (bis zu 2.800 DM monatlich). Auf der anderen Seite liegt nach Beurteilung der Pflegekassen keine Erforderlichkeit vor, und die Leistungsempfänger erhalten einen geringeren Zuschuß zur stationären Versorgung. Für einen Leistungsempfänger der Pflegestufe III, der von der Pflegekasse nicht als Heimfall eingestuft wird und Pflegegeld bezieht, würde der monetäre Umfang der Versicherungsleistungen bei vollstationärer Versorgung um monatlich 1.800 DM steigen.²⁷ Pflegebedürftige der Pflegestufe I und II, die vorher Pflegegeld bezogen haben und deren stationäre Versorgung von der Pflegekasse anerkannt ist, könnten bei Heimpflege Leistungen in Anspruch nehmen, die insgesamt sogar um 2.100 DM monatlich höher liegen als bei häuslicher Pflege. Es läßt sich nicht bestreiten, daß in bestimmten Konstellationen durchaus kostenbedingte Anreize zur Unterbringung von Pflegebedürftigen in einem Heim bestehen. Die Ausgangsbedingungen für einen durch die Pflegeversicherung ausgelösten *Heimsog* sind somit für einen Teil der Leistungsempfänger gegeben.

Nachdem die Leistungen für vollstationäre Pflege seit 1. Juli 1996 ausbezahlt werden, besteht auch die Möglichkeit, die These vom *Heimsog* mit den tatsächlichen Entwicklungen zu konfrontieren. Es liegen nun Zahlen zur Verteilung der Leistungsempfänger auf die verschiedenen Leistungsarten der Pflegeversicherung vor, die einen ersten Eindruck von deren Inanspruchnahmeverhalten geben können. Werden diese Angaben mit den Ergebnissen zweier repräsentativer Studien zur Versorgung Pflegebedürftiger in den letzten zwanzig Jahren verglichen, so kommt man zu einem erstaunlichen Ergebnis: Pflegeversicherungsleistungen werden weitgehend

²⁷ Die Berechnung beruht jedoch darauf, daß die Investitionskosten der Heime nicht auf die Heimkosten umgelegt werden, sondern in erheblicher Höhe von den Ländern übernommen werden. Ist das nicht der Fall, müssen alle Werte um DM 600 verringert werden (vgl. Rothgang 1997, S. 126).

übereinstimmend mit den Entscheidungen der Haushalte vor Wirksamwerden des PflegeVG beansprucht (vgl. Tabelle 6).

Nach diesen Daten zeigt die staatliche Intervention keinen nennenswerten Effekt auf die Nutzung verschiedener Versorgungsformen. Vor und nach Einführung der Pflegeversicherung wurden ungefähr drei Viertel aller Pflegebedürftigen in privaten Haushalten versorgt. Die Leistungen der Pflegeversicherung bewirkten weder einen *Heimsog* noch eine überproportionale Nachfrage nach ambulanten Pflegedienstleistungen. Diese Angaben belegen die ungebrochene Bedeutung der häuslichen Pflege durch Angehörige über einen Zeitraum von 19 Jahren.

Versorgung der Pflegebedürftigen in:	Socialdata 1978 Prozent Pflegebedürftiger	Infratest 1991 Prozent Pflegebedürftiger	BMA 1997 Prozent Leistungsempfänger
privaten Haushalten (insg.) (Geld-/Sachleistungen)	78	72	74
davon durch ambulante Dienste (nur Sachleistungen)	12	21	16 ²⁸
Heimen (Vollstationäre Leistungen)	ca. 22 ²⁹	28	26
Summe	100	100	100

Tabelle 6: Pflegearrangements vor und nach Einführung der Pflegeversicherung³⁰

Bei der Interpretation der Zahlen aus dem Jahre 1997 sind jedoch folgende Aspekte zu beachten: Für die Entwicklung eines *Heimsogs* mag der Zeitraum seit Einführung der Leistungen für stationäre Pflege am 1. Juli 1996 zu kurz sein. Darüber hinaus kann anhand der Daten nicht nach unterschiedlichen Pflegestufen und Empfängern von Leistungen für stationäre Pflege unterschieden werden. Die Annahme eines *Heimsogs* träfe im Grunde nur jene Haushalte, die keinen Anspruch auf „Hilfe zur Pflege“ nach §§ 68 ff. BSHG hatten, da sie vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung ein mögliches Erbe der alten Eltern oder eigenes Vermögen für die Finanzierung eines Heimaufenthaltes hätten nutzen müssen. Eine Differenzierung der Leistungsempfänger ist aber mit den vorhandenen Angaben nicht möglich. Schließlich ist zu bedenken, daß die Wahl vollstationärer Pflege stets von der Pflegekasse anerkannt werden muß, um die Leistungen der Pflegeversicherung in maximaler Höhe beanspruchen zu können. Ihnen kommt daher entscheidende Lenkungsautorität zu. Insgesamt sind die Zah-

²⁸ Einschließlich 50% Kombinationsleistungen.

²⁹ Zur Anzahl von Pflegebedürftigen in Heimen gab es zu diesem Zeitpunkt noch keine gesicherten Daten.

³⁰ Die Erhebungen weisen leicht unterschiedliche Operationalisierungen von Pflegebedürftigkeit auf. Bei einem direkten Vergleich müssen deswegen Unterschiede sehr vorsichtig interpretiert werden. Andere Daten existieren für die genannten Zeitpunkte jedoch nicht.

len trotz aller Einschränkungen als erster Hinweis auf die eventuelle Entwicklung des Inanspruchnahmeverhaltens der Pflegehaushalte zu werten. Ein Trend zur Institutionalisierung von Pflegebedürftigen ist nicht festzustellen.

6.2.2 Das Versicherungsprinzip: Anspruchsinflation statt Sicherheit?

Von der Einführung der Pflegeversicherung als Zweig des gesetzlichen Sozialversicherungssystems wurden klar umrissene, nichtintendierte Effekte erwartet: Nach Ansicht der Gegner einer Sozialversicherungslösung würden die Beitragszahler der Pflegeversicherung Erwartungshaltungen in Form von Leistungsansprüchen an den Staat entwickeln und eine *Versorgungsmentalität* ausbilden, die wiederum die persönliche Einsatzbereitschaft beeinträchtigen würde. Nun verlangt die Konstruktion der Pflegeversicherung jedoch, daß aufgrund der *gedeckelten* Versicherungsleistungen unweigerlich informelle Hilfen erbracht werden müssen. Die Leistungen des Gesetzes sind begrenzt, und die Leistungsgewährung erfolgt nach dem Modell der Pflegestufen. Aus diesem Grund produziert die Pflegeversicherung gewissermaßen eine doppelte Versorgungslücke: Zum einen werden nur budgetierte und nicht bedarfsgerechte Leistungen ausbezahlt, zum anderen erhalten Pflegebedürftige, die nicht in Pflegestufe I eingestuft werden, keine Versicherungsleistungen. So haben zwar alle Pflichtversicherten festgesetzte Beiträge zu entrichten, aber nur ein Teil der Pflegefälle bezieht eingeschränkte Leistungen. Aufgrund des Versicherungsprinzips der Pflegeversicherung könnten demnach bei den Beitragszahlern Versorgungsansprüche geweckt werden, während Eigeninitiative in der häuslichen Pflege infolge der Leistungsbudgets und Pflegestufen auch weiterhin unerlässlich ist.

Da erwerbstätige Familienangehörige in der Regel Versicherungsabgaben zahlen und als Kompensation der Arbeitgeberbeiträge auf einen Feiertag verzichten, wären sie primär diejenigen, die Ansprüche auf einen angemessenen Umfang an Versicherungsleistungen entwickeln könnten. Gleichzeitig hätten sie als direkte Bezugspersonen die Konsequenzen des unzureichenden Leistungsbudgets und der Einstufungspraxis der Pflegeversicherung zu tragen. Kritische Betrachter des PflegeVG gehen nun davon aus, daß die Einstufung eines Pflegebedürftigen unterhalb der Leistungsgrenze zum Rückzug der Angehörigen aus der häuslichen Versorgung führt (vgl. Schnarrenbroch 1997), denn enttäuschte Ansprüche auf sozialstaatliche Absicherung und Gratifikation des persönlichen Engagements würden die Pflegebereitschaft der Angehörigen desavouieren.

Aus dem oben geschilderten Sachverhalt ergeben sich zwei Fragen, die dem folgenden Abschnitt zugrunde liegen:

- (1) Inwieweit entwickeln Angehörige als Beitragszahler Ansprüche gegenüber der Pflegeversicherung?
- (2) Welche Auswirkungen haben die infolge des Stufen- und Budgetprinzips möglicherweise enttäuschten Erwartungen auf die Pflegebereitschaft der Angehörigen?

Zur Beantwortung beider Fragen werden im Folgenden die Erfahrungen der Experten aus Kontakt- und Beratungsgesprächen herangezogen. In solchen Gesprächen erstellen die Mitarbeiter der Sozialstationen zusammen mit den Angehörigen Anträge auf Versicherungsleistungen, formulieren Widersprüche gegen die Festlegung einer bestimmten Pflegestufe durch die Pflegekassen und informieren die Familien über den verfügbaren Umfang von Pflegeleistungen im Rahmen des Gesetzes.

Anspruchsentwicklung aufgrund des Versicherungsprinzips

Neben einer Minderheit von schlecht informierten und zum Teil sehr zurückgezogen lebenden Personen, die den Sozialstationen ohne Forderungen und bisweilen sogar mißtrauisch gegenüber treten, berichten die Experten von einer großen und zunehmenden Zahl von Pflegehaushalten, die explizit ein Anrecht auf Leistungen der Pflegeversicherung artikulieren. Wie in den Interviews zu erfahren ist, erwarten viele Angehörige, daß die Geldleistungen die Höhe der Sachleistungen erreichen sollten und daß die Sachleistungen wiederum den festgestellten Pflegebedarf vollständig abzudecken hätten. Eine Pflegedienstleiterin meint dazu:

Es existiert ein Anspruchsdenken, vergleichbar mit dem, das gegenüber den Krankenkassen besteht. Also, die meisten rechnen einfach mit einer vollständigen Finanzierung der Pflege. Da wird sich nicht gefragt, ob überhaupt ein Anspruch besteht. Nein, der besteht, weil man ja da was eingezahlt hat und jetzt auch etwas zurückkriegen muß, und nicht nur eine Kleinigkeit. (B12)

Diese Aussage spiegelt ein Äquivalenzdenken wider, nach dem gezahlte Versicherungsbeiträge mit einem Anspruch auf Gegenleistungen im Versicherungsfall verknüpft sind. Eine weitere Interviewpartnerin bringt diesen Punkt ebenfalls zum Ausdruck:

Mir sagen die Angehörigen dann: 'Wir haben ein Leben lang eingezahlt, und jetzt haben wir auch ein Recht darauf, daß die Oma versorgt wird'. (B6)

Die Entwicklung eines Anrechtsbewußtseins auf Leistungen bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds wird in allen Interviews bestätigt. An der Tatsache, daß Versicherungspflichtige erst seit 1995 Abgaben entrichten, sie dies nach den Worten einer Interviewpartnerin aber als „lebenslange“ Beitragszahlung verstehen, zeigt sich, wie selbstverständlich die Pflegeversicherung zu einem Zweig des gewohnten Sozialversicherungssystems gezählt wird. Aus den Gesprächsauschnitten geht außerdem hervor, daß viele Angehörige nicht nur *einen* Anspruch auf Risikoabdeckung äußern, sondern eine *vollständige* Absicherung des Pflegefallrisikos erwarten. Nach den Worten verschiedener Interviewpartner verstehen die Versicherten die Pflegeversicherung als „Vollkaskoversicherung“ (B6, B9, B11, B13) und nehmen deshalb an, daß alle entstehenden Kosten der häuslichen oder stationären Pflege übernommen werden.

Ansprüche beeinflussen die Pflegebereitschaft nicht

Nach dem vorliegenden Material ist eine Entwicklung von Erwartungen gegenüber der Pflegeversicherung deutlich zu erkennen. Die Ansprüche

der Versicherten beziehen sich auf die Höhe des Pflegegeldes und den Umfang ambulanter Pflegeeinsätze bzw. der Zuschüsse bei stationärer Pflege. Es wird erwartet, daß durch die Versicherungsleistungen der Pflegeaufwand vollständig kompensiert wird. Die Pflegeversicherung ist jedoch nicht auf vollständige Absicherung des Pflegefallrisikos ausgelegt. Folglich stellt sich die Frage, ob die Entwicklung von Ansprüchen gegenüber der sozialstaatlichen Sicherung die Bereitschaft zur Übernahme eigenständiger Pflegeaufgaben verändert.

Zum Ausgleich des begrenzten Leistungsumfangs der Geld- und Sachleistungen und der eingeschränkten Leistungsgewährung nach Pflegestufen ist das Engagement der Angehörigen unabdinglich. Zwei Strategien der Pflegehaushalte sind denkbar: Zum einen wäre es möglich, den Pflegebedarf durch private Zuzahlungen professionell abzudecken, zum anderen könnten Angehörige die anfallenden Pflegeleistungen selbst erbringen. Welcher der beiden Wege eingeschlagen wird, soll nun untersucht werden.

Die Mehrzahl der Pflegehaushalte verweigert, so zeigen die Interviews, eine private Zusatzfinanzierung zur vollständigen Deckung des unzureichenden Sachleistungsbudgets für ambulante Pflegedienste. Dies liegt - interessanterweise - nicht an fehlenden ökonomischen Ressourcen der Haushalte, denn vor allem finanziell besser ausgestattete Familien lehnen den Einsatz zusätzlicher Eigenmittel ab. Vielmehr mangelt es an der *Bereitschaft*, Geld für die Pflege von Angehörigen auszugeben. Nach den Erfahrungen der Experten berufen sich die Angehörigen darauf, daß sie bereits Pflegeversicherungsbeiträge bezahlt und somit einen Anspruch auf entsprechende Versorgungsleistungen erworben haben. Folgende Aussagen zweier Interviewpartnerinnen belegen dies:

Es wird dann kritisch, wenn viel Geld vorhanden ist. Je mehr Geld da ist, desto sparsamer werden Leute und desto mehr schauen die auch, was der Staat hergibt. Die wollen nicht zuzahlen. Die erwarten, daß die Pflegeversicherung alles übernimmt. Beiträge werden ja bezahlt. (B15)

Das sind die Reichen, die nicht zahlen wollen. Das können Sie ganz ungeniert sagen. Die erwarten, daß die Versicherung das alles zahlt. (B5)

Die Experten geben an, daß viele Angehörige aufgrund ihrer Beitragszahlungen nicht bereit sind, den gesetzlich festgelegten Leistungsumfang durch den Kauf professioneller Pflegedienste finanziell aufzustocken. Die Zuständigkeit für die *materielle* Absicherung des Pflegefallrisikos wird zweifelsohne der Pflegeversicherung zugeschrieben. Wie wirken die bestehenden Ansprüche auf sozialstaatliche Unterstützung nun auf die Bereitschaft informeller Helfer, die notwendigen Pflegeleistungen eigenhändig zu erbringen?

