

Frank Schulz-Nieswandt

# Stationäre Altenpflege und »Pflegerotstand« in der Bundesrepublik Deutschland



Frank Schulz-Nieswandt

## **Stationäre Altenpflege und »Pflegetotstand« in der Bundesrepublik Deutschland**

Die vorliegende Arbeit skizziert den komplexen Prozeß der Präferenzbildung für stationäre Altenpflege und ihrer Inanspruchnahme. Unter Berücksichtigung des soziodemographischen Problemdrucks sowie durch Rekurs auf ein ganzheitliches Pflegebedarfskonzept wird insbesondere der Frage der De-Institutionalisierung (Substitution stationärer durch - ambulant gestützte - häusliche Pflege) nachgegangen. Im Rahmen einer kritischen Auseinandersetzung mit den Erwartungen der neoklassischen Ökonomik hinsichtlich der Einführung einer Pflege-Sozialversicherung ("moral hazard"- und "Sog"-Effekte) wird eine sozialstaatliche Lösung (Öffentliche Sicherstellung) befürwortet, die die allokativen und distributiven Mängel des bisherigen Systems der Sozialhilfe-Finanzierung beseitigen soll.

Frank Schulz-Nieswandt wurde 1958 in Bochum geboren. Studium der Sozialwissenschaft an der Ruhr-Universität Bochum, Diplom-Sozialwissenschaftler, Assistenzstätigkeit an den Universitäten Bochum und Köln, Promotion zum Dr. rer. soc. Gegenwärtig Akademischer Rat a.Z. an der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Regensburg.

**Stationäre Altenpflege und "Pflegenotstand"  
in der Bundesrepublik Deutschland**

# Sozialökonomische Schriften

Herausgegeben von Bert Rürup

Band 2



**PETER LANG**

Frankfurt am Main · Bern · New York · Paris

Frank Schulz-Nieswandt

**Stationäre Altenpflege  
und »Pflegetnotstand« in der  
Bundesrepublik Deutschland**



**PETER LANG**

**Frankfurt am Main · Bern · New York · Paris**

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Schulz-Nieswandt, Frank:

**Stationäre Altenpflege und "Pflegerotstand" in der  
Bundesrepublik Deutschland / Frank Schulz-Nieswandt. -  
Frankfurt am Main ; Bern ; New York ; Paris : Lang, 1990  
(Sozialökonomische Schriften ; Bd. 2)  
ISBN 3-631-42689-5**

Open Access: The online version of this publication is published on [www.peterlang.com](http://www.peterlang.com) and [www.econstor.eu](http://www.econstor.eu) under the international Creative Commons License CC-BY 4.0. Learn more on how you can use and share this work: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>.



This book is available Open Access thanks to the kind support of ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft.

NE: GT

ISSN 0172-1747

ISBN 3-631-42689-5

ISBN 978-3-631-75106-0 (eBook)

© Verlag Peter Lang GmbH, Frankfurt am Main 1990

Alle Rechte vorbehalten.

**Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.**

Printed in Germany 1 2 3 4 6 7

"Wenn einer 40 Jahre in die Pflegeversicherung 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."

(Bundesminister Norbert *Blüm*, zitiert nach: Handelsblatt vom 04.01.1984, S. 3; Quelle: *Regus/ Trenk-Hinterberger* 1985, S. 355)

"Es gibt eine weitverbreitete These, der zufolge die Schweden durch zuviel Wohlfahrt und Sicherheit geistig und moralisch Schaden genommen hätten. In einer Gesellschaft, deren Organisation die Lebensrisiken ausschalte, kämen Initiative und Wagemut zu kurz, die Leute würden geistig frustriert und unglücklich. So etwa lautet die Theorie von der Malaise im Wohlfahrtsstaat. Offen gesagt, ich halte das alles für Geschwätz."

(Gunnar *Myrdal*: Aufsätze und Reden, Frankfurt/ M. 1971, S. 40)





## Vorwort

Schätzt man die vorliegenden, jedoch bereits etwas älteren Daten zur Zahl der Pflegebedürftigen in der BRD (Schulz 1989, S. 205 ff.) hoch, so kann man annehmen, daß in bundesdeutschen Privathaushalten rd. 3 Mio. Menschen geflegt werden bzw. Hilfeleistungen erhalten. Davon dürften ca. 700.000 Menschen einen erheblichen Pflege- bzw. Hilfebedürftigkeitsgrad aufweisen. Darüber hinaus sind ca. 300.000 alte Menschen stationär untergebracht und erhalten dort mit unterschiedlichem Intensitätsgrad Pflege. 80 - 90 % der pflege- bzw. hilfebedürftigen alten Menschen leben im Haushalt, rd. 15 % in Institutionen. Sozio-demographisch bedingt wird diese Gruppe der Bevölkerung, die häuslich oder stationär Pflegehilfe braucht, in Zukunft in ihrem statistischen Umfang zunehmen. Jedoch ist die oftmals geradezu katastrophale Pflegesituation kein alleiniges Spezifikum des Heimlebens. Sicherlich: Über den "Tatort Heim" ist in der Presse viel berichtet worden; Sozialpolitiker und Sozialpolitikforscher wissen allerdings diesen Sektor zwar nicht unkritisch, doch differenziert einzuschätzen. Nicht das Heimleben allgemein - an sich oder a priori - stellt das Problem dar, sondern die Frage des Umfangs und vor allem der Qualitätsstandards. Die Kritik hat sich in letzter Zeit aber nicht nur dem Heimleben (als "totale Institution") zugewendet, sondern auch der Familienpflege. "Pflegerotstand" ist kein ausschließliches Kennzeichen der Heimrealität, sondern auch für viele Situationen und Lebenslagen im Rahmen der häuslich-familialen Pflege nicht untypisch.

Innerhalb der bundesdeutschen Sozialpolitik ist ein großer Teil der Diskussion strukturell orientiert auf Fragen der Erwerbsarbeit (das gilt sowohl für die Selektion relevanter Zielgruppen als auch hinsichtlich der Selektion relevanter Tatbestände); die Lage der Pflegebedürftigkeit ist aber mittlerweile versorgungspolitisch und damit auch ethisch unerträglich geworden.

Wie läßt sich nun vor diesem Hintergrund die Frage- bzw. Problemstellung der vorliegenden Arbeit darlegen?

"Die Bereitstellung organisierter Hilfen und Dienste soll vor allem der Aufrechterhaltung der selbständigen und unabhängigen Lebensführung älterer Menschen dienen, die durch physisch-psychische Beeinträchtigungen im höheren Alter zunehmend gefährdet wird. Daneben sollen Sach- und Dienstleistungen auch dazu beitragen, die für viele ältere Menschen mangelnde gesellschaftliche Integration zu überwinden und die Aufrechterhal-

tung bzw. Wiedergewinnung der gewohnten sozialen und mitmenschlichen Beziehungen zu ermöglichen" (*Bäcker u. a.* 1980, S. 373).

Dies dürfte erklärtes und auch konsensfähiges Ziel der Altenhilfepolitik sein. Demnach ist Heimpflege der Gegenpol zur selbständigen Lebensführung. Dennoch ist stationäre Altenpflege verbreitet und wird in Zukunft an Bedeutung zunehmen. Was sind die Determinanten der Heimpflege und des Heimpflegebedarfs? Diese Frage ist nur im Gesamtzusammenhang des "Pflegesektors" zu klären, denn die Leistungspotentiale der Familien bzw. Haushalte, der ambulanten Stützsysteme und der stationären Pflege betreffen jeweils verschiedene Segmente des Pflegebedarfs bzw. der pflege- und hilfsbedürftigen Population. Die Interdependenzen zwischen diesen verschiedenen Hilfeebenen sind - qualitativ, aber auch in quantifizierter Hinsicht - noch längst nicht geklärt. Umfangreiche, hypothesengestützte empirische Forschung ist hier noch notwendig.

Die vorliegende Arbeit versucht, wichtige Dimensionen dieser Problematik durch Auswertung der einschlägigen Literatur einer Klärung näher zu bringen. Plausibilitätsüberlegungen zu (politisch) wiederkehrenden Behauptungen werden auf dieser Basis anzustellen sein.

Die vorliegende Arbeit behandelt hauptsächlich und in Abgrenzung zum Altenwohnheim (als "Zusammenfassung in sich abgeschlossener Ein- und Zweipersonenwohnungen, die nach Lage, Bemessung und Ausstattung den besonderen Bedürfnissen alter Menschen entsprechen" (*Reimann* 1983, S. 103)) folgende Formen betreuungsintensiver stationärer Hilfe unter dem Gesichtspunkt der Determinanten ihrer Inanspruchnahme:

- Altenheime als "der bei weitem häufigsten Sonderwohnform, einer Agglomeration von Ein- bis Mehrbettzimmern oder auch kleinen Apartments mit Sanitärraum, in denen 'alte Menschen, die bei der Aufnahme zur Führung eines eigenen Haushalts nicht mehr imstande, aber nicht pflegebedürftig sind, voll versorgt und betreut werden'" (*Reimann* 1983, S. 103),
- Pflegeheime, "die ähnlich wie Krankenhäuser, aber in medizinischer Hinsicht weniger intensiv, der umfassenden Betreuung und Versorgung dauernd pflegebedürftiger alter Menschen - meist in Ein- oder Mehrbettzimmern, die allerdings wie Wohnräume eingerichtet sind - dienen sollen" (*Reimann* 1983, S. 103),

- Mehrgliedrige Alteneinrichtungen, bei denen "es sich um eine Kombination verschiedener Sonderformen, meist eines Altenwohn- oder Altenheims plus einer Pflegeabteilung oder eines Pflegeheims handelt, in der vor allem der problematische Milieuwechsel im Krankheits- oder Behinderungsfall vermieden werden soll" (*Reimann* 1983, S. 103).

Ein Seitenarm dieser Diskussion wird es sein, den Beitrag der ökonomischen Theorie zur Analyse neuer Wege der Sicherstellung der Pflegehilfe in der Bundesrepublik abzuschätzen, denn kollektive Formen der Sicherstellung der Versorgung werden in der Regel von der ökonomischen Theorie aus ordnungs- und finanzwirtschaftlicher Sicht heraus abgelehnt.

Das Fazit der Arbeit wird auf die nachhaltige Betonung eines versorgungspolitischen Handlungsbedarfs verweisen: Notwendig sind sozialstaatliche Lösungsmuster, die

- a) absehen von (familiensoziologischen) Mythen der niemals versiegenden bzw. unbegrenzten familialen Pflegekapazitäten und somit auch den Bedarf an stationärer Altenpflege als humane Lösung an sich anerkennen, und
- b) den Umfang allokativen Versagens kollektiver Lösungswege (wie z. B. einer Pflege-Sozialversicherung) realistisch einzuschätzen vermögen, indem auf erfahrungswissenschaftlich gesichertes Wissen über die Bildung von Präferenzen für und über die faktische Inanspruchnahme von stationärer Pflege zurückgegriffen wird, modelllogische Prognosen also zurückgestellt werden.

Im einzelnen können folgende Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit festgehalten werden:

1. Heimpflege ist unverzichtbar und wird vor allem in Zukunft von wachsender Bedeutung sein (vgl. auch *Kardorff/ Oppl* (Hg.) 1989). Die qualitätsbezogene Legitimationskrise des Heimsektors darf nicht undifferenziert vermischt werden mit Fragen des Heimpflegebedarfs, soweit dieser differentialdiagnostisch auf der Basis ganzheitlicher Analysen von Pflegefalltypen begründbar ist.
2. Die Priorität häuslicher Pflege ist nicht voraussetzungslos. Sie basiert auf haushaltsinternen und haushaltsexternen Bedingungen. Verbundsysteme zwischen Familienpflege-

ge und ambulanten Stützsystemen (in der vorliegenden Arbeit werden meist Forschungsergebnisse zur Rolle von Sozialstationen einbezogen) stehen nicht unbedingt in substitutiver Beziehung zur stationären Altenpflege. Diesbezügliche Substitutionselastizitäten sind empirisch noch weitgehend ungeklärt.

3. Ein Ausbau ambulanter Hilfesysteme wird in erster Linie der sozialökologisch, infrastrukturell und auch psychosozial orientierten Verbesserung der Lage der ohnehin häuslich gepflegten Menschen und deren Pflegepersonen dienen; er steht nicht primär in Relation zur Deinstitutionalisierung. Dies ist sozio-demographisch bedingt und ist wohl auch versorgungspolitisch erwünscht.
4. Es besteht generell keine hohe Präferenz für ein Heimleben (wenn auch die Präferenzbildung sozial deutlich differenziert ist nach sozialer Herkunft, Geschlecht etc.). Die Pflegewilligkeit im häuslichen bzw. familiären Bereich ist hochgradig ausgeprägt. Heimpflege erklärt sich empirisch zu einem dominanten Teil aus objektiven Lebenslagemerkmale (Alter, Geschlecht, Familienstand, Haushaltstyp, Hilfebedürftigkeitsgrad etc.).
5. Wenn auch bei Einführung einer kollektivgutähnlichen Problemlösung (etwa in Form einer Sozialversicherung) marginale Minderungen familiärer/ häuslicher Pflegebereitschaft nicht auszuschließen sind, so dürften gravierende Sog-Effekte ("Völkerwanderungen" ins Heim) nicht plausibel sein. Versorgungsorientierte Wohlfahrtseffekte einer solchen Problemlösung dürften "moral hazard"-Effekte u. a. überwiegen.
6. Die Familien bzw. Haushalte sind an die Grenzen ihrer Pflegekapazitäten gelangt oder haben diese bereits vielfach überschritten. Diese Lage verlangt nach innovativen institutionellen Lösungen, die aber nicht zum fiskalischen Nulltarif zu haben sind. Stellt sich also hier zum einen ein politischer Entscheidungsbedarf über die Ressourcenallokation der Gesellschaft hinsichtlich der Bereitstellung sozialer Güter für alte Menschen (vgl. a. *Morginstin* 1989, S. 143), so indiziert dieser steigende Finanzaufwand (für Investitionen und Personal im Altenhilfesektor) nicht unhinterfragt Ineffizienzen und Bedarfsinadäquanzen. Nur ein differenzierter Blick in die empirisch fundierten Analysen der Lebenslagen alter Menschen und der diesbezüglichen Determinanten kann den Handlungsbedarf definieren helfen (vgl. grundlegend *Lehr* 1983a). Bei der Suche nach effizienten Hilfesystemlösungen sollten die versorgungspolitischen Aspekte deutlich in der Zielfunktion Berücksichtigung finden.

**Gliederung**

	Seite
1. Der "Pflegenotstand" - Umriss einer Problematik.....	15
1.1 Das Pflegesystem und seine Sicherstellung auf der Basis des BSHG - Defizite und Konstruktionsfehler in der bundesdeutschen Sozialpolitik.....	17
1.2 Zur Krise der Sozialhilfefinanzierung des Pflegesystems aus finanz- wirtschaftlicher Sicht.....	21
1.3 Determinanten und Dimensionen des "Pflegenotstandes" - sozio-demographische und institutionelle Aspekte.....	25
1.4 Ein kurzes Zwischenfazit.....	35
2. Zum weiteren Gang der Arbeit.....	37
3. Zum Problem der Substitutionselastizität zwischen den verschiedenen Ebenen der Hilfe bei Pflegebedürftigkeit.....	39
4. "Niederlanden-Syndrom", "moral-hazard-Theorem", "Sog"-Effekte und Pflege-Sozialversicherung .....	51
5. Determinanten stationärer Altenpflege.....	63
5.1 Zum Stand der Forschungsliteratur.....	65
5.2 Analytische Destillate .....	77
6. Schlussfolgerungen für die Altenhilfepolitik als Sozialplanung und als Problem der gesamtgesellschaftlichen Allokation.....	81

	<b>Seite</b>
<b>Anmerkungen .....</b>	<b>89</b>
<b>Anhang: Ausgewählte Paragraphen des BSHG und des SGB I und V.....</b>	<b>97</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>107</b>
<b>Hinweise zum Verfasser .....</b>	<b>137</b>

**Verzeichnis der Schaubilder**

	Seite
Schaubild 1: Schrumpfendes "Töchter-Pflegepotential" .....	30
Schaubild 2: Das Mehr-Ebenen-"System" des Pflegesektors .....	40
Schaubild 3: Nicht-identische Nutzerkreise und Grenzen der Substitutions- elastizität zwischen ambulantem und stationärem Sektor .....	41
Schaubild 4: Trend der Inanspruchnahme stationärer Hilfe in Abhängigkeit von der Substitutionselastizität ambulant gestützter familialer Pflege .....	44
Schaubild 5: Idealtypischer Verlauf der Betreuungskosten (Hilfs- und Pflegeleistungen) .....	46
Schaubild 6: Familie oder Heim? - Funktionskonstellation .....	48
Schaubild 7: "moral hazard" und Wohlfahrtsverluste in der GKV .....	53
Schaubild 8: Angebotsrationierte und bedarfsadäquate Nachfrage .....	57
Schaubild 9: Altersheimsyndrom .....	67
Schaubild 10: Mögliche Einflußfaktoren auf den Entscheidungsprozeß über den Eintritt in eine stationäre Einrichtung der Altenpflege .....	68
Schaubild 11: Schichtspezifität und Institutionalisierungsdruck .....	72
Schaubild 12: Entscheidung zur Heimübersiedlung als interpersoneller Prozeß ....	75
Schaubild 13: Determinanten stationärer Pflege - ein analytisches Fazit .....	80
Schaubild 14: Meritorische Anhebung der bedarfsgerechten Nachfrage nach ambulanten Hilfen .....	85

**Verzeichnis der Tabellen**

	Seite
Tabelle 1: Altersspezifische Pflegequoten.....	16
Tabelle 2: Bestandszahlen zur stationären Pflege (I) .....	26
Tabelle 3: Bestandszahlen zur stationären Pflege (II).....	27
Tabelle 4: Bedarf an stationärer Pflege .....	28
Tabelle 5: Personelle Defizite des ambulanten Sektors der Altenhilfe in der BRD im internationalen Vergleich .....	32



## 1. Der "Pflegenotstand" - Umriss einer Problematik

In der BRD herrscht der "Pflegenotstand" (begrifflich bereits *Liefmann-Keil* 1969, 1976) - nicht nur als Personal- und damit als Versorgungsproblem im Krankenhaussektor, für den konstatiert werden muß, daß - international vergleichend betrachtet (*Alber* 1988, S. 131) - nur ein relativ geringer Pflegepersonalbestand aufgewiesen werden kann (die hohe Ärztedichte korreliert negativ mit der Pflegepersonaldichte - vgl. a. *Eberle* 1983; *Rückert* 1987a).

Der "Pflegenotstand" betrifft vor allem auch das fehlende oder nur stark defizitär ausgebildete soziale Sicherungsnetz bei Pflegebedürftigkeit. Rd. 260.000 Pflegebedürftige waren zu Beginn der 80er Jahre (nicht nur vorübergehend) in stationären Einrichtungen untergebracht (*Bericht der Bundesregierung* 1984, S. 3). Tabelle 1 gibt einen Überblick über altersspezifische Pflegequoten. Es leben in der BRD über 2 Mio. Hilfe- und Pflegebedürftige zu Hause. Die Socialdata-Studie (*Brög u. a.* 1980), mag sie im Detail durchaus kritisierbar sein, hat die Tendenz des Problemumfangs signifikant herausstellen können. Die Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen dürfte in der Zwischenzeit noch angestiegen sein. Die Entwicklungstrends relevanter bzw. zentraler Problemdimensionen sind deutlich (vgl. dazu auch *Rückert* 1987, S. 59 f.):

- die Sterblichkeit sinkt,
- die Lebenserwartung steigt (vor allem die "fernere Lebenserwartung" älterer Menschen)
- die Zahl alter Menschen - vor allem der Frauen - steigt an,
- die Geburtenrate sinkt,
- die Zahl der Kinder pro Familie sinkt,
- die Haushaltsgröße sinkt,
- die Zahl der Einpersonenhaushalte steigt, die Zahl der Mehrgenerationenhaushalte sinkt,
- die Heiratsneigung sinkt, die Scheidungsraten steigen.

Natürlich existieren auf verschiedenen Ebenen Einrichtungen zur Sicherung bei verschiedenen Graden der - vom Krankheitsfall in nicht unproblematischer Weise sozialrechtlich getrennten (vgl. *Naendrup* 1982; *Viefhues* 1982; *Rolshoven* 1983) - Hilfebedürftigkeit, jedoch ist dieses Mehr-Ebenen-"System"<sup>1</sup> eher "prekär"<sup>2</sup>. Die nun nachfolgenden Kapitel

1.1 und 1.2 sollen den Umfang und die Dimensionen dieses prekären Systems der Leistungssicherstellung skizzieren.

**Tabelle 1: Altersspezifische Pflegequoten**

Altersgruppe	Pflegequote
17 - 29 Jahre	0.2
30 - 49	0.5
50 - 59	0.9
60 - 64	1.9
65 - 74	3.8
75 - 84	11.1
85 u. m.	31.4
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>	
65 u. m.	8.8

Quelle: Sozio.-ökonom. Panel (Welle 4),  
aus: *Thiede* (1988, S. 251).

## 1.1 Das Pflegesystem und seine Sicherstellung auf der Basis des BSHG - Defizite und Konstruktionsfehler in der bundesdeutschen Sozialpolitik

"Prekär" ist das Pflegesystem, da es durch eine nur mangelhafte "öffentliche Sicherstellung"<sup>3</sup>, zu der auch eine Sicherstellung der Nutzungschancen gehört<sup>4</sup>, gekennzeichnet ist. Unter Sicherstellung verstehen wir, daß die Leistungsträger (SGB I § 12, § 28, vor allem aber § 17 Abs. 1 Nr. 2 u. 3)

- die zur Realisierung von Leistungen notwendigen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stellen, und
- der Zugang zu diesen Leistungen möglichst einfach gestaltet wird (vgl. a. *Dahlem* 1983, S. 248).

Tatsächlich fehlt es an Kontinuität, Regelmäßigkeit und Einfachheit der Finanzierung sowie an Angebotssicherstellung (Problem der Warteschlangen im Heimsektor), eine Systemlosigkeit, die Unsicherheiten für die Träger von Einrichtungen (z. B. bei Sozialstationen) induziert.

Vor allem: Es bestehen gravierende Lücken in der Vorhaltung pflegespezifischer (und damit bedarfsadäquater) Einrichtungen. In der BRD dominiert das Krankenhaus als "Auffangbecken" und Distributionsstelle zur Filterung und Kanalisierung der Patientenströme (vgl. a. *Garms-Homolová/Schaeffer* 1989; *Bruckenberg* 1989, S. 117 ff., 141 ff.).

Pflegebedürftigkeit ist primär in den Funktionskreis der individuellen Verantwortung gestellt und wird damit nur ergänzt durch Leistungen nach dem BSHG (vgl. a. *Arbeitsgruppe Sozialpolitik: Balluseck u. a.* 1980, S. 151 ff.; *Dieck* 1983, S. 3).

Gemäß BSHG<sup>5</sup> (vgl. a. Anhang) sind es vor allem (§ 96 Abs. 1) die kreisfreien Städte und die Landkreise (als örtliche Träger) und die Länder bzw. von diesen bestimmte bzw. benannte Institutionen (gemäß § 96 Abs. 2 BSHG) als überörtliche Träger der Sozialhilfe, die die Finanzierung tragen müssen. Hinzu kommen freie Träger - vor allem die Kirchen und die freie Wohlfahrtspflege -, die mit den öffentlichen Trägern der Sozialhilfe zusammenarbeiten (sollen) (gemäß § 10 Abs. 2 u. 3 BSHG), wodurch auch die Kostenerstattung (Aufwendungsersatz) durch die Sozialhilfeträger begründet ist.

"Gesamtverantwortung" und damit "Planungsverantwortung" für die Trägerschaft im Bereich der Sozialhilfe durch öffentliche und freie Träger hat der Landkreis. Die freien Träger sind hinsichtlich ihrer Zielsetzung und Durchführung selbständig (§ 17 Abs. 1 SGB - vgl. Anhang - i. V. m. § 10 Abs. 1 BSHG) und haben einen Vorrang bei der Hilfestellung (§ 10 Abs. 4 i. V. m. § 93 Abs. 1 BSHG). Die Finanzierung von ambulanten und stationären Hilfen verläuft komplex gemischt und uneinheitlich (im Vergleich der Bundesländer). Das Grundproblem besteht nun darin, wie unter diesen Bedingungen der Aufgaben- und Kostenträgerschaft das Angebot stationärer und ambulanter Dienste sowie die (universalistisch definierte) Absicherung der Inanspruchnahmemöglichkeiten gesichert werden können. Sieht man von dem Einstieg in die Versicherung der häuslichen Pflege gemäß GRG (SGB V, §§ 53 ff.) - worauf noch zurückzukommen sein wird - ab, so wäre eine eigenständige Pflegefinanzierung zu fordern, wobei die sachlichen und finanziellen Verantwortlichkeiten in einer Hand konzentriert werden müßten (*Asam u. a.* 1989, S. E-50), so daß der fiskalische Netto-Effekt von Angebotsplanungen beim gleichen Kostenträger spürbar wird<sup>6</sup>: Einsparungen (z. B. bei der stationären Pflege), die bei überörtlichen Sozialhilfeträgern anfallen, obwohl sie durch (den Ausbau von ambulanten) Einrichtungen auf örtlicher Ebene induziert worden sind, müssen auch auf dieser örtlichen Ebene spürbar, also entsprechend verrechnet (Finanzausgleich) werden.<sup>7</sup> So könnte § 100 BSHG (inkraftgetreten im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes vom 01.01.1984) dazu genutzt werden, örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger zusammenzulegen. Einnahmen aus dem kommunalen Finanzausgleich und Ausgaben für die Altenhilfe müßten dabei allerdings harmonisch angepaßt werden (vgl. a. *Frank* 1987, S. 228 f.)<sup>8</sup>.

Solange die fiskalische Dimension der kommunalen Vorhaltung von Altenhilfeeinrichtungen nicht hinreichend geregelt ist, solange neigen die Sozialhilfeträger - über die Praxis der Handhabung des § 93 Abs. 2 BSHG und des § 3 Abs. 2 BSHG - zur Angebotsrationierung. In diesem Sinne beklagt auch *Dahlem* (1983, S. 243), daß Bedarfsdeckung zur Bedarfssteuerung (mit primärer Zwecksetzung der Kostenreduzierung) verdünnt wird. Angebotsbeschränkungen und Zugeständnisse bei Heimstandards sind also sozialhilfefinanzierungsbedingt (*Frank* 1987, S. 230). Eine ganz andere Perspektive als die der Neuregelung der "Hilfe zur Pflege" gemäß BSHG wäre die Einführung einer Pflege-Sozialversicherung. Die Sozialhilfe hätte dann (gegenüber der Versicherung) nur noch eine residuale Funktion, z. B. die der Übernahme von - an sich von den Heimbewohnern selbst zu zahlenden - "Hotelkosten", sofern diese die privaten Ressourcen (nach Abzug von Freibeträgen zur privaten Verwendung) übersteigen (was bei derzeitigen Einkommens-

verhältnissen alter Menschen als von nicht geringer Relevanz einzuschätzen wäre).

Der derzeitige status-quo der BSHG-Finanzierung der Pflegehilfen gefährdet die Versorgung bzw. die Bedarfsadäquanz<sup>9</sup> des Betreuungssystems für Hilfe- und Pflegebedürftige. Das Angebot wird bedarfsinadäquat rationiert, die Lebenslage der Betroffenen (auch der Pflegenden) monetär wie non-monetär verschlechtert, die Inanspruchnahme quantitativ wie qualitativ erschwert. Dabei ist das Fürsorgeprinzip, das dem BSHG zugrunde liegt, sowie dessen Stellung im System der sozialen Sicherung in der BRD immer schon kontrovers gewesen (vgl. u. a. *Schäfer* 1966; *Matthes* 1964; *Frank* 1980; *Hartmann* 1979, 1985; *Naegele* 1983).<sup>10</sup> Der Gefährdungsbereich "Pflegebedürftigkeit" wird damit im Rahmen eines sehr eng ausgelegten "Subsidiaritätsprinzips" (vgl. a. *Huster* 1985a; *Genosko* 1986; *Heinze* (Hg.) 1986; *Heinze u. a.* 1988; *Schneider* 1983; *Wegner* 1989) immer noch dominant privatisierend wahrgenommen und definiert (vgl. a. *Naegele* 1985; *Regus/ Trenk-Hinterberger* 1985). Sie ist hauptsächlich eine Funktion<sup>11</sup> der Familie, ja sogar weitgehend als Rollenfeld der Frauen (vgl. *Braun* 1983; *Klusmann u. a.* 1981; *Wand* 1986; *Bruder* 1981; *Rückert* 1983, S. 283; *Riedmüller* 1984, S. 47 f., 64 ff.; *Kickbusch* 1984, S. 168, 172 ff.) gesellschaftlich konstruiert.

Gerade in diesem Feld der sozialen Sicherung stellt sich die BRD<sup>12</sup> - bei systematischer und international vergleichender Betrachtung - (*Schmidt* 1988; *Bauer u. a.* (Hg.) 1987, S. 21 ff.) - als Typus eines eher "liberal-konservativ" strukturierten (denn als "sozialdemokratisch" orientierten) Wohlfahrtsstaates heraus: Pflegebedürftigkeit ist nicht "universalistisch" (als tendenziell die gesamte Bevölkerung umfassende und versorgungspolitisch verrechtlichte sowie über steuerliche und/ oder parafiskalische Finanzierung fundierte öffentliche Sicherstellung<sup>13</sup>) abgedeckt.

Ob das Gesundheitsreformgesetz hier einen Einstieg in die Pflegeversicherung bedeutet, muß abgewartet werden (*Thiemeyer* 1989, S. 646 f.). §§ 53 ff. SGB V, Sechster Abschnitt: Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit (vgl. Anhang) sehen vor, daß

- versicherte Schwerpflegebedürftige für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr eine Ersatzpflege bei Urlaub, Krankheit oder sonstiger Verhinderung der Pflegepersonen erhalten,
- versicherte Schwerpflegebedürftige entweder für bis zu 25 Stunden je Kalendermonat eine von der Krankenkasse finanzierte Pflegekraft (max. 750 DM pro Kalendermonat)

oder wahlweise eine Geldleistung von monatlich 400 DM erhalten, um die Pflege selbst sicherzustellen.

Wie *Dahloff* (1989, S. 25) betont, hat diese "häusliche Pflegehilfe" nur Ergänzungs- und keine Sicherstellungsfunktion. Richtig dürfte allerdings sein, wenn *Dahloff* (1989, S. 26) konstatiert:

"Die pflegenden Angehörigen werden mit Sicherheit die beinahe tägliche Entlastung durch eine dritte Person deutlich spüren. Ebenso wird der Schwerpflegebedürftige selbst erfahren, daß er nun mehr Hilfe von außen erhält."

Für *Dahloff* (ebenda) sind "diese Leistungen mehr (...) als der oft zitierte Tropfen auf dem heißen Stein." Auch *Asam u. a.* (1989, S. E-43 ff., E-47) betonen, daß mit dem GRG der Einstieg für eine wesentliche Verbesserung der infrastrukturellen Maßnahmen der kommunalen Altenhilfe - i. S. der Schaffung öffentlicher Angebotsstrukturen - ermöglicht wird. Kritisch zu vermerken bleibt jedoch, daß das GRG das Problem der Heimpflege nicht erfaßt (vgl. a. *Neseker/Jung* 1988, S. 315). Auch die Qualität häuslicher Pflegehilfe - in medizinischer wie auch sozialpflegerischer oder gar rehabilitativer Hinsicht - bleibt fraglich (*Renn* 1988, S. 268). Die Perspektiven, die das GRG bietet, sind also nicht überzubewerten. Von öffentlicher Sicherstellung des Leistungsspektrums der Altenhilfe kann keine Rede sein. Wenn das GRG einen Einstieg in die Pflegeversicherung bedeutet, dann nur einen begrenzten und lückenhaften, der noch viele Fragen offen läßt.

Theoretisch (begründungslogisch) ist die Ausklammerung der Pflegebedürftigkeit aus einer universalistisch-sozialstaatlichen Lösung nicht unproblematisch. Eine solche Absicherung der Pflegebedürftigkeit kann in der gleichen Logik begründet werden wie z. B. die Sicherung im Krankheitsfall: Ökonomisch über Unsicherheitstheoreme<sup>14</sup>, die Kollektivgutlösungen auch als allokativ-effizient ausweisen (vgl. a. *Petersen* 1989, S. 47; *Rolf u. a.* (Hg.) 1988; *Barr* 1987, S. 80 ff.); sozialpolitiktheoretisch über das - meritorische<sup>15</sup> - Argument, bei "Minderschätzung von Zukunftsgütern" (ungewisser Pflegebedarf im Alter) zu intervenieren.

## 1.2 Die Krise der Sozialhilfefinanzierung des Pflegesektors aus finanzwirtschaftlicher Perspektive

Der "Pflegetotstand" ist seinem Kern nach eine Finanzierungsfrage, genauer: eine Frage nach der - mit *Weisser* zu reden - "gewollten" Art der (Um-)Verteilung (*Thiemeyer* 1988). Bessere Pflege mag unstrittig sein, aber die Finanzierung und die Trägerschaftsregelung sind die Konfliktthemen (*Köhler* 1985).

Damit ist dieser "Notstand" zugleich eine Krise der Sozialhilfe, denn die Sozialhilfe trägt monetär - spezifisch als "Hilfe zur Pflege"<sup>16</sup> - eine umfassende Last der Pflegekosten in der BRD (*Monatsberichte* 1989). 1988 wurden (*Monatsberichte* 1989) 28 Mrd. DM für Sozialhilfe aufgewendet, das sind 13 % der kommunalen Ausgaben. Davon erforderten Aufwendungen für "Hilfe in besonderen Lebenslagen" 16 Mrd. DM (= 60 % des Gesamtaufwandes für Sozialhilfe). Im Rahmen dieser Hilfe in besonderen Lebenslagen dominiert die "Hilfe zur Pflege" (1987: 8 Mrd. DM = rd. ein Drittel der gesamten Sozialhilfeausgaben)<sup>17</sup>. 1986 wurden ca. die Hälfte der Empfänger (1986: rd. 490.000) in Heimen versorgt. Ca. 90 % der Ausgaben entfielen auf diese Hilfeart für Heimbewohner.

Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe (die von Bundesland zu Bundesland verschiedener Art sind: z. T. die Länder selbst, z. T. z. B. Landschaftsverbände, Landeswohlfahrtsverbände etc.) tragen daher hohe Pflegekosten. Sie trugen z. B. 1981 (vgl. *Frank* 1984, S. 182 f.) - mit einer Schwankungsbreite von 87,74 % (Schleswig-Holstein) bis 99,47 % (NRW) - 95,61 % aller Ausgaben für "Hilfe zur Pflege in Einrichtungen" gemäß BSHG.

Der "Pflegetotstand" steht damit in Wechselwirkung zur Krise der Kommunalfinanzen (zu dieser vgl. a. *Huster* 1985). Hier nun soll die Sozialhilfeproblematik (vgl. a. *Prinz* 1984) nicht "anatomisch" (*Klanberg/ Prinz* 1983) rekonstruiert werden. Im Kern ist diese Problematik eine solche des Föderalismus (*Prinz* 1983) und seiner Last- und Aufgabenverteilung. Speziell die Kommunen verzeichnen eine Scherenbewegung zwischen niedrigen fiskalischen Aufkommen bzw. Zuweisungen und gestiegenen (ausgabeintensiven) Aufgaben (zu denen auch die Sozialhilfe, dabei auch - bei den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe - die "Hilfe zur Pflege in Einrichtungen" gehören); allerdings ist die Finanzschwäche der Kommunen - korreliert mit Unterschieden in der Sozialhilfedichte - sehr stark differenziert (*Monatsberichte* 1989; *Krug/ Rehm* 1986).

Typischerweise wird die Einführung einer Pflege-Sozialversicherung auch dahingehend diskutiert, inwieweit Sozialhilfeausgaben eingespart (substituiert) werden können. So kann modelliert werden, inwieweit Sozialhilfeausgaben residual notwendig werden, wenn im Rahmen einer sozialrechtlich detaillierten Ausgestaltung die Betroffenen z. B. die "Hotelkosten" durch Eigenbeteiligungen tragen müssen (vgl. *Hoffmann* 1985). Hier finden Haushaltsumschichtungen statt. Es ist offensichtlich, daß die Finanzierung von Pflegehilfe über Steuern, Sozialbeiträge und Eigenleistungen (in ihren möglichen Mischungsverhältnissen) jeweils verschiedene Verteilungseffekte (Leistungs-Gegenleistungs-Inzidenz) induzieren.

Dies gilt auch für diverse Reformvorschläge (vgl. a. *Igl* 1986; *Naegele* 1984). Geht man davon aus, daß der Pflegebedarf (bedingt durch Entwicklungen in der Morbidität und durch die Altersstrukturentwicklung der Bevölkerung u. a. m.) "objektiv" vorgegeben ist (wenn auch politisch anerkannt werden muß: Problem der 'political non-decisions'), so stellen die Finanzierung und die damit verbundenen Verteilungswirkungen das zentrale Problem dar. Umschichtungen - auch unter Einbeziehung des Krankenversorgungswesens - werden dabei breit diskutiert (*Raible* 1983; *Ferber* 1985; *Hoffmann* 1985).

Gerade dieser kommunale (bzw. kommunalfinanzwirtschaftliche) Kontext des Problems des "Pflegetnotstandes" verdeutlicht, daß der "Notstand" primär ein Verteilungsproblem ist. Für die öffentlichen Hände stellt sich das Problem als "fiskalische Klemme" (sinkende Einnahmen, steigende Ausgaben bzw. steigende Einnahmen, aber überproportional steigende Ausgaben) dar (vgl. a. *Trojan* 1985). Volkswirtschaftlich fallen die Kosten der Pflege (zu diesen vgl. a. *Buttler u. a.* 1985, S. 5 ff.) auf jeden Fall an - egal, welche sozialrechtlichen Regelungen (oder auch: non-decisions) getroffen werden: Die Frage ist nur, wo sie anfallen und wer sie trägt, wie sie also verteilt sind. Die öffentlichen Hände der verschiedenen Gebietskörperschaften und die parafiskalischen Haushalte der Versicherungsträger (hier insbesondere der GKV und GRV) neigen zur Praktizierung der "Verschiebebahn"-Effekte, wie sie aus einzelnen Teilbereichen des Systems der sozialen Sicherung bekannt sind (vgl. z. B. die Kontroverse um die KVdR<sup>18</sup>). Nur fallen - wie schon angedeutet - die Kosten natürlich auch dann an, wenn sie monetär im Rahmen öffentlicher und parafiskalischer Haushalte (und damit in der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung) nicht "auftauchen". Sie existieren dann als non-monetäre (Arbeits-)Kosten der privaten Haushalte bzw. Familien (vgl. a. *Tesic* 1985, S. 8 ff.). Denn dort werden Zeit und Mühe investiert, also Lasten getragen. Diese Privatisierung der Lasten erweist sich - zumindest zum Teil - als Manipulation der Statistik öffentlicher Budgets. Dies ist nur eine



alternative Formulierung des altbekannten Tatbestandes, daß die Haushalte bzw. Familien die größten Wohlfahrtsproduzenten (vgl. a. *Glatzer 1984; Büschges/ Wintergerst-Gaasch 1988, S. 15 ff.*) der Volkswirtschaft sind. Auch hier muß erneut die Frage nach der Offenlegung der gewollten Verteilungsimplicationen (gewollte Verteilung von Lebenslagen) gestellt werden.



### 1.3 Determinanten und Dimensionen des "Pflegenotstandes" - sozio-demographische und institutionelle Aspekte

Die Kapitel 1.1 und 1.2 haben einige sozialrechtliche und finanzwirtschaftliche Rahmenbedingungen des "Pflegenotstandes" zu skizzieren versucht. Wie sehen nun die Konturen des "Notstandes" konkret aus? Welche Dimensionen, welche Determinanten in sozio-demographischer und institutioneller Hinsicht sind auszumachen?

Wie *Wilkens* (1988) herausstellt, sind - neben dem (oben skizzierten) Finanzierungsproblem - vor allem

- die demographische Entwicklung,
- die Entwicklung der Familie als Netzwerk und
- das (rückläufige) Pflegepersonalpotential

entscheidende Achsen dieser Problematik. Die einschlägige Diskussion (vgl. u. a. *Heinemann-Knoch/ Kardorff* 1989<sup>19</sup>) stellt - tendenziell übereinstimmend - u. a. folgende Problemdimensionen heraus:

- a) Demographisch<sup>20</sup> (*Rückert* 1987, 1989) bedingt (Wandel der Altersstruktur in Verbindung mit geschlechtsspezifischen Lebenserwartungen) steigt der Kreis pflegefallrisikobedrohter Personen an. Zugleich steigt damit der institutionelle Handlungsbedarf, nicht nur ambulanter Art, sondern auch - entgegen aller De-Institutionalisierungshoffnungen (vgl. dazu auch *Schulz* 1987) - der (Pflege-)Heimplatzbedarf (*Rückert* 1980; *Dahlem* 1981). Tabelle 2 und 3 zeigen die Bestände im stationären Pflegesektor auf. Tabelle 4 vermittelt zumindest tendenziell den zusätzlichen Bedarf an stationärer Pflege. Die Zunahme der Heimplätze hält nämlich mit der Zunahme der Altersbevölkerung nicht mit (*Rückert* 1989, S. 138). Allgemeine Thesen über eine Heimübersorgung sind zu undifferenziert: Entscheidend sind altersgruppenspezifische Versorgungsgrade.

**Tabelle 2: Bestandszahlen zur stationären Pflege (I)**

Zahl der Einrichtungen	Vollzeitbeschäftigte	Teilzeitbeschäftigte	Plätze
4.074 (AM) <sup>1</sup>	82.426 (AM) <sup>1</sup>	36.516 (AM) <sup>1</sup>	ca. 400.000 <sup>2</sup>
1.525 (BM) <sup>1</sup>	46.370 (BM) <sup>1</sup>	13.442 (BM) <sup>1</sup>	
	132.000 <sup>3</sup>		

<sup>1</sup> nach *Priester* (1989, S. 142):

AM: Heime für alte Menschen,

BM: Heime für behinderte Menschen;

beide Typen: nur Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege.

<sup>2</sup> nach *Rückert* (1987, S. 93):

470.000 Plätze in Altenwohnheimen, Alten- und Pflegewohnheimen,

davon ca. 80.000 - 90.000 Altenwohnheimplätze.

Betreuungsintensive Heimformen stellen demnach ca. 380.000 - 390.000 Plätze zur Verfügung.

<sup>3</sup> Teilzeitbeschäftigte umgerechnet in Vollzeitbeschäftigte (*Rückert* 1989, S. 139).

**Tabelle 3: Bestandszahlen zur stationären Pflege (II)**  
(aus: Hirschhäuser 1988, S. 30)

Formen der stationären Altenhilfe	Träger der Einrichtung							
	Insgesamt		öffentliche		gemeinnützige		gewerbliche	
	A.	P.	A.	P.	A.	P.	A.	P.
Altenwohnheime	603	53959	260	20774	286	26568	57	6617
Altenheime	2799	174173	381	31583	1638	124173	780	18417
Pflegeheime	848	55880	102	12207	299	24849	447	18824
Mehrgliedrige Einrichtungen, davon:	1942	194938	248	34423	1140	130935	554	29580
Altenwohnheime*)	-	24004	-	4519	-	16190	-	3295
Altenheime*)	-	77442	-	13040	-	53498	-	10904
Altenpflegeheime*)	-	87385	-	15482	-	56546	-	15357
Gleichartige Einrichtungen	78	6923	9	1626	44	3704	25	1593
<b>Heime INSGESAMT</b>	<b>6270</b>	<b>485873</b>	<b>1000</b>	<b>100613</b>	<b>3407</b>	<b>310229</b>	<b>1863</b>	<b>75031</b>
*) ohne Bayern; Quelle: BMJFFG 1987 (Mitteilung); A.: Anzahl, P.: Plätze								

**Tabelle 4: Bedarf an stationärer Pflege**

Bedarf an stationärer Pflege <sup>1</sup>	
Personalbedarf	Heimplätzebedarf
40.000 <sup>2</sup>	90.000 <sup>3, 4</sup>
	100.000 <sup>5</sup>

<sup>1</sup> *Seifert* (1984) konstatiert überhaupt keinen zusätzlichen Pflegeheimplätzebedarf; er sieht bereits ein Überangebot bestehen. Daher legitimiert er auch § 3a BSHG. *Vetter* (1984, S. 177) dagegen hält dem Heimplätzeangebot von 4.5 % der älteren Bevölkerung das Planziel von 6 % entgegen - mit Verweis auf die vergleichbar höheren Versorgungsquoten im Ausland.

<sup>2</sup> nach *Grönert* (1980, S. 407, 411 f.).

<sup>3</sup> nach *Bund-Länder-Arbeitsgruppe* (1981).

<sup>4</sup> Zu dem - damit verbundenen - Investitionsbedarf in Höhe von mehreren Mrd. DM vgl. auch *Dahlem* (1980; 1981, S. 84 ff.).

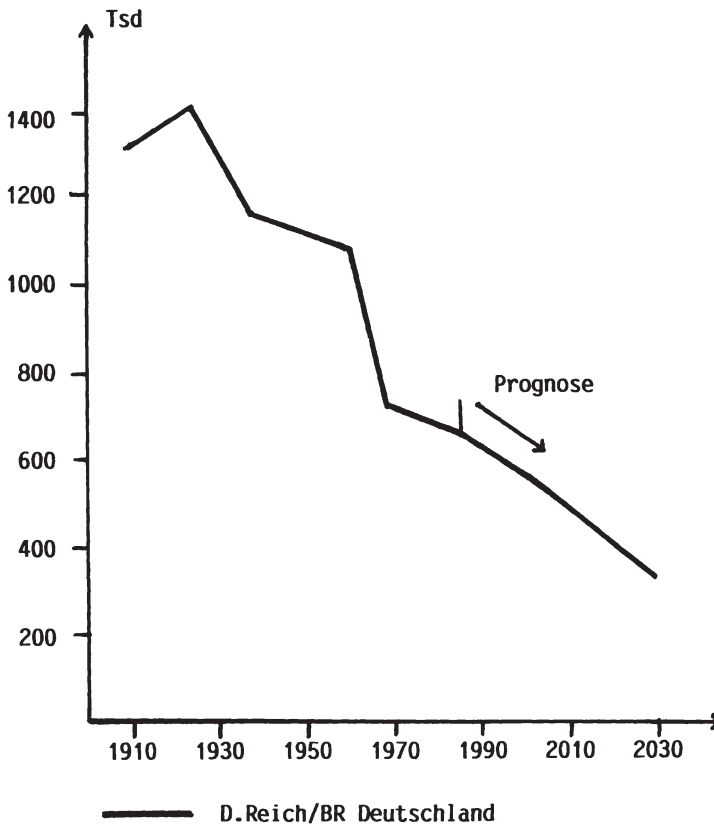
<sup>5</sup> nach *WidO* (1984, S. 74).

- b) Sozio-demographisch bedingt (Wandel der Familienformen und der Haushaltstypen - vgl. a. *Offe/ Heinze* 1986; *Lehr u. a.* 1988; *Schwarz* 1986; *Büschges/ Wintergerst-Gaasch* 1988, S. 33 ff.; allgemeiner a. *Spiegel* 1986; *Büschges* 1987) sinkt aber auch die familiäre bzw. häusliche Pflegekapazität, die bislang ohnehin sehr hoch war bzw. sehr breit ausgebildet war (*Brög u. a.* 1980<sup>21</sup>).

Zieht man die Daten über die Entwicklung der Bevölkerungsreproduktion sowie über die geschlechtsspezifischen Lebenserwartungen (höhere Lebenserwartung von Frauen) und die "soziale Tatsache" heran, daß es hauptsächlich Frauen sind, die häusliche Pflege leisten (vgl. a. *Braun* 1983; *Hedke-Becker/ Schmindtke* 1985; *Bruder* 1981) - was nicht normativ gemeint ist -, so zeigt sich (vgl. dazu auch Schaubild 1) ein sinkendes "Töchter-Pflege-Potential" (*Rückert* 1989, S. 122). Es sinkt die Zahl der Frauen zwischen 45 und 59 Jahren pro 1000 Menschen von 65 u. m. Jahren. Das heißt, daß die "familiale 'Fürsorgereserve'" (*Rückert* 1989, S. 121) abnimmt. Die sozio-demographische Grenze der familial-häuslichen Pflege zeichnet sich damit deutlich ab.

- c) Auch (psycho-)sozial (vgl. u. a. *Van Eickels* 1985) ist die Familie derzeit an der Grenze ihrer Belastbarkeit angelangt.<sup>22</sup> Soziale Selbsthilfeaktivitäten in diesem Bereich stellen sich hauptsächlich als Selbsthilfe der (überforderten bzw. überlasteten) Pflegenden dar.<sup>23</sup> Die psychischen und physischen Belastungen der Pflege produzieren hier zukünftige Pflegelast. Die Familie ist eben nicht eine unerschöpfliche Quelle häuslicher Pflege (*Ferber/ Wedekind* 1984; *Ferber* 1983). Fragen der Zumutbarkeit werden damit zentral (*Wand* 1986, S. 147).

**Schaubild 1: Schrumpfendes "Töchter-Pflegepotential"**  
**Frauen zwischen 45 und 59 Jahren pro 1000 Menschen von 65 J. u. älter**  
(aus: Rückert 1989, S. 122)





Fassen wir die sozio-demographische Entwicklung des Pflegebedarfs und des Pflegepotentials zusammen (Rückert 1987). Die relevanten Dimensionen der - bisherigen und zukünftigen - sozio-demographischen Entwicklung hinsichtlich der Problematik der Altenarbeit sind im einzelnen:

- die Lebenserwartung,
- die Zahl der alten Menschen,
- die Zahl der zu Hause lebenden Hilfe- und Pflegebedürftigen,
- das Potential an Pflegepersonen,
- das Zahlenverhältnis von Frauen und Männern,
- der Familienstand der älteren Menschen,
- der Anteil der kinderlosen älteren Menschen,
- die Haushaltsformen.

Eine weitere zentrale Dimension der Pflegeproblematik und Determinante des "Pflege-notstandes" ist institutioneller Natur:

- d) Schwerwiegende Defizite der Versorgung sind auf ambulanter, teilstationärer und stationärer Ebene zu konstatieren.

Trotz der Ausdehnung von Sozialstationen (vgl. a. Dahlem 1982; Damkowski u. a. 1988; Hartmann 1984; Heinemann-Knoch u. a. 1982, 1985) reichen Quantität, Qualität und Typik (Haushaltshilfe, Krankenpflege, sozialpflegerische/ psychosoziale Betreuung etc.) dieser Hilfeform des ambulanten Sektors nicht aus, um die - vor allem bei internationalem Vergleich (vgl. Tabelle 5) zum Ausdruck kommenden (Rückert 1989, S. 139) - Defizite im ambulanten Sektor (vgl. a. Rückert 1987b) zu decken, vor allem dann nicht, wenn - worauf noch zurückzukommen sein wird - auf der Basis vermuteter Substitutionselastizitäten zwischen stationärem und ambulanten Sektor De-Institutionalisierungen (zwangsweise) realisiert werden.

Der teilstationäre Sektor (Göbbling 1986, 1987) ist marginal: "Bei der Tagespflege und der Kurzzeitpflege würde eine Verdoppelung oder Verdreifachung wenig bedeuten, da die verfügbaren Kapazitäten verschwindend gering sind; auf diesem Sektor sind zunächst einmal nennenswerte Kapazitäten zu schaffen" (Rückert 1989, S. 141).

**Tabelle 5: Personelle Defizite des ambulanten Sektors der Altenhilfe in der BRD im internationalen Vergleich**  
 aus: Rückert (1989, S. 139)

	BRD	DÄNEMARK	NL	SCHWEIZ
Mitarbeiter <sup>1</sup> in ambulanten, sozialpflegerischen Diensten	25.000	250.000	147.000	38.200

<sup>1</sup> Gesamtzahl der Mitarbeiter, umgerechnet in Vollzeitkräfte

Der stationäre Sektor genügt - jenseits seiner chronischen (Legitimitäts-)Krise in qualitativer Hinsicht (vgl. a. *Klie* 1987) - allein aus quantitativer Sicht nicht (vgl. oben Tabellen 2, 3 und 4; vgl. dazu auch *Rückert* 1980, 1989; *Dahlem* 1981). Gerade vor dem Hintergrund des demographischen Trends bzw. Wandels und des von diesem ausgelösten Problems (einschließlich der Implikationen hinsichtlich der Pflegekapazitätenentwicklung privater Sozialnetze) ist ein geplanter<sup>24</sup> Ausbau des stationären Sektors auf höherem Qualitätsniveau (was vor allem den Personalschlüssel betrifft - vgl. dazu auch *Dieck* 1983, Bd. 1, S. 221, Bd. 2, S. 477; *Grönert* 1980, S. 407; *Rückert* 1987a, 1987c) nicht zu umgehen. Trotzdem ist das Gerede von der "Verheimung" politisches Geschwätz. Diese Kritik gilt trotz der normativen (*Klie* 1987; *Hummel* 1984) Heimdiskussion, die die "Humanisierung" des Heimsektors betrifft und z. T. auf umfassende De-Institutionalisierungstrends hinausläuft (z. B. im Programm der "Grünen" - vgl. *Die Grünen* 1984; kritisch dazu *Schulz* 1987a, S. 75; *Wagner* 1985).

Schließlich ist das große Defizit im Bereich der Rehabilitation älterer Menschen herauszustellen. Auch dies ist ein institutionelles Defizit, sicherlich auch ein solches der Problemeinschätzung. Die anhaltende Diskussion zum Problem der Fehlbelegungsquote im Krankenhaussektor steht nicht nur im Zusammenhang mit fehlenden spezifischen Pflegeeinrichtungen insgesamt, sondern auch im Zusammenhang mit der Vernachlässigung der Rehabilitation (zum geriatrischen Bedarf an Rehabilitationseinrichtungen vgl. a. *Brandt* 1987a; *Handbuch* 1986, S. 736 ff.).



#### 1.4 Ein kurzes Zwischenfazit

Zieht man ein (Zwischen-)Fazit, so zeigt sich der "Pflegernotstand" als

- enormer Investitions- und Personalbedarf (vgl. a. *Dahlem* 1982) auf den verschiedenen Ebenen der pflegebezogenen Hilfeleistungen

und als

- Mangel an sozialrechtlich vereinheitlichter und systematischer "Sicherstellung" des Angebots und seiner Finanzierung.

Kurz: Die pflegebezogene Politik muß aus der Tradition der Armenpolitik<sup>25</sup> befreit werden. Daher läßt sich drittens schlußfolgern, daß der "Pflegernotstand" primär ein Problem der (Um-)Verteilung ist, da

- die Transformation der Pflegerisikoabsicherung von der privatisierenden und individualisierenden Armutspolitik in die Sozialpolitik ein "öffentliches Gut" konstituiert, das auch entsprechende Finanzierungsregelungen und damit verbundene Verteilungsvorgänge voraussetzt.



## 2. Zum weiteren Gang der Arbeit

Im Kontext - oder im Strukturzusammenhang - dieses (in Kapitel 1 skizzierten) "Pflegetnotstandes" soll nun der Frage nach den Determinanten der Inanspruchnahme stationärer Altenpflege nachgegangen werden. Dabei wird keine eigene primär-empirische Studie vorgelegt (das ist nur in Form regionalisierter Altenpläne möglich), sondern es sollen die Forschungsergebnisse der bisherigen Fachliteratur analytisch-gerafft ausgewertet werden (vor allem Kapitel 5, aber auch Kapitel 3). Der Verfasser ist der Meinung, daß eine solche Darstellung lohnenswert ist.

Die Frage nach den Determinanten stationärer Pflege im Altenhilfebereich ist sozialpolitisch zentral, da es primäres Ziel der Altenhilfepolitik (der Sozialpolitik für ältere Menschen überhaupt) ist, die Autonomie der Lebensführung auch noch im hohen Alter zu sichern (vgl. *Articus/ Karolus* (Hg.) 1986; *Berthold* 1980, S. 3; *Blume* 1968; *Schreiber* 1976). Dazu gehört die selbständige Haushaltsführung. Das führt zur Formulierung der "Priorität häuslicher Pflege", wobei aber - und dies ist für die vorliegende Arbeit grundlegend - nach den Bedingungen und Voraussetzungen und daher nach den Grenzen häuslicher Pflege zu fragen ist (a. *Dahlem* 1985; *Priester* 1989). Die Frage nach den Determinanten der Heimpflege ist daher - umgekehrt formuliert - zugleich die nach den Determinanten (bzw. Voraussetzungen) der selbständigen Haushaltsführung (vgl. a. *Blosser-Reisen* 1981, 1982). Auch neuere Veröffentlichungen (*Wacker/ Metzler* (Hg.) 1989) stellen daher die Dichotomie "Familie oder Heim" normativ heraus. Dabei ist - worauf noch zurückzukommen sein wird - eine solche Dichotomisierung analytisch problematisch. Zum Zwecke der Differenzierung einer solchen dichotomen Problemdefinition zu einer Mehr-Ebenen-Betrachtung wird in Kapitel 3 der Frage nach den Voraussetzungen und der Reichweite substituionselastischer Beziehungen zwischen verschiedenen (häuslichen, ambulanten und stationären) Ebenen der Hilfe bei Pflegebedürftigkeit nachgegangen. Faktisch ist es hierbei so, daß zuwenig empirisches Wissen über diese Effekte vorliegt - obwohl derartige erfahrungswissenschaftliches Wissen eine zentrale bzw. grundlegende Voraussetzung für die Sozialplanung im geriatrischen Sektor ist.

Kapitel 4 bereitet das Kapitel 5 vor, indem am Beispiel der Diskussion über die Einführung einer Pflege-Sozialversicherung jene Argumente der ökonomischen (speziell: neoklassischen) Theorie problematisiert werden, die die Frage der Inanspruchnahme einer sozialversicherungsfinanzierten Heimpflege betreffen. Denn eine zentrale Dimension des

Fragenkomplexes zu den Determinanten der Heimpflege ist die Präferenzbildung: Die Bildung von Präferenzen<sup>26</sup> ist für die Analyse der Inanspruchnahmeprozesse von grundlegender Bedeutung. Kapitel 4 bereitet somit einige verhaltenstheoretische Annahmen vor, die bei der Aufarbeitung der Ergebnisse der sozialgerontologischen und geropsychologischen Forschungsliteratur über die Determinanten der Institutionalisierung (vgl. a. *Schulz-Nieswandt* 1989d) einen plausiblen (Referenz-)Rahmen abgeben. Die von der neoklassisch-ökonomischen Theorie bemühte Verhaltensannahme des "homo oeconomicus" (umfassend dazu: *Ulrich* 1986) - die grundlegend ist für die Begründung erwarteter "moral hazard"- und "Sog"-Effekte bei Einführung einer Pflege-Sozialversicherung (*Schulz-Nieswandt* 1989d) - wird in dieser Arbeit abgewandelt zu einem Theorem des "homo institutionalis" oder "homo culturalis" (vgl. a. *Hodgson* 1988; *Gruchy* 1987). Diese (Real-)Typen werden vom Verfasser für die empirisch fundierte Analyse der Determinanten stationärer Pflege für fruchtbar(er) gehalten (als die "homo oeconomicus"-Variante).<sup>27</sup>

Kapitel 5 versucht dann einen Überblick über das bestehende - erfahrungswissenschaftlich fundierte - Wissen hinsichtlich der Frage nach dem Determinationsprozeß der Inanspruchnahme stationärer Altenhilfe zu vermitteln (insbesondere Kapitel 5.1). Die Ergebnisse sollen dann verdichtet werden zu einem "analytischen Destillat". Gerade an diesem Destillat wird wiederum die in Kapitel 4 problematisierte Relevanzgrenze der (reinen) ökonomischen Theorie deutlich: Die Faktorenkonstellation, die die Inanspruchnahme von Heimpflege determiniert und von der älteren (mittlerweile "klassischen") Fachliteratur als "Altersheimsyndrom" modelliert wurde, ist multifaktoriell-komplex<sup>28</sup> und läßt sich durch eine "reine" ökonomisch orientierte (Verhaltens-)Analyse nicht fassen.

Die Betonung solcher Zusammenhänge mit den Hypothesen der ökonomischen Theorie ist wichtig, basieren doch ordnungspolitische Bedenken gegen sozialstaatliche (z. B. auch sozialversicherungsrechtliche) Lösungen der Pflegerisikoabsicherung auf spezifischen ökonomisch begründeten Erwartungen (hinsichtlich des Konsums derartiger Leistungsangebote und der damit verbundenen fiskalischen Ausgaben). In Kapitel 6 (Schlußfolgerungen) sind einige Anknüpfungen an ordnungspolitische Fragen - neben einigen Aspekten zur Problematik der Sozialplanung - vorzunehmen.



### 3. Zum Problem der Substitutionselastizität zwischen den verschiedenen Ebenen der Hilfe bei Pflegebedürftigkeit

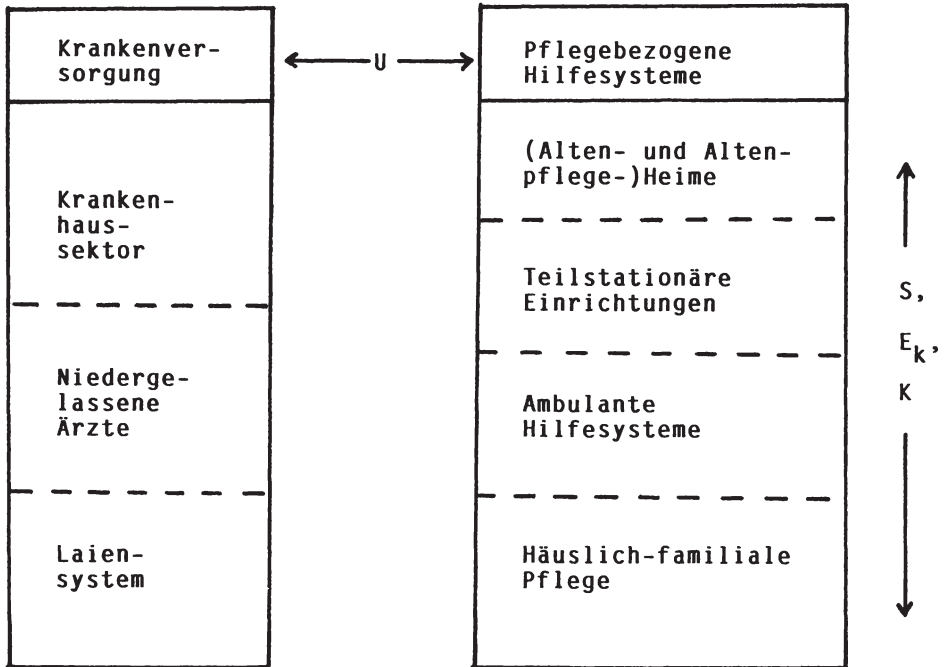
Die größere Präferenz für ambulante Hilfe gegenüber einer stationären Pflege in der sozialpolitischen Diskussion ist evident; sie resultiert aus der geriatrischen Zielsetzung autonomer Lebens- und Haushaltsführung im hohen Alter. Diese Zielsetzung läßt sich auch - ökonomisch - als Problem der Substitutionselastizität zwischen den verschiedenen Hilfeformen reformulieren.<sup>29</sup> Schaubild 2 (inspiriert durch eine Darstellung bei *Herder-Dorneich/Wasem* 1986, S. 290) versucht, die Interdependenzen dieser Problemstellung herauszuarbeiten.

Verschiedene Effekte<sup>30</sup> - sieht man hier von den Umwidmungen (U) zwischen dem Sektor der Krankenversorgung und dem der pflegebezogenen Hilfen einmal ab<sup>31</sup> - sind denkbar:

- Substitution (S) meint, daß z. B. stationäre Pflege durch ambulante Hilfe (für häusliche Pflege) ersetzbar ist;
- kooperative Ergänzung ( $E_k$ ) meint eine Verzahnung verschiedener Ebenen (z. B. ambulanter, teilstationärer und häuslicher Ebene - vgl. a. *Zeman* (Hg.) 1988), ohne damit auch Bestandsreduzierungen im stationären Sektor erzielen zu können (zu wollen) (vgl. hierzu auch umfangreich *Litwak* 1985);
- Kumulation (K) liegt vor, wenn keine Substitutionalität besteht und daher stationäre und ambulante Hilfe additiv in Anspruch genommen werden, da die Nutzerkreise (ambulanter und stationärer Hilfe) nicht identisch sind (dieser Effekt wird in Schaubild 3 dargestellt).

Dieser Kumulationseffekt, der das Vorliegen nicht-substitutiver Funktionsbeziehungen zwischen ambulanter und stationärer Pflege(hilfe) anzeigt, ist theoretisch - und wohl auch empirisch - besonders interessant. Die relevante Population P - wir halten uns hier an Schaubild 3 - beinhaltet eine Teilpopulation  $TP_1$ , die stationäre Hilfe benötigt, und eine Teilpopulation  $TP_2$ , die ambulante Hilfe konsumiert. Die stationäre Hilfe für  $TP_1$  ist nicht ersetzbar durch ambulante Hilfen (Ausnahme: Schnittfläche  $TP_{1/2}$ ).

**Schaubild 2: Das Mehr-Ebenen-"System" des Pflegesektors**



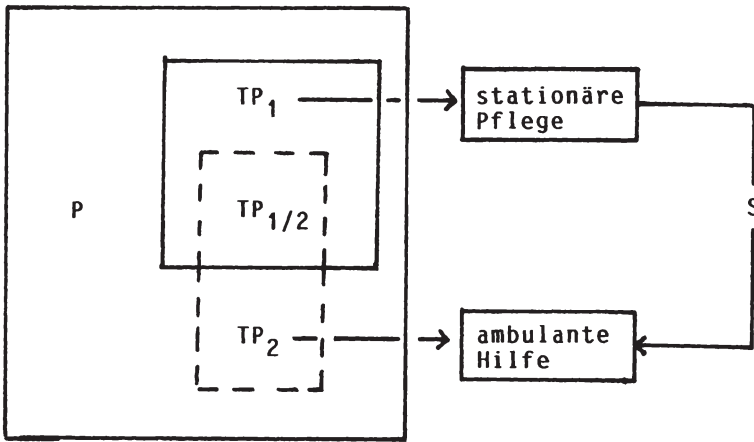
U : Umwidmungen

S : Substitutionen

K : Kumulationen

E<sub>k</sub> : Kooperative Ergänzungen

**Schaubild 3: Nicht-identische Nutzerkreise und Grenzen der Substitutionselastizität zwischen ambulantem und stationärem Sektor**



- $P$  : (Gesamt-)Population  
 $S$  : Substitutionseffekt  
 $TP$  : Teilpopulationen

Dieser hier modellhaft dargelegte Effekt ist gerontologisch gut begründbar: Auf der Basis ganzheitlicher (medizinischer, sozialökonomischer und psychosozialer) Differentialdiagnostikverfahren kann deutlich gemacht werden, daß die - gegenüber stationärer Pflege u. U. relativ kostengünstigen - Sozialstationen nicht für alle Zielgruppen bedarfsgerecht sein können (*Mittag* 1983; ähnlich argumentiert auch *Dahlem* 1983, S. 245).