Kein Experte berichtet davon, daß Angehörige die Versorgung eines Pflegebedürftigen mit einem Verweis auf die *staatliche Verantwortung* zur Sicherstellung der häuslichen Pflege ablehnen. Falls der Umfang der Versicherungsleistungen zur vollständigen Deckung des Pflegebedarfs nicht ausreicht, erbringen die Familienmitglieder zusätzliche Versorgungsleistungen. Die Ansprüche der Beitragszahler auf sozialstaatliche Unterstüt-

zung bei der häuslichen Pflege wirken sich *nicht* nachteilig auf Pflegebedürftige aus.

Die Reaktionen von Angehörigen, die zwar Beiträge an die Pflegekassen zahlen, aber aufgrund der Einstufungspraxis des *Medizinischen Dienstes der Krankenkassen* trotz eines Pflegefalls in der Familie kein Anrecht auf Leistungen haben, unterstreichen den Eindruck, daß sich Ansprüche an die Versicherung nicht zum Nachteil der zu Pflegenden auswirken. Selbst eine unerwartet niedrige Einstufung und die folglich gering ausfallenden oder sogar gänzlich ausbleibenden Leistungen der Pflegeversicherung haben nach Ansicht der Interviewpartner keine direkten Wirkungen auf die Pflegebereitschaft der Angehörigen. Obwohl manche Experten selbst damit rechneten, daß das Ausmaß familialer Hilfeleistungen von der Klassifizierung in eine bestimmte Pflegestufe beeinflußt sein könnte, weiß kein Befragter vom Rückgang der Pflegebereitschaft bei Einstufung des Pflegebedürftigen in eine niedrige Pflegestufe zu berichten. Eine Pflegedienstleiterin äußert sich folgendermaßen:

Nein, also daß die Angehörigen dann weniger zur Pflege bereit waren, weil sie nichts kriegen, kann ich nicht sagen. Da macht sich zwar Enttäuschung breit, aber auf die Pflegebereitschaft wirkt sich das nicht aus. (B11)

Insgesamt berichten die Experten, daß die persönliche Einsatzbereitschaft in den Familien nicht unter der Entwicklung von Ansprüchen an die Pflegeversicherung leidet. So sind die vorliegenden Ergebnisse konsistent mit der *Nulleffektthese*: Die Konzeption der Pflegeversicherung als gesetzliche Sozialversicherung bewirkt entgegen den pessimistischen Prognosen keine Verringerung der familialen Pflegebereitschaft.

6.2.3 Pflegeverträge und „Modulsystem“: Effiziente Pflegeplanung oder Unterversorgung mit Pflegeleistungen?

Im Verlauf des Forschungsprozesses trat ein Thema in den Vordergrund, dem bisher vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit zuteil wurde. Die Rede ist von den Auswirkungen des Modulsystems auf die häusliche Pflege, insbesondere auf Haushalte, die Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen (1997 waren dies 12,9 Prozent aller Anspruchsberechtigten) und die keine zusätzliche „Hilfe zur Pflege“ nach §§ 68 ff. BSHG beziehen. Das verhaltene Echo auf das neue Honorarsystem für ambulante Dienste ist um so erstaunlicher, wenn bedacht wird, daß sich der Charakter der häuslichen Pflege durch Einführung eines Anbieter-Kunden-Modells und eines mit Preisen versehenen Katalogs pflegerischer Dienstleistungen fundamental verändert: Ambulante Pflegeleistungen, bisher stark von einem persönlichen Vertrauensverhältnis geprägt und individuell zugeschnitten, werden heute in Form eines schematisierten Abrechnungssystems nach bürokratischen und wirtschaftlichen Überlegungen organisiert (vgl. Kapitel 2.2).

Die bislang geäußerten Bedenken am neuen Vergütungssystem beziehen sich ausnahmslos auf die Arbeit der ambulanten Dienste; *völlig* unbeachtet blieben die Folgen des Modul-/Leistungskomplexsystems für die familiäre Pflege. Doch der meist von Angehörigen festgelegte Umfang pro-

fessioneller Dienste ist durch das neue Leistungskomplexsystem besonders stark beeinflusst: Die Höhe der monatlichen Barleistungen an die Pflegehaushalte bzw. der Umfang der selbst zu erbringenden Hilfen steht bei Bezug von Kombinationsleistungen in einem direkten Zusammenhang zu den beanspruchten Sachleistungen, denn nach § 38 SGB XI reduziert der Kauf von Leistungsmodulen das ausgezahlte Pflegegeld. Die Anzahl beanspruchter Module wird zwischen Haushalten und ambulanten Diensten gemeinsam ausgehandelt und in einem Pflegevertrag mit mindestens sechs Monaten Gültigkeit festgehalten. Man kann davon ausgehen, daß die Pflegedienste eine möglichst umfangreiche Beanspruchung ihrer Leistungen anstreben, während die Haushalte vor allem eine gute Versorgung *und* eine hohe Auszahlung von Pflegegeld wünschen. Mit diesen Interessen stehen sich die beiden Parteien zunächst gegenüber, und es bleibt zu fragen, welche Konsequenz die Verhandlungen über eine bestimmte Anzahl von Leistungsmodulen für die Versorgungslage der Pflegebedürftigen haben.

Im Zentrum der folgenden Ausführungen steht eher die *Organisation* der häuslichen Pflege durch die an den Vertragsverhandlungen beteiligten Angehörigen und weniger deren Pflegebereitschaft. Jedoch vermittelt auch die Art und Weise, wie die häusliche Pflege von Angehörigen konzipiert wird, einen Eindruck von ihrem Verantwortungsbewußtsein gegenüber den Pflegebedürftigen. Um den Einfluß von Leistungsmodulen und Vertragsverhandlungen auf die Pflegeplanung der Angehörigen näher zu erkunden, sind folgende Fragen zu beantworten: Nach welchen Überlegungen wird die Pflege gestaltet? Spielt die Situation der Pflegebedürftigen bei den Vertragsverhandlungen eine zentrale Rolle? Welche Auswirkungen hat die Einführung eines Anbieter-Kunden-Modells zwischen Pflegediensten und Angehörigen auf den Umfang der beanspruchten Pflegeleistungen? Wie verändert sich die Versorgungslage der Pflegebedürftigen bei Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen und unter Einfluß des Modulsystems?

Es sei angemerkt, daß die befragten Experten zu dem Thema Leistungskomplexe über Wissen und Erfahrungen aus erster Hand verfügen, denn sie sind diejenigen, die Umfang und Kosten der vor Ort geleisteten Pflege zusammen mit den Angehörigen verhandeln. Gleichzeitig muß aber auch darauf hingewiesen werden, daß die Darstellungen der Experten verzerrt sein können. Diese verfolgen bei Abschluß der Pflegeverträge eigene Interessen, die sich unvermeidlich auf ihre Wahrnehmung und ihre Darstellung des Geschehens auswirken. Für die folgenden Ausführungen ist deshalb zu beachten, daß die Interviewpartner die Verhandlungen unter ihrer Perspektive wiedergeben.

Das „Aushandeln“ der Pflegeverträge

Die Interviewten schildern, daß sie mit vielen Angehörigen, die Leistungen gemäß § 38 SGB XI beanspruchen, über einzelne Module, manchmal sogar über isolierte Tätigkeiten innerhalb der Leistungskomplexe, verhandeln müssen. Die Familien, die als *aufgeklärte* Kunden auftreten, sind meist bestrebt, möglichst umfangreiche, aber gleichzeitig auch möglichst billige Dienste einzukaufen. Eine Krankenpflegerin bezeichnet die Gesprä-

che zwischen Pflegediensten und Angehörigen mit dem Begriff „Aushandlung“:

Die wollen von uns viel und billig. Das ist so das Aushandeln, was ich meine. Ja, daß die versuchen, 'wenn wir da noch ein bißchen kürzen, dann kriegen wir eine bessere Rechnung zusammen.' Oft wollen die Angehörigen teurere Einsätze der Krankenschwestern gegen billigere Hauspflegerinnen ersetzen. (B17)

Eine andere Befragte beschreibt das Verhalten der Angehörigen während der Vertragsverhandlungen noch drastischer:

Die Angehörigen fangen manchmal an, ganz abstruse Konzepte zu verhandeln. Über jeden Posten der Leistungsmodule wird da verhandelt. Also, ich komme mir manchmal vor wie auf dem Teppichbasar. Es wird zum Teil gefeilscht, was das Zeug hält. (B11)

Diese Interviewpassagen weisen darauf hin, daß die Interaktion zwischen Familien und ambulanten Diensten im Kontext der Vertragsverhandlungen vor allem von ökonomischen Überlegungen geprägt ist. Dabei werden die Mitarbeiter der Sozialstationen nicht als Partner auf der Suche nach einem optimalen Pflegemix betrachtet, sondern primär als Verkäufer einer Ware, nämlich der Pflege. Die Angehörigen verhalten sich nach den Eindrücken eines Interviewpartners beim Aushandeln der Pflegeverträge wie „in einem Kaufhaus, wo sie sich das zusammensuchen, was sie gerade brauchen und dabei immer möglichst auf den Preis schauen“ (B3). Aus den Interviews wird deutlich, daß viele Angehörige während der Vertragsverhandlungen eine Konsumentenrolle einnehmen, das heißt, wirtschaftliche Kalküle bestimmen ihre Verhandlungsstrategie beim Kauf von Leistungsmodulen. Nicht die Versorgungslage der Pflegebedürftigen ist das primäre Entscheidungskriterium für die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeeinsätzen, sondern die Kosten der professionellen Einsätze.

Nicht alle Haushalte und alle Verhandlungssituationen lassen sich dem geschilderten Muster zuordnen. Die Interviewpartner berichten zum einen von schlecht informierten Haushalten, die sich den Pflegekräften bei der Wahl von Leistungsmodulen anvertrauen und nicht als *aufgeklärte* Konsumenten agieren. Zum anderen weisen die Befragten auch auf Angehörige hin, die ausdrücklich den Versorgungsbedarf der Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt der Vertragsverhandlungen stellen. Die Aussicht auf zusätzliche Geldleistungen bei Beanspruchung weniger Leistungsmodule beeinflusst, wie eine Interviewpartnerin aussagt, in diesen Fällen die Entscheidungen der Angehörigen nicht:

Manche sagen uns auch, daß wir 'machen sollen'. Wenn noch etwas übrigbleibt, dann gut - meistens bleibt aber sowieso nichts über - aber erstmal geht es um die Versorgung der Eltern. (B11)

Über das zahlenmäßige Verhältnis der verschiedenen Typen läßt sich mit den vorliegenden Daten keine gesicherte Aussage machen.

Entsprechend dem unterschiedlichen Verhalten der Leistungsempfänger, stehen auch nicht bei allen Mitarbeitern von Sozialstationen wirtschaftliche Überlegungen im Vordergrund. Es werden auch individuelle

Vereinbarungen mit den Familien getroffen, die nicht unbedingt zum wirtschaftlichen Vorteil der Pflegedienste sind und so die formalisierten Vorgaben der Leistungskataloge und Pflegeverträge unterlaufen.

Das Interviewmaterial zeigt, daß die Verhandlungslogik der Angehörigen stark durch deren wirtschaftliche und soziale Lage beeinflusst ist. Ökonomisch *besser* gestellte Familien verhandeln mit den Sozialstationen häufiger und intensiver als finanziell schlechter ausgestattete Haushalte. Dementsprechend kommt das Thema „Leistungskomplexe“ vor allem in Interviews zu Sprache, die in *wohlhabenderen* Berliner Bezirken durchgeführt wurden. Folgende Aussage einer Interviewpartnerin belegt das besondere Verhalten finanziell besser gestellter Familien bei Vertragsverhandlungen:

Gerade die Reichen wollen am Ende des Monats Geld von der Pflegekasse bekommen. Da ist es manchmal besonders schlimm, wie über jeden Pfennig gehandelt wird. (B5)

Daß gutsituierte Haushalte um einzelne Leistungsmodule besonders intensiv verhandeln, ist meines Erachtens vor allem ein Hinweis auf den Zusammenhang von materiellen sowie kulturellen Ressourcen und einer Machtposition bei den Verhandlungen. Häufig verfügen die *reicheren* Haushalte über höhere Interaktionskompetenzen und den nötigen finanziellen Hintergrund, um sich mit dem Pflegepersonal auseinanderzusetzen oder im Zweifelsfall den Pflegedienst zu wechseln. Sozial schwache Haushalte sind oft schlechter über ihre Rechte informiert und, mangels wahrgenommener Alternativen, eher auf die Unterstützung der Pflegedienste vor Ort angewiesen. Man kann folglich davon ausgehen, daß Verhandlungsbereitschaft und auch Verhandlungssouveränität bei Haushalten aus mittleren und oberen sozialen Schichten stärker ausgeprägt sind als bei sozial schwächeren Haushalten. Insofern profitieren wohlhabendere Familien eher von der Möglichkeit, individuelle Pflegeverträge auszuhandeln, um dadurch zusätzliche Geldleistungen zu erhalten. Gleichzeitig zeigt sich aber auch, daß materieller Wohlstand nicht automatisch zu einer besseren Versorgung der Pflegebedürftigen führt. Es muß auch die Bereitschaft vorhanden sein, professionelle Dienstleistungen für pflegebedürftige Angehörige zu entlohnen.

Die Gestaltung der Pflege nach Leistungskomplexen

Die Einführung des Leistungskomplexsystems läßt nicht nur wirtschaftliche Kalküle in die *Organisation* häuslicher Pflege eindringen, sondern hat – wie aus den Interviews deutlich wurde – auch konkrete Folgen für die *Lebenssituation* der Pflegebedürftigen. Kostenorientierte Vertragsverhandlungen führen nach Auskunft der Experten in erster Linie dazu, daß weniger Module beansprucht werden:

Die Angehörigen sagen zu uns: 'Das streichen wir mal gleich, und das braucht sie auch nicht, und das mach ich jetzt alles. Das Geld kann man sich ja sparen'. (B14).