In einer Studie des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (ISO 1984) über die Determinanten der Inanspruchnahme von Altenheimplätzen in Saarbrücken wird das Substitutionspotential von Heimunterbringung durch ambulant gestützte familiale/ häusliche Pflege wohl höher eingeschätzt. Denn die Untersuchung ergab, daß gesundheitliche Gründe nicht vorrangig sind für die Heimübersiedlung. Abgesehen von geschlechtsspezifischen Differenzen in der Handlungskompetenz (relativ höhere Unselbständigkeit bzw. Hilflosigkeit bei Männern) sind es Beziehungskonflikte zwischen den Generationen - hoch korreliert mit Wohnraumproblemen -, die Anlaß bzw. Ursache der Heimübersiedlung sind. Sofern diese Beziehungskonflikte Folge der Überforderung der Angehörigen sind, könnten ambulante Hilfen die Bewältigungskapazität der Angehörigen erhöhen. Sie schaffen Spielräume. So gesehen gäbe es eine höhere Quote vermeidbarer, wenn auch nicht voraussetzungslos und kostenlos vermeidbarer Heimunterbringung. Es muß noch angemerkt werden, daß die durch Beziehungskonflikte ausgelöste Heimunterbringung, explanatorisch (d. h. von der Struktur der Erklärungsweise her gesehen) betrachtet, nicht unbedingt mit einem "moral hazard"-Effekt gleichgesetzt werden kann. Denn ohne externe - professionell-ambulante - Unterstützung ist die Familie de facto überfordert. Die Problematik der externen Unterstützung der Versorgung im häuslichen Lebenszusammenhang bedarf aber noch der Forschung (*Stiefel* 1987).

Greifen wir nochmals auf Schaubild 3 zurück. Geht man nun davon aus, daß zu einem bestimmten Zeitpunkt ( $t_1$ ) ein Teil der Population ( $TP_1$ ) stationäre Hilfe beansprucht, und die ambulanten Systeme nun im weiteren Zeitverlauf ( $t_2, 3, \dots, n$ ) ausgebaut werden, so kann ein Kumulationseffekt (K) eintreten: Es kristallisiert sich aus P eine Teilpopulation  $TP_2$ , die die ambulante Hilfe konsumiert, ohne daß - durch den Ausbau des ambulanten Sektors induziert -  $TP_1$  reduziert wird (oder nur zu einem bestimmten, hier als eher minimal herausgestellten Teil:  $TP_{1/2}$ ). Der Substitutionseffekt (S) fällt demnach gering aus ( $S = TP_{1/2}$ ). Die Inanspruchnahme ausgebauter ambulanter Angebotsstrukturen ohne Reduktion der Inanspruchnahme stationärer Leistungen kann sich aus einem Nachholbedarf der häuslichen Pflege (Nachholbedarf an ambulanter Stützung im Kontext psychisch, physisch und sozial überlasteter Pflegekapazität) erklären. Dieser Nachholbe-

darf würde den empirischen Kenntnissen über die Situation der Pflegenden im Mehrgenerationenhaushalt in der BRD entsprechen (vgl. oben Kapitel 1.3).

Bestände stationärer Pflege dürften demnach durch den Ausbau ambulanter Stützsysteme für häusliche Pflege nicht unbedingt reduzierbar sein. Dies ist auch aus der gerontologischen Forschung über die Bedingungen und Voraussetzungen ambulanter Hilfe für häusliche Pflege bekannt: So setzt die Substitution stationärer durch ambulanter Pflege die Existenz von Angehörigen der Pflegebedürftigen (oder funktional äquivalenter Hilfspersonen aus der Nachbarschaft etc. - was allerdings selten der Fall sein dürfte -) voraus. Wie sieht die Chance auf Substitutionseffekte nun im Rahmen einer dynamischen Betrachtung aus?

Schaubild 4 soll verdeutlichen, daß man von derartigen Substitutionseffekten - angesichts des diesbezüglichen demographischen Problemdrucks und angesichts der sich längst abzeichnenden Grenzen des häuslichen/ familialen Pflegepotentials (zu den Belastungen vgl. auch *Trojan* 1985) - nur eine leichte Abschwächung des institutionellen Heimhilfebedarfs in der Zukunft erwarten darf. Abgeschwächt werden könnte also allenfalls der Trend (die Steigung des Trends).

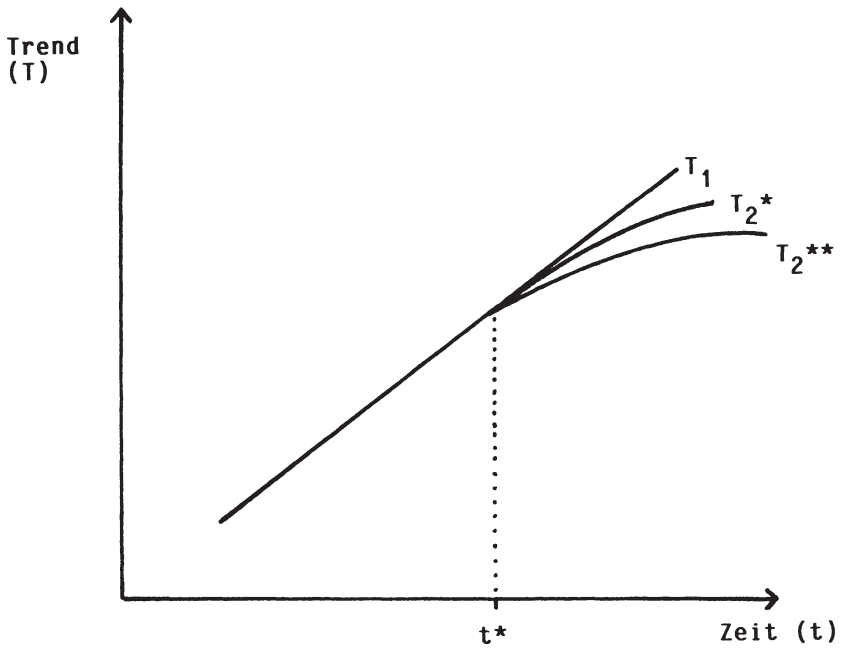
Schaubild 4 verdeutlicht, daß die Realisierung von Substitutionseffekten zum Zeitpunkt  $t^*$  eine Abflachung des Trends stationärer Hilfen ( $T_1$ ) zu  $T_2$  ermöglicht, daß jedoch

- der Trend steigend bleibt ( $dT/dt > 0$ ),
- die Differenz ( $T_1 - T_2$ ) ungewiß ist ( $T_2^*$ ,  $T_2^{**}$ , ...).

Die Differenz ( $T_1 - T_2$ ) kann sich nur empirisch klären lassen unter Rückgriff auf quantifizierte Typologien (bzw. Differentialdiagnostiken) des Pflegebedarfs, die ganzheitlich, also auch unter soziographischer Klärung der haushaltsinternen und haushaltsexternen (ökologischen) Lebenslagemerkmale, bestimmt werden müssen.

Die hier modellhaft diskutierten Zusammenhänge betreffen die Frage, ob ambulante Systeme - z. B. Sozialstationen - eine (sich gegenüber der Inanspruchnahme stationärer Pflege merklich auswirkende) "Zurückhaltefunktion" (*Hartmann* 1984, S. 46) besitzen.

**Schaubild 4: Trend der Inanspruchnahme stationärer Hilfe in Abhängigkeit von der Substitutionselastizität ambulant gestützter familialer Pflege**



In Einzelfällen sind derartige Funktionszusammenhänge sicherlich plausibel. Aber wie weit reicht diese Plausibilität, wenn es um relevante Größenordnungen gehen soll?

Inspiziert durch die Betrachtung hoher wechselseitiger Substitutionselastizitäten zwischen Krankenhaussektor und Arztpraxen (*Röpke/ Lenz* 1985, S. 247; *Müller/ Wasem* 1987), wird nach der Substitutionselastizität zwischen stationärer und ambulanter Pflege(hilfe) gefragt (*Wasem* 1986, S. 359). Der Forschungsstand (vgl. a. *Plaschke* 1983, S. 165 ff.) - auch im angloamerikanischen Raum (*Weissert* 1981) - läßt starke Unsicherheiten deutlich werden; einiges spricht eher für  $E_K$ -Effekte (zwischen Haushalten und ambulantem Sektor), die sich dann als K-Effekte auswirken. S-Effekte sind kaum beobachtbar. *Weissert* (1981) bestätigte z. B. K-Effekte mit entsprechenden Kostensteigerungswirkungen.

Schon *Shanas et al.* (eds.) (1968, S. 129, 433) konstatierten, ambulante soziale Dienste hätten vor allem die Funktion, primäre soziale Netze zu stützen, zu ermöglichen und zu komplementieren. Fraglich ist also, ob ihnen auch Substitutionseffekte gegenüber stationärer Pflege zukommen.

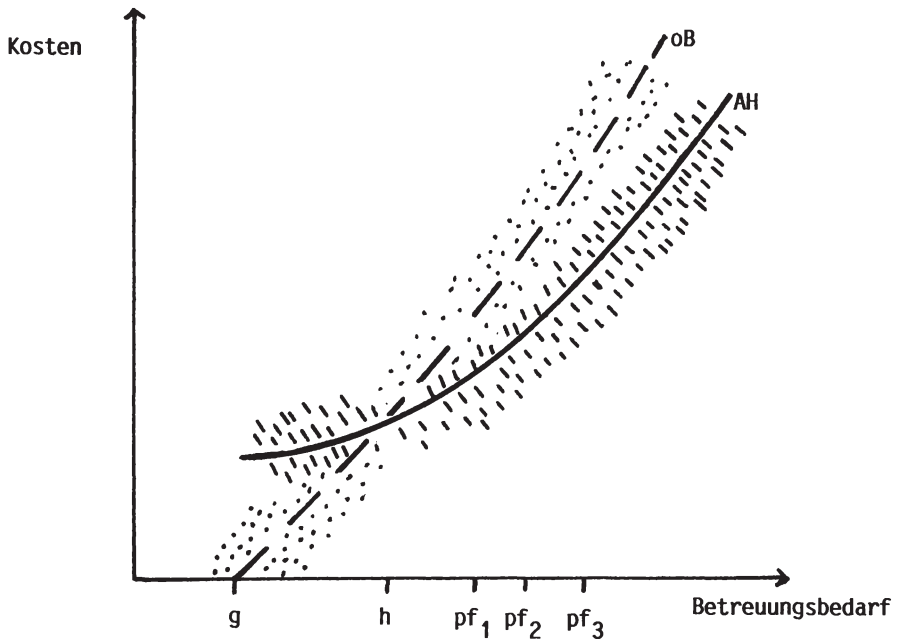
Vor allem *Lütke* (1988) konstatiert - hinsichtlich der Entwicklung in Berlin -, daß es sich bei den Sozialstationen "um ein eigenständiges Versorgungsangebot handelt, das eine spezifische Nachfrage befriedigt, auch unabhängig von stationärer Versorgung" (*Lütke* 1988, S. 116 f.).

*Lütke* (1988, S. 127) hebt weiter hervor, daß es zu S-Effekten kommen kann, wenn bedarfsgerechte (vgl. a. *Hartmann* 1984) ambulante Systeme aufgebaut werden. Wie aber die konkreten Funktionszusammenhänge quantitativ aussehen (könnten), ist empirisch nicht bekannt.

Schließlich ist daran zu erinnern, daß - in Abhängigkeit vom Hilfebedürftigkeitsgrad (Pflegeintensität) - ambulante Pflege auch teurer ist als stationäre Pflege (vgl. a. *Rieben* 1982, 1984)<sup>32</sup>. Dies ist eine Dimension der bereits angesprochenen Problematik, daß die Frage der (gerontologisch sinnvollen) Rückverlagerung stationärer in ambulant gestützte häusliche Pflege abhängig ist vom vorliegenden (ganzheitlich definierten) Pflegebedarf, der nun hinsichtlich seiner Kostenfunktion relevant wird (vgl. dazu auch Schaubild 5).

**Schaubild 5: Idealtypischer Verlauf der Betreuungskosten (Hilfs- und Pflegeleistungen)**

(nach: *Rieben* 1982, S. B 142)



Kostenunterschiede der offenen Institutionen (Schwankungsbereich)



Kostenunterschiede der geschlossenen Institutionen (Schwankungsbereich)

oB: offene Betreuung; AH: Altersheim (ohne Zimmer und Infrastruktur)

g: gesund

h: hilfebedürftig

pf: pflegebedürftig (1: leicht, 2: mittel, 3: schwer)



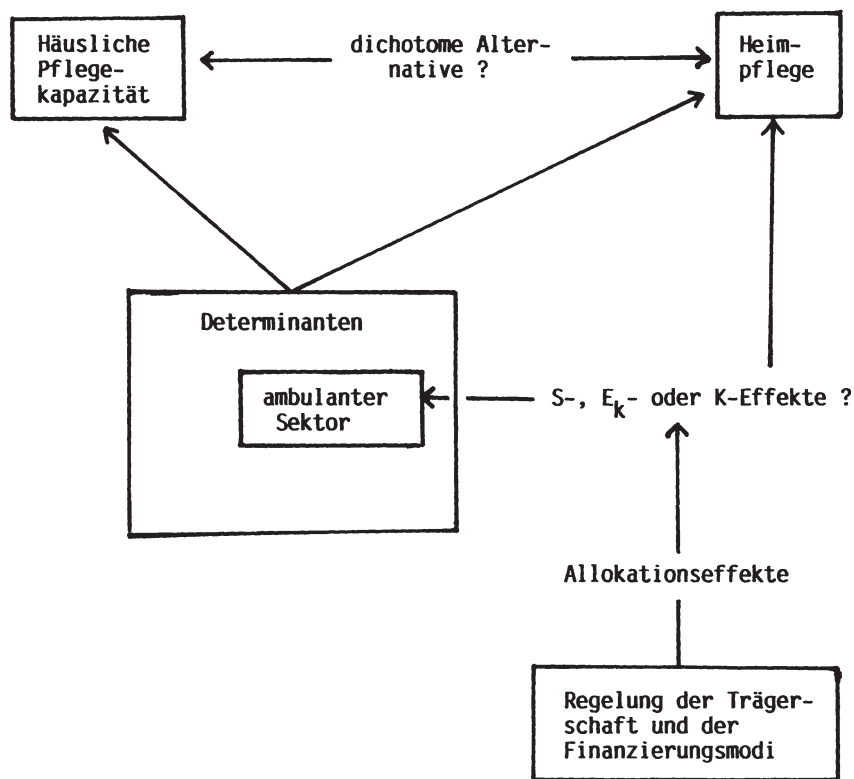
So zeigt sich also auf der Basis dieser Perspektive, daß Heimpflegebedarf in nicht-substituierbarer Weise vorhanden ist. Die Substitutionselastizität zwischen ambulanter und stationärer Pflege ist dabei komplex determiniert. Sie hängt - wie schon in Hinsicht auf die Kosten dieser beiden Hilfeformen gesagt - vom Pflegeintensitätsgrad ab und damit von der Struktur der Population (Zusammensetzung des Personenkreises der Pflegebedürftigen), auch in Hinsicht auf deren Kontexte (Wohnsituation, Haushaltstyp, Kinderzahl etc.). Dies alles betrifft jedoch bereits die direkte Analyse der Institutionalisierungsdeterminanten (vgl. dazu Kapitel 5.1).

Richtig ist, daß es eine potentielle Schnittfläche von Nutzern ambulanter und stationärer Hilfe bzw. Pflege gibt ( $TP_{1/2}$  in Schaubild 3): Hier können Substitutionseffekte eintreten. Es ist damit angedeutet, daß häusliche Pflegekapazitäten ebenfalls eine komplexe Funktion verschiedener Determinanten sind. Sie stellen - umgekehrt - z. T. die Determinanten der Heimpflege dar (vgl. zu diesem Funktionszusammenhang auch Schaubild 6).

In Schaubild 6 wird ferner angedeutet, daß die realen Effekte ( $S$ ,  $E_k$  und/ oder  $K$ ) auch abhängig sind von der (sozialrechtlichen) Regelung der Finanzierung und der Trägerschaft der Pflegeeinrichtungen und Pflegehilfen, denn diese Regelungen induzieren allokative Effekte (Verteilung der Ressourcen auf die verschiedenen Pflegeebenen und damit auf die dabei zum Zuge kommenden oder auch unterdrückten Präferenzen). Dies bedeutet wiederum, daß eine bedarfsgerechte - und insofern effiziente - Pflegerisikoabsicherung eine Reform der Pflegefinanzierung und der Trägerschaften voraussetzt: Die familialen Pflegekapazitäten dürfen nicht überlastet werden, die Heime aber auch nicht fehlbelegt werden - soweit Substitutionselastizitäten nicht nur randständig gegeben sind. Dies zu realisieren wäre Aufgabe einer Altenhilfeplanung in einem Pflegesektor, dem ein "öffentlicher Sicherstellungsauftrag" zugrunde liegt<sup>33</sup> (vgl. auch oben Kapitel 1.1).

Ebenso wie die prekäre Finanzierung der Heimpflege zu einem Angebotsrationierungseffekt (auf Seiten der öffentlichen Sozialhilfeträger in Verbindung mit den Trägern der Einrichtungen seitens der Freien Wohlfahrtspflege) führen kann (bzw. auch tatsächlich führt), so kann auch die Modifikation der §§ 3 Abs. 2 und 93 Abs. 2 BSHG im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes von 1984 (vgl. zum Kommentar auch *Brandt* 1984; *Kuper* 1984; *Drost* 1983; *Giese* 1984; vgl. a. *Fix u. a.* 1986) einen nachfragereduzierenden Effekt bedeuten, denn das Wunsch- und Wahlrecht potentieller Heimbewohner wird eingeschränkt (vgl. a. *Korte/ Trilling* 1984, S. 37 f.). An sich ist gegen eine meritorische Angebots- und Nachfragesteuerung im Pflegesektor - dem Grunde nach - nichts einzuwenden.

**Schaubild 6: Familie oder Heim? - Funktionskonstellation**



Der durch § 3a BSHG festgeschriebene Vorrang der ambulanten Hilfe würde aber nur eine Form der Zwangs-Deinstitutionalisierung zum Zwecke der Reduzierung der Kosten - ähnlich dem Rückzug der Akutkrankenhäuser zum Zwecke der Reduzierung von "Fehlbelegungen" (vgl. a. *Rückert* 1989, S. 137 f.) - darstellen, wenn keine "ausreichend differenzierten ambulanten Hilfen" sowie eine "erhöhte Bereitschaft zu informeller Hilfeleistung in kleinen Netzen" (*Korte/ Trilling* 1984, S. 37) garantiert werden können. Zwangs-Deinstitutionalisierung stellt die Betroffenen vor "vollendete Tatsachen" und ist daher keineswegs bedarfsadäquater und somit effizienter. Aufgezwungene Pflege im Haushalt ohne Reflexion der damit verbundenen Belastungen unter dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit kann genauso inhuman sein wie das nicht hinterfragte Abschieben in die stationäre Pflege.

Sozialpolitische Abstinenz - indiziert über einen Mangel öffentlich vorgehaltener Angebotsstrukturen ambulanter und stationärer Art - ist kein Beweis für Effizienz im allokativen Sinne, sondern nur für niedrige Ausgabenquoten, hinter denen sich jedoch ungedeckter Bedarf, ja z. T. erhebliche Alltagsnot verbergen.



#### 4. "Niederlanden-Syndrom", "moral hazard"-Theorem, "Sog"-Effekte und Pflege-Sozialversicherung

Die Skizze zum "Pflegerotstand" in der BRD (vgl. oben Kapitel 1) sollte zeigen, daß familiäre/ häusliche Hilfefazilitäten begrenzt sind, Elastizitäten kaum noch gegeben sind, so daß ein weiterer Privatisierungsschub nicht als präferenzgerecht einzuschätzen ist.

Vor diesem Hintergrund werden schon seit Jahren verschiedene Modelle einer Pflege-Sozialversicherung kontrovers diskutiert.<sup>34</sup> Die Diskussion begann (zum Überblick vgl. *Deutscher Verein* 1984; *Kreikebohm* 1989, S. 150 ff.) 1967/ 68 mit dem Vorschlag von *P. Galparin* und mit einem Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, wobei sich dann die Diskussion doch zunehmend verlagerte auf die Frage, ob eine entsprechende Erweiterung des Leistungskataloges der GKV stattfinden soll, oder ob lediglich eine organisatorische Anbindung einer Pflegeversicherung an die GKV (wie in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe 1980 vorgeschlagen) vorgesehen werden soll. Die Träger der Sozialhilfe neigen zur Unterstützung einer solchen Kostenregelung. Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege begrüßt eine solche Verteilungslösung, denn die freie Wohlfahrtspflege ist traditioneller Anbieter pflegebezogener Leistungen, ohne aber hinreichend kontinuierlichen Finanzierungsweisen (bzw. -trägern als Vertragspartnern) gegenüberzustehen. Gerade hier spiegeln sich die Aspekte, die oben bereits angesprochen worden sind (hinsichtlich kostenregelungsabhängigen Angebotsrationierungseffekten). Gerade § 93 Abs. 2 BSHG induziert bei den Leistungsanbietern die Befürchtung, von den finanzknappen Kommunen als Leistungsvertragspartner ausgeschlossen zu werden; abgesehen davon, daß - ausgabensteigernde - Innovationen und Qualitätsfortschritte problematisch werden, da sie zum Ausschluß von der Förderung bzw. Finanzierung durch die Träger der Sozialhilfe führen können.

Ein zentrales Argument in der kontroversen Diskussion um die Einführung einer Pflege-Sozialversicherung, das von ordnungs- und finanzpolitischer Reichweite bzw. Brisanz ist, ist die Erwartung von "Sog"-Effekten (sprunghafter Anstieg der Inanspruchnahme der Heimpflege) (vgl. a. *Boese/ Heuser* 1982), die von - zumeist neoklassischen (*Oberender* 1986) - Ökonomen mit "moral hazard"-Theoremen begründet werden (vgl. dazu *Wasem* 1986, S. 354 ff.; 1984, S. 199). Demnach tendieren nutzenmaximierende Individuen der Gattung "homo oeconomicus" (mit ego-bezogenen Nutzenfunktionen) in kollektivgutähnlichen Einrichtungen wie die einer Pflege-Sozialversicherung dazu, wegen der fehlenden -

marginalen - Abstimmung von Inanspruchnahme und Kosten der Inanspruchnahme eine Überinanspruchnahme zu realisieren, die also den Konsum bedarfsinadäquat ausdehnt.

In der gesundheitspolitischen Diskussion über "moral hazard" in der GKV wird dieser Effekt wie folgt dargestellt (vgl. dazu Schaubild 7). Dabei wird - zur Vereinfachung - von konstanten marginalen Kosten ( $K'$ ) ausgegangen. Der "homo oeconomicus" neigt nun in der GKV dazu, zum Preis von  $P = 0$  zu konsumieren, also die Menge  $M = Q_1$  zu realisieren. Müßte er - im Zuge des Wirksamwerdens von Marktpreisen (Preiselastizität) - die marginalen Kosten ( $K'$ ) seiner marginalen Inanspruchnahme (gemäß seiner Nutzenfunktion  $N =$  Nachfragefunktion  $D$ ) berücksichtigen, so würde er nur die Menge  $Q_0$  zu Preis von  $p'$  konsumieren. Die Nachfrage wäre also preiselastisch, die Nachfragefunktion hat hierbei den typischen Funktionsverlauf. Der Wohlfahrtsverlust einer GKV kann demnach auf der Basis des Schaubildes 7 quantifiziert werden als:

$$1/2 p'(Q_1 - Q_0).$$

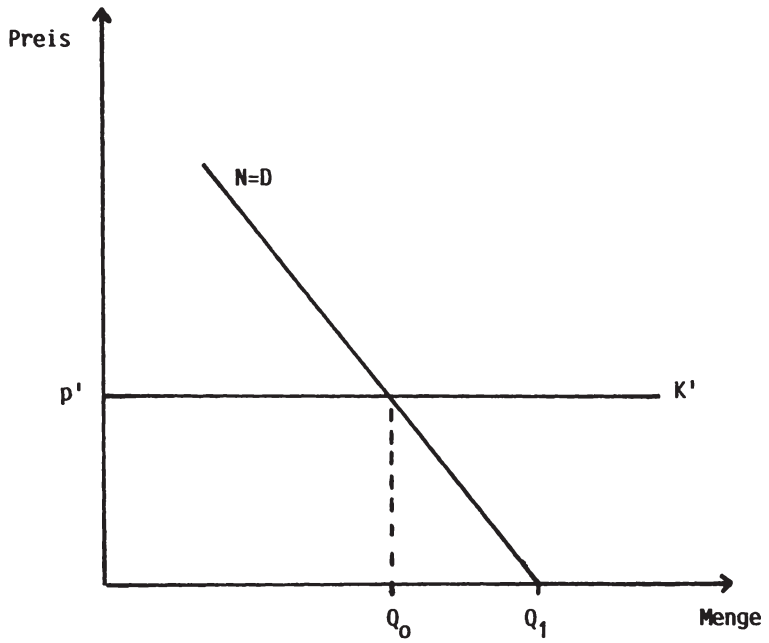
Diesen Effekt kann man auch auf die Frage der allokativen Wirkungen einer Pflege-Sozialversicherung übertragen. Um den eingangs zitierten Arbeitsminister *Blüm* nochmals zu Wort kommen zu lassen (aus: Handelsblatt vom 04.01.1984, S. 3):

"Wenn einer 40 Jahre in die Pflegeversicherung 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."

Und *Seifert* (1989, S. 169) schreibt ebenso deutlich:

"Jeder freie Platz in einer Einrichtung weckt neue Nachfrage und verunsichert die Bereitschaft der Familie, vor allem ältere und behinderte Menschen zu Hause in ihrer vertrauten Umgebung zu betreuen."

Faktisch ist es dagegen so, daß die Familien durchaus nicht "pflegeunwillig" sind (vgl. a. BMJFFG 1986, S. 89), im Gegenteil: Die Pflegeleistungen haben in den letzten 30 Jahren eher deutlich zugenommen (*Rückert* 1987b, S. 36; *Wand* 1986, S. 145 f.). Die ökonomische Theorie differenziert nicht hinreichend zwischen subjektiver Bereitschaft und struktureller Überforderung: Das Pflegepotential geht - sozio-demographisch bedingt - zurück. So

**Schaubild 7: "Moral hazard" und Wohlfahrtsverluste in der GKV**

nimmt die Zahl der in Heimen lebenden älteren Menschen, vor allem die Zahl der Frauen (*Meifort* 1987, S. 40 f.) zu. Dies ist aber keine Frage egoistischer Präferenzen der potentiellen Pflegepersonen, denn diese sind oftmals gar nicht vorhanden: Der Ledigenstatus spielt bei der Determination des Institutionalisierungstrends eine zentrale Rolle; stationär gepflegte Menschen haben oft gar keine Kinder (mehr). Dies unterscheidet sie von den ambulant gepflegten Personen höheren Alters (*Rückert* 1987b, S. 30). Hier zeigt sich erneut die Problematik unterschiedlicher Nutzerkreise ambulanter und stationärer Altenhilfe, die jeweils verschiedene objektive Lebenslagemerkmale aufweisen und daher nicht einfach in einem substitutionselastischen Verhältnis stehen. Für die ökonomische Theorie ist aber die Institutionalisierung vor allem ein Problem subjektiver Pflegebereitschaft der Angehörigen in Verbindung mit "moral hazard"-Erwartungen, die dann im Kontext einer Sozialversicherungsfinanzierung nur noch vervielfacht bestätigt werden würden. Für die ökonomische Theorie wird die Heimpflege zu einer Frage der Präferenz unter der Bedingung mangelhafter oder fehlerhaft gesetzter Anreize (allokativ ineffiziente Kollektivguteinrichtungen). Dies entspricht den anthropologischen Basisannahmen der ökonomischen Theorie. Es scheitert aber - zumindest in diesem Feld der Pflegeproblematik - an falschen Annahmen über die sozialen Strukturzusammenhänge. Heimpflege erklärt sich oftmals weniger aus (egoistischen) Präferenzen, sondern aus strukturellen Randbedingungen ("constraints"), die keine Alternative lassen oder zumindest den Institutionalisierungsdruck extrem steigern. Neuere Entwicklungen der "rational choice"-Theorien berücksichtigen bereits die Bedeutung von "constraints" bei der Erklärung von Handlungen und deren Wirkungen (*Franz* 1986; *Wiesenthal* 1987; *Weise* 1989). Dies ist auch deshalb so bedeutsam, da dann auch die Bewertungen solcher Handlungen anders ausfallen (hier hinsichtlich der viel zitierten "Abschiebe"-Effekte, der "Verheimung" etc.).

Die angewandte ökonomische Theorie - hier nun angewandt auf sozialökonomische Fragen der Reform des bundesdeutschen Pflegesektors - läßt diese Problemdimension allerdings weitgehend unbelichtet. Es wird nicht einmal gefragt, ob die Familie - würde sie die Pflege übernehmen wollen (Präferenz ist ausgebildet, Anreize u. U. richtig gesetzt) - für die (sozial-)pflegerischen und rehabilitativen Funktionen qualitativ überhaupt tauglich ist (*Meifort* 1987, S. 40/ 41).

Das Menschen- und Gesellschaftsbild der ökonomischen Theorie bleibt jedoch stabil. *Schönbach/ Wasem* (1985, S. 202) befürchten, die Bereitschaft zur familialen Pflege "dürfte hierbei (bei Einführung einer Pflege-Sozialversicherung - F. S.-N.) nachlassen"; *Ferber* (1985, S. 539) schreibt:



"Nun läßt sich unschwer einsichtig machen, daß mit einem solchen Schritt (der Sozialversicherungslösung - F. S.-N.) eine Bedarfsweckung und eine Kostensteigerung verbunden sind."

*Ferber* hält diese pflegeversicherungsbedingte Bedarfsweckung für "zweifellos" (ebenda, S. 540) gegeben.

Es würde sich also um ein "moral hazard"-Verhalten der versicherten Alten, aber auch um ein "moral hazard"-Verhalten der - quasi implizit mitversicherten - Angehörigen handeln: Mitversichert ist ja deren Pflegeaufwand, den sie nun vermeiden (einsparen) können, da der Pflegebedürftige in die Heimpflege "abgeschoben" werden kann.

Alle diese Prognosen begründen sich aus der Annahme bestimmter "Verhaltensdispositionen" (*Müller/ Wasem* 1984, S. 108) heraus. Das Fehlen entsprechend gesetzter monetärer Anreize führt dann zur Überinanspruchnahme. Die Parallelitäten zum Gesundheitswesen sind evident.<sup>35</sup>

So simpel ist ein ökonomisches Modell zur Erklärung der Inanspruchnahme stationärer Pflege alter Menschen unter der Bedingung kollektivgutähnlicher Finanzierung. *Meyer* (1989, S. 303) soll im Sinne dieser ökonomischen Theorie ausführlicher zitiert werden:

"Eine kostenlose Bereitstellung knapper Güter führt zur Übernutzung, so auch bei Pflegebedürftigkeit. Allgemein wird dieses Phänomen als Free-Rider- oder Moral Hazard-Verhalten bezeichnet. Ob Leistungsgesetz oder Pflegefallsicherung, bei allen kollektiven, auf Risikoausgleich beruhenden Sicherungssystemen ist mit einem Anstieg der Pflegefälle zu rechnen."

Folgende Teilhypothesen führt *Meyer* (1989, S. 303 f.) an:

- Der Betroffene erklärt sich (!) - bei objektiv unverändertem Gesundheitszustand - früher zum Pflegebedürftigen;
- Die Verwandten schieben den Betroffenen bereits bei geringer (!) persönlicher Belastung auf das Kollektiv ab;

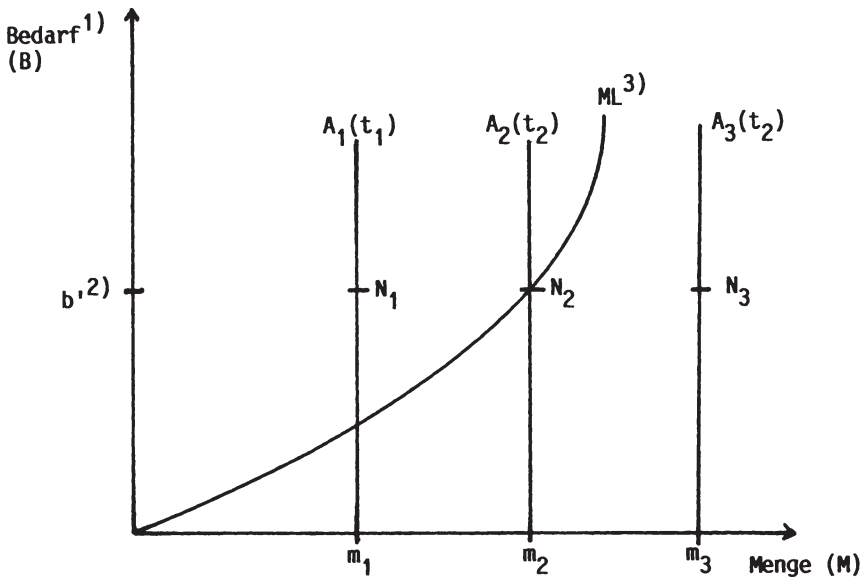
- Es werden immer mehr Leistungen höherer Qualität nachgefragt, während das Kostenbewußtsein sinkt;
- Die Anbieter vernachlässigen aufgrund der Drittfinanzierung der Leistungen jegliche (!) Effizienzkontrolle; es kommt zur Ressourcenverschwendung und zur anbieterinduzierten Leistungs(katalog)ausdehnung.

Dieser Hypothesenkatalog erweist sich als - völlig unkritisches, d. h. unreflektiertes - Übertragen neoklassischer gesundheitsökonomischer Theoreme (über Versichertenverhalten, Arztverhalten, Kassenwettbewerb etc.) auf die Probleme des Pflegesektors.