Da gucken die Angehörigen schon, ob der Pflegebedürftige morgens wirklich Hilfe zum Aufstehen braucht, denn das kostet wieder. (B7)

Viele Haushalte, die den Einsatz professioneller Hilfe sehr knapp kalkulieren, unterschätzen den tatsächlichen Pflegebedarf und die familialen Pflegekapazitäten. So müssen Pflegekräfte in einigen Fällen zusätzliche Leistungen erbringen, zu denen sie laut Pflegevertrag nicht verpflichtet wären. Dazu kann es kommen, wenn Pflegedienste bei ihrer Arbeit auf bisher unerledigte Aufgaben aufmerksam werden, die nach den Vereinbarungen mit den Familien jedoch nicht in ihren Kompetenzbereich fallen. In diesen Situationen bleibt den professionellen Kräften oft keine andere Möglichkeit, als diese Aufgaben selbst zu erledigen, auch ohne entsprechende vertragliche Übereinkünfte. Folgender Interviewausschnitt weist auf diese Problematik hin:

Vor Ort passiert dann folgendes: Wenn die Pflegeverträge ausgearbeitet sind und klar wird, welche Leistungen was kosten, dann sagen die Angehörigen: 'Das und das können wir machen.' Oder: 'Das und das braucht sie ja eigentlich gar nicht.' Zum Beispiel das Frühstück. Es passiert dann aber nichts. Wenn die Pflegerin kommt, dann stellt sie fest, daß nichts passiert ist und ein Frühstück gemacht werden muß. Da haben die meiner Meinung nach beim Beratungsgespräch so reagiert, weil plötzlich deutlich wurde, was das alles kostet. Und beim Beratungsgespräch kann man ja auch erstmal sagen, man macht das alles selber. Ob man das schafft und ob das für den Pflegebedürftigen reicht, ist eine andere Frage. (B5)

In den Interviews kommt zum Ausdruck, daß eine zu geringe Inanspruchnahme von Pflegeleistung aufgrund der Verhandlungssituation zwischen Angehörigen und Pflegepersonal fast unvermeidlich ist. Denn bei Auswahl der Leistungsmodule wird nicht ersichtlich, wie sich weniger oder mehr professionelle Hilfe auf die Versorgungslage der Pflegebedürftigen und die eigenen Pflegeverpflichtungen auswirken könnte. Erst praktische Pflegeerfahrungen verschaffen hierüber Gewißheit; doch auf eine nachträgliche Ausweitung der professionellen Unterstützung wird meist verzichtet.

Die geschilderten Ergebnisse zeigen, unter welchen Bedingungen wirtschaftliche Überlegungen in die Gestaltung der häuslichen Pflege eindringen. Von *Eindringen* soll hier gesprochen werden, denn die Aussagen der Experten deuten an, daß sich effizienzorientierte Vertragsverhandlungen und bedarfsgerechte Versorgung mit Pflegeleistungen scheinbar nicht verbinden lassen. Sowohl Angehörige als auch Mitarbeiter der Sozialstationen weisen den Belangen der Pflegebedürftigen im Rahmen der Pflegevertragsverhandlungen nur eine nachrangige Rolle zu. Viele Angehörige beanspruchen aus Kostengründen zu wenig Leistungsmodule, um damit den Bedarf an professionellen Pflegeeinsätzen tatsächlich decken zu können, sind aber gleichzeitig nicht in der Lage, einen entsprechenden Ausgleich durch informelle Hilfen zu leisten. Bei keiner anderen Regelung des PflegeVG konnten ähnliche Wirkungen festgestellt werden. Wie ist das zu erklären?

Spricht man den Darstellungen der Experten nicht jeglichen Wahrheitsgehalt ab, so lassen sich die Wirkungen des Modulsystems durch eine genaue Betrachtung der Verhandlungssituation verstehen. Obwohl dieses

Vorhaben aufgrund des gewählten Untersuchungsdesigns nur spekulativen Charakter haben kann, sei im Folgenden ein Erklärungsansatz versucht:

Der Umfang der Pflegeleistungen wird im Rahmen der Vertragsverhandlungen an der Schnittstelle zwischen privatem (familiärem) und professionellem Hilfesystem ausgehandelt. Diese Situation ist durch drei Merkmale gekennzeichnet:

(1) Die Pflegebedürftigen sind kaum präsent:

Oft sind die Leistungsempfänger bei den Verhandlungen entweder physisch nicht anwesend, oder sie haben wenig Einflußmöglichkeiten auf das Verhandlungsgeschehen. Die Bedürfnisse der zu Pflegenden sind nur in Form eines Pflegegutachtens der Pflegekasse präsent und können in den Verhandlungen leicht übergangen werden.

(2) Die Kosten von Pflegeleistungen stehen im Zentrum:

Die ambulanten Pflegeleistungen werden von den Vertragsparteien vornehmlich als Konsumgut behandelt. Inwieweit Umfang und Art der Leistungen das Wohlbefinden eines Menschen bestimmen, ist während der Verhandlungen nicht ersichtlich. Jeder Leistungskomplex ist zwar mit einem Preis versehen, der pflegerische Nutzen der ambulanten Dienstleistung für den Bedürftigen wird indes nicht sofort transparent. Die Kostenfrage steht unweigerlich im Zentrum der Pflegevertragsverhandlungen.

(3) Die Struktur der Pflegevertragsverhandlungen:

Der dritte Aspekt bezieht sich auf die spezifische Konstellation der Vertragsverhandlungen. Dort berühren sich die persönliche Vertrauenssphäre der Familie und die effizienzorientierte Bürokratie der Sozialstationen. In dieser Situation gewinnen Kostenüberlegungen letztlich Übergewicht, denn Vertragspartner sind nicht die Hilfsbedürftigen, sondern die am wirtschaftlichen Profit interessierten Pflegedienste. Den Vertragsverhandlungen ist ausdrücklich ein Anbieter-Kunden-Modell zugrunde gelegt, nach dem zwei Vertragsparteien über ein bestimmtes Produkt (Pflegeleistungen) verhandeln. Die Konditionen der ambulanten Pflege werden unter diesen Bedingungen nach ökonomischen und bürokratischen Gesichtspunkten diskutiert. Man könnte sagen, daß der menschliche Faktor (das Wohlergehen der Pflegebedürftigen) die ökonomisch-bürokratische Beziehung zwischen Pflegediensten und verhandelnden Angehörigen lediglich durchkreuzt, ohne sie jedoch stärker zu beeinflussen. Alle bisher untersuchten Einflußformen der Pflegeversicherung fanden ihre Umsetzung innerhalb der familiären Sphäre, wo Konsequenzen und Reaktionen der Pflegebedürftigen direkt erfahrbar und nicht zeitlich verschoben auftreten. Insofern bezieht sich das Verhalten der Angehörigen im Fall der Vertragsverhandlungen um Leistungsmodule nicht direkt auf die Pflegebedürftigen, sondern zunächst auf die Pflegedienste, denen sie mit ökonomischen Interessen gegenüberstehen.

Sowohl der spekulative Charakter des oben ausgeführten Erklärungsansatzes als auch die nicht über alle Zweifel erhabene Verlässlichkeit der Expertenaussagen zu dieser Thematik sind bei der Bewertung des Zusammenwirkens von Modulsystem, Vertragsverhandlungen und Versorgungslage der Pflegebedürftigen zu bedenken. Läßt man sich auf die Diagnose der Experten ein, so haben Verhandlungen über die Beanspruchung von

Leistungsmodulen eine negative Wirkung auf die Situation von Pflegebedürftigen. Dieses Ergebnis deckt sich mit der *Erosionsthese*: Die Regelungen des PflegeVG bewirken, daß dort, wo professionelle Hilfe erforderlich ist, diese aufgrund ökonomischer Überlegungen nicht mehr nachgefragt wird, ohne daß ein entsprechender Ausgleich durch informelle Hilfen erfolgt. Durch effizienzorientierte Verhandlungsstrategien kommt es zur Unterversorgung der Pflegebedürftigen mit Hilfeleistungen.

6.2.4 Zusammenfassung der indirekten Interventionen

Die indirekten Interventionen des PflegeVG in die häusliche Pflege können nicht einheitlich bewertet werden. Leistungen bei vollstationärer Versorgung und das Versicherungsprinzip lassen die Bereitschaft der Angehörigen zur Übernahme von Pflegeaufgaben unbeeinflusst. So ist nach den vorliegenden Daten bisher kein *Heimsogeeffekt* aufgetreten, obwohl die Pflegeversicherung durchaus monetäre Anreize für eine vollstationäre Pflege setzt. Die versicherungsrechtliche Konzeption der Pflegeversicherung führt zwar bei den Versicherten zur Entwicklung von Ansprüchen auf einen bestimmten Umfang von Versicherungsleistungen, jedoch wirken sich diese Forderungen, die von den pflegenden Angehörigen an die Mitarbeiter der Sozialstationen herangetragen werden, nicht nachteilig auf die Erbringung familialer Hilfen aus. Die infolge des Stufenmodells und der Budgetierung verursachten Versorgungslücken werden trotz deutlicher Anspruchshaltungen der Angehörigen an die Pflegeversicherung durch privates Engagement gefüllt. Die sozialversicherungsrechtliche Organisation der Pflegeversicherung zeigt insgesamt keine Wirkung auf informelle Unterstützungsleistungen.

Anders verhält es sich mit dem neuen Modulsystem: Pflegeverträge werden zwischen ambulanten Diensten und Angehörigen oft nach kostenorientierten Überlegungen ausgehandelt, was in einigen Fällen zur Unterversorgung der Hilfsbedürftigen führt. Läßt man diejenigen Haushalte außer acht, die mit den Pflegediensten informelle Absprachen treffen und so nicht an dem Aushandlungsprozeß teilnehmen, kann man davon ausgehen, daß pflegerische Hilfen aufgrund der Vertragsverhandlungen insgesamt zurückgehen, denn die aus Kostengründen vorgenommene Rationierung ambulanter Dienstleistungen erfährt oft keinen entsprechenden Ausgleich durch informelle Hilfen. Zurückführen könnte man die negativen Wirkungen der Vertragsverhandlungen auf den faktischen Ausschluß der Pflegebedürftigen von diesen Verhandlungen, auf die Umdeutung des Pflegebedarfs als Ware und auf die Aushandlung des Leistungsumfangs im Rahmen eines Anbieter-Kunden-Modells. Dadurch wird die Situation der Pflegebedürftigen von den Überlegungen der Angehörigen weitgehend abgekoppelt.

Einschränkend muß diesem Befund hinzugefügt werden, daß es sich hierbei nicht um eine Veränderung der Pflegebereitschaft Angehöriger handelt, sondern vielmehr um *Fragen der Organisation* häuslicher Pflege. Wichtiger als diese inhaltliche Schwerpunktverschiebung ist die Skepsis, die gegenüber den Aussagen der Experten zum Verhalten Angehöriger während der Pflegevertragsverhandlungen geäußert werden kann. Die dargelegten Ergebnisse sind immer mit dem Bewußtsein zu lesen, daß sie

die Perspektive der professionellen Leistungsanbieter widerspiegeln. Eine verzerrte Darstellung der Interaktion zwischen Pflegehaushalten und Pflegediensten durch die Interview-partner ist nicht auszuschließen.

7. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Untersuchung hatte zum Ziel, Auswirkungen der Pflegeversicherung auf das informelle Unterstützungspotential für Pflegebedürftige zu erforschen. Die Stärkung der Pflegebereitschaft von Familienangehörigen, Nachbarn und Freunden ist eine ausdrückliche Intention des PflegeVG. Es ist jedoch umstritten, ob mit den verfügbaren sozialstaatlichen Interventionsformen eine Förderung nichtprofessioneller Hilfeleistungen im sozialen Nahbereich zu erreichen ist. Somit stellt sich die Frage, ob die Pflegeversicherung ihrem Anliegen bislang näher kam, oder ob sie einen Rückgang solidarischer Unterstützungsleistungen bewirkte.

Im Zentrum der Analyse standen die Effekte verschiedener Regelungen des PflegeVG auf die Pflegebereitschaft erwachsener Kinder. Die untersuchten Thesen des Synergie-, des Erosions- und des Nulleffekts bezogen sich sowohl auf direkte Interventionen in Form von Geld- und Dienstleistungen als auch auf indirekte Interventionen durch finanzielle Zuwendungen bei vollstationärer Versorgung, den sozialversicherungsrechtlichen Rahmen und das neue Vergütungssystem für ambulante Dienste.

Es wurden komplexe und teilweise widersprüchliche Ergebnisse vorgestellt, die eine eindeutige und abschließende Beantwortung der Frage, ob staatliche Interventionen die familiäre Pflegebereitschaft fördern, nicht beeinflussen oder zersetzen, unmöglich machen. Trotzdem sind die Resultate der Untersuchung von erheblicher sozialpolitischer Relevanz, denn einige der Politik als Argumentationshilfen dienende Annahmen konnten relativiert und teilweise sogar widerlegt werden.

7.1 Eingeschränkte Steuerbarkeit familialer Pflegebereitschaft

Ein wesentliches Ergebnis der Studie ist, daß Fürsorge- und Verantwortungsbereitschaft für pflegebedürftige Familienmitglieder durch die drei *herkömmlichen* sozialstaatlichen Interventionsmittel *Geld* (Geldleistungen), *Recht* (Versicherungsanspruch) und *Dienstleistungen* (Sachleistungen) weitgehend unbeeinflusst bleiben. Der *sozialpolitische Kern* des PflegeVG führt keineswegs, wie so manch einer vermutete, zur „Entsolidarisierung der Familie“. Die Bereitschaft erwachsener Kinder, familiäre Pflegeaufgaben zu übernehmen, scheint sich nicht *aufgrund* der Geld- oder Sachleistungen und des rechtlichen Rahmens der Pflegeversicherung zu verändern. Die potentiellen Pflegepersonen nutzen vielmehr die bereitgestellten Leistungen auf der Basis ihres schon ausgeprägten und unterschiedlich strukturierten Pflegeverständnisses.

Dieses Ergebnis ist konsistent mit den Schlußfolgerungen anderer Studien: So bestätigt sich, zumindest in bezug auf die direkten Interventionen und den rechtlichen Rahmen der Pflegeversicherung, Zemans Ansicht, daß die „Familie als Unterstützungsnetzwerk für ältere Menschen sich der Steuerbarkeit von außen entzieht“ (Zeman 1996, S. 34). Die vorliegende Analyse der Wirkungen des PflegeVG bestätigt damit, daß „[d]ie Vorstellung, politische Entscheidungen vermöchten bestimmte gesellschaftliche

Wirkungen von sich aus verursachen, unrealistisch [ist]" (Kaufmann 1990, S. 150-151).

Obwohl steuernde Einflüsse im Sinne nachhaltiger Einstellungsänderungen informeller Helfer von den gesetzlichen Regelungen nicht ausgehen, läßt das vorliegende Material die Vermutung zu, daß die Pflegeversicherung *ermöglichende oder hemmende Funktionen* besitzt. Das heißt, sie fördert oder erschwert die Entfaltung bereits geformter oder sich verfestigender Solidarformen, ohne diese jedoch zu generieren oder gänzlich zu zerstören. So wird beispielsweise durch die Bereitstellung professioneller Unterstützung im Rahmen der Sachleistungen die familiäre Pflege auch unter schwierigen Voraussetzungen ermöglicht. Aber ohne eine grundsätzliche Pflegebereitschaft, adäquate materielle und soziale Ressourcen kann auch der ergänzende Einsatz ambulanter Dienste in der häuslichen Pflege nicht zur Entstehung dauerhaft stabiler familialer Pflegearrangements beitragen.

7.2 Typenspezifische Effekte direkter Interventionen

Auch das zweite wichtige Resultat der Untersuchung bestätigt eines der zentralen sozialwissenschaftlichen Ergebnisse von Wirkungsanalysen sozialpolitischer Maßnahmen: „*Die Wirkungen politischer Maßnahmen entstehen aus der Reaktion der Betroffenen auf die Maßnahmen, und diese Reaktion kann und wird in der Regel unterschiedlich ausfallen*“ (Kaufmann 1990, S. 151-152). Die Schilderungen der befragten Experten zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung machen deutlich, daß Angehörige verschieden auf die Versicherungsleistungen reagieren. Anhand des Datenmaterials können drei Pflgetypen unterschieden werden, die auf der Basis bestehender Einstellungen und sozialer Lage Pflegesach- und Pflegegeldleistungen in spezifischer Weise nutzen.³¹ Besonderes Augenmerk ist dabei auf die wirtschaftliche Situation der Haushalte zu richten, die als eine zentrale Einflußdimension deren Handlungsoptionen bzw. -restriktionen bestimmt.

Angelehnt an eine Beschreibung der verschiedenen Nutzer professioneller Dienste im Rahmen der Untersuchung einer Pflegeberatungsstelle (vgl. Zellhuber/Steiner-Hummel 1991), werden die drei Typen in der vorliegenden Untersuchung wie folgt bezeichnet:

(1) traditionell-orientierte, (2) autonomie-orientierte und (3) materiell-orientierte Pflegepersonen

Traditionell-orientierte und *autonomie-orientierte* Pflegepersonen (vgl. Kapitel 6.1.1) sind hinsichtlich ihrer Auffassung von der angemessenen Form familialer Fürsorge für einen Pflegebedürftigen zu unterscheiden. *Traditionell-orientierte* Angehörige folgen der bislang dominierenden gesellschaftlichen Fürsorgenorm, die eine eigenhändige Pflege durch Familienmitglieder, in der Regel Frauen, fordert. Unterdessen machen *autono-*

³¹ Die Typisierung der Pflegepersonen dient in erster Linie der begrifflichen Fassung eines sozialen Feldes. Die Konzentration auf ausgewählte Aspekte und einseitige Übersteigerungen sind Teil einer Methode zur Erschließung eines bislang weitgehend unerforschten Untersuchungsgegenstandes. Die realen Phänomene treten weniger trennscharf und m.E. als Mischformen auf.

mie-orientierte Personen, meist ebenso Frauen, ihre Lebensplanung nicht vollständig von der persönlichen Versorgung eines Pflegebedürftigen abhängig, sondern erhalten sich Freiräume. Gemeinsam ist den an der *traditionellen* Pflegenorm orientierten Angehörigen und *autonomie-orientierten* Personen, daß sie sich unabhängig vom Erhalt von Versicherungsleistungen als verantwortlich für die Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen betrachten. Ihre Verantwortlichkeiten drücken sich jedoch unterschiedlich aus: Während Personen, die Pflichtwertorientierungen in der häuslichen Pflege folgen, eher eigenhändig pflegen, sind *autonomie-orientierte* Angehörige vor allem mit der Organisation häuslicher Pflegearrangements befaßt.

Im Gegensatz zu diesen beiden Typen sehen *materiell-orientierte* Pflegepersonen (vgl. Kapitel 6.1.2) nach Aussage der Experten in der häuslichen Pflege einen Weg, um ihr Haushaltseinkommen zu steigern. In diesen Fällen ist die Pflegemotivation von der Existenz von Versicherungsleistungen abhängig. Nach Übernahme von Pflegeaufgaben tritt aber auch für Angehörige, die aufgrund finanzieller Überlegungen pflegen, die Situation der Hilfeempfänger und die Frage nach den eigenen Versorgungskapazitäten gegenüber materiellen Interessen in den Vordergrund. So suchen sie bei Überlastung durch die häusliche Pflege ambulante Dienste auf und halten nicht aufgrund finanzieller Überlegungen unter allen Umständen an häuslicher Pflege fest.

Nach Aussagen der Experten handelt es sich bei den verschiedenen Pfegetypen nicht um drei gleich große Gruppen: Eindeutig in der Minderheit sind Pflegepersonen mit primär materiellen Interessen, während aus den Gesprächen nicht deutlich wurde, in welchem Zahlenverhältnis *traditionell-* und *autonomie-orientierte* Personen zueinander stehen.

7.2.1 Der an traditionellen Pflegenormen orientierte Pfegetyp

Pflegepersonen, die der traditionellen Norm der eigenhändigen häuslichen Pflege folgen, beanspruchen vor allem *Geldleistungen*, aber nicht aus finanziellem Interesse, sondern weil sie ohnehin zu Hause pflegen möchten. Daher können durch das Pflegegeld keine zusätzlichen Helfer des traditionellen Typs mobilisiert werden. Dieses Ergebnis korrespondiert mit der *Nulleffektthese*: Geldleistungen haben keinen Einfluß auf die Pflegebereitschaft *traditionell-orientierter* Pflegepersonen. Die Schlußfolgerungen einer anderen Studie zu Geldleistungen in der Pflege stützen diesen Befund. Dort wird ebenfalls davon ausgegangen, „daß bislang das Pflegegeld im Rahmen selbst vorgenommener Hilfe- und Pflegearrangements gewissermaßen 'mitgenommen' wird“ (Evers/Rauch 1996, S. 43). Es zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung aber auch, daß finanzielle Gratifikation das Engagement *traditionell-orientierter* Angehöriger erleichtert. Das Pflegegeld kommt der Realisierung bestehender Fürsorgemotivationen entgegen.

Traditionell-orientierte Personen setzen *Sachleistungen* und *Kombinationsleistungen* nur ein, um eine dauerhafte Überlastung durch die häusliche Pflege zu vermeiden oder zu kompensieren. Professionelle Unterstützung

wird oft erst nach massivem Zureden durch Bezugspersonen in Anspruch genommen. Während *traditionell-orientierte* Pflegepersonen keinen Anspruch auf vollständige Übernahme aller häuslichen Pflegeaufgaben an die Pflegedienste stellen, erwarten sie jedoch eine hohe Qualität von den Dienstleistern. Viele Angehörige des *traditionell-orientierten* Pflgetyps stoßen nach längerer Zeit selbst an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit, und der Verbleib des Pflegebedürftigen zu Hause kann oft nur durch zusätzliche professionelle Unterstützung ermöglicht werden. Sach- und Kombinationsleistungen zeigen in dieser Situation *Synergieeffekte*, denn sie fördern den Fortbestand familialer Pflegearrangements.

Die Gruppe der Angehörigen, die der traditionellen *Pflicht zu pflegen* folgt, scheint nach Ansicht der Experten insgesamt abzunehmen. Jüngere Generationen bemühen sich mehr um die Organisation der Betreuung pflegebedürftiger Familienmitglieder als um die tatsächliche Ausübung von Pflegeaufgaben. Diese Personen sind dem *autonomie-orientierten* Typ zuzurechnen.

7.2.2 Der autonomie-orientierte Pflgetyp

Sach- und Kombinationsleistungen werden primär von *autonomie-orientierten* Angehörigen gewählt. Pflegepersonen dieses Typs richten schon zu Beginn der Pflege umfassende Ansprüche an die Sozialstationen und versuchen, eine Zusammenarbeit zwischen professionellen und nicht-professionellen Helfern zu etablieren. Sowohl Sach- als auch Kombinationsleistungen erlauben, daß *autonomie-orientierte* Pflegepersonen trotz eingeschränkter persönlicher Verfügbarkeit die häusliche Betreuung des Pflegebedürftigen unter Einbeziehung externer Hilfen erhalten können. Dieses Ergebnis ist konsistent mit der *Synergiethese*: Versicherungsleistungen unterstützen die Versorgung der Pflegebedürftigen zu Hause. Professionelle Hilfe substituiert familiäre Pflege nicht. Geschmälert wird die positive Wirkung ambulanter Leistungen jedoch durch ihren beschränkten Umfang. Die Budgetierung von Sachleistungen macht den Einsatz Angehöriger in der Pflege unvermeidlich. Dies hat negative Effekte auf die häusliche Pflege, da es langfristig zur Überlastung der prinzipiell bereitwilligen, aber nicht unbeschränkt einsatzfähigen Pflegenden kommen kann.

Entscheiden sich *autonomie-orientierte* Pflegepersonen für *Pflegegeld* oder Kombinationsleistungen, dann setzen sie diese Leistungen auch für paraprofessionelle Hilfen des *grauen* Pflegemarktes ein. Hier zeigt sich, daß sie im Vergleich zu den an *traditionellen* Pflegenormen orientierten Angehörigen bei der Organisation der Pflege eher nach außen orientiert sind. Wie bereits festgestellt, sind *autonomie-orientierte* Personen vor allem an der Zusammenstellung eines Mixes aus (para)professioneller und nichtprofessioneller Hilfe interessiert.

Der *autonomie-orientierte* Pflgetyp weist im Umgang mit der familialen Pflegenorm große Parallelen zu denen von Ursula Dallinger als „pragmatische Moralisten“ (1998, S. 126) bezeichneten pflegenden Angehörigen auf. In einer qualitativen Studie zum Umgang mit dem Beruf-Pflege Konflikt veranschaulicht sie den „distanzierten und kalkulierenden Umgang“ (ebd.) der befragten erwachsenen Kinder mit familiären Solidaritätsnor-

men. Der „ökonomische Umgang mit Moral“ (ebd.) schlägt sich in einem Abwägen zwischen Beruf, Pflege und Familie nieder. In ähnlicher Weise treffen auch *autonomie-orientierte* Pflegepersonen in meiner Studie ihre Entscheidung für die häusliche Pflege.

Die von mir vorgenommene Unterscheidung *traditionell-orientierter* und *autonomie-orientierter* Pflegepersonen soll nicht den Eindruck einer statischen Struktur erwecken. Bei genauer Betrachtung entspricht diese Gliederung in groben Zügen einer Differenzierung nach Generationen, und zwar in einem doppelten Sinn: Jüngere, dem *autonomie-orientierten* Typ zuzurechnende Pflegehaushalte, unterscheiden sich vom traditionellen Typ sowohl durch ihr Lebensalter als auch bezüglich ihrer Pflegeerfahrungen.

Da man davon ausgehen kann, daß *autonomie-orientierte* Pflegepersonen mit zunehmendem Alter schon allein aus physischen Gründen nicht stärker zu selbsterbrachter Pflege neigen, kann auch im engeren Sinn von einem Generationenunterschied zwischen dem *autonomie-orientierten* Typ und den an *traditionellen* Pflegenormen orientierten Personen gesprochen werden. Das heißt, die sich abzeichnende Tendenz, daß jüngere Pflegegenerationen verstärkt auf ambulante Dienste zurückgreifen, ist kein auf das Lebensalter bezogenes Phänomen, sondern wird die jetzt noch jungen Pflegepersonen auch im höheren Alter prägen. Deshalb ist eine dauerhafte Verschiebung der Pflegearrangements in Richtung auf professionelle Unterstützung zu erwarten. Wie meine Ergebnisse verdeutlichen, ist die Pflegeversicherung jedoch nicht der Auslöser einer solchen Entwicklung. Sie schafft nur fördernde Rahmenbedingungen zur Entfaltung bereits bestehender Haltungen. Einen generationsspezifischen Wandel in der häuslichen Pflege vermuten ebenfalls Evers und Rauch, die durch eine Literaturanalyse zu folgendem Schluß kommen: „Trotz eines nach wie vor bestehenden Verantwortungsgefühls ist zu vermuten, daß sich bei Jüngeren ein neues Pflegeverständnis herausbildet, das eher die Delegation von Pflegeaufgaben zuläßt“ (Evers/Rauch 1996, S. 10). Diese Veränderungen bergen einen gewaltigen sozial- und pflegepolitischen Handlungsbedarf in sich, denn Strategien, die Altenpflege in die Familien zurückzuverlagern, erscheinen zunehmend als „pure Utopie“ (Hörl 1992, S. 96).