*Meyer* zitiert allerdings keinerlei empirische Studien zur Stützung dieser Hypothesen, die auf der Basis des negativsten aller möglichen "Menschenbilder" formuliert sind. Der Verdacht auf "moral hazard" und die Erwartung entsprechender fiskalischer Folgen ("Sog"-Effekte) sind allerdings keineswegs so selbst-evident, wie es die Vertreter der "reinen" modell-logischen ökonomischen Theorie erscheinen lassen. Dies gilt bereits für die GKV (vgl. a. *Schulz-Nieswandt* 1989b, 1989c). Diese Einwände betreffen sowohl die empirische Reichweite als auch die theoretische Stringenz (z. B. unter Annahme von Präferenzunsicherheit, schichtenspezifischen Aversitäten etc.). Auf die Debatte im Gesundheitssektor soll hier jedoch nicht näher eingegangen werden. Aber vor allem der Verdacht, der Anstieg der Nachfrage wäre ein Nachholbedarf-Effekt unter der Bedingung bislang sozio-ökonomisch restringierter Nachfrage (zum Gesundheitswesen vgl. dazu a. *Meza* 1983; bereits schon *Schaper* 1978), ist nicht von der Hand zu weisen und gilt auch für den Pflegesektor: Vor dem Hintergrund des sozio-demographisch bedingten geringen Potentials an bedarfsgerechter Heimpflegereduzierung und eines demographisch bedingten Anstiegs des Heimpflegebedarfs (vgl. a. *Rückert* 1980, 1987; *Dahlem* 1981; *Schulz* 1987) dürfte ein Anstieg der Heimpflegeinanspruchnahme nach Einführung einer Pflege-Sozialversicherung als Abbau eines bislang unbefriedigten Nachfrageüberhangs gedeutet werden. Schaubild 8 verdeutlicht diesen Zusammenhang.

$A_1$  ist die Angebotsmenge zum Zeitpunkt  $t_1$ , in dem das Angebot - fiskalisch bedingt - rationiert ist;  $A_2$  ist eine Angebotsausdehnung, die eine Inanspruchnahme von Pflegehilfe ( $m_2$ ) ermöglicht, die von  $A_1$  unterdrückt wurde. Zu  $A_1$  konnte nur die Menge  $m_1$  realisiert werden: ( $m_2 - m_1$ ) war in  $t_1$  ein nicht befriedigter Bedarf (Nachfrageüberhang).

Schaubild 8: Angebotsrationierte und bedarfsadäquate Nachfrage



$$1 \quad N = f [oB (sBE_k; K^*)],$$

wobei:

oB: objektiver Bedarf,

sBE<sub>k</sub>: subjektive Bedarfseinschätzungskompetenz,

K\*: Kontexteffekte (sozio-kulturelle etc. Determinanten des Konsums).

2  $b'$  wird im Zeitverlauf ( $t_1$  bis  $t_2$ ) konstant gehalten.

3 ML: Möglichkeitlinie; sie gibt an, welche fiktiven Gleichgewichtsmöglichkeiten hinsichtlich Bedarf und (bedarfsgerechter) Menge an Hilfe definierbar sind (und sie ist von ertragsgesetzlichem Verlauf).

$N_1$  ist - bei gegebenen  $b'$  - eine Unteranspruchnahme (in Höhe von  $m_2 - m_1$ ),  $N_3$  eine Überanspruchnahme ( $m_3 - m_2$ ).

Falls die ökonomische Theorie "moral hazard"-Effekte belegen kann - Effekte, die als Überinanspruchnahme eine Angebotsausdehnung von  $A_2$  auf  $A_3(t_2)$  bewirken, wobei  $A_3(t_2) > A_2(t_2)$  ist -, so würde die Menge  $m_3$  realisiert.

Zunächst muß allerdings die diesbezügliche Unterinanspruchnahme ( $A_1 < A_2$ ) beachtet werden. Und dann ist zu fragen, ob Überinanspruchnahme - in welchem Maße (?) - empirisch belegbar und theoretisch als "moral hazard"-induziert plausibel gemacht werden kann. Dazu müßte nämlich geklärt, ja operationalisiert werden, was zumutbare Belastungen für Angehörige sind.

Der Anstieg der Inanspruchnahme von  $N_1(A_1)$  auf  $N_2(A_2)$  in Schaubild 8 kann nicht a priori und erfahrungswissenschaftlich ungeprüft als "moral hazard"-induzierter "Sog"-Effekt behauptet werden. Die modellökonomische Verhaltensanalyse abstrahiert hier zu stark von den relevanten Trends im Wandel der Familienformen, der Haushaltstypen, der Altersstruktur der Bevölkerung, der alterskorrelierten (Multi-)Morbiditäten und chronischen Behinderungen etc. So kann ein positiver Angebotseffekt der Pflege-Sozialversicherung auch gedeutet werden als Abbau von Angebotsengpässen, die noch auf die Situation einer - suboptimalen - Angebotsrationierung im Kontext der kommunalen Sozialhilfefinanzierung der Pflegeleistungen zurückreicht (in Schaubild 8:  $N_1A_1(t_1)$  geht über zu  $N_2A_2(t_2)$ ).

Es wird keineswegs behauptet, daß die Einführung einer Pflege-Sozialversicherung keinerlei Steuerungsprobleme aufwerfen kann bzw. wird. Zur Minimierung solcher Probleme dienen dann auch §§ 3a, 3 Abs. 2 und 93 Abs. 2 BSHG - nun aber nicht auf der Basis restriktiver Finanzierungsmodalitäten!

Auch ist eine "gewisse" Fehlinanspruchnahme von Heimpflege nie auszuschließen, nicht zuletzt weil

- die Zumutbarkeit familialer Pflegeleistungen nicht eindeutig definierbar und soziokulturell und ethisch variabel ist (und daher auch nicht frei von patriarchalischen Implikationen sein könnte),
- Pflege durch Angehörige nicht erzwingbar ist (die "Erfremdung" zweier verwandter Generationen ist sozialplanerisch nicht steuerbar bzw. überwindbar).

Durch den Ausbau ambulanter Hilfesysteme können Mehrgenerationenhaushalte mit tiefverwurzelter "Anomie" nicht für den Pflegesektor funktionabel gemacht werden. Zugleich darf nochmals angemerkt werden, daß die Nutzung (zusätzlich) bereitgestellter ambulanter Systeme oftmals der Erleichterung ohnehin häuslich bewältigter Pflegebedürftigkeit dienen wird und weniger der Substitution von Heimpflege (im Sinne einer gerontologisch akzeptablen Rückverlagerung).

Steuerungsprobleme sind also keineswegs auszuschließen. Allerdings liegt es nahe, daß mit dem undifferenzierten Rekurs auf die Modellökonomie ein "(Kosten-)Popanz" aufgebaut wird, der mit Spekulationen über eine "Völkerwanderung" in die Heime (*Ackermann* 1983, S. 375) spielt. Die "Sog"-Erwartungen sind daher auch heftig kritisiert worden (*Grönert* 1981, 1982; *Nöldeke* 1985, S. 9; *Frank* 1987, S. 232 f., 239 ff.). Empirisch ist vor allem die These der "Abschiebung" älterer Menschen und Behinderter - als breites Phänomen - durch nichts gestützt (*Dahlem* 1983, S. 245 ff.). Prognosen müssen hier achtgeben, nicht zum "politischen Geschwätz" abzusinken. Auf die Gegenargumente der ökonomischen Theorie ist (vor allem aus sozialgerontologischer und geropsychologischer Sicht - vgl. a. *Schulz-Nieswandt* 1989d) später nochmals intensiver einzugehen (vgl. Kapitel 5). Vorerst sei die Analyse dieser Problemdimension geschlossen mit der Stellungnahme von *Halfar* (1985, S. 153), der wieder auf den Strukturzusammenhang des "Pflegetandes" verweist und den sozialpolitischen Handlungsbedarf erneut ins Zentrum rückt; Fragen der allokativen Effizienz werden damit relativiert:

"Trotz dieser sicherlich ernstzunehmenden Hinweise auf Tendenzen der 'Übersorgung' sollte uns das eigentliche Problem, nämlich die Unterversorgung pflegebedürftiger Menschen nicht aus dem Blick geraten."

*Halfar* verweist damit auf den Aspekt, daß in der ökonomischen Theorie effizienter Nachfragedeckung in sozialpolitischen Sektoren immer sofort (vorschnell) auf drohende Überversorgungstendenzen (Effizienzverlust) verwiesen wird, obwohl der status-quo große Unterversorgungsindikatoren aufweist. Auch *Wasem* (1986, S. 356) referiert die Beobachtung,

"daß die Infrastruktur der Pflegeeinrichtungen auf allen Versorgungsstufen Disparitäten (Lücken, Fehlbelegungen etc.) aufweist und die Sozialhilfe-Finanzierung zu Qualitätseinbußen in der pflegerischen Versorgung führt, so daß die These der relativen 'Unterversorgung' erhärtet wird."

Diese "Unterversorgung" ist der status-quo, und von dieser Ausgangslage her ist die Analyse der Determinanten stationärer Pflege zu führen, ebenso die Reformdiskussion.

Stattdessen wurde in der kontroversen Debatte vielfach auf "Sog"-Effekte (Sog in die Heime) verwiesen. Als Beispiel und Beweisstück wurden Erfahrungen in den Niederlanden herangezogen (*Keß* 1980; *Andriessen* 1984, S. 377).

Dieser Rekurs auf die Niederlande wurde dermaßen intensiv gepflegt, daß von einem "Niederlanden-Syndrom" gesprochen wurde. Der Rückgriff auf die Niederlande ist vor allem deshalb problematisch, da - wie *Neseker* (1984, S. 146) herausstellte - ein "Vergleich zwischen Äpfeln und Birnen" angestellt wurde (auch *Poske* 1984, S. 298 f.). Sozialrechtlich ist das niederländische Gesetz über besondere Krankheitskosten (AWBZ von 1968 - vgl. a. *Poske* 1987; *Dieck* 1983, S. 38 ff.; *Heuser-Meye u. a.* 1984, S. 66 ff.) hinsichtlich des Leistungskataloges viel umfassender als die in der BRD diskutierten Modelle einer Pflege-Sozialversicherung<sup>36</sup>; zum anderen ist erst 1980 auch die Finanzierung häuslicher Pflegehilfen aufgenommen worden. Allerdings bezieht sich der zuletzt genannte Aspekt wiederum auf die Diskussion zum Problem der Substitutionselastizität zwischen stationärer und ambulant gestützter Pflege (vgl. oben Kapitel 3), so daß sich hier die Ungewißheitsprobleme nochmals reproduzieren.

Als Fazit kann man festhalten:

- a) Nicht nur die "moral hazard"-Erwartungen einer Pflege-Sozialversicherung sind problematisierbar, auch die daraus abgeleiteten fiskalischen Effekte infolge von "Sog"-Wirkungen auf der Basis einer Kollektivfinanzierung. Der Fall der niederländischen Gesetzgebung ist eine sehr fragwürdige Basis für solche Prognosen der ökonomischen Theorie.
- b) Diese Erwartungen bzw. Prognosen der ökonomischen Theorie sind deshalb so fragwürdig, da sie auf eine unzureichende Vergewisserung des empirischen Forschungsstandes über die Determinanten stationärer bzw. - umgekehrt - häuslicher Pflege beruhen. Die implizierten Verhaltensannahmen sind zu eng und müßten im Rückgriff auf die sozialgerontologische und geropsychologische, auch familiensoziologische Forschung realitätsangemessener reformuliert werden.

Eine solche neuformulierte Theorie der allokativen Wirkungen einer Pflege-Sozialversicherung wird "moral hazard"-Effekte als Komponente nicht leugnen, jedoch wohl quantitativ deutlich entdramatisieren. Vor allem würden derartige "moral hazard"-Effekte die Einführung einer kollektiven Problemlösung nicht als insgesamt wohlfahrtstheoretisch nachteilig begründen können; es würden Wohlfahrtsgewinne durch die Erfüllung des versorgungspolitischen Handlungsbedarfs überwiegen (vgl. a. *Donaldson/ Gerard* 1989).

Diese Überlegungen leiten zu Kapitel 5 über. Dort wird zu skizzieren sein, wie komplex die Frage der Determination stationärer Pflege bzw. die Frage nach den Voraussetzungen häuslicher Pflege aus sozialgerontologischer und geropsychologischer Sicht ausfallen muß. Die sozialpolitische Diskussion kann an diesen Problemkonstellationen nicht vorbei; sie muß dann aber auch die angemessenen ordnungspolitischen Konsequenzen ziehen.





## 5. Determinanten stationärer Pflege

Die - an sich triviale - Frage von *Naegele* (1984, S. 337), wer denn "eigentlich schon gerne freiwillig in ein Heim" geht, verdeutlicht (um die Fragestellung von Kapitel 4 wiederaufzunehmen) die theoretischen Probleme, "moral hazard"-Effekte im Pflegesektor präferenztheoretisch plausibel und in konsistenter Weise herzuleiten (*Brandt* 1987, S. 45; *Naegele* 1985, S. 397). In der neueren Konsumtheorie (vgl. *Glatzer* 1986, S. 20) wird nicht nur die Frage behandelt, ob eine Präferenz für das Gut als solches besteht, sondern ob auch der Konsum des Gutes Nutzen spendet ("process benefits"). Beim Konsum von stationären Alteneinrichtungen muß bezweifelt werden, ob beide Dimensionen überhaupt positiv ausgeprägt sind. Die Übersiedlung in ein Heim ist keineswegs mit einem "beglückenden Gefühl" verbunden; den Erwartungen einer "frivolen Inanspruchnahme" von Pflege-Einrichtungen aufgrund sozialversicherungsfinanzierter Nutzungschancen widersprechen - wie noch näher zu referieren sein wird - die zahlreichen diesbezüglichen empirisch gehaltvollen Studien (vgl. zum Überblick *Anthes* 1978, S. 201 ff.; *Rosenmayr/ Rosenmayr* (Hg.) 1978, S. 266 ff.). Sicherlich haben die Betroffenen eine Präferenz für die Lösung des Problems (Pflegebedürftigkeit und damit verbundene Belastungen); dies ist die finale Präferenz. Aber sie entwickeln natürlich auch Präferenzen für die Wege, Formen oder Mittel der Deckung dieses Bedarfs; dies ist die instrumentelle Präferenz. Und hier zeigt die Forschung eindeutig, daß in breitem Maße Präferenzen für häusliche Pflege bestehen. Bei den Angehörigen als potentielle Pflegepersonen ist das Bild sicherlich differenzierter, und zwar in Abhängigkeit von der Belastbarkeit und von den realen Belastungsgraden. Eine breite Pflegewilligkeit ist aber auch hier vorhanden. Die Einschätzung der "besten" Lösung in Abhängigkeit von Belastbarkeit und faktischen Belastungsgraden dürfte aber auch - nicht nur in "anomischen" Mehrgenerationenbeziehungen - legitim sein: "Erzwungener Altruismus" (*Evers u. a.* 1987, S. 144) ist keine pflege- und familienpolitische Lösung. Dieser Weg würde ohnehin nur in einer umfassenden Frauendiskriminierung münden, wobei die Qualität der Pflege mehr als fraglich wird. Nicht nur die Heimqualität kann menschenunwürdig sein, auch die sozialen Interaktionen im Mehrgenerationenhaushalt (*BMJFFG* 1986, S. 155).

In Kapitel 5 sollen also die einschlägigen Wissensbestände über die Frage der Determinanten der Inanspruchnahme stationärer Pflege referiert werden.<sup>37</sup> Obwohl hier noch erhebliche Lücken bestehen (*Braun* 1987a, S. 98), so ist bereits sicher, daß die Bewertungs- und Entscheidungsprobleme der Betroffenen hinsichtlich der Heimübersied-

lung(snotwendigkeit) sehr komplex sind (*Braun* 1987, S. 23) und daher eine "multifaktorielle" Analyse notwendig ist (*Dennebaum/ Rückert* 1987, S. 176; *Hoffmann* 1986, S. 85).

Ebenso differenziert müssen dann aber auch die möglichen Reformperspektiven und die dabei erwarteten Effekte (z. B. in budgetärer Hinsicht) beurteilt werden. Die Proportionen und die Ausmaße erwarteter Wirkungen müssen bodenständig bleiben. Die hier vorgetragenen Forschungsergebnisse sprechen dafür, die ordnungs-, finanz- und versorgungspolitischen Bedenken der ablehnenden Kritiker kollektivgutähnlicher Lösungen des "Pflegetandes" deutlich zu entdramatisieren.

## 5.1 Zum Stand der Forschungsliteratur

Zum Problem der Determinanten der Inanspruchnahme stationärer Pflege gibt es in der Bundesrepublik (zur anglo-amerikanischen Forschung vgl. a. *Lehr* 1970, 1977, S. 263 ff.) seit langem eine umfangreiche sozialgerontologische und geropsychologische Forschungstätigkeit (zum Überblick vgl. a. *Rosenmayr/ Rosenmayr* (Hg.) 1978, S. 266 ff.; *Anthes* 1978, S. 201 ff.).

Als Forschungsfazit werden immer wieder als relevante Determinanten einschlägig herausgearbeitet (*Rosenmayr/ Rosenmayr* (Hg.) 1978, S. 275 ff.):

- Alter,
- Geschlecht,
- Gesundheitszustand,
- Familienstand und Kinderzahl,
- Wohnverhältnisse,
- finanzielle Unabhängigkeit und Schichtzugehörigkeit.

"Klassische" Studien hierzu sind z. B. die von *Lohmann* (1970, S. 29 ff.), *Schmelzer/ Tebert* (1970, S. 90 ff.) und *Noam* (1971, S. 13 ff.).

*Lohmann* (1970, S. 29 ff.) referiert Ergebnisse zu den Variablen

- demographische Entwicklung,
- Bevölkerungsstruktur,
- Gesundheitszustand,
- Wandel der Familienstruktur,
- Wünsche im interpersonellen Kontext (Kinder - Eltern etc.),
- Wohnverhältnisse.

Überprüft werden konnten diesbezügliche Determinanten an der Struktur der Heimbewohner (*Lohmann* 1970, S. 43 ff.).

*Schmelzer/ Tebert* (1970, S. 90) referieren als Determinanten der Altersheimbereitschaft

- Vorhandensein und Effizienz von äquivalenten Maßnahmen der offenen Altenhilfe,
- demographische Entwicklung,
- soziale Schichtzugehörigkeit,
- physiologische Merkmale,
- Vorhandensein sozialer Beziehungen,
- Einkommenssituation,
- Wohnungsverhältnisse,
- psychische Lebenszufriedenheit.

Es wird deutlich, daß sich einige Variablen wiederholen; es kommen aber auch andere hinzu (bei *Schmelzer/ Tebert* der Hinweis auf die Substitutionschancen zwischen stationärer und ambulanter Altenhilfe).

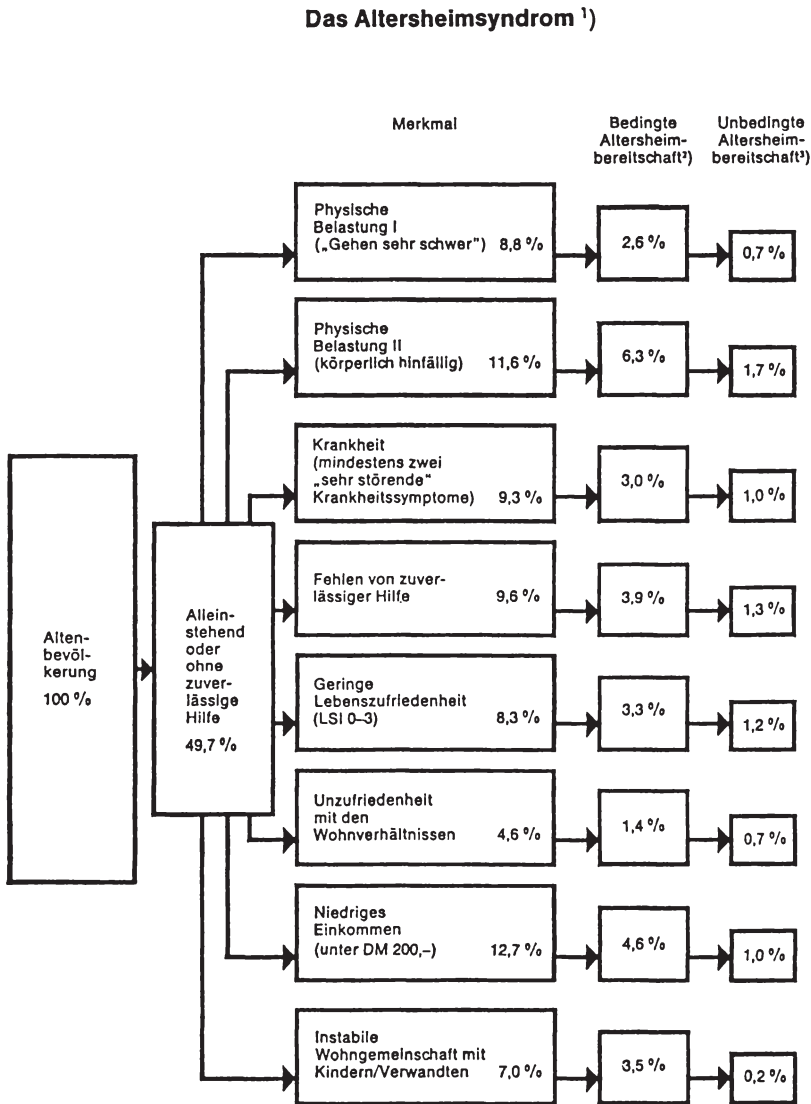
*Schmelzer/ Tebert* (1970, S. 99 ff.) konzentrieren derartige Dimensionen der Determination von Altersheimbereitschaft in Form eines "Altersheimsyndroms". Schaubild 9 stellt dieses "Altersheimsyndrom" in der Struktur dar, wie es *Schmelzer/ Tebert* erfahrungswissenschaftlich destillieren konnten (*Schmelzer/ Tebert* fortführend auch *Majce/ Hörl* 1974). Tendenziell ist dieses Syndrom in der Studie von *Noam* (1971, S. 16) bestätigt worden. *Noam* stellt folgende Syndromvariablen heraus:

- Bedürfnis nach Versorgung,
- schlechter Gesundheitszustand,
- Angst vor dem Alleinsein,
- schlechte Wohnverhältnisse,
- Wunsch, den Kindern nicht zur Last zu fallen.

Andere - ältere<sup>38</sup> wie auch neuere<sup>39</sup> - Studien bestätigen diese "klassischen" Forschungsergebnisse tendenziell.

Schaubild 10 gibt das Hypothesengebäude einer empirischen Untersuchung von *Hoffschmidt-Raupach* und *Schubert* (1986) wieder. Untersucht wurden die Determinanten der Heimübersiedlung in Niedersachsen (wobei Heime verschiedener Trägerschaften berücksichtigt worden sind).

**Schaubild 9: Altersheimsyndrom**  
(aus: *Schmelzer/ Tebert* 1970, S. 106)

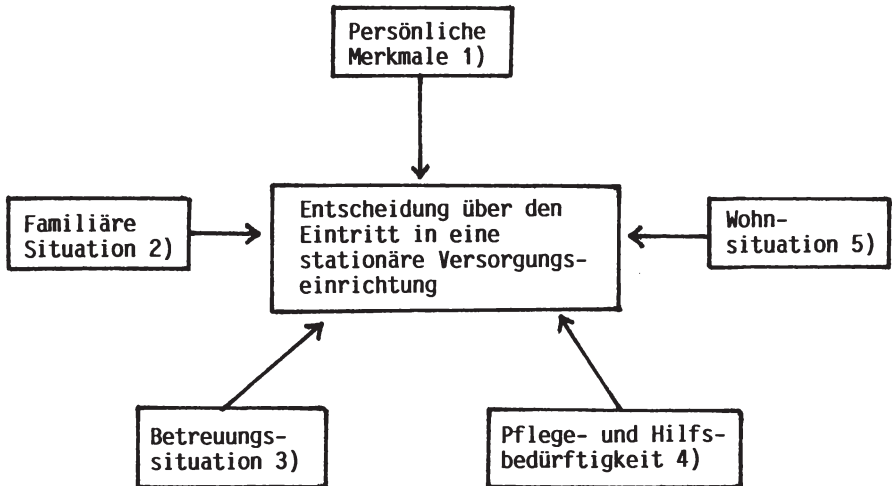


<sup>1)</sup> %-Werte bezogen auf die Gesamtheit der Nicht-Altersheimbewohner

<sup>2)</sup> Bei hypothetischer Änderung persönlicher Umstände (Zustimmung bei den Fragen 42b und d)

<sup>3)</sup> Frage 41.

**Schaubild 10: Mögliche Einflußfaktoren auf den Entscheidungsprozeß über den Eintritt in eine stationäre Einrichtung der Altenpflege**  
(aus: Hoffschmidt-Raupach/ Schubert 1986, S. 95)



- 1 Geschlecht, Alter, ehemaliger Beruf
- 2 Familienstand, Kinderzahl, Wohnform
- 3 nahestehende Betreuungspersonen, Verfügbarkeit von Betreuungspersonen, Häufigkeit der Hilfeleistungen, fremde ehrenamtliche und professionelle Helfer, Betreuungsinhalte
- 4 Gesundheitszustand, Pflegebedürftigkeit, Hilfebedürftigkeit
- 5 Wohnverhältnis, Wohngebäude, Wohnungsausstattung

Tendenziell wurde ein Altersheimsyndrom in der Tradition von *Schmelzer/ Tebert, Noam* u. a. bestätigt. Unter anderem (vgl. *Hoffschmidt-Raupach/ Schubert* 1986, S. 97) können folgende Ergebnisse festgehalten werden:

- fast 80 % der Heimbewohner sind weiblich,
- ca. 82 % der Heimbewohner sind über 70 Jahre alt,
- ca. 87 % der Heimbewohner sind verwitwet, ledig oder geschieden,
- ca. 15 % der Heimbewohner haben kein Kind, fast 42 % nur ein Kind,
- fast 62 % der Heimbewohner waren allein lebend.

Gegenüber dieser Heimbewohnerstrukturanalyse zeigt die Analyse der ambulant gepflegten Personen (ebenda, S. 100), daß 61 % dieser Personengruppe nur leicht pflegebedürftig sind.

Die Untersuchung diskutiert darüber hinaus auch Substitutionspotentiale, verweist aber auch darauf, daß ambulante Pflege an spezifische Bedingungen bzw. Voraussetzungen geknüpft ist. Sofern diese durch eine soziale Infrastrukturpolitik sichergestellt werden könnten, liegt eine Fehlbelegung im stationären Pflegesektor vor. Ein Teil der Heimbewohner ist daher auch nicht schwer pflegebedürftig. Hier fehlen die Voraussetzungen häuslich-selbständiger Lebensführung. Sozialpolitisch ist zu fragen, inwieweit diese Voraussetzungen gewährleistet werden können.

Auch in der neueren Literatur werden nach wie vor (im Vergleich zu *Lohmann, Schmelzer/ Tebert* und *Noam*) "harte" sozio-ökonomische Determinanten - wie Einkommensverhältnisse (*Pfaff* 1982) und Wohnbedingungen (*Garms-Homolová u. a.* 1982)<sup>40</sup> - als hoch bedeutsam referiert.

*Rückert* (1987) stellt vor allem heraus:

- Insbesondere alleinstehende Frauen und Männer sind auf Heime angewiesen.
- Dabei dominiert die Gruppe der ledigen Frauen und der ledigen Männer, gefolgt von der Gruppe der geschiedenen und verwitweten Menschen (zum signifikant hohen Anteil lediger und verwitweter Menschen ohne Kinder vgl. a. *Zimmermann* 1982, S. 138 ff., 187 ff.; auch schon *Blume* 1964, S. 71).<sup>41</sup>

- Überproportional angestiegen ist der Heimbewohneranteil der Gruppe von Menschen im Alter von 80 - 85 Jahren und - noch stärker - der Gruppe im Alter von 85 u. m. Jahren.

Einige Aspekte des Standes der Forschungsliteratur sollen hier näher herausgearbeitet werden.

- a) Nicht zuletzt aufgrund einer signifikanten Korrelation der Ausprägungen verschiedener Faktoren mit dem Bildungsstand (*Zimmermann 1977, S. 75 ff., 82 ff.*) kommt eine Schichtspezifität der Problematik zum Zuge. Diese Schichtspezifität der Heimbewohner ist bislang - soweit das der Verfasser übersieht - nicht hinreichend analysiert worden (dazu bedürfte es vor allem einer Differenzierung der Altersheimbereitschaft und der faktischen Altersheimanspruchnahme nach Heimqualität und Heimträger - vgl. dazu a. *Rosenmayr/ Rosenmayr (Hg.) 1978, S. 283*). *Reimann (1983, S. 107)* faßt den Forschungsstand zu diesem konkreten Aspekt wie folgt zusammen:

"Angehörige der Unterschichten findet man vor allem in den Heimen öffentlicher, meist städtischer Träger, die gleichzeitig schlechter ausgestattet sind, während die Angehörigen der Mittelschichten überwiegend bis ausschließlich in privaten Heimen mit höherem Wohnkomfort und besserer Betreuung leben."

Bereits die normativen Deutungs- und Interpretationsmuster der Betroffenen - "Abgeschobenwerden" von den Angehörigen oder Eingehen einer "positiven Distanz" zu den Angehörigen - scheinen jedoch schichtspezifisch verteilt zu sein (*Narr 1976, S. 104*, die u. a. ein "Kleinbürger"-Syndrom bei den heimaversen Personen destilliert hat; vgl. a. *Tews 1971, S. 333*). Diese Einstellungen und Bedeutungsmuster weisen auch eine unterschiedliche Verteilung hinsichtlich der Variable "städtische und ländliche Verwurzelung" auf (*Tews 1971, S. 333*). Wie verschiedene empirische Studien belegen konnten, haben alte Menschen ländlicher Bevölkerungsanteile tatsächlich eine höhere Akzeptanzschwelle gegenüber professioneller Fremdhilfe überhaupt; hinsichtlich der Heimpflege dominieren - nicht unbedingt "realistische" - Familien(ideal)bilder (vgl. a. *Shanas 1979*). Soziale Kontexte (die im Rahmen der spezifischen Siedlungsstruktur möglich sind) sowie konfessionelle Faktoren mögen hier eine Rolle spielen. Erneut zeigt sich, wie ein (ökonomisches) Nutzenkonzept spezifiziert und konkretisiert werden muß, um Aussagen über Verhaltensmuster treffen zu können. Daher wurde bei der modellhaften Behandlung des Problems der Nachfrage nach Heimpflege und der dabei zum Zuge kommenden Ange-



botsrationierung (vgl. oben Schaubild 8, später dann auch Schaubild 14) auch keine vollständige Nachfragefunktion abgeleitet, und die Nachfrage wurde als vom Bedarf abhängig definiert, allerdings gebrochen bzw. gefiltert durch die Variablen "subjektive Bedarfseinschätzungskompetenz" und "(sozio-kulturelle u. a.) Kontexteffekte". Die Nachfrage nach Leistungen und Einrichtungen der Altenhilfe ist aufgrund dieser Brechungen und Filtrierungen nicht homogen zu prognostizieren.

*Schmelzer/ Tebert* (1970, S. 93, 97) stellen jedoch heraus, daß die Altersheimbereitschaft in höherer Sozialschicht wiederum abnimmt, da die Einkommenssituation relativ besser ist, so daß sich andere Dispositionsmöglichkeiten abzeichnen (was allerdings differentialdiagnostisch relativiert werden müßte).

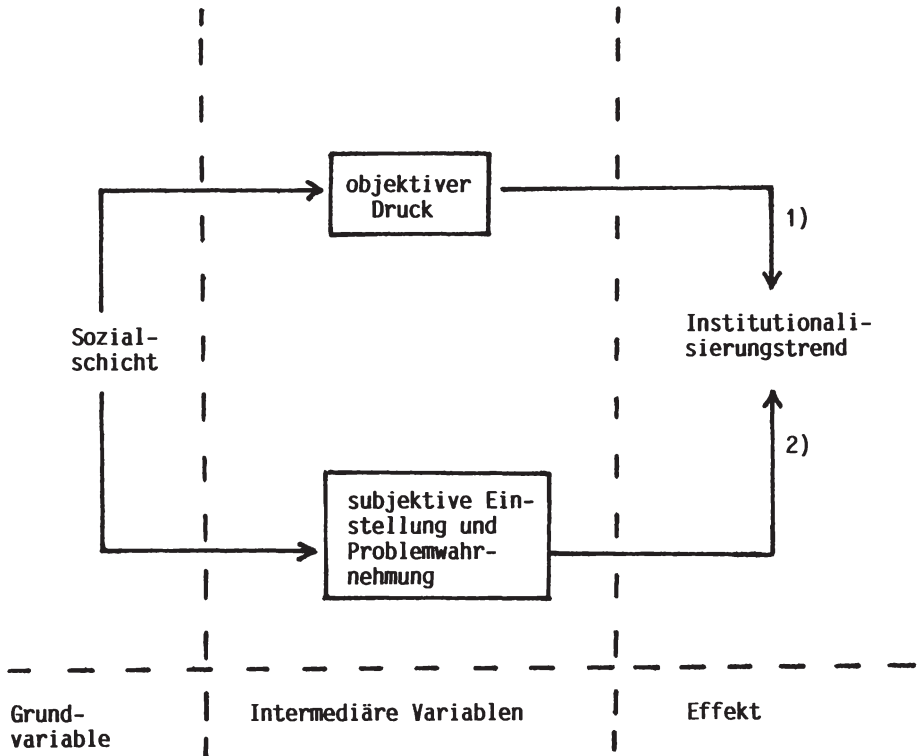
*Rosenmayr/ Rosenmayr* (Hg.) (1978, S. 283 ff.) referieren sehr differenzierte, z. T. divergierende Forschungsergebnisse zur These der Schichtspezifität der Heimpflege:

"Verallgemeinert läßt sich über die Beziehung Sozialschicht - Altenheim angesichts der divergierenden und zuwenig aufgegliedert präsentierten Ergebnisse also nur sagen, daß offenbar die kommunal betriebenen Anstalten primär der Unterbringung der sozial Schwächeren dienen, die privaten eher den oberen Schichten vorbehalten sind" (ebenda, S. 285).