7.2.3 Der an materieller Unterstützung orientierte Pflgetyp

Einen Anreiz zur Pflege erzeugt die Pflegeversicherung für Personen, die sich durch die Pflegegeldleistungen eine Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Lage erhoffen. Doch häufig ist das Leistungspotential der Personen mit materiellen Interessen an der häuslichen Pflege aufgrund sozioökonomischer Benachteiligungen stark eingeschränkt. Die familiäre Pflege ist in diesen Fällen selten dauerhaft und führt schnell zu Überlastungen. Trotz der kurzfristigen Mobilisierung familialer Pflege entspricht dieses Ergebnis der *Erosionsthese*, denn die Leistungen der Pflegeversicherung stabilisieren informelle Hilfen nicht, sondern bewirken langfristig eher deren Verfall. Allein durch den Bezug von Geldleistungen können sich finanziell schlecht gestellte Haushalte offenbar kein tragfähiges soziales Unterstützungsnetzwerk aufbauen.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, daß die Einrichtung eines optimalen Pflegemixes aus Angehörigen, Pflegekräften und nicht formal organisierten Hilfen nur für diejenigen möglich ist, die sich das leisten können. Teilweise sehen ärmere Familien in der Pflege eines Angehörigen eine Möglichkeit, ein zusätzliches Einkommen zu erwirtschaften. Insbesondere in Zeiten zunehmender Arbeitslosigkeit und der Ausweitung geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse gewinnt, nach Erfahrung der Experten, die häusliche Versorgung eines Angehörigen für sozial schwache Haushalte an Attraktivität. Untersuchungen über die Inanspruchnahme von Geldleistungen nach SGB 5 in den Jahren 1991 und 1992 bestätigen die vorliegenden Ergebnisse: Damals wurde deutlich, „daß vorzugsweise sozial schwache Familien auf Geldleistungen drängen“ (Naegele 1992, S. 618). Die Übernahme von Pflegeaufgaben aufgrund wirtschaftlicher Überlegungen betrifft in besonderem Maße Frauen. Sowohl aufgrund geschlechtsspezifischer familiärer Rollenerwartungen als auch wegen ihrer strukturellen Benachteiligungen am Arbeitsmarkt kommen sie in erster Linie als Pflegepersonen in Frage.

Problematisch ist eine materiell motivierte Pflege, wenn Versorgungsaufgaben trotz mangelnder pflegerischer Möglichkeiten übernommen werden. Aber gerade in finanziell schwachen Haushalten sind, so der Eindruck der Experten, die materiellen Ressourcen und das soziale Umfeld oft nicht geeignet, häusliche Pflegeleistungen in angemessener Qualität zu ermöglichen. Die Befragten weisen ausdrücklich darauf hin, daß nicht mangelnde Tragfähigkeit der Pflegemotivation von Personen mit materiellen Interessen zu schlechterer Pflegequalität führt, sondern sich die soziale und ökonomische Lage der betreffenden Haushalte negativ auf deren Versorgungskapazitäten auswirken. Wenn eine Zwei-Klassen-Versorgung vermieden werden soll, verlangt die sich zuspitzende Situation am Arbeitsmarkt, daß dieser Problematik in Zukunft verstärkte politische Aufmerksamkeit gewidmet wird.

An dieser Stelle möchte ich auf eine Einschränkung der obigen Ausführungen zu *materiell-orientierten* Pflegepersonen hinweisen. Wie Untersuchungen über die Nutzung sozialer Dienste zeigen (vgl. Wirth 1982), könnte die Inanspruchnahme von Sachleistungen durch Haushalte in prekären Lagen auch anders erklärt werden. Wirth weist darauf hin, daß diejenigen Personen, die professioneller Hilfe am meisten bedürfen, „häufig am wenigsten über die Voraussetzungen und Mittel verfügen, die zur Inanspruchnahme der Dienste erforderlich sind“ (a.a.O., S. 144). Auf der einen Seite werden geringe kommunikative und interaktive Kompetenzen gegenüber staatlichen Behörden für mangelnde Inanspruchnahme von Leistungen durch sozial Benachteiligte verantwortlich gemacht. Folglich würden im Bereich der Pflege sozial schwache Haushalte, wenn es um die Nutzung professioneller Pflegedienstleistungen geht, eher vor Barrieren stehen als Mittel- bzw. Oberschichtsfamilien und deshalb verstärkt auf Geldleistungen zurückgreifen. Auf der anderen Seite zeigt Wirth, „daß die Nachfrager mit den größten Problemen zum Teil systematisch vom Empfang der Hilfeleistungen ausgeschlossen werden - je größer die Hilfsbedürftigkeit ist, desto unerwünschter ist die Nachfrage“ (ebd.). Die Anbieter sozialer Dienstleistungen verfahren demzufolge nach bestimmten Selektionsstrategien. So könnten auch ambulante Pflegedienste selbst kein Interesse daran haben, aufwendige Pflegefälle zu übernehmen. Da in sozial

schwächeren Haushalten der Hilfebedarf meistens am größten ist, wäre anzunehmen, daß Pflegedienste ärmere Haushalte zur Übernahme häuslicher Pflegeaufgaben ermuntern könnten, um für diese Fälle keine Dienstleistungen bereitstellen zu müssen. Insgesamt ließe sich die verstärkte Inanspruchnahme von Geldleistungen durch wirtschaftlich schlecht gestellte Haushalte auch als eine Folge struktureller Barrieren bei der Inanspruchnahme sozialer Dienste erklären und nicht als Konsequenz materieller Interessen. Die Ausführungen der Experten zu den in der vorliegenden Studie als *materiell-orientiert* bezeichneten Haushalten, sind demnach mit Vorsicht zu interpretieren.

Abschließend sei bemerkt, daß die typenspezifische Analyse der direkten Interventionen vor allem auf einen Aspekt hinweist: Eine einheitliche, pauschale Bewertung der Pflegeversicherung ist nicht möglich. Beispielsweise führen Geldleistungen unter bestimmten Umständen zu Erosionseffekten, während sie die Mehrheit der Pflegenden nicht beeinflussen. Für Pflegesachleistungen läßt sich zumindest festhalten, daß sie in keinem Fall zur Substitution der Hilfen von Angehörigen durch professionelle Dienste führen. Im Gegenteil: In den dargestellten Konstellationen entlasten Pflegedienste familiäre Pflegepersonen durchweg, ohne ihre Pflegebereitschaft zu untergraben.

Die geschilderten Wirkungen der Pflegeversicherung zeigen meines Erachtens, daß Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige auf vielfältigen materiellen und kulturellen Voraussetzungen beruhen. Die Pflegeversicherung greift in bereits konstituierte soziale Verhältnisse ein. Die direkten Interventionen ermöglichen, zumindest in Ansätzen, den Personen, die bereit und in der Lage sind, Hilfe zu gewähren, die Umsetzung ihrer solidarischen Orientierungen.

Jedoch können nicht alle Angehörige das geforderte Maß an Fürsorge erbringen oder statt dessen professionelle Dienste engagieren. So werden bestehende soziale Ungleichheitsstrukturen durch das PflegeVG reproduziert, denn ärmere Haushalte sehen sich aus finanziellen Überlegungen zur Ausübung von Pflegeleistungen veranlaßt, ohne ihr Unterstützungsnetzwerk durch bereitgestellte Versicherungsleistungen entsprechend stabilisieren zu können. Sie belasten sich daher in bereits prekären Situationen zusätzlich mit Pflegeaufgaben.

7.3 Bewertung indirekter Interventionen

Im Gegensatz zu den Wirkungen der Geld- und Sachleistungen können die Wirkungen indirekter Interventionen – dem versicherungsrechtlichen Rahmen, den Leistungen bei vollstationärer Pflege und dem Modulsystem – nicht nach bestimmten Pflgetypen unterschieden werden. In einigen Interviews wurde jedoch auf einen unterschiedlichen Umgang der Angehörigen mit diesen Interventionen, je nach wirtschaftlicher Lage der Familien, hingewiesen. Folgt man den Aussagen der Experten, so sind wohlhabendere Haushalte nicht unbedingt dazu bereit, mehr Geld für die Pflege auszugeben. Im Gegenteil, sie setzen sich mit den Pflegediensten intensiver über Kostenfragen auseinander. Eine Begründung dafür mag in ihrer

ausgeprägten Verhandlungssouveränität und ihrer Machtposition in Verhandlungen liegen.

Welche unerwarteten Wirkungen gehen nun von den Instrumenten des PflegeVG aus, die nicht explizit eine Stärkung familialer Pflegebereitschaft zum Ziel haben? Die Untersuchung zeigt, daß die *Leistungen bei vollstationärer Pflege* im Rahmen der Pflegeversicherung bisher nicht zu einem *Heimsog* führten. Dies konnte anhand eines Vergleichs des Anteils von Heimbewohnern an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen vor und nach Einführung der Pflegeversicherung festgestellt werden. Auch die *Konzeption der Pflegeversicherung als Sozialversicherung* mit Beitragspflicht hat nicht den vorhergesagten Rückgang familialer Pflegebereitschaft zur Folge. Ansprüche auf eine vollständige Abdeckung des Pflegefallrisikos entwickeln sich zwar, jedoch führt dies nicht zu einer Abnahme privater Eigeninitiative oder Verantwortungsbereitschaft gegenüber pflegebedürftigen Familienmitgliedern. Dieses Ergebnis wird gestützt durch die Angaben der repräsentativen Untersuchung von Runde (1996). Dort wurde herausgefunden, daß sich eine auf den Staat bezogene Anspruchshaltung nur im Bereich der Finanzierung erkennen läßt (vgl. S. 25). Zusammengefasst sind weder unerwünschte Wirkungen des versicherungsrechtlichen Rahmens noch der Leistungen bei stationärer Versorgung auf die Pflegebereitschaft der Angehörigen oder die Situation der Pflegebedürftigen zu erkennen. Dieses Ergebnis ist konsistent mit der *Nulleffektthese*.

Die Einführung des neuen Vergütungssystems nach Leistungskomplexen bzw. Leistungsmodulen hat hingegen nichtintendierte Auswirkungen auf die Versorgung Pflegebedürftiger. Bei Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen nimmt das Modulsystem, nach Auskunft der Experten, direkt auf die Organisation der häuslichen Pflege Einfluß, denn wie die häusliche Pflege aussehen soll, wird in den Pflegeverträgen festgehalten, die nach dem Modulsystem aufgebaut sind. In den Vertragsverhandlungen stehen sich die Interessen der Angehörigen und der Sozialstationen gegenüber: Es kann bei Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen mehr oder weniger professionelle Hilfe gewählt werden, wobei ein geringerer Leistungsumfang an ambulanten Pflegeeinsätzen zu einer höheren Auszahlung von Pflegegeld an Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige führt. Die Einführung von Leistungsmodulen bewirkt nun, daß nur noch einzelne Tätigkeiten der ambulanten Dienste von den Pflegehaushalten *eingekauft* werden und nicht mehr eine bestimmte Stundenzahl von Pflegeeinsätzen. Nach Ansicht der Experten werden die Verhandlungen zur Festlegung der Zahl der Leistungsmodule stark durch wirtschaftliche Überlegungen der Pflegehaushalte bestimmt. Der Abschluß der Pflegeverträge sei ein kostenorientierter Aushandlungsprozeß, der seinen eigentlichen Zweck, die Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen, häufig verfehle.

Mit der Bezeichnung der Pflegevertragsverhandlungen im Rahmen des neuen Vergütungssystems als Aushandlungsprozeß steht die vorliegende Untersuchung nicht allein. Eine Studie der „Projektgruppe Modulsystem“ an der Fachhochschule Potsdam (vgl. Becher/Hermanns 1997) kommt ebenfalls zu dem Schluß, „daß der überwiegende Teil der Pflegeempfänger sich nicht einbezogen sieht in die Auswahl der Leistungskomplexe sowie beim Abschluß des Pflegevertrages“ (a.a.O., S. 11). In der Potsdamer Studie, die sich auf das Verhältnis von professionellen Leistungserbringern zu

Leistungsempfängern bezieht, kamen 32 Pflegebedürftige im Rahmen einer leitfadenorientierten Befragung selbst zu Wort. Die Studie zeigt, daß sich die Versorgungslage vieler Pflegebedürftiger durch die Umstellung auf Leistungskomplexe verschlechtert hat. Dies wird unter anderem darauf zurückgeführt, daß die geforderte „Fähigkeit des 'selbstbewußten Kunden' zur Interessenaushandlung, in der Realität der hier befragten Pflegeempfänger nicht vorhanden ist“ (ebd.). Die Autoren der Studie betonen, daß das Verhältnis von Pflegeempfängern zu Pflegekräften „weniger durch ein *Kontraktverhältnis* geprägt [ist], als durch ein *persönliches Verhältnis* eines 'Schützlings' zu einem 'Sorgeberechtigten', der sich persönlich dafür verantwortlich fühlt, daß der 'Schützling' zu seinem Recht kommt“ (a.a.O., S. 12). Aus diesem Grunde erweist sich die Anwendung eines Anbieter-Kunden-Modells in der häuslichen Pflege als problematisch.

Während die Potsdamer Studie vor allem die mangelnde Verhandlungsmacht der Pflegebedürftigen in den Vordergrund stellt, wird in der vorliegenden Arbeit das Verhalten der Angehörigen im Rahmen der Vertragsverhandlungen untersucht. Wie bereits erwähnt, geben die Experten an, daß ein großer Teil der Angehörigen vor allem auf der Basis wirtschaftlicher Überlegungen über den Umfang von Leistungsmodulen verhandelte. Die Bedürfnisse der zu Pflegenden kämen in dieser Situation häufig zu kurz. Drei Gründe wurden zur Erklärung dieses Sachverhalts vorgestellt: (1) Der Ausschluß der Pflegebedürftigen von den Verhandlungen, (2) die direkte Verknüpfung materieller Kosten mit isolierten Leistungsmodulen und (3) die besondere Situation der Pflegevertragsverhandlungen. Im Mittelpunkt dieser letzten Überlegungen steht, daß sich das Handeln der Angehörigen bei Vertragsverhandlungen im Spannungsfeld zwischen einem persönlichen *Vertrauensverhältnis* zu den Pflegebedürftigen und einem *Kontraktverhältnis* zu den ambulanten Diensten bewegt. Die Angehörigen erfahren demnach ein „Interaktionsproblem“ zwischen den Werten des häuslichen und des ökonomischen Lebens (vgl. Hörl 1992). Beiden Handlungskontexten sind unterschiedliche Anforderungen zugrunde gelegt: Fürsorglich-solidarische Verhaltensweisen sind im Kontakt mit Pflegebedürftigen gefordert, während bürokratisches und effizienzbezogenes Verhalten gegenüber den Pflegediensten notwendig ist. Es kann nun begründet angenommen werden, daß aufgrund der Abwesenheit der Pflegebedürftigen bei den Verhandlungen die ökonomischen Kalküle der Verhandlungspartner die Oberhand gewinnen und das Wohlergehen der zu Pflegenden unzureichend berücksichtigt wird.