Dennoch scheint die negative Ausprägung relevanter Variablen der Heimübersiedlung (schlechte Wohnsituation, defizitäre Sozialnetze, geringes Einkommen u. a. m.) für untere Schichten eine Heimpflege druckvoll nahezu legen (hält man physiologische Aspekte einmal konstant: Bei schwerster Pflegebedürftigkeit ist auch bei gehobenen Sozialschichten die stationäre Pflege naheliegend, außer die Vermögensverhältnisse lassen privates Pflegepersonal rund um die Uhr zu). Höhere soziale Schichten können bei positiver Ausprägung derartiger Lebenslagefaktoren andere Wege der selbständigen Haushaltsführung suchen (finden) bzw. (letztendlich) private Heime gehobener Qualität (und u. U. mit höheren Verhaltensspielräumen) aufsuchen.

Schaubild 11 soll die schichtspezifischen Zusammenhänge hypothesenartig zusammenfassen. Dabei sollen die divergierenden Effekte deutlich werden: Objektive Lebenslage-merkmale bewirken einen gewissen Institutionalisierungsdruck bei unteren Sozialschichten, kognitive und informationsbedingte Filter bewirken bei unteren Sozialschichten dagegen eher einen hemmenden Effekt hinsichtlich der Heimübersiedlung. Die Heimü-

**Schaubild 11: Schichtspezifität und Institutionalisierungsdruck**



1 bei unteren Schichten: positiver Effekt: inanspruchnahmesteigernd

2 bei unteren Schichten: negativer Effekt ("Kleinbürger"-Syndrom): inanspruchnahmehemmend

bersiedlung sowie die Einstellung dieser gegenüber ist insofern nicht ganz ideologiefrei, also nicht frei von selektiver Wahrnehmung, Interpretation und Bewertung der Situation und des Heimlebens. Vor allem normative Familienbilder (als Teil eines "Kleinbürger-Syndroms") dringen hierbei wirkungsvoll durch.

- b) Verbreitet - und unter Umständen wiederum korreliert mit Schichtfaktoren - sind auch geschlechtsspezifische Effekte (*Dieck* 1987, S. 137): Das Faktum, alleinstehend zu sein (empirisch - neben dem Gesundheitszustand - eine der bedeutsamsten Determinanten der Heimübersiedlung), führt vor allem bei Männern zu einer deutlich höheren Akzeptanz der Heimübersiedlung. "Erlernte (geschlechtsspezifische) Hilflosigkeit" mag hier eine Rolle spielen, zumindest relativ (nämlich im Verhältnis zur Handlungskompetenz von Frauen).
- c) Angst spielt im Prozeß der Heimübersiedlung eine konstitutive Rolle. Die Literatur ist sich einig, daß es überhaupt nur eine sehr geringe Präferenz für die Heimpflege gibt. Dies erklärt sich u. a. aufgrund des schlechten "Image" der Heime und aufgrund von psychisch schwerwiegenden Erwartungen bezüglich des Heimes als "letzte Lebenssituation" (als "Endstation"). Nochmals darf *Naegele* (1984, S. 397) zitiert werden, der die Frage stellt, wer denn "überhaupt schon gerne freiwillig in ein Heim" geht.
- d) Die Entscheidungsfindung ist kein autonomer Akt des - sozial isolierten - pflegebedürftigen Individuums, eines "homo isolationis", der, wäre er pflege-sozialversichert, sich als "homo oeconomicus" primär für die maximale Leistungsnutzung als Versicherter interessieren würde (um die Debatte über "moral hazard"-Erwartungen nochmals aufzugreifen). Vielmehr handelt es sich - abstrahiert man von der bereits angesprochenen nachfragespezifisierenden Rolle des BSHG (*Brandt* 1984; *Kuper* 1984; *Drost* 1983; *Giese* 1984; *Korte/ Trilling* 1984, S. 37 f.) - um eine Entscheidungsfindung im Kontext interpersoneller Abhängigkeiten, wobei die (von Altruismus, Meritorik, sicherlich auch von Egoismus nicht freie) Situationsdeutung in Interaktion mit den Angehörigen (vgl. a. *Reimann* 1983, S. 105)<sup>42</sup>, den Ämtern, aber auch die Berücksichtigung der sozialen Erwartungen der (nicht-familialen) Umwelt (vgl. dazu a. *Dahlem* 1983, S. 246) sowie des Wirksamwerdens von Schamgefühlen, von Distanzierungsbedürfnissen etc. (*Lehr* 1977, S. 263; *Zimmermann* 1977, S. 140) von zentraler Bedeutung sind. Die außerordentliche Rolle kognitiver und emotiver Aspekte ist von der Forschung deutlich herausgestellt worden (zur Rolle von Scham, Erwartungen,

Distanzbedürfnissen etc. vgl. a. *Wand* 1986, S. 142 ff.; zur Rolle von Dankbarkeit, Hemmungen etc. vgl. a. *Knipscheer* 1986). *Hummel* (1987, S. 17) schreibt in diesem Sinne, häusliche private Pflege

"hat (...) außerordentlich viel mit Identifikation, Familieninteraktionen und Lebensgeschichte zu tun. Sie berührt die Fragen innerfamiliärer Gerechtigkeit und des Lastenausgleichs sowie vor allem des schlechten Gewissens."

Gegenüber der Standardnutzen- und Standardkonsumtheorie der ökonomischen Theorie muß in diesem Problembereich<sup>43</sup> also von komplexen Nutzeninterdependenzen im mikrosozialen Entscheidungsprozeß ausgegangen werden (vgl. dazu erläuternd das Schaubild 12), wobei Unsicherheiten über adäquate Präferenzen (nicht des Zieles, sondern der Wege zur Zielerreichung) ebenso eine Rolle spielen wie präferenzrestringierende "constraints" der Lebenslage (Wohnbedingungen, Sozialnetze etc.).

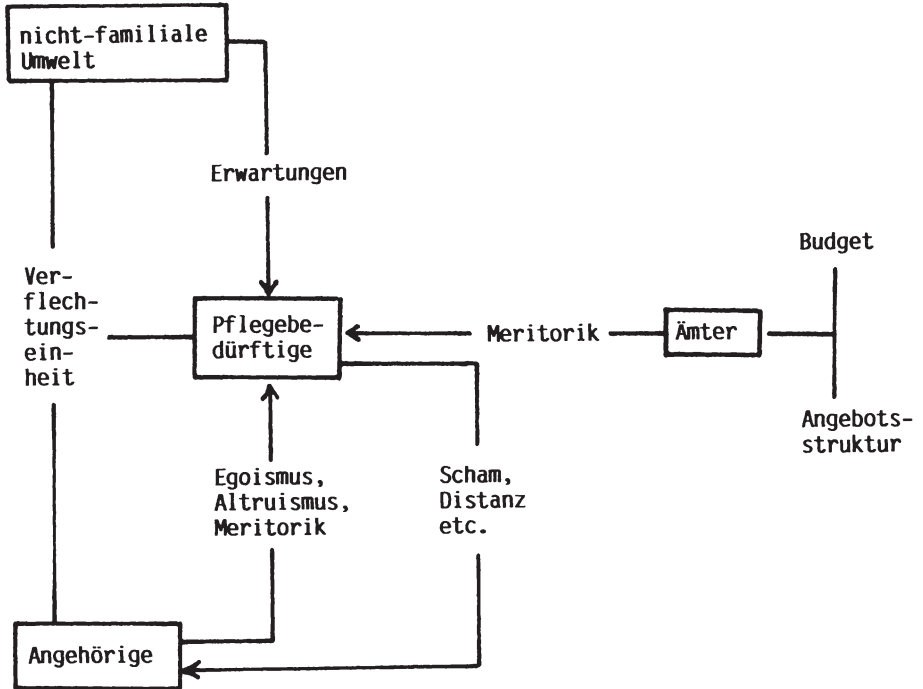
Ziehen wir ein Zwischenfazit, so können zwei zentrale Achsen des komplexen Determinationsprozesses der Heimanspruchnahme herausgefiltert werden:

- kognitive, emotive und informationsbezogene Faktoren: Wahrnehmung des Heimimage, Interpretation der Erwartungen der familialen und nicht-familialen Umwelt etc.;
- objektive "constraints": Wohnungsverhältnisse, Gesundheitszustand, Familienstruktur, Haushaltstyp, Einkommenssituation, Infrastruktur etc.

Diese beiden Faktorenbündel, die interagieren, werden auch von neueren Beiträgen zur Bedarfsermittlung für stationäre Altenhilfe (vgl. a. *Braun* 1987a, S. 98) genannt. Beide mögen in ihrer Wirkungsweise schichtspezifisch vermittelt sein. Der Forschungsbedarf bleibt hier - trotz aller bisherigen Arbeit - dennoch sehr hoch (*Braun* 1987a, S. 98).

Hinsichtlich der Diskussion der Substitutionselastizität zwischen ambulanter und stationärer Altenhilfe bleibt nochmals anzumerken, daß die Beseitigung negativ ausgeprägter objektiver Lebenslagemerkmale - wie Wohnsituation oder Infrastruktur - a priori nicht auf De-Institutionalisierungspotentiale verweist. Der diesbezügliche Ausbau der sozialen Dienste als Infrastruktur und entsprechende Maßnahmen altenbezogener Wohnungspolitik dienen zum großen Teil der Verbesserung der Lebenslage ohnehin in selbständiger Haushaltsführung lebender älterer Menschen; nur zum Teil - und zwar bei medizinisch

**Schaubild 12: Entscheidung zur Heimübersiedlung als interpersoneller Prozeß**



spezifischen Falltypen der Pflegebedürftigkeit - kommt es zum Abbau von Fehlbelegungen im Sektor der stationären Geriatrie.

Nun sollen die Forschungsergebnisse abschließend nochmals, allerdings in analytischer Hinsicht charakterisiert werden, um ein stärker strukturiertes Bild vom Determinantengefüge hinsichtlich der Heimübersiedlung zu erhalten. Es kann auch als Fazit der bisherigen Ausführungen gelten.

## 5.2 Analytische Destillate

Die sozialgerontologischen und geropsychologischen Forschungen über die Determination der Heimübersiedlung zeigen deutlich, wie sich das betroffene Individuum als "homo culturalis" bzw. "homo institutionalis" verhält: Unter Wirksamkeit von

- "constraints" selbständiger Haushaltsführung

und unter Bedingungen

- sozialer Erwartungen (der Angehörigen, der nicht-familialen Umwelt sowie der Instanzen sozialer Arbeit bzw. sozialpolitischer Intervention (Sozialamt, Ärzte etc.))

bildet sich die Entscheidung für oder gegen eine Heimübersiedlung in einem komplexen, multifaktoriellen Prozeß heraus. Die Relevanz ökonomischer Verhaltensmodelle wird damit relativiert (zugleich auch die damit verbundenen Erwartungen von "moral hazard" etc. bei Einführung einer kollektivgutähnlichen Problemlösung wie z. B. einer Pflege-Sozialversicherung).

Besonders systematische Beiträge zur Analyse der Determination selbständiger Haushaltsführung bzw. - umgekehrt - der Heimübersiedlung haben *Blosser-Reisen* (1982) und *Hoffmann* (1986) geleistet, *Blosser-Reisen* auch in theoretischer Absicht (vgl. a. *Blosser-Reisen* 1981).

*Hoffmann* - auf die Defizite der Analyse der Ursachen von Heimübersiedlung verweisend - stellt folgende Faktoren heraus und konstatiert die "multifaktorielle" Konstellation:

- "1. Einflüsse und Druck von außen (Ärzte, Angehörige)
2. persönliche Gründe (Inaktivität, geschwächtes Selbstbild, geringe Lebenszufriedenheit)
3. soziale Gründe (Verlust des Ehepartners, fehlende Sozialkontakte, unzureichende Vernetzung im Familien- und Freundeskreis)

4. ökologische Gründe (Wohnanlage, Wohnungsausstattung)
5. unzureichende alternative Versorgungs- und Hilfsangebote
6. schlechte Beratung und Information"

(Hoffmann 1986, S. 85).

*Blosser-Reisen* (1982) differenziert als Determinanten der in Hinsicht auf die Selbständigkeit relevanten Entscheidungs- und Handlungsspielräume zwischen

- haushaltsinternen und
- haushaltsexternen Determinanten.

Die Handlungsspielräume werden haushaltsintern durch

- die persönliche Situation (Fähigkeitspotentiale, Einstellungen, Kenntnisse)

und

- das Mittelpotential (Einkommens- und Vermögenslage, Sachgüterausstattung, Arbeitskapazität)

bestimmt.

Haushaltsexterne Determinante ist die Umwelt in ökologischer und sozialer Hinsicht (lokales Angebot an Gütern und Diensten und deren Preise).

*Blosser-Reisen* (1982, S. 145) stellt darüber hinaus die funktionalen Interdependenzen heraus: Je größer die Handlungskompetenz, desto besser können Handlungsspielräume sowie Mittelpotential und Umwelt genutzt werden.

Dies tangiert die "soziale Gebrauchsweise" externer Hilfsangebote - ein meritorisches Problem, das aus der Forschung zur Nutzung von Altenhilfeeinrichtungen gut bekannt ist<sup>44</sup> (darauf ist in Kapitel 6 nochmals zurückzukommen).



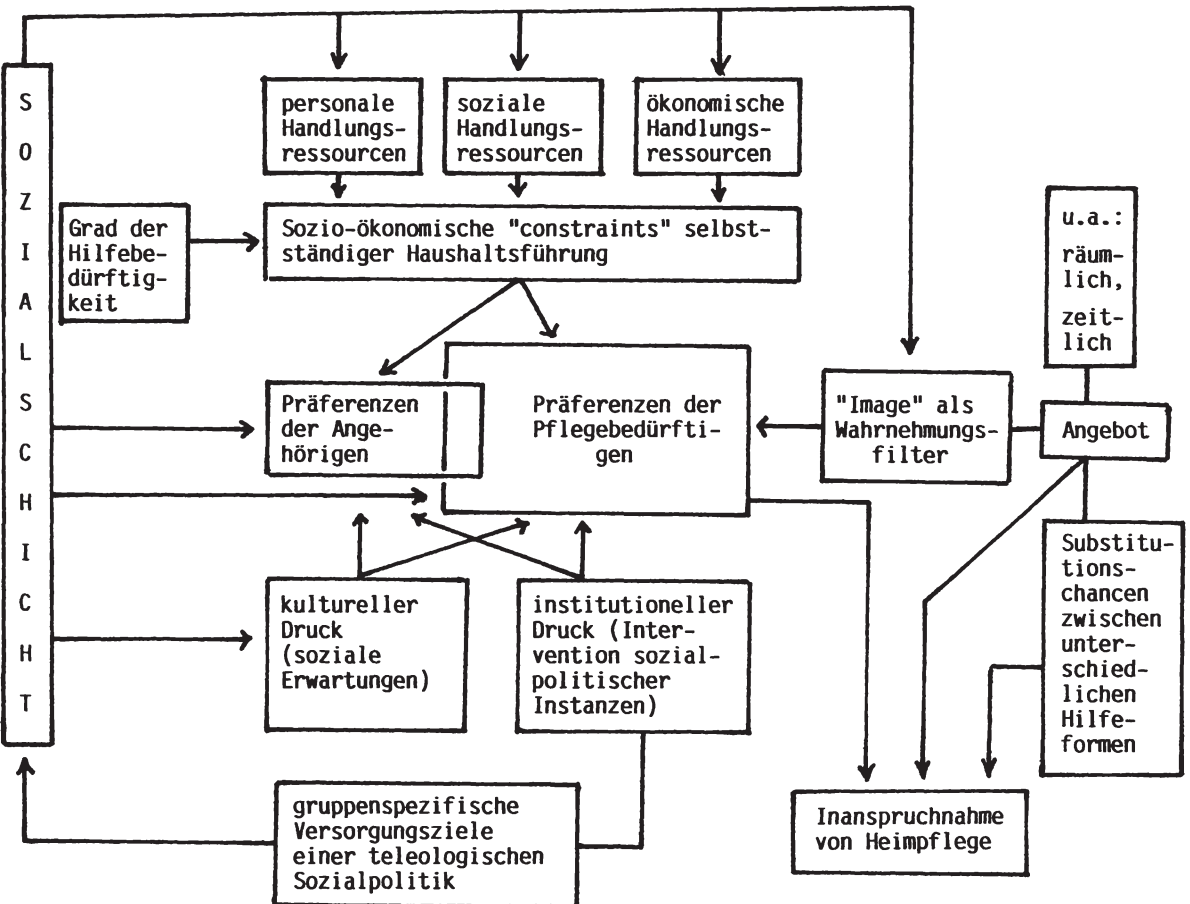
*Blosser-Reisens* Ausführungen sind zentral im Rahmen einer "Sozialökonomik als Einzelwirtschaftslehre des Haushalts" (1982, S. 148). Sie weisen eine gewisse Ähnlichkeit mit *Bourdieu's* Theorie des kulturellen, sozialen und ökonomischen Kapitals<sup>45</sup> auf (obwohl *Bourdieu's* Theorie bislang vor allem auch im bildungssoziologischen Bereich fruchtbar gemacht worden ist). Demnach können unterschieden werden

- personale Handlungskompetenzen (kulturelles Kapital: "Habitus" - Wissen/ Bildung/ Information/ kognitive Kompetenz/ Attitüden etc.),
- soziale Handlungskompetenzen (soziales Kapital: soziale Netze familialer und nicht-familialer Art<sup>46</sup>),
- ökonomische Handlungskompetenzen (ökonomisches Kapital: Einkommen, Vermögen, Versicherungsverträge etc.).

Zwischen diesen "Kapitalien" bestehen z. T. Substitutions-, aber auch Kumulationsbeziehungen. Dies verweist auf die "kumulative Benachteiligung" (*Rosenmayr/ Rosenmayr* (Hg.) 1978) bestimmter Bevölkerungsgruppen im Alter. Diese Substitutions- bzw. Kumulationsmöglichkeiten werden auch bei *Bourdieu* diskutiert; bei *Blosser-Reisen* bestimmen die personalen (kulturellen) Handlungskompetenzen sehr weitgehend - im Sinne der Praxis "sozialer Gebrauchsweisen" - über die wohlfahrtsrelevanten Nutzungschancen quasi-infrastrukturell vorgehaltener Angebote und Einrichtungen. Hier zeichnen sich auch Grenzen einer rein-anbieterorientierten Infrastrukturpolitik ab: Soziale Ungleichheit im Alter reproduziert sich auch über lebensgeschichtlich sedimentierte Bildungs- und Sozialisierungseffekte. Dies ist aus der alterssoziologischen Forschung zur Kritik der Abbau- und Defizittheorien (als Altersstereotypen) deutlich geworden (vgl. a. *BMJFFG* 1986, S. 46 ff.; *Ebel* 1987).<sup>47</sup>

Schaubild 13 soll abschließend eine Zusammenfassung der analytischen Destillate der Literaturlauswertung vermitteln.

Schaubild 13: Determinanten stationärer Pflege - ein analytisches Fazit  
(aus: Schulz-Nieswandt 1989d, S. 183)



## 6. **Schlußfolgerungen für die Altenhilfepolitik als Sozialplanung und als Problem der gesamtgesellschaftlichen Allokation**

Die vorliegende Arbeit hat versucht, wichtige Dimensionen einer Analyse der Determinanten stationärer Altenhilfe zu skizzieren. Sie konnte dabei nur dergestalt verfahren, daß die einschlägigen Ergebnisse der Forschungsliteratur referiert werden; einige Plausibilitätsüberlegungen schlossen sich im einzelnen an.

Der Beitrag der ökonomischen Theorie zur Skizzierung der Wege aus dem "Pflegetotstand" in der BRD muß als von relativ geringer Ergiebigkeit eingeschätzt werden. Es ist schon bemerkenswert, daß eine wissenschaftliche Disziplin auf der Basis einer doch recht primitiven Nutzen- und Präferenztheorie zu konsumtheoretischen Verallgemeinerungen gelangt, obwohl die Komplexität der sozialen Wirklichkeit des "Pflegetektors" damit offensichtlich umgangen wird. Wichtigste sozio-demographische, soziale und psychische Aspekte der Heimübersiedlungsproblematik werden scheinbar ignoriert. Damit versucht die ökonomische Theorie einen Beitrag zur Analyse der Versorgungsproblematik im geriatrischen Sektor zu leisten, obwohl sie einschlägige Forschungsergebnisse der Sozialgerontologie und Geropsychologie nicht konzeptionell integriert. Die wohlfahrtstheoretischen Prognosen der ökonomischen Diskussionsbeiträge (z. B. hinsichtlich der Einführung einer Pflege-Sozialversicherung) relativieren sich damit erheblich.

Was angesichts des "Pflegetotstandes" in der Bundesrepublik nötig ist, ist eine neugeordnete sozialstaatliche (kollektive) Lösung. Um jedoch die einer sozialstaatlichen Lösung durchaus immanenten allokativen Probleme zu reduzieren, ist - u. a. (vgl. a. *Halfar* 1985a) - eine stärker regionalisierte Altenplanung mit ausdifferenzierteren Indikatoren notwendig, die sich nicht mehr primär an Bestandsgrößen und an Bestandswirtschaftlichkeitssteigerungen orientiert. Die diesbezügliche Diskussion - wie auch aus dem Problembereich der "öffentlichen Sicherstellung" in der Krankenhausplanung und in der kassenärztlichen Angebotsplanung bekannt ist - nimmt zu (*Asam u. a.* 1988; *Spiegelberg/ Lewkowicz* 1984; *Bernstein/ Dieck* (Hg.) 1980; a. *Schräder u. a.* 1986).

Wichtige Teilströme dieser Diskussion waren zum einen die Symbiose von Selbsthilfe (bzw. Bürgerpräferenzen) und Sozialplanung (vgl. a. *Asam/ Jaufmann* 1982; *Damkowski/ Klie* 1984), zum anderen die Infrastrukturstrategie (z. B. in wohnungspolitischer Hinsicht: *Dringenberg* 1981, 1980), die aber wiederum auch als Stützung von Selbsthilfepotentialen

gedacht werden kann (vgl. a. *Hegner* 1985). Damit ist die Betrachtung wiederum am Problem des familialen/ häuslichen Pflegepotentials angelangt. Es ist wohl nur realistisch, wenn konstatiert wird, daß der sozio-demographische Wandel Anpassungen der öffentlichen Altenpolitik erfordert; dieser sozio-demographische Wandel wirft Strukturprobleme auf, kann aber - umgekehrt - kaum geplant (gelenkt) werden. Kinderzahl, überhaupt Haushaltstypen und Familienformen, oder gar emotive Beziehungen zwischen den Generationen können schließlich nicht "verordnet" werden. Auch ist der sozio-demographische Wandel nicht der Selbstverantwortung des Einzelnen (Betroffenen) überantwortbar. Den "Hilfen zwischen den Generationen als Bezugspunkt der Sozialpolitik" (*Grunow* 1982) sind damit Grenzen gesetzt. Dies hat auch die vorliegende Arbeit gezeigt. Die Sozialpolitik darf daher nicht mit (familiensoziologischen) Mythen arbeiten (vgl. dazu auch *Shanas* 1979). In diesem Sinne konstatiert auch *Lehr* (1983, S. 197), daß

"eine generelle Forderung dieser familiären Pflegeleistung (...) problematisch" ist. "Es ist gefährlich, eine solche Familienpflege generell als die optimale Lösung anzupreisen."

Daher verweist auch *Lehr* auf die Begrenzungen durch die sozio-demographische Entwicklung sowie auf die Gefahren impliziter Frauendiskriminierungen.

Das alles bedeutet zugleich - und auch das ist ein Teilfazit der vorliegenden Arbeit -, daß der Heimpflege eine Lanze gebrochen wird. Auf Heimpflege ist in Zukunft - mehr als in Vergangenheit und Gegenwart - nicht zu verzichten, im Gegenteil: Der Bedarf wächst an. Allerdings wird sich die Gesellschaft entscheiden müssen<sup>48</sup>, ob sie diesen Bedarf nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ decken will, also den gerontologischen Standards gerecht werden will.

Bedarfsorientierte Angebotssteuerung ist also notwendig. Dabei ist ein meritorischer Handlungsbedarf auch bereits hinsichtlich der Planung der ambulanten Hilfesysteme erkennbar. Ambulante Systeme dienen als Stützsysteme für die Realisierung der Pflegeleistungen in den Familien bzw. Haushalten (als Bedarfsdeckungswirtschaften - *Blosser-Reisen* 1986), nicht primär als Substitution für Heimpflege. Dies wird vor allem dadurch deutlich, daß Familien bzw. Haushalte oftmals einen Hilfebedarf ambulanter Art objektiv haben, obwohl sie dies explizit verneinen. Die sozialen Dienste unterliegen dem - aus der Forschung (*Skarpelius-Sperk* 1978; *Asam* 1978; *Wirth* 1982) bekannten - Filtereffekt: Sozio-kulturelle Filtermechanismen (Attitüden, kognitive Schemata - oftmals hoch korre-

liert mit dem sozio-ökonomischen Status: Einkommen, Beruf etc.)<sup>49</sup> - drücken die Inanspruchnahme unter eine Schwelle, die mit der objektiven Lebenslage und daher mit den Wohlfahrtseffekten der Inanspruchnahme dieser Dienste nicht kompatibel ist.<sup>50</sup> Gerade im Sektor der Altenhilfe ist diese Minderschätzung von professioneller Fremdhilfe ambulanter Art ausgeprägt. *Bröschen* (1987) berichtet aus ihrer Untersuchung über die Situation von Pflegebedürftigen in Mehrgenerationshaushalten in ländlichen Gebieten, daß eine deutliche Unterversorgung mit ambulanten Hilfen besteht, eine Präferenz für solche Hilfesysteme aber nicht artikuliert wird; im Gegenteil: Es werden Abneigungen deutlich. Hier mögen "Kleinbürger"-Syndrome in Verbindung mit prägenden sozialen Erwartungshaltungen der Umwelt durchschlagen. Die Untersuchung von *Bröschen* zeigt, daß vor allem für ältere Menschen niedrigerer sozialer Schichten sowohl die Information über die sozialen Dienste als auch das Angebot selbst stärker auf die spezifischen Bedürfnislagen abgestellt werden müssen (1987, S. 221). *Bröschen* (ebenda, S. 223) zieht das Fazit:

"Man kann davon ausgehen, daß ältere Menschen im ländlichen Raum aufgrund ihres niedrigen Anspruchsniveaus und einer eher passiven bis resignativen Grundhaltung von sich aus kaum Bedarf gegenüber den Trägern sozialer Dienste artikulieren. Sie treten daher vermutlich nicht als aktive Nachfrager nach sozialen Diensten auf, auch wenn diese zur Lösung ihrer Probleme tatsächlich viel beitragen könnten."

Auch *Dringenberg* (1984) bestätigt diese Diskrepanzen (unter Bezugnahme auf Widersprüche der "Wohnwirklichkeit" im Spannungsverhältnis zwischen "objektiven Standards" und "subjektivem Erleben" - ebenda, S. 251):

"In empirischen Untersuchungen sind 70 - 80 v. H. der Altenbevölkerung mit ihrer Wohnung zufrieden (...). Dieses Phänomen steht in keinem rechten Verhältnis zum tatsächlichen Zustand der entsprechenden Wohnungen (...); objektive Mängel und subjektive Wahrnehmung haben nur sehr bedingt etwas miteinander zu tun" (ebenda, S. 253).

Auch eine Studie von *Pfaff* und *Asam* (1982a) über den gruppenspezifischen Bedarf an sozialer Infrastruktur (hier: Bedarf alter Menschen am Beispiel der Wohnungsver-sorgung) konnte den meritorischen Hilfebedarf verdeutlichen:

"So waren zwar 92vH der befragten alten Menschen vollkommen mit ihrer Wohnung zufrieden, bei 39vH fehlte jedoch eine Zentralheizung oder ein Bad/Dusche und bei 12vH fehlte beides zugleich" (ebenda, S. 11).

Und auch *Stiefel* (1983) konstatiert, daß in ihrer Untersuchung 12 % der Befragten "objektiv" Versorgungsprobleme haben, ihre Lage subjektiv aber keineswegs als problematisch einschätzen (ebenda, S. 177). Auch *Stiefel* verweist also auf Diskrepanzen zwischen dem subjektiven Erleben der Lebenslage und der objektiven Defizitsituation.

Greifen wir Schaubild 8 (über angebotsrationierte und bedarfsadäquate Nachfrage) nochmals auf und spezifizieren wir den meritorischen Handlungsbedarf, so kommen wir zu folgenden Überlegungen, wie sie in Schaubild 14 verdeutlicht werden.

Zum Zeitpunkt  $t_1$  wird nur das Angebot  $A_1$  mit der Menge  $m_1$  nachgefragt ( $N_1$ ). Die Nachfrage  $N_1$  ist Ausdruck subjektiv eingeschätzter und durch sozio-kulturelle Faktoren gefilterter Bedarfsniveaus  $B$  (hier:  $b_1$ ). Wie in Schaubild 8 und auch hier in Schaubild 14 vorausgesetzt, ist die Nachfrage  $N$  eine komplexe Funktion:

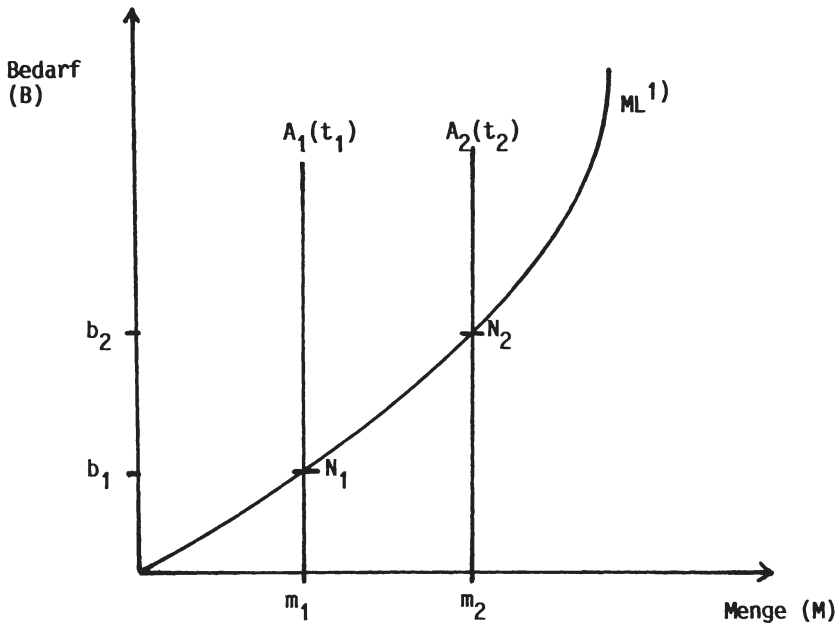
$$N = f [oB (sBE_k; K^*)], \text{ wobei:}$$

$oB$ : objektiver Bedarf,  $sBE_k$ : subjektive Bedarfseinschätzungskompetenz,  $K^*$ : Kontexteffekte (sozio-kulturelle Faktoren des Konsums etc.).

Wenn nun der meritorische Hilfebedarf in einer Ausdehnung der Nachfrage von  $N_1$  auf  $N_2$  (bzw. der Menge von  $m_1$  auf  $m_2$ ) besteht, so geht diese Nachfrageanpassung auf eine Minderung der Kontexteffekte  $K^*$  zurück:  $K^* (N_1)$  ist ausgeprägter als  $K^* (N_2)$ , daher ist  $b_1 < b_2$ .

Die vorliegende Arbeit konnte ferner auch referieren, daß die Denkfigur "ambulant vor stationär" so einfach nicht postuliert werden kann. Zum einen wissen wir über die Bedingungen der Beziehungen zwischen ambulantem und stationärem Helfesektor empirisch zu wenig (z. B. hinsichtlich der politisch oft beschworenen Substitution), zum anderen deutet das, was wir wissen, darauf hin, daß die Rollenverteilung zwischen Familie, ambulanter Hilfe und Heimpflege nicht allzu mechanisch gedacht werden darf bzw. kann. Auch hier denkt die ökonomische Theorie das Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage zu vereinfachend. Sie geht davon aus, daß ambulante Hilfe (AH) und stationäre Hilfe

**Schaubild 14: Meritorische Anhebung der bedarfsdeckenden Nachfrage nach ambulanten Hilfen**



<sup>1</sup> ML: Möglichkeitslinie; sie gibt an, welche fiktiven Gleichgewichtslösungen hinsichtlich Bedarf und (bedarfsgerechter) Menge an Hilfe (wie in Schaubild 8) definierbar sind.

Daß  $N_1$  auf  $ML$  liegt, ist hier reiner Zufall. Aber auch dann, wenn diese Übereinstimmung nicht zufällig ist, interessiert hier eine andere Frage: Es wird unterstellt, daß auch die Menge ( $m_1$ ) nachgefragt wird, die für die - subjektiv empfundene - Bedarfslage  $b_1$  adäquat ist. Das Problem ist hier nun aber, daß nicht  $b_1$ , sondern  $b_2$  (somit  $N_2/m_2$ ) die "objektive" Bedarfslage kennzeichnen.

(St. H) substitutionselastisch sind, wobei die ambulante Hilfe ein Verbundsystem mit der familiären Hilfe (FH) eingeht, so daß implizit eine Substitution von Heimpflege durch Familienpflege postuliert wird. Durch den Ausbau ambulanter Systeme würde demnach die stationäre Pflege reduziert und die Familienpflege ausgedehnt. In diesem mechanistischen Verständnis argumentiert der ökonomische Ansatz wie folgt:

Das gegebene Wohlfahrtsniveau in der Pflege alter, hilfebedürftiger Menschen (WN) ist eine Funktion von AH, St. H und FH:  $WN = f(AH, St. H, FH)$ . Die De-Institutionalisierung soll nun  $WN^*$  realisieren helfen, wobei  $WN < WN^* = f(AH^*, St. H^*, FH^*)$  und  $AH^* > AH, St. H^* < St. H$  sowie  $FH^* \geq FH$ .

Dieses Denkmodell entspricht der politischen Planung am Schreibtisch, nicht einer realen Problemanalyse:

"In den Zielvorstellungen der Politiker wird der Ausbau ambulanter Dienste in einem ungerechtfertigten Gegensatz zum Ausbau und zur Qualifizierung von Heimplätzen gebracht" (*Dennebaum* 1986, S. 212).

In diesem Sinne darf auch ein längeres Zitat von *Krauß* (1985, S. 11 f.) vorgetragen werden:

"Wenn ich die notwendige Hilfe der Gesellschaft so pointiert herausstelle, so nicht deswegen, weil ich meine, daß es nicht eine wichtige Aufgabe der Familie wäre, für ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu sorgen. Ich möchte damit nur ganz entschieden dem - leider muß ich das so sagen - oberflächlichen und gedankenlosen Gerede mancher Politiker entgegentreten, die das zu geringe staatliche Engagement damit rechtfertigen, daß sie den Trend, die alten Leute ins Heim abzuschieben, nicht unterstützen wollen. Oberflächlich ist das Gerede m. E. deshalb, weil diese Politiker bei einigem guten Willen sich leicht darüber informieren könnten, daß noch zu keiner Zeit so viele alte Menschen wie heute von und in ihren Familien gepflegt wurden. Gedankenlos, um nicht zu sagen, lieblos und verletzend sind diese Äußerungen, weil diese Politiker offensichtlich gar keine Vorstellung davon haben, wie die tatsächliche Lebenssituation der alten Menschen ist, in welcher körperlichen und seelischen Verfassung sie sind und welche physischen und psychischen Belastungen die Familien oft schon auf sich genommen haben, ehe sie die Entscheidung treffen, ihre pflege-



bedürftigen Angehörigen in ein Heim zu geben."

Auch *Dieck* und *Naegele* (1989, S. 203) bescheinigen den Politikern mangelnde Differenzierungen hinsichtlich der Analyse der Lage und der darauf abgestellten Reformwege:

"Die Diskussion um die Familienbeziehungen älterer Menschen ist in einem besonderen Maße geprägt durch Gegensätze zwischen Politik auf der einen und Praxis und Wissenschaft auf der anderen Seite. Politikermeinungen basieren vorwiegend auf Ideologien, persönlichen Werthaltungen und nicht zuletzt auf finanziellen Überlegungen. Sie sind dagegen in geringem Maße begründet durch Praxiseinsichten, -erfahrungen und sie stützen sich kaum auf sozialwissenschaftliche Analysen veränderter Familienstrukturen, -zyklen etc."

Der Pflegebedarf, insbesondere der Heimpflegebedarf wird in Zukunft ein dramatisches Konfliktfeld unserer Gesellschaft darstellen. Wenn die Gesellschaft den Anteil hochbetagter, hilfebedürftiger Menschen nicht einfach ignorieren will, muß sie sich den Kosten stellen. Dies betrifft die gesamte Allokationsstruktur der Wirtschaftsgesellschaft, also die Aufteilung der Ressourcen auf private Güter und soziale Güter. "Alternde" Gesellschaften wie die Bundesrepublik (als "graying world") sind vor diese Entscheidung gestellt. Sicherlich charakterisiert sich die Konfliktformation dadurch, daß ein beträchtlicher Teil der Gesellschaft eine Reduzierung des Konsums privater Individualgüter zugunsten sozialer Güter (Gemeinschaftsaufgaben) in seinen Nutzenvorstellungen nicht hinreichend berücksichtigen will; jedoch ist es gar nicht so unwahrscheinlich, daß die Lebensqualität der Bundesrepublik nur steigen könnte, wenn die Quote der Produktion und des Konsums sozialer Güter anstiege, und umgekehrt die Quote der Produktion und des Konsums - mode- und werbebedingt nur kurzlebiger - privater Individualgüter abnehmen würde: Vielleicht würden wir so sogar ein Stück "glücklicher" (*Rothschild* 1989).



## Anmerkungen

<sup>1</sup> Typischerweise fehlt es in der BRD an einer umfassenden und systematischen ("Lehrbuchartigen") Beschreibung und Analyse des "Pflegesektors" als "System". Ansätze dazu vgl. bei *Balluseck* 1980; *Igl* 1987; *Jürgens* 1986; z. T. bei *Plaschke* 1983 sowie bei *Herder-Dorneich/Wasem* 1986, S. 288 ff.; *Bäcker u. a.* 1989, Bd. 2, S. 125 ff., 291 ff.; *Schulz* 1989, S. 205 ff.

<sup>2</sup> Das läßt sich z. B. deutlich zeigen an den Wirkungen des § 93,2 BSHG. Vgl. dazu *Korte/Trilling* 1984, S. 38.

<sup>3</sup> Dies betrifft vor allem auch die Regelung der sachlichen und finanziellen Verantwortlichkeiten. Vgl. dazu auch *Asam u. a.* 1989, S. E-6 ff., E-50 f.

<sup>4</sup> Zur Verteilung der Nutzungschancen - allerdings im System der medizinischen Versorgung - vgl. a. *Schulz-Nieswandt* 1989b.

<sup>5</sup> Zum BSHG vgl. a. *Schellhorn* 1987. Relevant ist Abschnitt 2 BSHG ("Hilfe zum Lebensunterhalt"), Abschnitt 3 ("Hilfe in besonderen Lebenslagen"): §§ 68, 69 ("Hilfe zur Pflege"), §§ 70, 71 ("Hilfe zur Weiterführung des Haushalts"). § 75 definiert "Altenhilfe". § 3a BSHG legt den Vorrang der ambulanten (einschließlich der teilstationären) Hilfe vor der stationären Hilfe fest. Vgl. insgesamt auch *Asam u. a.* 1989, S. E-6 ff. Vertiefend zur Organisation der Sozialhilfeträger (Träger, Leistungsanbieter, Finanzierung) vgl. vor allem *Schulte/Trenk-Hinterberger* 1986, S. 60 ff., 78 ff., 96 ff.

<sup>6</sup> Ähnliche Effekte werden z. B. im Vergleich der steuerfinanzierten Arbeitsmarktpolitik in Schweden mit der sozialbeitragsfinanzierten Arbeitsmarktpolitik in der Bundesrepublik konstatiert. Dieses Vergleichsbeispiel zeigt, daß derartige Problemstellungen allgemeine Aspekte einer Allokationstheorie betreffen.

<sup>7</sup> Allerdings setzt diese Argumentation Substitutionseffekte voraus, die (vgl. später Kapitel 3) - zumindest hinsichtlich ihres Umfangs - ungewiß sind.

<sup>8</sup> Zur Gefahr einer verstärkten Scherenbewegung zwischen sozialen Auf- und Ausgaben einerseits und Einnahmen andererseits infolge der Handhabung des § 100 BSHG (i. S.

einer reinen Lastabwälzung) vgl. den Diskussionsbeitrag von *Frank* 1984, S. 180 f.

<sup>9</sup> Zur Bedarfsadäquatheit vgl. a. *Hartmann* 1982; *Zimmermann* 1982.

<sup>10</sup> Zur Inanspruchnahmeanalyse vgl. klassisch bereits *Leibfried* 1976; ferner *Wenzel/Leibfried* 1986, S. 49 ff.

<sup>11</sup> Zur Funktionsanalyse von Familien aus familienpolitischer Sicht vgl. a. *Bethusy-Huc* 1987.

<sup>12</sup> Zur neueren Charakterisierung des Sozialstaats der BRD vgl. a. *Alber* 1989.

<sup>13</sup> Dies schließt (wie im Gesundheitswesen) - öffentliche gebundene - private Anbieter nicht aus.

<sup>14</sup> Vor allem aber bei "echter" Unsicherheit, die man auch als Präferenzunsicherheit bezeichnen kann (zur "echten" Unsicherheit vgl. theoretisch auch *Tietzel* 1985; zur Präferenzunsicherheit bei Krankheit vgl. empirisch auch *Hornung/ Gutscher* 1986), sind Kollektivlösungen effizient.

<sup>15</sup> Zur Meritorik im Gesundheitswesen vgl. *Schulz-Nieswandt* 1989a, 1989b; zur Meritorik in der Altenpolitik vgl. u. a. *Schönbach/ Wasem* 1985, S. 201; *Schneider* 1985; historisch: *Neuhaus* 1986. Vgl. zu dieser Problemdimension auch Kapitel 6.

<sup>16</sup> Die Diskussion um die Heimpflege verkoppelt sich hier mit einigen Aspekten der Analyse zur "Armut im Alter" (insgesamt: *Bujard/ Lange* 1978; *Naegele* 1984a): Die Kosten des Heimplatzes produzieren oft Verarmung (vgl. auch *Rückert* 1980, S. 165; *Naegele* 1984a, S. 265, 269). Zur Armut von Frauen im Alter vgl. a. *Koepfinghoff* 1984; zur Situation von Frauen im Alter vgl. insgesamt auch *Lehr* 1987; *Gerhard u. a.* (Hg.) 1988.

<sup>17</sup> Zur Entwicklung der sozialhilfefinanzierten Pflegeleistungen vgl. a. *Tesic* 1983.

<sup>18</sup> Vgl. u. a. *Möller* 1988; *Jacobs/ Schröder* 1989.

<sup>19</sup> Vgl. ferner: *Dennebaum* 1985; *Korte/ Trilling* 1984, S. 36 f.; *Dahlem* 1977; *Hartmann* 1982; *Grönert* 1980; *Rückert* 1983.

<sup>20</sup> Auch im ländlichen Bereich werfen spezifische Siedlungsstrukturen Grenzen häuslicher Pflege auf (vgl. *Brösch* 1987). Hinzu kommt noch eine geringe Disposition der ländlichen älteren Menschen zur Akzeptanz und Inanspruchnahme sozialer (professioneller) Dienste, obwohl diese nutzensteigernd wären. Hier kristallisiert sich ein meritorischer Handlungsbedarf. Vgl. dazu auch Kapitel 6.

<sup>21</sup> Zur Kritik an der Socialdata-Studie auf der Basis alternativer Abgrenzungen der "Pflegebedürftigkeit" vgl. *Kruse* 1987, S. 283. Zum Vergleich siehe aber auch die Daten des "Sozio-ökonomischen Panels" (4. Welle 1984): *Thiede* 1988.

<sup>22</sup> Vgl. *Schulz-Niewandt* 1989, S. 74 f.; ferner: *Lange* 1973, 1974, S. 90; *Lüders* 1982; *Rückert* 1983, S. 283; *Naegele* 1985, S. 398 f.; *Articus* 1985; *Braun* 1985, 1989; *Braun/Articus* 1983; *Thiede* 1986; *Wand* 1986; *Kruse* 1984; *Articus/Karolus* 1985; *Hedke-Becker/Schmindtke* 1985.

<sup>23</sup> *Zeman* (1985, S. 4) schreibt dazu:

"Gemeinschaftliche Altenselbsthilfe deckt die Probleme alter Menschen keineswegs ab und ihre Sicherheitsgarantien sind höchst unvollständig. Eine weitere Einschränkung ihrer Bedeutung als sozialpolitische Alternative erfährt die Altenselbsthilfe dadurch, daß sie bei weitem nicht die Gesamtheit der Älteren berührt und vermutlich am allerwenigsten die Klientel des öffentlichen Hilfesystems. Weder die 6,3 v. H. Sozialhilfeempfänger, die älter als 65 Jahre sind (...), noch die 18,2 v. H. Pflegebedürftigen über 65 Jahre, die zu Hause versorgt werden (...), oder die 4,5 v. H. Heimbewohner (...) gehören zum typischen Mitgliederpotential der gemeinschaftlichen Altenselbsthilfe. Es ist auch schwer vorstellbar, daß jene unterprivilegierten alten Menschen, die durch die Maschen des sozialen Netzes fallen - die Dunkelziffer derer, die ihren Anspruch auf Sozialhilfe nicht geltend machen - ihre Probleme in organisierter Selbsthilfe lösen können. Verschämte Armut ist nicht nur eine Kontaktschranke zwischen arm und reich, sondern auch zwischen arm und arm."

<sup>24</sup> Gerade die diesbezügliche Sozialplanung wirft aber all die Probleme bzw. Fragen zu den komplexen Interdependenzen auf, die im Verlauf dieser Arbeit angesprochen werden - z. B. die Frage nach den Substitutionselastizitäten zwischen stationärer und ambulanter bzw. ambulant gestützter häuslich-familiärer Pflege, zu deren Beantwortung mehr Wissen über die Sozialstruktur des Pflegefallpotentials (in differentialdiagnostisch-typologischer Hinsicht) und ihrer Sozialnetze notwendig sind.

<sup>25</sup> Zur historischen Transformation der Armenpolitik zur sozialstaatlichen Politik vgl. a. *Ritter* 1989.

<sup>26</sup> Zur Präferenztheorie in der ökonomischen Theorie vgl. *Tietzel* 1988; *Wiswede* 1988.

<sup>27</sup> Die Auseinandersetzung mit der ökonomischen Verhaltenstheorie und den normativen Implikationen (vgl. a. *Sen* 1987; *Head* 1988; *Penz* 1986) hinsichtlich der Frage der Typik und Reichweite (sozial-)politischer Interventionen kann und soll hier nicht näher diskutiert werden. Vgl. zur Theorie der Wohlfahrtsproduktion durch Sozialpolitik auch *Walker* 1984; *Spicker* 1988.

<sup>28</sup> Dabei wird auch über die Hereinnahme von "constraints" in die "rational choice"-Theorie (vgl. *Franz* 1986; *Wiesenthal* 1987; *Weise* 1989) hinausgegangen.

<sup>29</sup> Der Substitutionskoeffizient lautet:  $s = \Delta K^{st} / K^{st} / \Delta K^a / K^a$ , wobei angenommen wird, daß  $HH = f(\dots; K^a)$ .

$K^{st}$ : Konsum stationärer Hilfe;  $K^a$ : Konsum ambulanter Hilfe; und HH: selbständige Haushaltsführung.

<sup>30</sup> *Ferber* (1985, S. 532) spricht von Verdrängungs- und Sog-Effekten.

<sup>31</sup> Die Fehlbelegungsquote - Pflegefälle im (Akut-)Krankenhaussektor - ist empirisch allerdings umstritten, wie *Priester* (1989, S. 137 ff.) herausstellt. Viele schätzen die Quote hoch ein (5 - 15 oder 20 %); *Priester* hält derartige Schätzungen für zu hoch. Vor allem fehlt - auf absehbare Zeit - auch eine bedarfsgerechte, sektorübergreifende Angebotsplanung im pflegebezogenen Bereich (*Priester* 1989, S. 141 ff.).

<sup>32</sup> Vgl. ferner *Dieck/ Tesic* 1983; *Tesic* 1983; *Friedrichs* 1985; *Wasem* 1986, S. 358; *Baum* 1983.

<sup>33</sup> Ein solcher "öffentlicher Sicherstellungsauftrag" besteht im Gesundheitssektor. Vgl. SGB V, §§ 72 ff., §§ 99 ff.

<sup>34</sup> Gegenüber verfassungsrechtlichen Bedenken von *Hoffmann* (1985a) vgl. *Schulin* 1987.

<sup>35</sup> Empirisch betrachtet, erklärt sich das Nachfrageverhalten auch in sozialversicherungsfinanzierten Gesundheitssystemen - gefiltert durch komplexe sozio-kulturelle und sozio-ökonomische Faktoren (*Cummings et al.* 1980; *Mark* 1987, S. 82 ff.) z. gr. T. aus Bedarfsgründen und sozio-demographischen Charakteristika (vgl. z. B. *Broyles et al.* 1983). Auch *Sharp et al.* (1983) erklären die auch in den USA gestiegene Inanspruchnahme mit der Überwindung sozio-ökonomischer und sozio-kultureller Barrieren durch "Medicare" und "Medicaid". Auch in der BRD sind "moral hazard"-Effekte keineswegs in relevanter Größe bewiesen worden (vgl. a. *Müller* 1983). Überinanspruchnahme läßt sich oft aus Präferenzunsicherheit erklären (*Hornung/ Gutscher* 1986). Darüber hinaus lassen gerade die Studien von *Broyles et al.* (1983), aber auch schon von *Wadsworth et al.* (1971) starke Zweifel an der Erklärungsrelevanz des "moral hazard"-Theorems für die Analyse der(Über-)Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aufkommen.

<sup>36</sup> Ferner hat sich der größte Teil der Diskussion zur Pflege-Sozialversicherung in der BRD durchaus für die Anrechnung privaten Einkommens bei der Finanzierung der "Hotelkosten" der Heimpflege (als Eigenleistung) ausgesprochen.

<sup>37</sup> Zu erwähnen ist hier, daß das Institutionalierungsrisiko höher ist als eine Momentaufnahme (Anteil der Heimbewohner an spezifischen Bevölkerungsaltersklassen zum Zeitpunkt  $t_0$ ) nahelegt: Bei Berücksichtigung z. B. der Verweildauer (Fluktuationsrate) ist die Zahl der betroffenen alten Menschen viel größer (vgl. u. a. *Bickel/ Jaeger* 1986). Zum sog. "4 %-Trugschluß" vgl. a. *Rückert* 1987, S. 79 ff.

<sup>38</sup> Vgl. *Narr* 1976, S. 100 ff.; *Zimmermann* 1977, S. 140 f., 75 f., 82 ff.; *Fischer* 1976, S. 10; *Strauch* 1978, S. 105 ff.; *Lehr* 1968, S. 446 ff.; *Tews* 1971, S. 330 ff.

<sup>39</sup> Vgl. *Klie* 1987, S. 50 f.; *Braun* 1987, S. 23 ff., 1989; *Brandt* 1987, S. 45; *Braun* 1987a, S. 98; *Dennebaum/ Rückert* 1987, S. 174 ff.; *Hoffmann* 1986, S. 85; *Korte/ Trilling* 1984; *Dieck* 1987, S. 20, S. 137 in Anlehnung an *Füsgen u. a.* 1981 und *Summa u. a.* 1981; *Weber/ Riebe-Beier* 1982, S. 172, 174; *Hummel* 1984, S. 29 ff.; *Balluseck* 1980, S. 59 f., 103, 107; *Garms-Homolová u. a.* 1982; *Pfaff* 1982; *Saup* 1984, S. 4 ff.; *Handbuch* 1986, S. 703; *Naegele* 1985, S. 397 f.; *Bickel/ Jaeger* 1986; *Blosser-Reisen* 1982; *Pfaff/ Asam* 1982.

<sup>40</sup> Die Wohnbedingungen dürften eine zentrale - sozialökologische, infrastrukturelle wie auch psychische (*Saup* 1986) - Determinante der Lebenslage älterer Menschen, damit auch eine Hauptdeterminante der Chancen selbständiger Haushaltsführung sein. Zur

Wohnsituation älterer Menschen vgl. u. a. *Dieck* 1979; *Dringenberg* 1977, 1982, 1982a; *Reimann* 1984; *Schramm* 1987; vgl. vor allem auch *Stolarz* 1986).

<sup>41</sup> Zur sozialen Lage von Verwitweten vgl. a. *Vaskovics u. a.* 1988, die allerdings sehr wenig auf die Frage der Determinanten von Heimpflege eingehen.

<sup>42</sup> *Reimann* (1983, S. 105) berichtet aus einer Studie über Augsburg, aus der hervorgeht, daß von 16.2 % der Altenheimbewohner erzählt wird, Angehörige hätten zu der Heimübersiedlung geraten. Daraus läßt sich allerdings noch kein (egoismusbedingter, pflegeunwilligkeitsbedingter) "Abschiebe"-Effekt herleiten. Umgekehrt spielt auch bei den Pflegebedürftigen die Angst, anderen zur Last zu fallen, eine große Rolle. Derartige Situations einschätzungen kennzeichnen doch recht stark die psychosoziale Lebenssituation alter Menschen (vgl. a. *Tismer u. a.* 1975).

<sup>43</sup> Zur Analyse interdependenter Nutzen(funktionen) im System der medizinischen Versorgung vgl. a. *Evans* 1984; *McGuire et al.* 1988.

<sup>44</sup> Differenzierte "soziale Gebrauchsweisen" von Leistungen und Diensten sind auch im System der medizinischen Versorgung zu beobachten. Vgl. dazu *Buchmann u. a.* 1985.

<sup>45</sup> Vgl. dazu neuerdings auch *Lüdtke* 1989; *Eder* (Hg.) 1989; *Liebau* 1987. Zum Konzept der (Verteilung von) Handlungskompetenzen, die die Nutzungschancen betreffen, vgl. a. - hinsichtlich des Gesundheitsfeldes - *Hurrelmann* 1988 und *Schnabel* 1988.

<sup>46</sup> Zur - sozialepidemiologischen - Diskussion sozialer Netze vgl. auch *Nestmann* 1988; *Badura* (Hg.) 1981, *Badura u. a.* 1987.

<sup>47</sup> In der Entwicklung befindet sich eine Theorie der "Unabhängigkeit im Alter" (so *Wieltschnig* 1982), die das Zusammenspiel von Ressourcen und Kapazitäten (Handlungskompetenzen) klärt.

<sup>48</sup> Vgl. dazu auch *Stone* (1984, S. 19): "the moral economy of modern societies still must provide legitimating answers to the (...) question about distributive justice: when should need-based supersede work-based distribution?". Vgl. ferner *Thisen* 1989.

<sup>49</sup> Ähnliche Filtereffekte sind auch aus dem Gesundheitswesen bekannt hinsichtlich des



Krankheitsverhaltens, also der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Vgl. dazu z. B. *Dutton* 1978.

<sup>50</sup> Sozio-kulturelle Filter der Inanspruchnahme(neigung) sind auch in der empirischen Konsumsoziologie längst explizit und gesichert herausgearbeitet worden. Konsumtheoretisch hat dies *Leibenstein* (1976) z. T. integriert. Er hat - als Spezialfall des Mitläufer-Effekts des Konsums (Konsum von Individuen nimmt mit dem Konsum anderer Individuen zu: Bezugsgruppen-Effekte u. ä.) - einen Tabu-Effekt modelliert. Demnach neigen Individuen erst dann zum Konsum eines Gutes, wenn dieses Gut bereits von anderen Individuen hinreichend breit konsumiert wird, der Konsum des Gutes somit gesellschaftlich "freigegeben" (akzeptiert, erlaubt u. ä.) ist.

In der Altenhilfeforschung spiegelt sich dieser Effekt z. B. bei der geringen Präferenz für Heimpflege im Zusammenhang mit dem schlechten Image des Heimlebens sowie mit dem Erwartungsdruck der sozialen Umwelt, nämlich alte Menschen möglichst familiär zu pflegen. Für Angehörige ist die Heimübersiedlung also in einem gewissen Maß sozial stigmatisiert.



**Anhang: Ausgewählte Paragraphen des BSHG sowie des SGB I und V**

**BSHG-Paragraphen** (aus: Bundessozialhilfegesetz. Lehr- und Praxiskommentar, erläutert von Ulrich-Arthur *Birk u. a.*, Baden-Baden, 2. Aufl. 1989; Gesetzesstand: 01.01.1989)

**§ 3 Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles**

(2) Wünschen des Hilfeempfängers, die sich auf die Gestaltung der Hilfe richten, soll entsprochen werden, soweit sie angemessen sind. Wünschen des Hilfeempfängers, die Hilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung zu erhalten, soll nur entsprochen werden, wenn dies nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, weil andere Hilfen nicht möglich sind oder nicht ausreichen. Der Träger der Sozialhilfe braucht Wünschen nicht zu entsprechen, deren Erfüllung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden wäre.

**§ 3a Vorrang der offenen Hilfe**

Der Träger der Sozialhilfe soll darauf hinwirken, daß die erforderliche Hilfe soweit wie möglich außerhalb von Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen gewährt werden kann.

**§ 10 Verhältnis zur freien Wohlfahrtspflege**

(1) Die Stellung der Kirchen und Religionsgesellschaften des öffentlichen Rechts sowie der Verbände der freien Wohlfahrtspflege als Träger eigener sozialer Aufgaben und ihre Tätigkeit zur Erfüllung dieser Aufgaben werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

(2) Die Träger der Sozialhilfe sollen bei der Durchführung dieses Gesetzes mit den Kirchen und Religionsgesellschaften des öffentlichen Rechts sowie den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege zusammenarbeiten und dabei deren Selbständigkeit in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben achten.

(3) Die Zusammenarbeit soll darauf gerichtet sein, daß sich die Sozialhilfe und die Tätigkeit der freien Wohlfahrtspflege zum Wohle der Hilfesuchenden wirksam ergänzen. Die Träger der Sozialhilfe sollen die Verbände der freien Wohlfahrtspflege in ihrer Tätigkeit auf dem Gebiet der Sozialhilfe angemessen unterstützen.

(4) Wird die Hilfe im Einzelfall durch die freie Wohlfahrtspflege gewährleistet, sollen die Träger der Sozialhilfe von der Durchführung eigener Maßnahmen absehen; dies gilt nicht für die Gewährung von Geldleistungen.

(5) Die Träger der Sozialhilfe können allgemein an der Durchführung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz die Verbände der freien Wohlfahrtspflege beteiligen oder ihnen die Durchführung solcher Aufgaben übertragen, wenn die Verbände mit der Beteiligung oder Übertragung einverstanden sind. Die Träger der Sozialhilfe bleiben dem Hilfesuchenden gegenüber verantwortlich.

## § 68 Inhalt

(1) Personen, die infolge Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, daß sie nicht ohne Wartung und Pflege bleiben können, ist Hilfe zur Pflege zu gewähren.

## § 69 Häusliche Pflege, Pflegegeld

(1) Reichen im Falle des § 68 Abs. 1 häusliche Wartung und Pflege aus, gelten die Absätze 2 bis 6.

(2) Der Träger der Sozialhilfe soll darauf hinwirken, daß **Wartung und Pflege** durch Personen, die dem **Pflegebedürftigen** nahestehen, oder im Wege der **Nachbarschaftshilfe** übernommen werden. In diesen Fällen sind dem **Pflegebedürftigen** die angemessenen Aufwendungen der **Pflegeperson** zu erstatten; auch können angemessene **Beihilfen** gewährt und **Beiträge** der **Pflegeperson** für eine angemessene **Alterssicherung** übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Ist neben oder anstelle der **Wartung und Pflege** nach Satz 1 die **Heranziehung** einer besonderen **Pflegekraft** erforderlich, so sind die angemessenen **Kosten** hierfür zu übernehmen.

### § 70 Inhalt und Aufgabe

(1) Personen mit eigenem Haushalt soll **Hilfe zur Weiterführung des Haushalts** gewährt werden, wenn keiner der **Haushaltsangehörigen** den Haushalt führen kann und die **Weiterführung des Haushalts** geboten ist. Die **Hilfe** soll in der Regel nur vorübergehend gewährt werden.

(2) Die **Hilfe** umfaßt die **persönliche Betreuung** von **Haushaltsangehörigen** sowie die sonstige zur **Weiterführung des Haushalts** erforderliche **Tätigkeit**.

(3) § 69 Abs. 2 gilt entsprechend.

### § 71 Hilfe durch anderweitige Unterbringung Haushaltsangehöriger

Die **Hilfe** kann auch durch **Übernahme** der angemessenen **Kosten** für eine vorübergehende **anderweitige Unterbringung** von **Haushaltsangehörigen** gewährt werden, wenn diese **Unterbringung** in besonderen Fällen neben oder statt der **Weiterführung des Haushalts** geboten ist.

## § 75

(1) Alten Menschen soll außer der Hilfe nach den übrigen Bestimmungen dieses Gesetzes Altenhilfe gewährt werden. Sie soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen.

(2) Als Maßnahmen der Hilfe kommen vor allem in Betracht:

1. Hilfe bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht,
2. Hilfe in allen Fragen der Aufnahme in eine Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient, insbesondere bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes,
3. Hilfe in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste,
4. Hilfe zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen,
5. Hilfe, die alten Menschen die Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglicht,
6. Hilfe zu einer Betätigung, wenn sie von alten Menschen gewünscht wird.

(3) Hilfe nach Absatz 1 soll auch gewährt werden, wenn sie der Vorbereitung auf das Alter dient.

(4) Altenhilfe soll ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen gewährt werden, soweit im Einzelfall persönliche Hilfe erforderlich ist.

## § 96 Örtliche und überörtliche Träger

(1) Örtliche Träger der Sozialhilfe sind die kreisfreien Städte und die Landkreise. Die Länder können bestimmen, daß und inwieweit die Landkreise ihnen zugehörige Gemeinden oder Gemeindeverbände zur Durchführung von Aufgaben nach diesem Gesetz heranziehen und ihnen dabei Weisungen erteilen können; in diesen Fällen erlassen die Landkreise den Widerspruchsbescheid nach der Verwaltungsgerichtsordnung.

(2) Die Länder bestimmen die überörtlichen Träger. Sie können bestimmen, daß und inwieweit die überörtlichen Träger örtliche Träger sowie diesen zugehörige Gemeinden

und Gemeindeverbände zur Durchführung von Aufgaben nach diesem Gesetz heranziehen und ihnen dabei Weisungen erteilen können; in diesen Fällen erlassen die überörtlichen Träger den Widerspruchsbescheid nach der Verwaltungsgerichtsordnung.

### § 93 Einrichtungen

(1) Zur Gewährung von Sozialhilfe sollen die Träger der Sozialhilfe eigene Einrichtungen nicht neu schaffen, soweit geeignete Einrichtungen der in § 10 Abs. 2 genannten Träger der freien Wohlfahrtspflege vorhanden sind, ausgebaut oder geschaffen werden können.

(2) Der Träger der Sozialhilfe ist zur Übernahme der Kosten der Hilfe in einer Einrichtung eines anderen Trägers nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über die Höhe der zu übernehmenden Kosten besteht; in anderen Fällen soll er die Kosten übernehmen, wenn dies nach der Besonderheit des Einzelfalles geboten ist, um angemessenen Wünschen des Hilfeempfängers (§ 3 Abs. 2 und 3) zu entsprechen. Die Vereinbarungen und die Kostenübernahme müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit Rechnung tragen. Sind sowohl Einrichtungen der in § 10 genannten Träger als auch andere Träger vorhanden, die zur Gewährung von Sozialhilfe in gleichem Maße geeignet sind, soll der Träger der Sozialhilfe Vereinbarungen nach Satz 1 vorrangig mit den in § 10 genannten Trägern abschließen. § 95 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch und landesrechtliche Vorschriften über die zu übernehmenden Kosten bleiben unberührt.

### § 100 Sachliche Zuständigkeit des überörtlichen Trägers

(1) Der überörtliche Träger der Sozialhilfe ist sachlich zuständig, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger sachlich zuständig ist,

1. für die Hilfe in besonderen Lebenslagen für die in § 39 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 genannten Personen, für Geisteskranke, Personen mit einer sonstigen geistigen oder seelischen Behinderung oder Störung, Anfallskranke und Suchtkranke, wenn es wegen der Behinderung oder des Leidens dieser Personen in Verbindung mit den Besonderheiten des Einzelfalles erforderlich ist, die Hilfe in einer Anstalt, einem Heim oder

- einer gleichartigen Einrichtung oder in einer Einrichtung zur teilstationären Betreuung zu gewähren; dies gilt nicht, wenn die Hilfestellung in der Einrichtung überwiegend aus anderem Grunde erforderlich ist,
2. für die Versorgung Behinderter mit Körperersatzstücken, größeren orthopädischen und größeren anderen Hilfsmitteln im Sinne des § 81 Abs. 1 Nr. 3,
  3. (weggefallen),
  4. für die Blindenhilfe nach § 67,
  5. für die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 72, wenn es erforderlich ist, die Hilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung oder in einer Einrichtung zur teilstationären Betreuung zu gewähren,
  6. für Hilfe zum Besuch einer Hochschule im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 und 5 erstreckt sich die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers auf alle Leistungen an den Hilfeempfänger, für welche die Voraussetzungen nach diesem Gesetz gleichzeitig vorliegen, sowie auf die Hilfe nach § 15; dies gilt nicht, wenn die Hilfe in einer Einrichtung zur teilstationären Betreuung gewährt wird.



**SGB-Paragrafen** (aus: Sozialgesetzbuch (SGB) für die Praxis, Kommentar, hrsg. v. Kurt Jahn, Freiburg i. Br., SGB I von 1976, SGB V von 1989)

SGB Erstes Buch: Allgemeiner Teil

§ 17 Ausführung der Sozialleistungen

(1) Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, daß

1. jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und schnell erhält,
2. die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen und
3. der Zugang zu den Sozialleistungen möglichst einfach gestaltet wird, insbesondere durch Verwendung allgemein verständlicher Antragsvordrucke.

(2) (gestrichen)

(3) In der Zusammenarbeit mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen wirken die Leistungsträger darauf hin, daß sich ihre Tätigkeit und die der genannten Einrichtungen und Organisationen zum Wohl der Leistungsempfänger wirksam ergänzen. Sie haben dabei deren Selbständigkeit in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten. Die Nachprüfung zweckentsprechender Verwendung bei der Inanspruchnahme öffentlicher Mittel bleibt unberührt. Im übrigen ergibt sich ihr Verhältnis zueinander aus den besonderen Teilen dieses Gesetzbuchs; § 97 Abs. 2 des Zehnten Buches findet keine Anwendung.

## SGB Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung

### Sechster Abschnitt: Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit

#### § 53 Personenkreis

(1) Versicherte, die nach ärztlicher Feststellung wegen einer Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, daß sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in sehr hohem Maße der Hilfe bedürfen (Schwerpflegebedürftige), erhalten häusliche Pflegehilfe.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 entfällt, soweit ein Anspruch nach § 37 besteht.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien zur Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen. Sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Pflegeberufe sowie der Behinderten zu beteiligen.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen erlassen.

#### § 54 Anspruchsvoraussetzungen

(1) Versicherte erhalten häusliche Pflegehilfe, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums und in den letzten sechzig Kalendermonaten vor Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit mindestens sechsunddreißig Kalendermonate Mitglied oder nach § 10 versichert waren. Der Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig

selbständig tätig war.

(2) Bei Versicherten, die keine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben, tritt an die Stelle der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit der Tag der Geburt. Für versicherte Kinder gelten die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 als erfüllt, wenn sie ein Elternteil erfüllt.