Nicht alle Haushalte reagieren auf die Einführung des Modulsystems in der geschilderten Art. Die Befragten berichten ebenso von Angehörigen, die eine möglichst umfassende Versorgung mit Leistungen anstreben, auch wenn dies mit höheren Kosten verbunden ist. Auch sozial schwache Haushalte verhandeln mit den Pflegediensten selten auf der Basis wirtschaftlicher Rationalitäten.

Trotz dieser Einschränkungen vermitteln die vorliegenden Ergebnisse insgesamt ein negatives Bild von den Wirkungen der Leistungsmodule bei Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen. Effizienzorientierte Verhandlungsformen erweisen sich zur Festlegung eines angemessenen Umfangs professioneller und informeller Hilfeleistungen als ungeeignet. Nach den Erfahrungen der Experten erfolgt eine Überanpassung der verhan-

delnden Familienmitglieder an die wirtschaftlich orientierte Logik der Leistungsanbieter. Da dies teilweise zur Unterversorgung der Pflegebedürftigen führt, können dem Modulsystem negative Auswirkungen auf die häusliche Pflege zugeschrieben werden. Treffen die Aussagen der Interviewpartner tatsächlich zu, lägen hier unerwartete Auswirkungen des PflegeVG vor, denen in Zukunft stärker nachgegangen werden müßte.

Strenggenommen ist dies jedoch nicht ein Problem mangelnder Pflegebereitschaft, sondern eine Folge kostenorientierter Organisation häuslicher Pflegearrangements. Von dem Verhalten der Angehörigen in den Vertragsverhandlungen kann nicht zwingend auf deren unzureichende Fürsorglichkeit gegenüber den Pflegebedürftigen geschlossen werden.

Einschränkend ist diesen Ausführungen hinzuzufügen, daß im Fall der Pflegevertragsverhandlungen die Aussagen der Experten durchaus kritisch zu bewerten sind, denn die Interessen der Pflegedienste stehen denen der Angehörigen bei Abschluß der Pflegeverträge diametral gegenüber. Dies ließ sicherlich auch die Darstellungen des Geschehens durch die Interviewpartner nicht unbeeinflusst. Ob in den Vertragsverhandlungen tatsächlich um einzelne Module „gefeilscht“ wird, ließe sich nur anhand von Beobachtungen belegen.

7.4 Fazit

Die Zielsetzung der Pflegeversicherung, auf eine „neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung“ hinzuwirken, ist mit den Mitteln eines, wenn auch innovativen und umfangreichen, Gesetzes nicht zu erreichen. In Ansätzen läßt sich erkennen, daß die Betroffenen selbst ihre *neue Kultur des Helfens* erzeugen und dazu die Versicherungsleistungen *nutzen*. Die Pflegeversicherung kann sich gegenüber diesen Bestrebungen als hinderlich oder als förderlich erweisen.

Die Studie zeigt, daß bereits bestehende, vom PflegeVG offenbar unabhängige Wertorientierungen und sozioökonomische Bedingungen der potentiellen Helfer zu einem bestimmten Umfang sozialer Unterstützungsleistungen führen. Die eingeführte Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Leistungsformen hat zwar durchaus positive Effekte, denn verschiedene Vorstellungen von familialer Verantwortung können mit Hilfe verschiedener Leistungen tatsächlich realisiert werden, jedoch führt die Bereitstellung von Leistungen nicht allein zur Entwicklung stabiler (Selbst-)Hilfepotentiale. Eingeschränkte Leistungshöhe (Budgets), begrenzte Leistungsgewährung (Pflegestufen) und vor allem effizienzorientierte Organisationsformen von Hilfen (Leistungskomplexe) wirken jedoch nachteilig auf die Entfaltung *neuer* Unterstützungsformen und auf die Stabilisierung bestehender Hilfen. Insgesamt enthält das PflegeVG in bezug auf die Stärkung informeller Unterstützungspotentiale also sowohl *hemmende* als auch *fördernde* Elemente. Augenfällig ist, daß konstruktive Impulse zur Unterstützung der Pflegebereitschaft von sozialpolitischen Mitteln wie Pflegegeld und Pflegesachleistungen ausgehen, während sich finanzpolitische Mittel wie Leistungsbudgets und Leistungskomplexe negativ auf das informelle Unterstützungspotential auswirken. Es bewahrheitet sich einmal

mehr, daß eine effektive Stärkung von Solidargemeinschaften eben nicht umsonst zu haben ist, sondern zunächst finanzielle Aufwendungen nötig macht.

8. Schlußfolgerungen: Ausblicke auf die Politik

Ein Ergebnis der Untersuchung lautet, daß sich selbst durch umfangreiche und innovative sozialpolitische Anstrengungen keine „neue Kultur des Helfens“ erzeugen läßt. Die Pflege alter Eltern ist nicht eine Frage staatlicher Anreiz- oder Substitutionsmöglichkeiten. Sie bedarf moralischer, sozialer und auch materieller Voraussetzungen, die durch isolierte sozialpolitische Interventionen nicht geschaffen werden können. Zudem stehen neuartige Strategien zur Förderung informeller Unterstützungspotentiale vor einer entscheidenden Herausforderung: Selbsthilfepotentiale sind in unserer Gesellschaft ungleich verteilt.

Vor diesem Hintergrund sind zwei Ansatzpunkte (sozial)politischen Handelns denkbar, die ich kurz ansprechen möchte: Pflegepolitische Maßnahmen könnten spezifische Defizite des Gesetzes ausgleichen und damit das Engagement informeller Helfer erleichtern. Der eigentliche Schlüssel zur langfristigen Stärkung solidarischer Unterstützungsleistungen ist jedoch auf gesellschaftspolitischer Ebene zu suchen. Grundsätzlich ist eine Debatte über die Rolle von Werten wie Solidarität und Fürsorglichkeit zu fordern, denn eine „neue Kultur des Helfens“ muß in einen geeigneten kulturellen und gesellschaftlichen Rahmen – in eine *caring society* – eingebettet sein. Daran wären praktische Veränderungen in der Organisation von Erwerbsarbeit, der Grundsicherung, des Geschlechterverhältnisses und der Generationenbeziehungen zu koppeln, die zwischenmenschlichen Unterstützungsleistungen bessere Entfaltungsmöglichkeiten gewährleisten könnten

8.1 Pflegepolitische Vorschläge

Die nachstehenden Anregungen beziehen sich auf ausgewählte Aspekte des PflegeVG und auf eine einzige Problemstellung: Wie können informelle Unterstützungsleistungen im Rahmen der bestehenden Pflegeversicherung erleichtert werden? Die Pflegeversicherung hat jedoch nicht nur die Stärkung solidarischer Hilfen für Pflegebedürftige zum Anliegen, sondern ist ein Kompromiß aus verschiedenen sozial-, finanz- und ordnungspolitischen Zielvorstellungen. Die Vorschläge müßten deshalb auch hinsichtlich ihrer Verträglichkeit mit weiteren, an das Gesetz gestellten Anforderungen geprüft werden. Dies ist in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht zu leisten. Aus diesem Grunde sind die Vorschläge ausschließlich als fragmenthafte Lösungsansätze für den Problembereich *informelle Hilfen* zu verstehen.

Bedarfsgerechte Leistungen

Sach- und Geldleistungen sollten bedarfsgerecht, das heißt gemessen am jeweiligen Hilfebedarf der Pflegebedürftigen und auch der Haushalte, verteilt werden. Die bislang budgetierten Versicherungsleistungen führen

dazu, daß Angehörige, trotz eines Anspruchs auf Versicherungsleistungen, Pflegeaufgaben in einem Umfang übernehmen müssen, zu dem sie nicht bereit oder nicht in der Lage sind. Es ist damit zu rechnen, daß es nach der gegenwärtigen Leistungspraxis schnell zu einem *burn-out* der Helfer kommt und diese sich letztlich für eine stationäre Versorgung der Pflegebedürftigen aussprechen. Daß die Erhöhung der Sachleistungen (d.h. der professionellen Unterstützung) zu einer Überbeanspruchung ambulanter Dienste führt, ist nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung nicht zu erwarten. Insbesondere für Sachleistungen gilt, daß Angehörige ambulante Dienste nicht zur Substitution von Eigenleistungen nutzen, sondern bestrebt sind, einen für sie und für die Pflegebedürftigen optimalen Pflegemix aus professioneller und nichtprofessioneller Hilfe einzurichten.

Vertrauensvolle Kooperationsbeziehungen in der häuslichen Pflege

Es sollte vermieden werden, in den Beziehungen zwischen ambulanten Pflegediensten und Angehörigen bzw. Pflegebedürftigen ein Anbieter-Kunden-Modell zu etablieren. Da für die Zukunft eine Intensivierung der Kontakte zwischen formellem und informellem Bereich in der häuslichen Pflege zu erwarten ist, sollten vertrauensvolle und nicht ausschließlich effizienzorientierte Formen der Zusammenarbeit geschaffen werden. Die Einführung von Leistungsmodulen scheint in diesem Zusammenhang nicht die geeignete Maßnahme zu sein, um solidarische Beziehungen zwischen Pflegediensten und Angehörigen zu fördern. Auch wenn durch Anwendung des Marktprinzips auf die häusliche Pflege die Transparenz für Leistungsempfänger und der Wettbewerb unter den Anbietern gesteigert werden können, ist festzustellen, daß die Interessen des schwächsten Verhandlungspartners, des Pflegebedürftigen, bei der Festlegung des Pflegeumfangs häufig zu wenig Berücksichtigung finden. Die Vergütung professioneller Pflegeleistungen nach Stunden und nicht nach einzelnen Leistungsmodulen könnte den auf den Pflegevertragsverhandlungen lastenden Effizienzdruck verringern und eine bessere Versorgung des Pflegebedürftigen ermöglichen.

Größeres Beratungsangebot

Pädagogische Interventionen sollten in der häuslichen Pflege stärkeres Gewicht erhalten. Beratungsgespräche für Personen, die Pflegegeld beanspruchen, wären nicht nur einmal halbjährlich bzw. einmal vierteljährlich, sondern in kürzeren Abständen anzubieten. Professionelle Beratung über Anforderungen und Konsequenzen der häuslichen Versorgung eines Pflegebedürftigen könnten dazu beitragen, daß Personen mit eingeschränkten Ressourcen auch nur eingeschränkte Pflegeaufgaben übernehmen. Jedoch ist es zu vermeiden, zusätzliche Beratungsgespräche generell verpflichtend einzuführen. Es sollten vielmehr fallspezifische Nutzungsmöglichkeiten eingeführt werden. Nicht jeder Pflegehaushalt hat den gleichen Informations- und Betreuungsbedarf.

8.2 Gesellschaftspolitische Perspektiven

Den Wirkungsmöglichkeiten eines verbesserten PflegeVG sind enge Spielräume gesetzt. Wenn eine „neue Kultur des Helfens“ wirklich die Bezeichnung *neu* verdienen soll, sie also die Lasten der Versorgung hilfsbe-

dürftiger Personen nicht bloß feminisiert, familisiert oder einseitig privatisiert, dann sind grundlegende gesellschaftliche Veränderungen anzustreben. Es gilt, über Bedingungen nachzudenken, die informellen Unterstützungspotentialen bessere Entfaltungsmöglichkeiten schaffen. Dieses Vorhaben setzt wiederum eine Diskussion über die Bedeutung der Werte Fürsorglichkeit und Solidarität in unserer Gesellschaft voraus.

Das in den Niederlanden vor einigen Jahren vorgestellte Konzept einer *caring society* bietet ein normatives Leitbild, das soziale und ökonomische Ressourcen stärker in den Dienst der Förderung nichtprofessioneller Hilfe und Pflege stellt. Danach werden gesellschaftliche Bedingungen derart umgestaltet, daß informelle Unterstützungspotentiale zu einem Teil eines ausgewogenen Wohlfahrtsmixes aus Staat, Markt, Drittem Sektor und informellem Bereich avancieren. Soziale und materielle Anerkennung von Familienarbeit und freiwilligem Engagement zum Wohle anderer (neben der herkömmlichen Erwerbsarbeit), bessere Vernetzung professioneller und unentgeltlicher Hilfen, insbesondere im Pflegebereich, und großzügige Bereitstellung erwerbsunabhängiger Finanzressourcen für sozial Engagierte sind in diesem Zusammenhang die konkreten politischen Strategien.

Gleichzeitig müßten Fürsorglichkeit und Solidarität aus der Privatsphäre stärker ins öffentliche Bewußtsein gelangen, und zwar nicht nur unter funktionalen Aspekten, sondern als Werte an sich. In einer *caring society* wäre die Pflegeversicherung nicht primär hinsichtlich ihrer Kosten und ihrer Finanzierungstechnik zu diskutieren, sondern vor allem in bezug auf ihre Fähigkeit, Pflegebedürftige und Hilfeleistende zu unterstützen.³² Natürlich müssen sozialstaatliche Programme finanziert werden. Es ist jedoch keine Selbstverständlichkeit, daß sich die Förderung solidarischer Unterstützungsleistungen nach kurzfristigem ökonomischem Kalkül bemessen soll. Der gegenteilige Ansatz geht davon aus, daß informelle Hilfen auch dann zu unterstützen sind, wenn dies zunächst erhebliche finanzielle Anstrengungen nötig machen würde. Hier sind Überlegungen über die normative Zielsetzung des Wohlfahrtsstaates unabdingbar.

Letztlich geht es um Reziprozität auf gesellschaftlicher Ebene als Voraussetzung für familiale Unterstützungsleistungen. Das heißt, diejenigen, die sich zur Versorgung eines Pflegebedürftigen in der Familie bereit erklären, sollen nicht in Form von sozialer Isolierung und ökonomischer Benachteiligungen zusätzlich belastet werden, sondern durch Anerkennung und Vorzüge in anderen Zusammenhängen einer *caring society* Unterstützung erfahren. Es gilt, deshalb das gesellschaftliche Desinteresse gegenüber Leistungen im informellen Bereich sozialpolitisch aufzubrechen.