### § 55 Inhalt der Leistung

(1) Die häusliche Pflegehilfe soll die Pflege und Versorgung schwerpflegebedürftiger Versicherter in ihrem Haushalt oder dem ihrer Familien ergänzen. Sie ist darauf auszurichten, daß Pflegebedürftige möglichst dort verbleiben können und stationäre Pflege vermieden wird. Sie umfaßt die im Einzelfall notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu fünfundzwanzig Pflegeeinsätze je Kalendermonat. An einem Tag können mehrere Pflegeeinsätze in Anspruch genommen werden. Die Aufwendungen der Krankenkasse für die Leistung nach Satz 1 bis 4 dürfen im Einzelfall 750 Deutsche Mark je Kalendermonat nicht übersteigen.

(2) Leistungen nach Absatz 1 werden vom 1. Januar 1991 an erbracht.

### § 56 Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson

Kann die Pflege und Versorgung schwerpflegebedürftiger Versicherter wegen Erholungsurlaubs oder anderweitiger Verhinderung der Pflegeperson zeitweise nicht erbracht werden, wird die häusliche Pflegehilfe über den Rahmen des § 55 hinaus im erforderlichen Umfang für längstens vier Wochen je Kalenderjahr erbracht, wenn die Pflegeperson den Schwerpflegebedürftigen vor der Verhinderung mindestens zwölf Monate gepflegt hat. Die Aufwendungen der Krankenkasse für die Leistung nach Satz 1 dürfen im Einzelfall 1800 Deutsche Mark nicht überschreiten. Werden die Versicherten während dieser Zeit außerhalb ihres Haushalts oder ihrer Familie gepflegt, übernimmt die Krankenkasse die dadurch entstehenden Kosten bis zur Höhe des Betrages, den sie bei Pflege und Versorgung der Versicherten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie aufzuwenden hätte.

**§ 57 Geldleistung**

- (1) Auf Antrag der schwerpflegebedürftigen Versicherten kann die Krankenkasse ihnen anstelle der häuslichen Pflegehilfe einen Geldbetrag von 400 Deutsche Mark je Kalendermonat zahlen, wenn die Schwerpflegebedürftigen die Pflege durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise und in ausreichendem Umfang selbst sicherstellen können.
- (2) Die Geldleistung nach Absatz 1 wird nur gezahlt, wenn die Pflegeperson auch bei Ausübung einer Erwerbstätigkeit zu einer ausreichenden Pflege in der Lage ist.
- (3) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu mindern.
- (4) Die Geldleistung wird vom 1. Januar 1991 an gezahlt.

## Literaturverzeichnis

*Ackermann, Rolf* (1983): Pflegeversicherung ... ist ihre Verwirklichung in Sicht?, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 34, S. 372 - 375.

*Alber, Jens* (1988): Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich, in: Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 19. Staatstätigkeit, hrsg. von M. G. Schmidt, Opladen, S. 116 - 150.

*Alber, Jens* (1989): Der Sozialstaat in der Bundesrepublik 1950 - 1983, Frankfurt/ M. - New York.

*Andriessen, Louis* (1984): Erfahrungen mit der Versicherung der Pflegekosten in den Niederlanden, in: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 30, S. 366 - 383.

*Anthes, Jochen* (1978): Lebenslageanalyse institutionalisierter älterer Menschen, in: Margret Dieck/ Gerhard Naegele (Hg.), Sozialpolitik für ältere Menschen, Heidelberg, S. 198 - 220.

*Arbeitsgruppe Sozialpolitik* (Hilde von *Balluseck u. a.*) (1988): Alter und Sozialpolitik, in: Gerd Göckenjan/ Hans Joachim von Kondratowitz (Hg.), Alter und Alltag, Frankfurt/ M., S. 137 - 156.

*Articus, Stephan* (1985): Die anonyme Selbsthilfe: Betreuungs- und Versorgungsleistungen in Familie und Nachbarschaft, in: Claus Reis/ Hermann Dorenburg (Hg.), Selbsthilfe, Frankfurt/ M., S. 53 - 65.

*Articus, Stephan/ Karolus, Stefan* (1985): Pflegebedürftige alte Menschen in der Familie, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Jg. 65, S. 41 - 48.

*Articus, Stephan/ Karolus, Stefan* (Hg.) (1986): Altenhilfe im Umbruch, Frankfurt/ M.

*Asam, Walter H./ Jaufmann, Dieter* (1982): Kommunale Altenhilfe zwischen Selbsthilfe und Sozialplanung, in: Zeitschrift für Gerontologie, Jg. 15, S. 168 - 176.

*Asam, Walter H. u. a. (Hg.) (1988): Kommunale Sozialplanung, Bielefeld.*

*Asam, Walter H. u. a. (1989): Altenplan des Saar-Pfalz-Kreises, IKOS, Saarbrücken.*

*Asam, Wolfgang (1978): Öffentliche Realtransfers und personale Verteilungswirkungen. Eine empirische Analyse zur Beeinflussung gruppenspezifischer Versorgungslagen durch Einrichtungen der sozialen Infrastruktur, Diss. Augsburg.*

*Badura, Bernhard (Hg.) (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt/ M.*

*Badura, Bernhard u. a. (1989): Leben nach dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie, Berlin - Heidelberg - New York u. a.*

*Bäcker, Gerhard u. a. (1980): Sozialpolitik, Köln.*

*Bäcker, Gerhard u. a. (1989): Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik, 2 Bde., Köln.*

*Balluseck, Hilde von (1980): Die Pflege alter Menschen. Institutionen, Arbeitsfelder und Berufe, Berlin.*

*Barr, Nicholas (1987): The Economics of the Welfare State, London.*

*Bauer, Rudolf u. a. (Hg.) (1987): Verbandliche Wohlfahrtspflege im internationalen Vergleich, Opladen.*

*Baum, Hansjürgen (1983): Kostenvergleich ambulante und stationäre Altenhilfe, Düsseldorf.*

*Bericht der Bundesregierung (1984): Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, Deutscher Bundestag, 10. Wahlperiode, Drucksache 10/ 1943, 05.09.1984.*

*Bernstein, Reiner/ Dieck, Margret (Hg.) (1980): Sektion Altenarbeit/ Altenhilfe der DGS: Arbeitstagung Walberberg 1980 - Sozialplanung in der Altenhilfe, Berlin.*

*Berthold, Martin* (1980): Voraussetzungen erfolgreicher kommunaler Altenhilfeplanung, in: Reiner Bernstein/ Margret Dieck (Hg.), Sektion Altenarbeit/ Altenhilfe der DGS: Arbeitstagung Walberberg - Sozialplanung in der Altenhilfe, Berlin, S. 1 - 18.

*Bethusy-Huc, Viola Gräfin von* (1987): Familienpolitik, Tübingen.

*Bickel, Horst/ Jaeger, Jutta* (1986): Die Inanspruchnahme von Heimen im Alter, in: Zeitschrift für Gerontologie, Bd. 19, S. 30 - 39.

*Blosser-Reisen, Lore* (1981): Haushaltsführung als Problembereich älterer Menschen aus sozialökonomischer Sicht, in: Hauswirtschaft und Wissenschaft, Jg. 29, H. 1, S. 16 - 26.

*Blosser-Reisen, Lore* (1982): Handlungsspielräume und Grenzen der selbständigen Haushaltsführung im Alter - ein Beitrag zur Bestimmung des Hilfebedarfs, in: Zeitschrift für Gerontologie, Bd. 15, S. 142 - 149.

*Blosser-Reisen, Lore* (1986): Bestimmung von Lebensstilen und Bedarfslagen und ihre Anwendung in sozialen Problemfeldern, in: Hauswirtschaft und Wissenschaft, Jg. 34, S. 260 - 273.

*Blume, Otto* (1964): Die Situation des alten Menschen, in: Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e. V. (Hg.), Die Situation der alten Menschen, Bonn, S. 59 - 78.

*Blume, Otto* (1968): Möglichkeiten und Grenzen der Altenhilfe, Tübingen.

*BMJFFG* (1986): Vierter Familienbericht. Die Situation der älteren Menschen in der Familie, hrsg. vom Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Drucksache 10/ 6145 vom 13.10.1986, Bonn.

*Boese, J./ Heuser, M. R.* (1982): Pflegeversicherung - ein Konzept zur Lösung der Versorgungsprobleme im geriatrischen Sektor?, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 31, H. 7, S. 155 - 159.

*Bourdieu, Pierre* (1981): Klassenschicksal, individuelles Handeln und das Gesetz der Wahrscheinlichkeit, in: ders. u. a. (Hg.), Titel und Stelle. Über die Reproduktion sozialer Macht, Frankfurt/ M., S. 169 - 226.

*Bourdieu, Pierre* (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital, in: R. Kreckel (Hg.), Soziale Ungleichheiten, Sonderheft 2 der Sozialen Welt, Göttingen, S. 183 - 198.

*Brandt, Hans* (1984): Der Anspruch des Hilfesuchenden auf stationäre Pflege und Betreuung, in: Caritas, Jg. 85, H. 6, S. 285 - 292.

*Brandt, Hans* (1987): Der Wunsch des alten Menschen nach stationärer Betreuung. Sozialhilfe zwischen Wahlrecht, Erforderlichkeit und Kosten, in: Hans Brandt u. a. (Hg.), Stationäre Altenhilfe, Freiburg i. Br., S. 30 - 46.

*Brandt, Hans* (1987a): Geriatriisch-rehabilitative Spezialeinrichtungen - sozialrechtliche und konzeptionelle Rahmenbedingungen, in: ders. u. a. (Hg.), Stationäre Altenhilfe, Freiburg i. Br., S. 192 - 206.

*Brandt, Hans u. a. (Hg.)* (1987): Stationäre Altenhilfe. Problemfelder - Rahmenbedingungen - Perspektiven, Freiburg i. Br.

*Braun, Hans* (1983): Verwandtschaftliche Hilfen für ältere Menschen, in: Zeitschrift für Gerontologie, Bd. 16, S. 210 - 215.

*Braun, Hans* (1985): Die Pflege hilfebedürftiger alter Menschen durch den Ehepartner. Ein Beitrag zur "Wohlfahrtsproduktion" im Privathaushalt, in: Medizin-Mensch-Gesellschaft, Bd. 10, S. 201 - 207.

*Braun, Hans* (1987): Pflegebedürftigkeit als sozialer Tatbestand: Zwischen privater Bewältigung und gesellschaftlicher Problembearbeitung, in: Hans Brandt u. a. (Hg.), Stationäre Altenhilfe, Freiburg i. Br., S. 11 - 29.

*Braun, Hans* (1989): Grenzen der häuslichen Versorgung behinderter Menschen, in: Elisabeth Wacker/ Heidrun Metzler (Hg.), Familie oder Heim?, Frankfurt/ M. - New York, S. 96 - 109.

*Braun, Hans/ Articus, Stephan* (1983): Die häusliche Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen, Melle.



*Braun, Helmut (1987a): Zur Problematik von Bedarfsrechnungen für die stationäre Altenhilfeplanung, in: Hans Brandt u. a. (Hg.), Stationäre Altenhilfe, Freiburg i. Br., S. 98 - 106.*

*Brög, Werner u. a. (1980): Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger, Stuttgart - Berlin - Köln - Mainz.*

*Bröschen, Elisabeth (1987): Die Lebenslage älterer Menschen im ländlichen Raum, Stuttgart u. a.*

*Broyles, Robert W. et al. (1983): The Use of Physician Services Under a National Health Insurance Scheme. An Examination of the Canadian Health Survey, in: Medical Care, Vol. 21, No. 11, S. 1037 - 1054.*

*Bruckenberger, Ernst (1989): Dauerpatient Krankenhaus, Freiburg i. Br.*

*Bruder, Jens (1981): Die Situation der Hausfrau in Mehrgenerationenhaushalten mit Alterskranken, in: Hauswirtschaft und Wissenschaft, Jg. 29, H. 1, S. 51 - 53.*

*Buchmann, Marlis u. a. (1985): Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Alltag, Bern - Stuttgart.*

*Büschges, Günter (1987): Der private Haushalt in wirtschaftlich schwächerer und ungesicherter Lebenslage, in: Hildegard Rapin (Hg.), Der private Haushalt zwischen Individualinteresse und sozialer Ordnung, Frankfurt/ M. - New York, S. 69 - 83.*

*Büschges, Günter/ Wintergerst-Gaasch, Ingrid (1988): Privater Haushalt und "Neue Armut", Frankfurt/ M. - New York.*

*Bujard, Other/ Lange, Ulrich (1978): Armut im Alter, Basel.*

*Bund-Länder-Arbeitsgruppe (1981): Aufbau und Finanzierung ambulanter und stationärer Pflege, Bonn.*

*Buttler, Günter u. a. (1985): Wege aus dem Pflegenotstand, Baden-Baden.*

*Cummings, K. Michael et al. (1980): Bringing the Models Together: An Empirical Approach to Combining Variables Used to Explain Health Actions, in: Journal of Behavioral Medicine, Vol. 3, No. 2, S. 123 - 145.*

*Dahlem, Otto (1977): Aspekte zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Jg. 57, H. 11, S. 325 - 339.*

*Dahlem, Otto (1980): Zur Heimversorgung als gesellschaftliches Problem, in: Zeitschrift für das Fürsorgewesen, Nr. 6, S. 121 - 125.*

*Dahlem, Otto (1981): Einige Aspekte der Heimversorgung älterer Menschen, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 32, S. 84 - 90.*

*Dahlem, Otto (1982): Zu Problemen bei sozialen Diensten für alte Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Bd. 13, S. 79 - 115.*

*Dahlem, Otto (1983): Planwirtschaft oder Planung im Heimbereich, in: Das Altenheim, Jg. 22, H. 10, S. 242 - 250.*

*Dahlem, Otto (1985): Zur Priorität häuslicher Pflege, in: Blätter der Wohlfahrtspflege, Jg. 132, H. 12, S. 278 - 282.*

*Dalhoff, Michael (1989): Erstmals häusliche Pflegehilfe, in: Bundesarbeitsblatt, H. 4, S. 25 - 27.*

*Dankowski, Wulf/ Klie, Thomas (1984): Der alte Mensch zwischen professioneller Versorgung und Selbsthilfe, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 15, S. 3 - 21.*

*Dankowski, Wulf u. a. (1988): Sozialstationen, Frankfurt/ M. - New York.*

*Dennebaum, Eva-Maria (1985): Pflegebedürftigkeit im Alter als vordringliches soziales Problem, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 36, S. 2 - 8.*

*Dennebaum, Eva-Maria* (1986): Das Verhältnis ambulanter und stationärer Altenhilfe, in: Heim und Anstalt, Jg. 17, H. 8, S. 210 - 213.

*Dennebaum, Eva-Maria/ Rückert, Willi* (1987): Ambulante und stationäre Pflege - Konkurrenz oder Ergänzung?, in: Hans Brandt u. a. (Hg.), Stationäre Altenhilfe, Freiburg i. Br., S. 163 - 181.

*Deutscher Verein* (1984): Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.), Sozialversicherungsrechtliche Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, Frankfurt/ M.

*Deutsches Zentrum* (1982): Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V. (Hg.), Altwerden in der Bundesrepublik Deutschland; Geschichte - Situation - Perspektiven, 3 Bde., Berlin.

*Dieck, Margret* (1979): Wohnen und Wohnumfeld älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, Heidelberg.

*Dieck, Margret* (1983): Sicherung älterer Menschen gegen Pflegebedürftigkeit und chronische Krankheit in 18 Ländern - Informationen und internationaler Vergleich, Berlin.

*Dieck, Margret* (1987): Patienten- und Klientenstrukturen von Diensten des Sozial- und Gesundheitswesens für ältere Menschen, Pflegeleistungen innerhalb der Familien, in: Margret Dieck u. a., Alte Menschen in Pflegeverhältnissen, Materialien zum 4. Familienbericht, Bd. 3, Weinheim-München, S. 1 - 154.

*Dieck, Margret/ Naegele, Gerhard* (1978): Sozialpolitik für ältere Menschen, Heidelberg.

*Dieck, Margret/ Naegele, Gerhard* (1989): Alte Menschen in NRW, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 38, H. 9, S. 198 - 207.

*Dieck, Margret/ Tesic, Dusan* (1983): Kostensteigerung von Heimen für ältere Menschen - Eine Frage von Luxus?, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 34, S. 209 - 218.

*Dieck, Margret u. a.* (1980): Betriebsvergleich von Einzelwirtschaften der stationären Altenhilfe - Erhebung 1979, Bd. 1 und 2, Berlin.

*Donaldson, Cam/ Gerard, Karen (1989): Countering Moral Hazard in Public and Private Health Care Systems: A Review of Recent Evidence, in: Journal of Social Policy, Jg. 18, H. 2, S. 235 - 251.*

*Dringenberg, Rainer (1977): Zur Situation des Alters in der Gesellschaft, Bochum.*

*Dringenberg, Rainer (1980): Wohnungspolitik als Sozialpolitik - Eine paradigmatische Skizze, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 29, H. 3, S. 59 - 63.*

*Dringenberg, Rainer (1981): Sozialpolitik für alte Menschen auf dem Gebiet der Wohnungsverorgung, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 30, H. 12, S. 274 - 279.*

*Dringenberg, Rainer (1982): Zur Wohnsituation älterer Menschen - Fakten und Meinungen, in: Blätter zur Wohlfahrtspflege, Jg. 129, H. 7, S. 160 - 162.*

*Dringenberg, Rainer (1982a): Wohnen im Alter, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 33, H. 8, S. 301 - 307.*

*Dringenberg, Rainer (1984): Wohnbedingungen und die besonderen Wohnbedürfnisse alter Menschen, in: Soziale Arbeit, Jg. 33, H. 5, S. 250 - 257.*

*Drost, Bernd-Ulrich (1983): Das Dreiecksverhältnis von Hilfeempfänger-Heimträger-Kostenträger Sozialhilfe - Anmerkungen zu einem gefährdeten Gleichgewicht, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 34, H. 11, S. 362 - 372.*

*Dutton, Diana B. (1978): Explaining the Low Use of Health Services by the Poor: Costs, Attitudes, or Delivery Systems?, in: American Sociological Review, Vol. 43, S. 348 - 368.*

*Ebel, Thomas (1987): Der alte Mensch und sein Bild in der Gesellschaft, Frankfurt/M.*

*Eberle, Gudrun (1983): Personalentwicklung im Gesundheitswesen 1976 - 1980, Bonn.*

*Eder, Klaus (Hg.) (1989): Klassenlage, Lebensstil und kulturelle Praxis, Frankfurt/M.*

*Evans, Robert G. (1984): Strained/ Mercy. The Economics of Canadian Health Care, Toronto.*

*Evers, Adalbert u. a. (1987): Fragen der Arbeit und Beschäftigung als Bezugsrahmen von Reformkonzepten im Bereich sozialer Pflegedienste, Forschungsbericht für das BMJFFG, unveröffentlichtes Manuskript.*

*Ferber, Christian von (1983): Pflege in der Familie, in: Blätter der Wohlfahrtspflege, Jg. 130, H. 6, S. 142 - 143.*

*Ferber, Christian von (1985): Pflegebedürftigkeit - ein neues Sozialversicherungsrisiko?, in: ders. u. a. (Hg.), Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen, München, S. 522 - 545.*

*Ferber, Christian von/ Wedekind, Rainer (1984): Familie, Selbsthilfe und Sozialpolitik. Hilfebedürftigkeit zwingt zu einer Neuorientierung sozialer Hilfen, in: Soziale Welt, Jg. 35, H. 4, S. 502 - 521.*

*Fischer, Lorenz (1976): Die Institutionalisierung alter Menschen, Köln - Wien.*

*Fix, Gisela u. a. (1986): Kriterien der Heimaufnahme, in: Soziale Arbeit, Jg. 35, H. 8, S. 291 - 295.*

*Frank, Werner (1980): Standort und Perspektiven der Sozialhilfe im System sozialer Sicherung, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 11, H. 1/ 2, S. 13 - 45.*

*Frank, Werner (1984): Finanzpolitische Aspekte zur Änderung der sachlichen Zuständigkeit in der Sozialhilfe, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Jg. 64, H. 5, S. 180 - 185.*

*Frank, Werner (1987): Notwendigkeit, Ausgestaltung und Auswirkungen einer Pflegeversicherung auf den stationären Bereich, in: Hans Brandt u. a. (Hg.), Stationäre Altenhilfe, Freiburg i. Br., S. 227 - 243.*

*Franz, Peter (1986): Der "constrained rational choice"-Ansatz als gemeinsamer Nenner individualistischer Ansätze in der Soziologie, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und*

Sozialpsychologie, 38. Jg., S. 32 - 54.

*Friedrichs, Jochen* (1985): Die Versorgung älterer Menschen mit sozialen Diensten - ambulant oder stationär? Ein Vergleich Altenpflegeheim - ambulante Hilfe, in: *Zeitschrift für das Fürsorgewesen*, Jg. 37, Nr. 6, S. 121 - 124.

*Füsgen, I. u. a.* (1981): Die Einstellung stationärer Patienten zum Altenheim bzw. Altenpflegeheim, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift*, Jg. 127, Nr. 3, S. 93 - 94.

*Garms-Homolová, Vjenka u. a.* (1982): Wohnbedingungen und Selbstversorgung im Alter, in: *Zeitschrift für Gerontologie*, Bd. 15, H. 3, S. 150 - 157.

*Garms-Homolová, Vjenka/ Schaeffer, Doris* (1989): Die Bedeutung des Krankenhauses für die Versorgung alter Menschen, in: Hans-Ulrich Deppe u. a. (Hg.), *Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung*, Frankfurt/ M. - New York, S. 119 - 133.

*Genosko, Joachim* (1986): Der wechselnde Einfluß des Subsidiaritätsprinzips auf die wirtschafts- und sozialpolitische Praxis in der Bundesrepublik Deutschland, in: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, Bd. 201, S. 404 - 421.

*Gerhard, Ute u. a. (Hg.)* (1988): *Auf Kosten der Frauen. Frauenrechte im Sozialstaat*, Weinheim - Basel.

*Giese, Dieter* (1984): Zur Bedarfsplanung in der Heimversorgung, in: *Zeitschrift für das gesamte Fürsorgewesen*, Jg. 36, Nr. 5, S. 93 - 98.

*Glatzer, Wolfgang* (1984): Haushaltsproduktion, in: *ders./ Wolfgang Zapf (Hg.)*, *Lebensqualität in der Bundesrepublik*, Frankfurt/ M. - New York, S. 366 - 390.

*Glatzer, Wolfgang* (1986): Haushaltsproduktion, wirtschaftliche Stagnation und sozialer Wandel, in: *ders./ Regina Berger-Schmitt (Hg.)*, *Haushaltsproduktion und Netzwerkhilfe*, Frankfurt/ M. - New York S. 9 - 50.

*Gößling, Siegfried* (1986): Tagespflegeheime. Alternative zur Heimversorgung?, in: *Stephan Articus/ Stefan Karolus (Hg.)*, *Altenhilfe im Umbruch*, Frankfurt/ M., S. 133 - 143.

*Gößling, Siegfried* (1987): Teilstationäre Dienste - Möglichkeiten und Probleme, in: Hans Brandt u. a. (Hg.), Stationäre Altenhilfe, Freiburg i. Br., S. 182 - 191.

*Grönert, Jochem* (1980): Pflegebedürftigkeit als sozialpolitisches Problem, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 21, S. 404 - 416.

*Grönert, Jochem* (1981): Kostenschätzung statt politischer Diskussion?, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 30, H. 5, S. 107 - 109.

*Grönert, Jochem* (1982): Die Lücke im System der sozialen Sicherung: Ungenügende Absicherung bei Pflegebedürftigkeit, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 31, H. 8, S. 186 - 188.

*Gruchy, Allan G.* (1987): The Reconstruction of Economics. An Analysis of the Fundamentals of Institutional Economics, New York - Westport/ Conn. - London.

*Die Grünen* (1984): Gesetzesentwurf der Fraktion "Die Grünen", Entwurf eines Gesetzes zur Finanzierung einer besseren Pflege (Bundespflelegesetz), Bundestagsdrucksache 10/ 2609 vom 12.12.1984.

*Grunow, Dieter* (1982): Hilfen zwischen den Generationen als Bezugspunkt der Sozialpolitik, in: Franz-Xaver Kaufmann (Hg.), Staatliche Sozialpolitik und Familie, München - Wien, S. 213 - 242.

*Halfar, Bernd* (1985): Zur Debatte über eine Pflegekostenrisikoversicherung, in: Caritas, Jg. 86, H. 1, S. 147 - 157.

*Halfar, Bernd* (1985a): Kommunale Altenpläne in der Bundesrepublik Deutschland. Bestandsaufnahme, Analyse und Kritik, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 16, H. 1, S. 32 - 47.

*Handbuch* (1986): Handbuch der örtlichen Sozialplanung, hrsg. vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge, Stuttgart - Berlin - Köln - Mainz.

*Hartmann, Erich* (1982): Einige Aspekte bedarfsorientierter Ausrichtung des Betreuungssystems für Pflegebedürftige, in: Zeitschrift für Gerontologie, Bd. 15, H. 3, S. 177 - 181.

*Hartmann, Erich* (1984): Sozialstationen - ambulante oder stationäre Versorgungshilfen für Pflegebedürftige?, in: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, Jg. 35, H. 2, S. 42 - 48.

*Hartmann, Helmut* (1979): Standort und Perspektiven der Sozialhilfe im System sozialer Sicherung, in: *WSI-Mitteilungen*, Jg. 32, S. 659 - 669.

*Hartmann, Helmut* (1985): Armut trotz Sozialhilfe. Zur Nichtinanspruchnahme von Sozialhilfe in der Bundesrepublik Deutschland, in: *Stephan Leibfried/ Florian Tennstedt* (Hg.), *Politik der Armut und Die Spaltung des Sozialstaats*, Frankfurt/ M., S. 169 - 189.

*Head, John G.* (1988): On Merit Wants, in: *Finanzarchiv, N. F.*, Bd. 46, H. 1, S. 1 - 37.

*Hedke-Becker, Astrid/ Schmindtke, Claudia* (1985): Frauen pflegen ihre Mütter. Eine Studie zu Bedingungen häuslicher Pflege, Frankfurt/ M.

*Hegner, Friedrich* (1985): Öffentliche Förderung von Selbsthilfe und Selbstorganisationen, in: *K. Dieter Keim/ Laszlo A. Vaskovics* (Hg.), *Wege zur Sozialplanung*, Opladen, S. 156 - 181.

*Heinemann-Knoch, Marianne/ Kardorff, Ernst v.* (1989): Sozialpolitische Aspekte der Pflegebedürftigkeit, in: *Barbara Riedmüller/ Marianne Rodenstein* (Hg.), *Wie sicher ist die soziale Sicherung?*, Frankfurt/ M., S. 182 - 209.

*Heinemann-Knoch, Marianne u. a.* (1982): Die Bedeutung ambulanter sozialer Dienste im familiären Lebensumfeld: Überlegungen am Beispiel von Sozialstationen, in: *Franz-Xaver Kaufmann* (Hg.), *Staatliche Sozialpolitik und Familie*, München - Wien, S. 243 - 266.

*Heinemann-Knoch, Marianne u. a.* (1985): Alltag im Alter. Über Hilfebedürftigkeit und Sozialstationen, Frankfurt/ M.

*Heinze, Rolf G.* (Hg.) (1986): *Neue Subsidiarität: Leitidee für eine zukünftige Sozialpolitik*, Opladen.

*Heinze, Rolf G. u. a.* (1988): *Der neue Sozialstaat*, Freiburg.



*Herder-Dorneich, Philipp/ Wasem, Jürgen (1986): Krankenhausökonomik zwischen Humanität und Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden.*

*Heuser-Meye, Maria-Rita u. a. (1984): Pflegeversicherung - Modellkritik und Lösungsvorschläge, Köln - Löwenich.*

*Hinschützer, Ursula (1988): Pflegesätze in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, 2 Bde., Berlin.*

*Hodgson, Geoffrey M. (1988): Economics and Institutions, Cambridge-Oxford.*

*Hoffmann, Alfred (1986): Heime im Wandel, in: Heim und Anstalt, 4, S. 83 - 88.*

*Hoffmann, Ulrich (1985): Kosten/ Nutzen einer Pflegeversicherung für den stationären Sektor, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 34, H. 10, S. 233 - 235.*

*Hoffmann, Ulrich (1985a): Pflegeversicherung stößt auf verfassungsrechtliche Bedenken, in: Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 39, H. 11, S. 390 - 392.*

*Hoffschmidt-Raupach, Astrid/ Schubert, Herbert J. (1986): Soziales Netz und Altenpflege. Gründe für stationäre und ambulante Pflege älterer Menschen, Hannover.*

*Hornung, Rainer/ Gutscher, Heinz (1986): Beschwerden, Ratsuch- und Behandlungsstrategien, in: dies. (Hg.), Medikamentenkonsum und Medikationsrisiken, Bern - Stuttgart - Toronto, S. 11 - 36.*

*Hummel, Konrad (1984): Öffnung oder Ausgrenzung. Zur Zukunft der Alten- und Pflegeheime, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 15, S. 22 - 44.*

*Hummel, Konrad (1987): Entlastet Kurzzeitpflege die pflegende Familie?, in: Evangelische Impulse, Jg. 9, H. 3, S. 15 - 18.*

*Hurrelmann, Klaus (1988): Sozialisation und Gesundheit, Weinheim - München.*

*Huster, Ernst-Ulrich (1985): Struktur und Krise kommunaler Sozialfinanzen, in: Stephan*

Leibfried/ Florian Tennstedt (Hg.), Politik der Armut und Die Spaltung des Sozialstaats, Frankfurt/ M., S. 190 - 209.

Huster, Ernst-Ulrich (1985a): Subsidiarität - Historische und systematische Aspekte zu einem Leitprinzip in der Sozialpolitik, in: WSI-Mitteilungen, Jg. 38, H. 7, S. 370 - 378.

Igl, Gerhard (1986): Vorschläge zur Verbesserung des Schutzes pflegebedürftiger Personen - Konzepte, Entwicklung, Diskussion, in: Deutsche Rentenversicherung, H. 1/ 2, S. 40 - 72.

Igl, Gerhard (1987): Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Recht der sozialen Sicherung, Baden-Baden.

ISO (1984): Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft, Altenheimunterbringung und familialer Lebenszusammenhang, Saarbrücken.

Jacobs, Klaus/ Schröder, Wilhelm F. (1989): Die Krankenversicherung der Rentner im Kontext der GKV-Organisationsreform, in: Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 43, H. 7, S. 182 - 189.

Jürgens, Andreas (1986): Pflegeleistungen für Behinderte, Köln - Berlin - Bonn - München.

Kardorff, Ernst v./ Oppl, Hubert (Hg.) (1989): Sozialarbeit für und mit alten Menschen, München.

Keß, Werner (1980): Die Pflege-(Volks-)Versicherung in den Niederlanden, in: Die Ersatzkasse, H. 9, S. 381 - 387.

Kickbusch, Ilona (1984): Familie als Beruf - Beruf als Familie: Der segregierte Arbeitsmarkt und die Familialisierung der weiblichen Arbeit, in: Ilona Kickbusch/ Barbara Riedmüller (Hg.), Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik, Frankfurt/ M., S. 163 - 178.

Klanberg, Frank/ Prinz, Aloys (1983): Anatomie der Sozialhilfe, in: Finanzarchiv, N. F., Bd. 41, S. 281 - 311.

*Klie, Thomas* (1987): Heime im normativen Konflikt, in: Hans Brandt u. a. (Hg.), Stationäre Altenhilfe, Freiburg i. Br., S. 47 - 57.

*Klusmann, D. u. a.* (1981): Die Betreuung kranker alter Menschen im Mehrgenerationenhaushalt - Zwischenergebnisse eines laufenden Forschungsprojektes, in: Aktuelle Gerontologie, Bd. 11, S. 152 - 155.

*Knipscheer, C. P. M.* (1986): Anomie der Mehrgenerationenfamilie. Kinder und die Versorgung ihrer alten Eltern, in: Zeitschrift für Gerontologie, Jg. 19, S. 40 - 46.

*Köhler, Christiane* (1985): Bessere Pflege ist unstrittig, aber ihre Finanzierung und Trägerschaft sind permanente Zankäpfel, in: Soziale Sicherheit, Jg. 34, H. 3, S. 79 - 85.

*Koeppinghoff, Sigrid* (1984): Endstation Sozialhilfe. Defizite der Einkommenssicherung von Frauen im Alter, in: Ilona Kickbusch/ Barbara Riedmüller (Hg.), Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik, Frankfurt/ M., S. 252 - 265.

*Korte, Werner/ Trilling, Angelika* (1984): Sozialfall Pflegeversicherung, in: Extra Sozialarbeit, H. 2, S. 35 - 39.

*Krauß, Manfred* (1985): Pflegenotstand im Heim, in: Mitteilungen zur Altenhilfe, H. 1, S. 10 - 22.

*Kreikebaum, Ralf* (1989): Die Idee der Staatsbürgerversorgung - Systematische Darstellung verschiedener Modelle und Einwände, in: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 35, H. 3, S. 129 - 160.

*Krug, Walter/ Rehm, Norbert* (1986): Disparitäten der Sozialhilfedichte, Stuttgart - Berlin - Köln - Mainz.

*Kruse, Andreas* (1984): Der Schlaganfallpatient und seine Familie, in: Zeitschrift für Gerontologie, Bd. 17, S. 359 - 366.

*Kruse, Andreas* (1987): Familiäre Hilfeleistungen - eine kritische Analyse des Begriffes der "Pflegebedürftigkeit", in: Zeitschrift für Gerontologie, Jg. 20, S. 283 - 291.

*Kuper, Bernd-Otto (1984): Hilfe in Einrichtungen - Steuerung von Angebot und Nachfrage, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Jg. 64, S. 172 - 175.*

*Lange, Ulrich (1973): Der Einfluß der Pflegebedürftigkeit chronisch kranker älterer Menschen auf die Familiensituation im Mehrgenerationenhaushalt. Eine sozialempirische Studie im Stadtgebiet Köln, Köln.*

*Lange, Ulrich (1974): Haus- oder Heimpflege? Familiensoziologische und sozialpolitische Probleme der Betreuung chronisch kranker alter Menschen, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Bd. 25, H. 3, S. 89 - 94.*

*Lehr, Ursula (1968): Sozialpsychologische Aspekte der Heimübersiedlung älterer Menschen, in: Hans Thomae/ Ursula Lehr (Hg.), Altern. Probleme und Tatsachen, Frankfurt/ M., S. 439 - 457.*

*Lehr, Ursula (1970): Institutionalisierung älterer Menschen als psychologisches Problem - Ergebnisse der empirischen Forschung, in: R. Schubert (Hg.), Aktuelle Probleme der Geriatrie, Geropsychologie, Gerosoziologie und Altenfürsorge, Darmstadt, S. 344 - 352.*

*Lehr, Ursula (1977): Psychologie des Alterns, Heidelberg, 3. Aufl.*

*Lehr, Ursula (1983): Editorial: Die Beziehungen zwischen den Generationen - Konflikte und Kooperation, in: Zeitschrift für Gerontologie, Bd. 16, S. 197 - 199.*

*Lehr, Ursula (1983a): Künftige Altenheimpolitik, in: Altenheim, 8, S. 188 - 192.*

*Lehr, Ursula (1987): Zur Situation der älter werdenden Frau, München.*

*Lehr, Ursula u. a. (1988): Veränderte Familienstruktur und ihre Bewertung für den älteren Menschen von morgen, in: Baden-Württemberg, Staatsministerium (Hg.), Altern als Chance und Herausforderung, Stuttgart, S. 99 - 108.*

*Leibenstein, Harvey (1976): Beyond Economic Man, Cambridge/ Mass. - London.*

*Leibfried, Stephan* (1976): Armutspotential und Sozialhilfe in der Bundesrepublik. Zum Prozeß des Filterns von Ansprüchen auf Sozialhilfe, in: *Kritische Justiz*, Jg. 9, S. 377 - 393.

*Liebau, Eckart* (1987): *Gesellschaftliches Subjekt und Erziehung*, Weinheim.

*Liefmann-Keil, Elisabeth* (1969): Dienstleistungen im Gesundheitsbereich. Gibt es einen Pflegenotstand?, in: Adolf Blind u. a. (Hg.), *Sozialpolitik und persönliche Existenz*. Hans Achinger zum 70. Geburtstag, Berlin, S. 155 - 169.

*Liefmann-Keil, Elisabeth* (1976): Der Pflegenotstand, in: Maria Blohmke u. a. (Hg.), *Handbuch der Sozialmedizin*, Bd. 3, Stuttgart, S. 342 - 350.

*Litwak, Eugene* (1985): *Helping the elderly. The complementary roles of informal networks and formal systems*, New York - London.

*Lohmann, Sigrid* (1970): *Die Lebenssituation älterer Menschen in der geschlossenen Altenfürsorge*, Hannover.

*Lüders, Inge* (1982): Altenpflege im Spannungsverhältnis zwischen Patient und Angehörigen, in: *Altenpflege*, H. 3, S. 83 - 85.

*Lüdtkke, Hartmut* (1989): *Expressive Ungleichheit*, Opladen.

*Lütke, Günter* (1988): Die Sozialstationen: Qualitativer Umbau oder Abbau gesundheitlicher Versorgung?, in: Peter Grottian u. a., *Die Wohlfahrtswende. Der Zauber konservativer Sozialpolitik*, München, S. 112 - 144.

*McGuire, Alistair et al.* (1988): *The Economics of Health Care*, London - New York.

*Mark, Stefan* (1987): *Die Steuerung ambulanter medizinischer Leistungen im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland und ihre Auswirkungen*, Pfaffenweiler.

*Majce, Gerhard/Hörl, Josef* (1974): *Formen der Altenhilfe*, Wien.

*Matthes, Joachim* (1964): *Gesellschaftspolitische Konzeptionen im Sozialhilferecht*, Stuttgart.

*Meifort, Barbara* (1987): Defizite im Bereich der ambulanten Versorgung, in: dies. (Hg.), Gesundheits- und sozialpflegerische Arbeit im Umbruch, Alsbach, S. 40 - 44.

*Meyer, Dirk* (1989): Ordnungs- und sozialpolitische Aspekte einer Absicherung des Pflegefallrisikos, in: Wirtschaftsdienst, Jg. 69, H. 6, S. 299 - 306.

*Meza, David de* (1983): Health Insurance and the Demand for Medical Care, in: Journal of Health Economics, Vol. 2, S. 47 - 54.

*Mittag, Klaus* (1983): Zur Typologie und Differentialdiagnostik der Pflegebedürftigkeit. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung von Sozialstationen und weiterführende Forschungskonzepte, in: Zeitschrift für Gerontologie, Bd. 16, S. 216 - 221.

*Möller, Dieter* (1988): Belastungsausgleich in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) - quo vadis?, in: Soziale Sicherheit, Jg. 37, H. 2, S. 50 - 60.

*Monatsberichte* (1989): Monatsberichte der Deutschen Bundesbank, April 1989: Die Ausgaben für Sozialhilfe seit Beginn der achtziger Jahre, S. 34 - 43.

*Morginstin, Brenda* (1989): Die Auswirkungen demographischer und sozio-ökonomischer Faktoren auf den sich wandelnden Bedarf an Diensten für hochbetagte Personen, in: Internationale Revue für Soziale Sicherheit, Jg. 62, H. 2, S. 149 - 190.

*Müller, Joachim* (1983): Verhaltensspielräume im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung, Diss. Köln.

*Müller, Joachim/ Wasem, Jürgen* (1984): "Missing links" zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im ärztlichen und pflegerischen Bereich, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 15, S. 94 - 115.

*Müller, Joachim/ Wasem, Jürgen* (1987): Möglichkeiten und Grenzen einer Substitution stationärer Versorgung durch ambulante ärztliche Leistungserbringung, in: Ralph Brennecke/ Elisabeth Schach (Hg.), Ambulante Versorgung: Nachfrage und Steuerung, Berlin - Heidelberg - New York u. a., S. 62 - 81.

*Naegele, Gerhard (1983): Die Sozialhilfe in der Krise - Geschichte, Entwicklungstrends und allmähliche Demontage, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 34, S. 282 - 296.*

*Naegele, Gerhard (1984): Zum aktuellen Diskussionsstand der Kostenneuordnung bei Pflegebedürftigkeit, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 35, H. 10, S. 322 - 339.*

*Naegele, Gerhard (1984a): Armut im Alter, in: Caritas, Jg. 85, H. 6, S. 263 - 270.*

*Naegele, Gerhard (1985): Voran mit der familialen Pflege - Ein Weg zurück! Neuere Praxiskonzepte zur Beseitigung des Pflegeotstandes, in: WSI-Mitteilungen, Jg. 38, H. 7, S. 394 - 403.*

*Naendrup, Peter-Hubert (1982): Krankheitsfall und Pflegefall - Eine sozialrechtlich problematische Unterscheidung, in: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 28, S. 322 - 348.*

*Narr, Hannelore (1976): Soziale Probleme des Alterns, Stuttgart - Berlin - Köln - Mainz.*

*Neseker, Herbert (1984): Zum Stand der Bemühungen um eine Regelung der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit im Alter, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Jg. 64, S. 141 - 147.*

*Neseker, Herbert/ Jung, Christian (1988): Ist der Pflegeotstand beseitigt?, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Jg. 68, H. 10, S. 314 - 322.*

*Nestmann, Frank (1988): Die alltäglichen Helfer, Berlin - New York.*

*Neuhaus, Rolf (1984): Pflegeversicherung in Deutschland schon vor hundert Jahren, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 33, H. 1, S. 16.*

*Noam, Ernst (1971): Im Altenheim leben. Ein Beitrag zur Gestaltung der sozialen Beziehungen, Frankfurt/ M., 2. Aufl.*

*Nöldeke, Jutta (1985): Wie wirkt sich eine Pflegeversicherung auf die häusliche, ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege aus?, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins*

für öffentliche und private Fürsorge, Jg. 65, H. 1, S. 6 - 10.

*Oberender, Peter* (1986): Ökonomische Aspekte des Pflegefallrisikos - Eine ordnungspolitische Alternative, in: Wolfgang Gitter/ Peter Oberender (Hg.), Pflegefallrisiko, Bayreuth, S. 27 - 37.

*Offe, Claus/ Heinze, Rolf G.* (1986): Am Arbeitsmarkt vorbei. Überlegungen zur Neubestimmung "häuslicher" Wohlfahrtsproduktion in ihrem Verhältnis zu Markt und Staat, in: Leviathan, H. 4, S. 471 - 495.

*Oswald, Wolf D. u. a.* (Hg.) (1984): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe, Stuttgart.

*Penz, G. Peter* (1986): Consumer sovereignty and human interest, Cambridge - New York - New Rochelle - Melbourne - Sydney.

*Petersen, Hans-Georg* (1989): Sozialökonomik, Stuttgart - Berlin - Köln.

*Pfaff, Anita B.* (1982): Einkommen als Voraussetzung der Selbstversorgung im Alter, in: Zeitschrift für Gerontologie, Bd. 15, S. 158 - 167.

*Pfaff, Anita B./ Asam, Walter H.* (1982): Editorial: Die Versorgung alter Menschen im Spannungsfeld zwischen Selbstversorgung und Fremdhilfe, in: Zeitschrift für Gerontologie, Bd. 15, S. 139 - 141.

*Pfaff, Martin/ Asam, Walter H.* (1982a): Der gruppenspezifische Bedarf an sozialer Infrastruktur: Bürgerpräferenzen und meritokratischer Gutscharakter als Bestandteile einer empirischen Bedarfsanalyse, Forschungsbericht, Augsburg.

*Plaschke, Jürgen* (1983): Gesellschaftliche Sicherheit alter Menschen, Frankfurt/ M.

*Poske, Dieter* (1984): Sicherung der Pflegebedürftigkeit im Rechtsvergleich mit den Niederlanden - Modell oder Fehlentwicklung?, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Jg. 64, H. 8, S. 290 - 299.

*Poske, Dieter* (1987): Die niederländische Lösung im Vergleich, in: Soziale Sicherung bei



**Pflegebedürftigkeit - Bestandsaufnahme und Reformbestrebungen, Verhandlungen des Deutschen Sozialrechtsverbandes, Bd. XXIX, Wiesbaden, S. 204 - 211.**

*Priester, Klaus (1989): Ambulant oder stationär? Möglichkeiten und Grenzen der Entlastung des Krankenhaussektors durch ambulante sozialpflegerische Dienste und häusliche Pflege, in: Hans-Ulrich Deppe u. a. (Hg.), Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung, Frankfurt/ M. - New York, S. 135 - 152.*

*Prinz, Aloys (1983): Die Finanzierung der Sozialhilfe im Finanzverbund zwischen Bund, Länder und Gemeinden, in: Finanzarchiv, N. F., Bd. 41, S. 431 - 451.*

*Prinz, Aloys (1984): Politische Ökonomie der Sozialhilfe, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 15, H. 4, S. 231 - 255.*

*Raible, Adalbert (1983): Bessere Absicherung der Pflegebedürftigkeit als ordnungspolitisches Problem und Problem der Kostenumschichtung im Gesundheitswesen, in: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 29, H. 12, S. 745 - 769.*

*Regus, Michael/ Trenk-Hinterberger, Peter (1985): Armutspolitik und Krankheit im Alter: Deprofessionalisierung und Privatisierung der Pflegehilfe, in: Stephan Leibfried/ Florian Tennstedt (Hg.), Politik der Armut und Die Spaltung des Sozialstaats, Frankfurt/ M., S. 336 - 356.*

*Reimann, Helga (1983): Wohnverhältnisse und Wohnbedürfnisse älterer Menschen, in: Helga Reimann/ Horst Reimann (Hg.), Das Alter. Einführung in die Gerontologie, Stuttgart, 2. Aufl., S. 97 - 118.*

*Reimann, Helga (1984): Die Wohnbedürfnisse älterer Menschen, in: Evangelische Impulse, H. 2, S. 4 - 7.*

*Renn (ohne Vorname) (1988): "... Gute Besserung!", in: Neue Praxis, Jg. 18, H. 3, S. 264 - 276.*

*Rieben, Erwin (1982): Kosten in der offenen und geschlossenen Altenhilfe, Bern - Stuttgart.*

- Rieben, Erwin* (1984): Planung in der Altenhilfe, Zürich.
- Riedmüller, Barbara* (1984): Frauen haben keine Rechte. Zur Stellung der Frau im System sozialer Sicherheit, in: Ilona Kickbusch/ Barbara Riedmüller (Hg.), Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik, Frankfurt/ M., S. 46 - 72.
- Ritter, Gerhard A.* (1989): Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich, München.
- Röpke, Thomas/ Lenz, Manfred* (1985): Bedarfsplanung im Gesundheitswesen, in: Informationen zur Raumentwicklung, H. 3/ 4, S. 245 - 254.
- Rolf, Gabriele u. a. (Hg.)* (1988): Sozialvertrag und Sicherung. Zur ökonomischen Theorie staatlicher Versicherungs- und Umverteilungssysteme, Frankfurt/ M. - New York.
- Rolshoven, Hubertus* (1978): Pflegebedürftigkeit und Krankheit im Recht, Berlin.
- Rosenmayr, Leopold/ Rosenmayr, Hilde (Hg.)* (1978): Der alte Mensch in der Gesellschaft, Reinbek bei Hamburg.
- Rothschild, Kurt W.* (1989): "Das größte Glück der größten Zahl" oder Warum sind wir nicht glücklicher?, in: Bernhard Gahlen u. a. (Hg.), Wirtschaftswachstum, Strukturwandel und dynamischer Wettbewerb, Berlin - Heidelberg, S. 359 - 369.
- Rückert, Willi* (1980): Altern - Versorgung in Heimen, in: Medizin-Mensch-Gesellschaft, Bd. 5, H. 3, S. 163 - 170.
- Rückert, Willi* (1983): Pflegebedürftigkeit als vordringliches soziales Problem, in: Caritas, Jg. 85, H. 6, S. 275 - 285.
- Rückert, Willi* (1987): Demographische Grundlagen zur Altenhilfeplanung, in: Hans Brandt u. a. (Hg.), Stationäre Altenhilfe, Freiburg i. Br., S. 59 - 97.
- Rückert, Willi* (1987a): Personelle Rahmenbedingungen für eine angemessene Pflege von Heimbewohnern, in: Hans Brandt u. a. (Hg.), Stationäre Altenhilfe, Freiburg i. Br., S. 107 - 118.

*Rückert, Willi (1987b):* Der Bedarf an ambulanten Diensten und die vorhandenen Hilfen. Eine kritische Bestandsaufnahme, in: Barbara Meifort (Hg.), *Gesundheits- und sozialpflegerische Arbeit im Umbruch*, Alsbach, S. 13 - 39.

*Rückert, Willi (1987c):* Die Personalentwicklung in der stationären Altenhilfe, in: *Blätter der Wohlfahrtspflege*, Jg. 134, H. 1, S. 15 - 16.

*Rückert, Willi (1989):* Die demographische Entwicklung und deren Auswirkungen auf Pflege-, Hilfs- und Versorgungsbedürftigkeit, in: Christian von Ferber u. a. (Hg.), *Die demographische Herausforderung, Beiträge zur Gesundheitsökonomie*, Bd. 23, Gerlingen, S. 111 - 143.

*Saup, Winfried (1984):* Übersiedlung ins Heim - Belastende Umweltbedingungen in Altenheimen und Bewältigungstechniken von Altenheimbewohnern, Weinheim.

*Saup, Winfried (1986):* Wohnen im Alter - psychische Aspekte, in: *Zeitschrift für Gerontologie*, Bd. 19, S. 342 - 347.

*Schäfer, Dieter (1966):* Die Rolle der Fürsorge im System sozialer Sicherung, Frankfurt/M.

*Schaper, Klaus (1978):* Kollektivgutprobleme einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Frankfurt/M.

*Schellhorn, Walter (1987):* Sozialhilferecht, 3. Aufl., Neuwied - Darmstadt.

*Schmelzer, Horst/ Tebert, Walter (1970):* Alter und Gesellschaft, Bonn.

*Schmidt, Manfred G. (1988):* Sozialpolitik. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich, Opladen.

*Schnabel, Peter-Ernst (1988):* Krankheit und Sozialisation, Opladen.

*Schneider, Hans-Dieter (1985):* Wenn Hilfe nicht beansprucht wird. Bedingungen für die Ablehnung von Hilfeleistungen, in: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Ar-*

beit, Jg. 16, S. 196 - 202.

*Schneider, Lothar* (1983): *Subsidiäre Gesellschaft*, Paderborn - München - Wien - Zürich.

*Schönbach, Karl Heinz/ Wasem, Jürgen* (1985): *Reformbedürftigkeit und Alternativen der Pflegesicherung*, in: *Sozialer Fortschritt*, Jg. 34, H. 9, S. 197 - 204.

*Schräder, Wilhelm F. u. a. (Hg.)* (1986): *Kommunale Gesundheitsplanung*, Basel u. a.

*Schramm, Werner* (1987): *Wohnen im Alter*, in: *Hans Hoffmeister u. a., Lebensbedingungen alter Menschen, Materialien zum vierten Familienbericht, Bd. 1*, München - Weinheim, S. 221 - 317.

*Schreiber, T.* (1976): *Erhaltung der Selbständigkeit älterer Menschen*, Schriftenreihe des BMJFG, Bd. 33, Stuttgart u. a.

*Schulin, Bertram* (1987): *Landesreferat Bundesrepublik Deutschland*, in: *Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit - Bestandsaufnahme und Reformbestrebungen*, Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes, Bd. XXIX, Wiesbaden, S. 8 - 44.

*Schulte, Bernd/ Trenk-Hinterberger, Peter* (1986): *Sozialhilfe*, 2. Aufl., Heidelberg.

*Schulz, Frank* (1987): *Zum De-Institutionalisierungspotential im Pflegebereich*, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, Jg. 33, H. 11/ 12, S. 753 - 760.

*Schulz, Frank* (1987a): *"Der Umbau des Sozialstaates". Zum "heimlichen Keynesianismus" und Etatismus in den wirtschafts- und sozialpolitischen Vorschlägen der "Grünen"*, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, Jg. 33, H. 2, S. 69 - 86.

*Schulz-Nieswandt, Frank* (1989): *Wirkungen von Selbsthilfe und freiwilliger Fremdhilfe auf öffentliche Leistungssysteme*, *Kommunale Sozialpolitik*, Bd. 5, München.

*Schulz-Nieswandt, Frank* (1989a): *Öffentlicher Sicherstellungsauftrag, meritorischer Handlungsbedarf und Anbieterdominanz im Gesundheitswesen*, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, Jg. 35, H. 5, S. 291 - 301.

*Schulz-Nieswandt, Frank (1989b): Die Nicht-Markt-Steuerung im Gesundheitswesen und ihre verteilungspolitischen Implikationen, in: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 35, H. 11/ 12, S. 653 - 666.*

*Schulz-Nieswandt, Frank (1989c): Besprechung zu: Philipp Herder-Dorneich: Systemdynamik, Baden-Baden 1988, in: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 35, H. 7. S. 429 - 431.*

*Schulz-Nieswandt, Frank (1989d): Kritik der "moral hazard"- und "Sog"-Erwartungen bei Einführung einer Pflege-Sozialversicherung. Determinanten der Inanspruchnahme stationärer Pflege unter Berücksichtigung sozialgerontologischer und geropsychologischer Erkenntnisse, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 38, H. 8, S. 181 - 184.*

*Schulz, Peter (1989): Armut und Sozialhilfe, Stuttgart - Berlin - Köln.*

*Schwarz, Karl (1986): Bevölkerungsentwicklung und Familienstruktur, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 17, H. 2 - 4, S. 7 - 17.*

*Seifert, Jürgen (1984): Hilfe in Einrichtungen - Steuerung von Angebot und Nachfrage, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Jg. 64, H. 5, S. 168 - 172.*

*Sen, Amartya (1987): On Ethics and Economics, Oxford.*

*Shanas, Ethel (1979): Social Myths as Hypothesis: The Case of the Family Relations of Old People, in: The Gerontologist, Vol. 19, No. 1, S. 3 - 9.*

*Shanas, Ethel et al. (eds.) (1968): Old people in three industrialized societies, London.*

*Sharp, Kimberly et al. (1983): Symptoms, Beliefs, and the Use of Physician Services among the Disadvantaged, in: Journal of Health and Social Behavior, Vol. 24, S. 255 - 263.*

*Skarpeilius-Sperk, Sigrid (1978): Soziale Rationierung öffentlicher Leistungen, Frankfurt/ M. - New York.*

*Spicker, Paul (1988): Principles of Social Welfare, London - New York.*

*Spiegel, Erika (1986): Neue Haushaltstypen, Frankfurt/ M. - New York.*

*Spiegelberg, Rüdiger/ Lewkowicz, Marina (1984): Sozialplanung in der Praxis, Opladen.*

*Stiefel, Marie-Luise (1983): Hilfsbedürftigkeit und Hilfenbedarf älterer Menschen im Privathaushalt, Berlin.*

*Stiefel, Marie-Luise (1987): Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im häuslichen Lebenszusammenhang, Stuttgart.*

*Stolarz, Holger (1986): Wohnungsanpassung - Maßnahmen zur Erhaltung der Selbständigkeit älterer Menschen, KDA. Forum 5, Troisdorf.*

*Stone, Deborah A. (1984): The Disabled State, Philadelphia.*

*Strauch, Barbara (1978): Altenheim und Altenrolle, in: Jürgen Hohmeier/ Hans-Joachim Pohl (Hg.), Alter als Stigma oder Wie man alt gemacht wird, Frankfurt/ M., S. 102 - 123.*

*Summa, J.-D. u. a. (1981): Die Einstellung stationärer Krankenhauspatienten zum Alten- und Altenpflegeheim, in: Aktuelle Gerontologie, Bd. 11, S. 167 - 170.*

*Tesic, Dusan (1983): Sozialhilfe und alte Menschen. Entwicklungstrends von 1963 bis 1980 im Bundesgebiet und in den Ländern, Berlin.*

*Tesic, Dusan (1984): Bedingungen ambulanter Versorgung, Bericht I, Berlin.*

*Tesic, Dusan (1985): Kostenvergleich zwischen ambulanter und stationärer Altenversorgung, in: Mitteilungen zur Altenhilfe, Nr. 4, S. 4 - 13.*

*Tews, Hans Peter (1971): Soziologie des Alterns, Heidelberg, 2. Aufl.*

*Thiede, Reinhold (1986): Die Situation von Privathaushalten mit pflegebedürftigen Haushaltsmitgliedern, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Jg. 66, S. 123 - 130.*

*Thiede, Reinhold (1988): Die besondere Lage der älteren Pflegebedürftigen, in: Sozialer*

Fortschritt, Jg. 37, H. 11, S. 250 - 255.

*Thiemeyer, Theo* (1988): Wirtschaftspolitik als Wissenschaft. Gerhard Weissers System der Politik aus normativen Grundentscheidungen, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 37, H. 4, S. 73 - 78.

*Thiemeyer, Theo* (1989): Die Gesundheitsreform in der Bundesrepublik, in: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 35, H. 11/ 12, S. 642 - 653.

*Thisen, Jean K.* (1989): The Private versus the Social Man, in: International Journal of Social Economics, Vol. 16, No. 8, S. 35 - 48.

*Tietzel, Manfred* (1985): Wirtschaftstheorie und Unwissen. Überlegungen zur Wirtschaftstheorie jenseits von Risiko und Unsicherheit, Tübingen.

*Tietzel, Manfred* (1988): Zur Theorie der Präferenzen, in: Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie, Bd. 7, Tübingen, S. 38 - 71.

*Tismer, Karl-Georg u. a.* (1975): Psychosoziale Aspekte der Situation älterer Menschen, Stuttgart - Berlin - Köln - Mainz.

*Trojan, Alf* (1985): Professionalisierung und Laisierung in der sozial- und gesundheitspflegerischen Versorgung alter Menschen, in: Garms-Homolová, Vjenka u. a. (Hg.), Professionalisierung und Laisierung in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung alter Menschen, Kassel, S. 20 - 49.

*Ulrich, Peter* (1986): Transformation der ökonomischen Vernunft, Bern - Stuttgart.

*Van Eickels, Norbert* (1985): Das sogenannte "Selbsthilfepotential" von Familien. Psychologische Bemerkungen zu einer neueren Hoffnung der Sozialpolitik, in: Bernd Röhrle/Wolfgang Stark (Hg.), Soziale Netzwerke und Stützsysteme, München, S. 65 - 70.

*Vaskovics, Laszlo u. a.* (1988): Soziale Lage von Verwitweten, Stuttgart - Berlin - Köln - Mainz.

*Vetter, Eberhard* (1984): Hilfe in Einrichtungen - Steuerung von Angebot und Nachfrage,

in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Jg. 64, H. 5, S. 177.

*Viefhues, Herbert* (1982): Behandlungsfall oder Pflegefall - Bemerkungen aus sozialmedizinischer Sicht, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, Jg. 28, S. 357 - 365.

*Wacker, Elisabeth/ Metzler, Heidrun* (Hg.) (1989): *Familie oder Heim?*, Frankfurt/ M. - New York.

*Wadsworth, M. E. J. et al.* (1971): *Health and Sickness. The Choice of Treatment*, London.

*Wagner, Doris* (1985): Grüne Pflegekostenreform - oder: Müssen wir die Heime schließen?, in: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, Jg. 36, H. 2, S. 60 - 62.

*Walker, Alan* (1984): *Social planning*, Oxford.

*Wand, Elisabeth* (1986): *Ältere Töchter alter Eltern*, Stuttgart - Berlin - Köln - Mainz.

*Wasem, Jürgen* (1984): Versorgungs-, finanz- und ordnungspolitische Implikationen einer Neuregelung der Sicherung bei Pflegebedürftigkeit, in: *Medizin-Mensch-Gesellschaft*, Bd. 9, S. 195 - 202.

*Wasem, Jürgen* (1986): *Sozialpolitische und ökonomische Analyse von Organisationsproblemen in der Gesundheitssicherung älterer Menschen*, Frankfurt/ M. - Bern - New York.

*Weber, Anneliese/ Riebe-Beier, Andreas* (1982): Das Altenheim aus der Sicht alter Menschen, in: *Blätter der Wohlfahrtspflege*, Jg. 129, H. 7, S. 171 - 175.

*Wegner, Bettina* (1989): Subsidiarität und "neue Subsidiarität" in der Sozialpolitik und Wohnungspolitik, Regensburg.

*Weise, Peter* (1989): Homo oeconomicus und homo sociologicus. Die Schreckensmänner der Sozialwissenschaften, in: *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 18, H. 2, S. 148 - 161.

*Weissert, William G.* (1981): Toward a continuum of care for the elderly: A note of caution, in: *Public Policy*, Vol. 29, No. 3, S. 331 - 340.



*Wenzel, Gerd/ Leibfried, Stephan* (1986): *Armut und Sozialhilferecht*, Weinheim - Basel.

*WIdO* (1984): *Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, Ausgewogene Absicherung von Gesundheitsrisiken*, Bonn.

*Wieltschnig, Ernst* (1982): *Unabhängigkeit im Alter*, Bern - Stuttgart.

*Wiesenthal, Helmut* (1987): *Rational Choice*, in: *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 16, H. 6, S. 434 - 449.

*Wilbers, Joachim* (1988): *Gesundheit und Krankheit im Alter - Herausforderungen an die Sozialpolitik*, in: *Medizin-Mensch-Gesellschaft*, Bd. 13, S. 147 - 150.

*Wirth, Wolfgang* (1982): *Inanspruchnahme sozialer Dienste. Bedingungen und Barrieren*, Frankfurt/ M. - New York.

*Wiswede, Günter* (1988): *Ökonomische Psychologie - Psychologische Ökonomie. Probleme und Befunde wirtschaftspsychologischer Forschung*, in: *Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften*, Jg. 108, H. 4, S. 503 - 592.

*Zeman, Peter* (1985): *Gemeinschaftliche Altenselbsthilfe: Prozesse sozialer Integration im Alter*, Berlin.

*Zeman, Peter* (Hg.) (1988): *Hilfebedürftigkeit und Autonomie - Zur Flankierung von Altersproblemen durch kooperationsorientierte Hilfen*, Berlin.

*Zimmermann, Robert E.* (1977): *Alter und Hilfebedürftigkeit*, Stuttgart.

*Zimmermann, Robert* (1982): *Integration in der offenen und geschlossenen Altershilfe*, Bern - Stuttgart.



**Hinweise zum Verfasser**

Frank Schulz-Nieswandt, geb. 1958 in Bochum; Dr. rer. soc., Diplom-Sozialwissenschaftler; Studium in Bochum, Assistententätigkeit an der Universität Bochum und an der Universität zu Köln; z. Z. Akademischer Rat a. Z. an der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät in Regensburg.

Veröffentlichungen: Neben Aufsätzen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik: Zur Dogmengeschichte der funktionalen Finanzwirtschaftslehre, Berlin 1987; Das "Recht auf Gesundheit". Seine wirtschafts- und sozialpolitischen Voraussetzungen in der Geschichte der sozialmedizinischen Lehrmeinungen, Regensburg 1987; Wirkungen von Selbsthilfe und freiwilliger Fremdhilfe auf öffentliche Leistungssysteme, München 1989; Die Lehre vom öffentlichen Gesundheitswesen bei Lorenz von Stein, Quellen zur Verwaltungsgeschichte Nr. 6, Lorenz-von-Stein-Institut für Verwaltungswissenschaften an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Kiel 1989; (zusammen mit Peter Ermer, Thomas Schulze und Werner Sesselmeier:) "Soziale Politik" im EG-Binnenmarkt. Bisherige Entwicklung und zukünftige Entwicklungschancen, Regensburg 1990.

## **SOZIALÖKONOMISCHE SCHRIFTEN**

Herausgegeben von Professor Dr. Bert Rürup

- Band 1 Marietta Jass: Erfolgskontrolle des Abwasserabgabengesetzes. Ein Konzept zur Erfassung der Gesetzeswirkungen verbunden mit einer empirischen Untersuchung in der Papierindustrie. 1990.
- Band 2 Frank Schulz-Nieswandt: Stationäre Altenpflege und "Pflegenotstand" in der Bundesrepublik Deutschland. 1990.

Richard Kössler

## **Sozialversicherungsprinzip und Staatszuschüsse in der gesetzlichen Rentenversicherung**

Frankfurt/M., Bern, 1982. 241 S.

Finanzwissenschaftliche Schriften. Bd. 18

ISBN 3-8204-5749-6

br. DM 66.--/ sFr. 55.--

In der Untersuchung wird gezeigt, daß die gesetzliche Rentenversicherung trotz ihrer Besonderheiten - v.a. dynamische Rente im Umlageverfahren - grundsätzlich als Versicherung interpretierbar ist; das soll in der Bezeichnung "Sozialversicherungsprinzip" zum Ausdruck kommen. Im folgenden wird abgeleitet, welche Leistungen diesem Prinzip widersprechen und ob unter der Voraussetzung einer Zuschußdeckung der entsprechenden Ausgaben eine klare Trennung zwischen den Aufgaben der Rentenversicherung und denen des Staates herbeigeführt werden könnte.

*Aus dem Inhalt:* Eine gesetzliche Rentenversicherung auf der Basis des Sozialversicherungsprinzips - Die Beziehung zwischen Staatszuschüssen und Sozialversicherungsprinzip - Der Zuschußbedarf.



**Verlag Peter Lang Frankfurt a.M. · Bern · New York · Paris**  
Auslieferung: Verlag Peter Lang AG, Jupiterstr. 15, CH-3000 Bern 15  
Telefon (004131) 321122, Telex pela ch 912 651, Telefax (004131) 321131

- Preisänderungen vorbehalten -

Bernd Wegmann

## **Transferverfassungsrechtliche Probleme der Sozialversicherung**

Frankfurt/M., Bern, New York, 1987. 387 S.

Europäische Hochschulschriften: Reihe 2, Rechtswissenschaft.

Bd. 614

ISBN 3-8204-0052-4

br. /lam. DM 88.--/ sFr. 73.--

Weitgehend verselbständigt zum allgemeinen Staatsfinanzierungsrecht entwickelte sich die Finanzierung der Sozialversicherung. Die Sozialversicherung droht, zum rechtsfreien Raum im Rechtsstaat zu werden. Der Autor bemüht sich, die Finanzierung der Sozialversicherung einzubetten in das umfassende Staatsfinanzierungsrecht, verengt den Blickwinkel aber nicht auf die Finanzierung, sondern untersucht die Transferströme im Gebens- und Nehmenssystem. Berücksichtigt werden materiellverfassungsrechtliche Vorgaben und kompetenzielle Anforderungen. Untersucht wird die Heranziehung nichtbegünstigter Personen/Institutionen zur Finanzierung versicherter Personen, die gerechte Lastenverteilung innerhalb der einzelnen versicherten Gruppen und zwischen den Gruppen.

*Aus dem Inhalt:* Allgemeine verfassungsrechtliche Probleme bei der Auferlegung negativer Transfers - Besondere Anforderungen an Sozialversicherungstransfers - Zusammenhang Verantwortung-soziale Staatlichkeit und Versicherung - Arbeitgeberlasten - Künstlersozialabgabe - Schwangerschaftsabbruch aus sozialen Gründen - Raucherschäden - Gesundheitsschädliche Immissionen - Bevölkerungsdezimierung und Kindererziehung in der Rentenversicherung.



**Verlag Peter Lang Frankfurt a.M. · Bern · New York · Paris**

Auslieferung: Verlag Peter Lang AG, Jupiterstr. 15, CH-3000 Bern 15  
Telefon (004131) 321122, Telex pela ch 912 651, Telefax (004131) 321131

- Preisänderungen vorbehalten -