Eine Kultur der Fürsorglichkeit ist, wie die von mir durchgeführte Studie zeigt, vorhanden – die ungebrochene Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung für pflegebedürftige Eltern ist dafür ein eindrucksvolles

³² Dies trifft auch auf die Anfang 1998 geführte Diskussion über die Verteilung der Pflegeversicherungsüberschüsse zu. Es ist grotesk, daß Verbesserungen in der häuslichen und stationären Pflege von einer gleichzeitigen Senkung der Beiträge zur Pflegeversicherung abhängig gemacht wurden. Während ein um 0,2 Prozent verringerter Beitragssatz kaum Entlastungen der Arbeitseinkommen von Sozialabgaben bewirkt, würden neue Investitionen in Pflegeheime, insbesondere in den neuen Bundesländern, oder eine Erhöhung der Sachleistungen die Lebensqualität der Pflegebedürftigen maßgeblich steigern. Danach wurde in der politischen Auseinandersetzung jedoch kaum gefragt. Im Vordergrund standen Kostenfragen (vgl. Süddeutsche Zeitung vom 11. Februar 1998 und Bundestags-Debatte vom 12. Februar 1998).

Beispiel. Jedoch bilden sich gegenwärtig Unterstützungsformen heraus, die nicht (ausschließlich) herkömmlichen Vorstellungen der familialen Pflichterfüllung und konventionellen Rollenerwartungen entsprechen. Insbesondere angesichts steigender Erwerbsneigung von Frauen müßte eine Veränderung der geschlechtsspezifisch ungleich verteilten Belastungen durch Sorgearbeit angestrebt werden. Die Förderung von Selbsthilfe darf nicht zu Lasten der Frauen gehen, die schon bislang fast ausschließlich für Pflegeaufgaben zuständig waren. Eine sozial gerechte sozialpolitische Strategie würde für Frauen und Männer Optionen schaffen, um zwischen Erwerbstätigkeit und Familienarbeit wählen zu können.

Besonderes Augenmerk sollte in Zukunft den Polarisierungstendenzen bei der Verteilung von Unterstützungsressourcen geschenkt werden (vgl. auch Diewald 1991). Die einseitige Stärkung von Selbstverantwortung durch den Rückzug des Staates oder wohlmeinende punktuelle Fördermaßnahmen werden – wie meine Ergebnisse andeuten – soziale Ungleichheiten auch im Bereich mitmenschlicher Unterstützungsfähigkeit vertiefen und gemeinschaftliche Zusammenhänge durch ihre Überforderung weiter ausdünnen. Eine Politik der Umverteilung ökonomischer Ressourcen wird durch die Förderung sozialer Unterstützungsnetzwerke nicht überflüssig (vgl. auch Heinze/Olk/Hilbert 1988).

Soziale Unterstützung alter Menschen bewegt sich nach wie vor im engen Rahmen von Familienbeziehungen. In Zukunft sind sowohl der sozialstrukturelle Wandel von Familien als auch Veränderungen von Präferenzen älterer und jüngerer Generationen bei der Förderung informeller Hilfen zu berücksichtigen. Wer fühlt sich beispielsweise für die Versorgung eines älteren, geschiedenen Mannes zuständig, der seit kurzem in einer nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft lebt, durch einen Schlaganfall pflegebedürftig wird und dessen berufstätiger Sohn selbst zum zweiten Mal verheiratet ist? Die Lebenspartnerin, der Sohn, die neue Schwiegertochter? Die Bedeutung und Fördermöglichkeiten neuer, insbesondere außerfamiliärer Netzwerke für die Unterstützung alter Menschen müßte stärker ins Blickfeld rücken.

Gleichzeitig ist zu beachten, daß sich auch die Einstellung der Hilfsbedürftigen ändert. Die Formel „Intimität auf Abstand“ (vgl. Rosenmayr 1987) gilt nicht nur für die jüngere Generation. Auch bei den Älteren läßt sich ein zunehmender Wunsch nach Freiheit von familiären Abhängigkeitsverhältnissen feststellen. Dies drückt sich in der steigenden Bereitschaft Älterer aus, neue Unterstützungsformen, wie z.B. Seniorengruppen, zu beanspruchen (vgl. Heinze/Olk/Hilbert 1988). Hier ist die Sozialpolitik aufgerufen, innovative Solidarformen im Alter zu fördern. Die Unterstützung von Wohngemeinschaften älterer Menschen (z.B. durch die Bereitstellung Zivildienstleistender) oder von Selbsthilfegruppen betagter Personen wären erste Maßnahmen zur Stärkung neuer informeller Unterstützungspotentiale.

Diese vielfältigen Anregungen zeigen, daß eine „neue Kultur des Helfens“ nur als Gemeinschaftsaufgabe verschiedener Politikbereiche geschaffen werden kann. Vor allem wird deutlich, daß als Reaktion auf die bestehenden und zukünftigen gesellschaftlichen Herausforderungen fundierte *sozialpolitische* und nicht nur finanzpolitische Konzepte nötig sind, um

solidarische Unterstützungsleistungen zu stärken. Es wäre wünschenswert, daß die Leistungen des informellen Sektors *systematisch* in die gesellschaftliche Wohlfahrtsproduktion einbezogen würden. Nur so könnten bislang unsichtbare und stille zwischenmenschliche Solidarpotentiale die Anerkennung erfahren, die sie schon lange verdient haben, ohne daß sie ihren ursprünglichen Charakter verlören.

Literaturverzeichnis

- Achinger, H. (1958): Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik. Hamburg
- Alber, J. (1980): Der Wohlfahrtsstaat in der Krise? Eine Bilanz nach drei Jahrzehnten Sozialpolitik in der Bundesrepublik. Zeitschrift für Soziologie 9, Nr. 4, 313-342
- Alber, J. (1990): Pflegebedürftigkeit im Spiegel der öffentlichen Meinung. In: Sozialer Fortschritt, Nr. 9, 211-216
- Backes, G. (1996): Familienbeziehungen und informelle soziale Netzwerke. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29, Nr. 1, 29-33
- Badelt, Ch./Österle, A. (1997): Pflegegeld, informelle Pflegearbeit und öffentliche Ausgaben: Erfahrungen aus Österreich. In: Sozialer Fortschritt, Nr.8, 189-194
- Badura, B./Ferber, Chr. v. (Hg.) (1981): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. München
- Badura, B./Gross, P. (1976): Sozialpolitische Perspektiven. München
- Baier, H. (1977): Herrschaft im Sozialstaat. Auf der Suche nach einem soziologischen Paradigma der Sozialpolitik. In: Von Ferber, Chr. v./Kaufmann, F.X. (Hg.): Soziologie und Sozialpolitik. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft, Nr. 19, 128-142, Opladen
- Beck, B./Dallinger, U./Naegele, G./Reichert, M. (1997): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Stuttgart
- Beck-Gernsheim, E. (1983): Vom „Dasein für andere“ zum Anspruch auf ein Stück „eigenes Leben“. Individualisierungsprozesse im weiblichen Lebenszusammenhang. In: Soziale Welt, Nr. 3, 307-340
- Becher, U./Hermanns, H.: Untersuchungsbericht zur Befragung bei Betreuten des Modellversuchs zur Umsetzung der Vergütung nach Leistungskomplexen in der ambulanten Pflege (Modulsystem). Institut für Fortbildung, Forschung und Entwicklung an der Fachhochschule Potsdam: unveröffentlichtes Manuskript
- Blüm, N. (1995): „Den größten und greifbarsten Erfolg bringt die Pflegeversicherung den Familien.“ Interview mit dem Bundesarbeitsminister. Die Ersatzkasse, Nr. 1, 6-12
- Bracker, M./Dallinger, U./Karden, G./Tegethoff, U. (1988): Die Pflegebereitschaft der Töchter. Wiesbaden
- Braun H./Articus, S. (1983): Hilfeleistungen in Familie und Nachbarschaft als Ansatzpunkte kommunaler Sozialpolitik: eine explorative Studie. Melle.
- Brög, W./Häberle, G.-F./Mettler-Meibom, B./Schellhaas, U. (1980): Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Stuttgart
- Bündnis 90/Die Grünen (1997): „Pflege im Minutentakt.“ Entwicklung der ambulanten Pflege in Berlin. Diskussionsveranstaltung am 1.10.1997 im Abgeordnetenhaus Berlin
- Büschges u.a. (1995): Pflegeberatung zur Sicherung der Pflegequalität im häuslichen Bereich. Nürnberg
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (1997): Soziale Pflegeversicherung. Bundesarbeitsblatt, Nr. 48, 441-457
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (1998): Soziale Pflegeversicherung. Bundesarbeitsblatt, Nr. 9, 126
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1997): Positive Zwischenbilanz vorgelegt. Sozialpolitische Informationen 31, Nr. 9, o.S.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.). (1996): Dokumentation des 2. Symposions: Möglichkeiten und Grenzen Selbständiger Lebensführung. Berlin
- Coeppicus, R. (1994): Die Pflegeversicherung ist unnötig. Zeitschrift für Rechtspolitik, Nr. 1, 33-37
- Cowart, M. (1996): Long-term care policy and the American family. Journal of Aging and Social Policy 7, Nr. 3/4, 169-184
- Dahme, H.J./Grunow, D./Grunow-Lutter, V./Hegner, F./Lempert, J. (1980): Die Neuorganisation der ambulanten Sozial- und Gesundheitspflege. Bielefeld
- Dallinger, U. (1993): Die Pflege alter Eltern - Balanceakt zwischen Normerfüllung und Individualisierungschancen im weiblichen Lebenslauf. Sozialer Fortschritt, Nr. 4/5, 110-113
- Dettling, W. (1995): Politik und Lebenswelt. Gütersloh
- Deutscher Bundestag. Bundestags Drucksache 12/5262- 12. Wahlperiode. Bonn 1993
- Diewald, M. (1991): Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken. Berlin
- Doty, P. (1995): Family caregiving and access to publicly funded home care. In: Kane, R./Penrod, J. (Hg.): Caregiver policies in a caring society: Policy options for aging families. Newbury Park
- Edelman, P./Hughes, S. (1990): The impact of community care on provision of informal care to homebound elderly persons. Journal of Gerontology and Social Sciences 45, Nr. 2, S. Suppl. 74-84
- Esping-Andersen, G. (1990): Three worlds of welfare capitalism. Princeton
- Engels, D. (1992): Erfahrungen mit dem Gesundheitsreformgesetz - Kurzzeitpflege, Häusliche Pflegehilfe und Geldleistung. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.). Reihe: thema, Heft 63. Köln
- Etzioni, A. (1993): The spirit of Community. Rights, Responsibilities, and the Communitarian Agenda. New York
- Etzioni, A. (1997): Ein kommunitaristischer Versuch den Wohlfahrtsstaat neu zu definieren. Blätter für deutsche und internationale Politik, Nr. 2, 232-243
- Evers, A. (1994): Entgelt für häusliche Pflegeleistungen. Überlegungen zur Analyse eines internationalen Trends. In: Konradowitz, H.-J (Hg.): Die gesellschaftliche Gestaltbarkeit von Altersverläufen. Berlin
- Evers, A. (1997): Geld oder Dienste? Zur Wahl und Verwendung von Geldleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung. WSI Mitteilungen, Nr. 7, 510-518
- Evers, A./Olk, T. (1995): Berücksichtigung und Unterstützung informeller Pflegehilfen durch offene bzw. ambulante Einrichtungen im Bereich der Altenpflagedienste. Eine Untersuchung am Beispiel einer nordrhein-westfälischen Region. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Evers, A./Olk, T. (Hg.) (1996): Wohlfahrtspluralismus: vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen
- Evers, A./Olk, T. (1996): Von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements. In: Evers, A./Olk, T. (Hg.): Wohlfahrtspluralismus: vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen, 347-372
- Evers, A./Pijl, M./Ungerson, C. (Hg.) (1994): Payments for Care. A comparative Overview. Adlershot

- Evers, A./Rauch, U. (1996): Geldleistungen in der Pflegeversicherung. Institut für Wirtschaftslehre des Haushalts und Verbrauchsforschung der Justus-Liebig-Universität Gießen: unveröffentlichtes Manuskript
- Fachinger, U./Rothgang, H./Schneekloth, U.(1995): Resümee und Ausblick. In: Fachinger, U./ Rothgang, H. (Hg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin, 297-320
- Finch, J./Mason, J. (1993): Negotiating family responsibilities. London/New York
- Fuchs, H. (1996): Pflegeversicherung - eine sozialpolitische Bilanz. Teilhabe und Zugang zu den Leistungen als Bestandteil der Pflegequalität. Soziale Sicherheit 45, Nr. 1, S. 1-6
- Gelles, R. (1979): Family Violence. Beverly Hills
- Glazer, N. (1975): Die Grenzen der Sozialpolitik. In: W.-D. Narr/C. Offe (Hg.): Wohlfahrtsstaat und Massenloyalität. Köln, 335-349
- Gross, P. (1979): Entwicklungstendenzen und Widersprüche im modernen Wohlfahrtsstaat. Österreichische Zeitschrift für Soziologie 4, Nr. 2, 20-32
- Grunow, D./Hegner, F. (1981): Sozialstationen im Bereich der ambulanten Sozial- und Gesundheitspflege. In: Badura, B./Ferber, Chr. v. (Hg.): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. München, 39-66
- Grunow, D./Breitkopf, H./Grunow-Lutter, V./Paulus, W. (1983): Zum Verhältnis von Selbsthilfe und medizinischer Fremdhilfe. In: Ferber, Chr. v./Badura, B. (Hg.): Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. München, 51-77
- Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns, Band II. Frankfurt/Main
- Habermas, J. (1985): Die Krise des Wohlfahrtsstaates und die Erschöpfung utopischer Energien. ders. Die Neue Unübersichtlichkeit. Frankfurt/Main, 141-163
- Handelsblatt o.T. In: Handelsblatt, 23.4.1991
- Handelsblatt (1993): Deutsche Lösung nach dem „Schwedischen Modell“. Handelsblatt, Nr. 102
- Hanley, R.J./Wiener, J.M./Harris, K.M. (1991): Will paid home care erode informal support? Journal of Health Politics and Law 16, Nr. 3, 507-521
- Hegner, F. (1980): Fremdarbeit und Eigenarbeit in der ambulanten Sozial- und Gesundheitspflege. Sozialstationen als Versuch einer Kombination professioneller und nicht-professioneller Hilfen für Kranke, Altersschwache und Behinderte. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Heinemann-Knoch, M./F. Claussen (1989): Endbericht zum Forschungsprojekt: Pflegepotential und Pflegebereitschaft von Familien in NRW. Köln: Unveröffentlichtes Manuskript
- Heinemann-Knoch, M./J. de Rijke/C. Rosenberg/H. Summer-Juhnke (1982): Die Bedeutung ambulanter sozialer Dienste im familiären Lebensumfeld: Überlegungen am Beispiel von Sozialstationen. In: Kaufmann, F.-X. (Hg.): Staatliche Sozialpolitik und Familie. München, 243-266
- Heinemann-Knoch, M./J. de Rijke/Ch. Schachtner (1985): Alltag im Alter: Über Hilfsbedürftigkeit und Sozialstationen. Frankfurt
- Heinze, R.G./Th. Olk/J. Hilbert (1988): Der neue Sozialstaat. Analysen und Reformperspektiven. Freiburg im Breisgau

- Heinze, R.G. (Hg.) (1986): Neue Subsidiarität: Leitidee für eine zukünftige Sozialpolitik? Opladen
- Herder-Dornreich, P./A. Schuller (Hg.) (1983): Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemeffekt? Stuttgart
- Herlth, A. (1982): Familiäre Erziehung und sozialpolitische Intervention. In Kaufmann, F.X. (Hg.): Staatliche Sozialpolitik und Familie. München, 169-190
- Hinrichs, J. (1996): Die Soziale Pflegeversicherung – eine institutionelle Innovation in der deutschen Sozialpolitik. Staatswissenschaft und Staatspraxis, Nr. 6, 227-257
- Hörl, J. (1992): Lebensführung im Alter: Zwischen Familien und sozialen Dienstleistungen. Wiesbaden
- Hörl, J./Rosenmayr, L. (1989): Helfen allein genügt nicht: Über Stützung und Beziehung zwischen den Generationen in der Familie. Eurag, Nr. 60/61, 31-59
- Hondrich, K.O. (1996): Lassen sich soziale Beziehungen modernisieren? Die Zukunft von Herkunftsbedingungen. Leviathan, Nr. 1, 28-44
- Horowitz, A. (1985): Family caregiving to the frail elderly. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Nr. 5, 194-246
- Jürgens, A. (1995): Die Minutenpflege wird zum Prinzip erhoben. Frankfurter Rundschau, Nr. 272, 22. November 1995, 12
- Kaufmann, F.-X. (1997): Herausforderungen des Sozialstaates. Frankfurt/Main
- Kaufmann, F.-X.(1994): Staat und Wohlfahrtsproduktion. In: Derlien, H.-U./Gerhardt, U./Scharpf, F.W. (Hg.): Systemrationalität und Partialinteresse. Baden-Baden, 357-380
- Kaufmann, F.-X. (1990): Zukunft der Familie. München
- Kaufman, F.-X./Engelbert, A./Herth, A./Meier, B./Strohmeier, K.-P.(1989): Netzwerkbeziehungen in Familien. Wiesbaden
- Kaufmann, F.-X. (1982): Elemente einer soziologischen Theorie sozialpolitischer Interventionen. In: Kaufmann, F.X. (Hg.): Staatliche Sozialpolitik und Familie. München, 49-86
- Kemper, P. (1992): The use of formal and informal care by disabled elderly. Health Service Research, Nr. 27, 421-451
- Kromrey, H.(1991): Empirische Sozialforschung. Opladen
- Lampert, H. (1996): Lehrbuch der Sozialpolitik. Berlin
- Lüscher, G. (1989): Verwandtschaft, Freundschaft, Nachbarschaft. In: Nave-Herz R./Markefka, M. (Hg.): Handbuch der Familien- und Jugendforschung, Band I: Familienforschung. Darmstadt, 435-452
- Mager, H.-C. (1996): Pflegeversicherung und Moral Hazard. Sozialer Fortschritt, Nr. 10, 242-249
- Meinefeld, W. (1997): Ex-ante Hypothesen in der Qualitativen Sozialforschung: zwischen 'fehl am Platz' und 'unverzichtbar'. Zeitschrift für Soziologie 26, Nr. 1, 22-34
- Meuser, M./Nagel, U. (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D./Kraimer, K. (Hg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung, Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen
- Meyer-Fehr, P.C./Stuter, Chr. (1992): Auswirkungen der Organisation zwischenmenschlicher Hilfe auf informelle Hilfe. Schweizerische Zeitschrift für Soziologie 18, Nr. 2, 413-437

- Miltenburg, T./Klie, T. (1995): Cash oder Care? Erfahrungen mit der Zahlung von Pflegegeld in den Niederlanden. Forum Sozialstation, Nr. 75, 12-15
- Moscovice, I./Davidson, G./McCaffrey, D. (1988): Substitution of Formal and Informal Care for the Community-based Elderly. Medical Care 26, Nr. 10, 971-981
- Naegele, G. (1985): Voran mit der familiären Pflege - Ein Weg zurück! In: WSI-Mitteilungen 38, Nr. 7, 394-403
- Naegele, G. (1992): Zum aktuellen Stand um die Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit. Zeitschrift für Sozialreform, Nr. 10, 605-624
- Noelle-Neumann, E. (1993): Wenn die Kasse bezahlt, kommen die Kranken ins Heim. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 16.09.1993
- Olk, Th. (1985): Der informelle Wohlfahrtsstaat - Beziehungsprobleme zwischen Sozialarbeit und nicht-professionellem Helfesektor. In: Olk, Th./Otto, H.-U. (Hg.): Der Wohlfahrtsstaat in der Wende. München, 122-151
- Offe, C./Heinze, R.G. (1986): Am Arbeitsmarkt vorbei. Überlegungen zur Neubestimmung „haushaltlicher“ Wohlfahrtsproduktion in ihrem Verhältnis zu Markt und Staat. Leviathan 14, Nr. 4, 471-495
- Parsons, T. (1964): Das Verwandtschaftssystem in den Vereinigten Staaten. In: Parsons, T.: Soziologische Texte. Neuwied, 84-108
- Penrod, J.D. (1994): Informal Care Substitution: What we don't know can hurt us. Journal of Aging and Social Policy 5, Nr. 7, 21-31
- Qureshi, H. (1990): Boundaries between Formal and Informal Care-giving Work. In: Ungerson, C. (Hg.): Gender and Caring. Work and Welfare in Britain and Scandinavia. New York, 59-79
- Rosenkranz, D. (1996): Folgen des familialen Wandels für die Pflege älterer Menschen. Familiendemographische Überlegungen. In: Buba, H., P./Schneider, N. (Hg.): Familie. Zwischen gesellschaftlicher Prägung und individuellem Design. Opladen, 209-219
- Rosenkranz, D./Schneider, N. (1997): Familialer Wandel und Pflege älterer Menschen - Auswirkungen der Generationendynamik. Sozialer Fortschritt 46, Nr. 6-7, 145-150
- Rosenmayr, H. (1984): Norms and Solidarity. In: Garms-Homolová, V./Hoerning, E./Schaeffer, D. (Hg.): Intergenerational Relationships. Lewiston. 81-89
- Rosenmayr, L. (1987): Alleinsein im 21. Jahrhundert. DZA (Hg.): Die ergraute Gesellschaft. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit. Band 71, Berlin, 460-485
- Rothgang, H. (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Frankfurt/Main
- Rothgang, H./Vogler, A. (1997): Die zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2040 und ihre Einflußgrößen. ZeS-Arbeitspapier, Nr. 6. Bremen
- Rückert, W. (1989): Die demographische Entwicklung und deren Auswirkung auf Pflege-, Hilfs- und Versorgungsbedürftigkeit. In: Ferber, Chr. V./Radebold, H./Graf von der Schulenburg, J.M. (Hg.): Die demographische Herausforderung: Das Gesundheitssystem angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur. Gerlingen, 111-143
- Runde, P./Giese, R./Kerschke-Risch, P./Scholz, U./Wiegel, D. (1996): Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Leistungsemp-

- fängern der Pflegeversicherung. Veröffentlichungsreihe der Universität Hamburg. Hamburg
- Sachße, Chr. (1986): Verrechtlichung und Sozialisation: Über Grenzen des Wohlfahrtsstaates. *Leviathan* 14, Nr. 4, 528-545
- Scharping, R. (1996): Freiheit, Solidarität, Eigenverantwortung: Bemerkungen zum Verhältnis von Politik, Moral und Geld. Diskussionspapier
- Schelsky, H. (1978): Der selbständige und der betreute Mensch. Frankfurt/Main
- Schnarrenbroch, C. (1997): Dann kommt sie halt doch ins Heim. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, Nr. 70, 24.3.1997
- Schneekloth, U./Potthof, P./Piekara, R./Rosenblatt, B. von (1996): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Schriftenreihe des BFSFJ Band 111.2. Stuttgart
- Schütze, Y. (1989): Pflicht und Neigung: Intergenerationelle Beziehungen zwischen Erwachsenen und ihren alten Eltern – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Zeitschrift für Familienforschung*, Nr. 3, 1005-1018
- Schütze, Y./Wagner, M. (1995): Familiäre Solidarität in den späten Phasen des Familienverlaufs. In: Nauck, B./Onnen-Isemann, C. (Hg.): *Familie im Brennpunkt von Wissenschaft und Forschung: Rosemarie Nave-Herz zum 60. Geburtstag gewidmet*. Neuwied, 307-327
- Schulz-Nieswandt, F. (1989): Kritik der „moral hazard“- und „Sog“ - Erwartungen bei Einführung einer Pflege-Sozialversicherung. *Sozialer Fortschritt* 38, Nr. 8, 181-184
- Schulz-Nieswandt, F. (1995): Löst die gesetzliche Pflegeversicherung einen „Heimsog-Effekt“ aus? In: Fachinger, U./Rothgang, H. (Hg.): *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes*. Berlin, 103-114
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (1996): Einführung des neuen Vergütungssystems nach Leistungskomplexen in der ambulanten Pflege. Rundschreiben VII Nr. 39/1996. Berlin
- Sipilä, J. (1993): Home Care Allowances for the Frail Elderly - A Contradictory Innovation. In: Evers, A./Svetlik, I. (Hg.): *Balancing pluralism*. Aldershot
- Sommer, B. (1994): Entwicklung der Bevölkerung bis 2040. Ergebnisse der achten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. *Wirtschaft und Statistik*, Nr. 7, 497-503
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (1997): *Datenreport 1997*. Bonn
- Strauss, A. (1994): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung*. München
- Strauss, A./Corbin, J. (1996): *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim
- Süddeutsche Zeitung (1998): Streit um Pflegekosten vertagt. *Süddeutsche Zeitung*, Nr. 34, 11.2. 1998, 5
- Sundstroem, G. (1995): *Care by Families: An Overview of Trends*. OECD (Hg.): *Caring for Frail Elderly People 2: A comparative Analysis of Social Policies*. Paris
- Swaan, A. de (1993): *Der sorgende Staat*. Frankfurt/Main
- Tennstedt, S.L./Crawford, S.L./McKinlay, J.B. (1993): Is family care on the decline? A longitudinal Investigation of the Substitution of Formal Long-term Care Services for Informal Care. *Milbank Quarterly* 71, Nr. 4, 601-624
- Ungerson, C. (1994): *Morals and Politics in "Payments for Care": An Introductory Note*. In: Evers et al. (Hg.): *Payments for Care*. Aldershot

- Vobruba, G. (1984): Kritik am Wohlfahrtsstaat: eine Orientierung. Gewerkschaftliche Monatshefte 35, Nr. 8, 461-475
- Vornbäumen, A. (1995): Barmherzige Samariter, abwaschbare Körper. Frankfurter Rundschau, 13.04.1995
- Walter, W. (1993): Unterstützungsnetzwerke und Generationenbeziehungen im Wohlfahrtsstaat. In: Lüscher, K./F. Schultheis (Hg.): Generationenbeziehungen in „postmodernen“ Gesellschaften. Konstanz, 331-354
- Wasem, J. (1983): Pflegeversicherung - ein ordnungspolitisch ungeeignetes Instrument. Arbeit und Sozialpolitik, 371-373
- Winters, S. (1995): Die Kostenentwicklung in der niederländischen Pflegeversicherung - ein lehrreiches Beispiel? In: Fachinger, U./Rothgang, H. (Hg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin, 139-154
- Winters, S. (1996): Die kollektive Versorgung für den Pflegefall im Alter. Eine Untersuchung am Beispiel der gesetzlichen Pflegeversicherung in den Niederlanden. Frankfurt/Main
- Wirth, W. (1982): Inanspruchnahme sozialer Dienste. Bedingungen und Barrieren. Frankfurt/Main
- Wolfe, A. (1989): Whose Keeper? Social Science and Moral Obligation. Berkeley
- Zapf, W. (1984): Wohlfahrtsstaat und Wohlfahrtsproduktion. In: Albertin, L./Link, W. (Hg.): Politische Parteien auf dem Weg zur parlamentarischen Demokratie in Deutschland. Düsseldorf, 379-400
- Zehe, M. (1996): Hilfebedürftigkeit im Alter. Analyse des Bedarfs an ambulanten Diensten und deren Funktion im Rahmen der Altenhilfe. Bamberg
- Zellhuber, B./Steiner-Hummel, I. (1991): Beratungsstelle für pflegende Angehörige und Gerontopsychiatrie in der Stadt Augsburg. Gesamtbericht des dreijährigen Modellprojekts „Leben und Pflegen“. KDA (Hg.): Reihe „thema“, Nr. 43. Köln
- Zeman, P. (1996): Häusliche Altenpflegearrangements. DZA Diskussionspapiere Nr. 4, Berlin

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildungen:

Abb. 1:	Verschiedene Interventionsformen des PflegeVG in die häusliche Pflege	15
Abb. 2:	Hauptpflegepersonen Hilfs- und Pflegebedürftiger in Privathaushalten aus Familie, Verwandt- und Bekanntschaft 1992	25
Abb. 3:	Entwicklung des demographischen Potentials pflegender Frauen von 1993 bis 2030	28
Abb. 4:	Anzahl der Pflegebedürftigen im mittleren Szenario von 1993 bis 2040	32

Tabellen:

Tab. 1:	Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen nach Pflegestufen 1997	16
Tab. 2:	Ziele und Interventionsformen des PflegeVG hinsichtlich ihrer vermutlichen Wirkungen auf informelle Hilfen	23
Tab. 3:	Pflegebedürftige in Privathaushalten und Heimen bis 2030 (Modellrechnung)	33
Tab. 4:	Leistungsempfänger nach Geld-, Sach- und stationären Leistungen	54
Tab. 5:	Veränderungen der monetären Anreize für einen <i>Heimsog</i> im „Vorher“- und „Nachher“- Vergleich in DM	64
Tab. 6:	Pflegearrangements vor und nach Einführung der Pflegeversicherung	65