

henden Betreuung. Jedoch sind auch diese Dienste in den meisten Regionen nicht in ausreichender Anzahl vertreten.

Der Anteil chronisch psychisch Kranker in Altenheimen und Pflegeheimen variiert in Abhängigkeit von deren Größe und Zielsetzung stark. In einigen Einrichtungen sind bis zu 75 Prozent der Bewohner/innen chronisch psychisch erkrankt; dabei dominieren depressive und dementielle Erkrankungen. Es wird von Experten gefordert, dass die ärztliche Kompetenz in einer besser organisierten Weise in die Heimstrukturen eingebunden und an der Entwicklung und Supervision der im Heim notwendigen therapeutischen und rehabilitativen Angebote beteiligt werden. Bei Heimen mit einem hohen Anteil von chronisch psychisch Kranken wird die Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung als vorrangig vor anderen Fachdisziplinen angesehen (Helmchen & Kanowski 2000). Was insbesondere in Deutschland auch noch im Hinblick auf den „Alltag im Heim“ fehlt, ist eine Methode zur Erfolgskontrolle, die außerhalb von kontrollierten Studien eingesetzt werden kann. Ein beispielhaftes Verfahren, das eine praxisnahe Erfassung des Wohlbefindens von psychisch kranken Menschen erlaubt und so die Wirkung bestimmter Interventionsmaßnahmen beschreiben kann, ist das in England von Tom Kitwood entwickelte und in Deutschland von Christian Müller-Hergl vertretene Konzept des „Dementia Care Mapping“ (vgl. Müller-Hergl 1998).

Helmchen & Kanowski (2000) zufolge für die Schaffung gerontopsychiatrischer Institutionen vier Argumente: Erstens werde die Anzahl psychisch erkrankter älterer Menschen in Zukunft weiter zunehmen und damit auch der Bedarf an gerontopsychiatrischer Versorgung steigen. Zweitens fänden ältere Menschen in jenen Regionen, die kein gerontopsychiatrisches Spezialangebot vorhalten, „in der Konkurrenz um diagnostische, therapeutische und rehabilitative Ressourcen wenig Berücksichtigung und unterliegen in der Regel gegenüber Jüngeren“ (Helmchen & Kanowski 2000: 79). Drittens erforderten Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Betreuung psychisch erkrankter älterer Menschen fundierte Kenntnisse der Ergebnisse der biologisch-medizinischen, psychologischen und sozialen Altersforschung. Und schließlich seien viertens spezielle Kenntnisse geriatrischer und gerontopsychiatrischer Pharmakotherapie notwendig, um die medikamentöse Behandlung erfolgreich durchzuführen.

In der psychotherapeutischen Versorgung sind alte Menschen nach wie vor deutlich unterrepräsentiert (Heuft & Schneider 1999). Der Anteil der über 60-Jährigen an den von Krankenkassen finanzierten psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Psychotherapien beläuft sich auf 0,6 Prozent. Einer Analyse von 1 223 zufällig ausgewählten Anträgen für Verhaltenstherapie zufolge wurden lediglich 0,2 Prozent dieser Anträge für über 65-jährige Patienten gestellt (Linden 1999). Eine Befragung von 97 psychosomatischen Kliniken im gesamten Bundesgebiet ergab, dass 21,5 Prozent aller Patienten auf die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen entfielen, auf die Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen hingegen nur 5,2 Pro-

zent und auf jene der 70-Jährigen und Älteren nur noch 1,3 Prozent (Lange, Peters & Radebold 1995). In ambulanten Praxen, in Polikliniken und Institutsambulanzen werden über 60-Jährige auch heute kaum behandelt.

Im Bereich der ambulanten Versorgung besteht nach Einschätzung von Experten in weiten Teilen der Bundesrepublik Deutschland eine gute bis sehr gute ambulante fachpsychotherapeutische Versorgung. Doch kommt diese eben älteren Menschen fast gar nicht zugute. Die meisten Fachpsychotherapeuten verfügen über keine ausreichende alterspsychotherapeutische Kompetenz. Die größten Barrieren bei der Einleitung einer Fachpsychotherapie für alte Menschen liegen nach Aussagen von Experten aufseiten der Psychotherapeuten. Viele Psychotherapeuten verträten auch heute noch die Annahme, dass die psychische Plastizität bei älteren Menschen so gering sei, dass eine Psychotherapie nicht in Frage komme – eine Annahme, die durch Untersuchungen eindeutig widerlegt wurde (Heuft, Kruse & Radebold 2000; Heuft & Schneider 1999; Radebold 1998). Da Psychotherapeuten bestimmen, ob sie überhaupt Ältere zum Erstgespräch annehmen und ob bzw. in welcher Form sie die Psychotherapie ausführen, bildet diese fehlerhafte Annahme eine zentrale Barriere der Psychotherapie im Alter.

In Bezug auf die stationäre Versorgung werden psychosomatische Konsultations- und Liaisonsdienste in Kliniken gefordert (Heuft & Schneider 1999). Damit würde nach dem Urteil von Experten ein bedeutender Beitrag zur psychosomatischen Grundversorgung in geriatrischen Kliniken geschaffen.

Dem aktuellen Forschungsstand der Psychosomatik und Psychotherapie zufolge ist keine neue oder andere Psychotherapie für Menschen in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens notwendig – und zwar weder aus kognitiv-behavioraler noch aus psychoanalytischer Sicht. Notwendig sind vielmehr altersspezifische Modifikationen der Behandlungstechnik. Darüber hinaus ist die Befähigung zur Erarbeitung einer differenziellen Therapieindikation mit dem Patienten notwendig.

Im Laufe der nächsten zehn bis 15 Jahre wird bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen durch ältere Menschen ein grundlegender Wandel erwartet (Heuft & Schneider 1999). Heute denken Ärzte bei Vorliegen psychogener oder psychosomatischer Symptome im Alter noch viel zu selten an die Möglichkeiten einer psychosomatischen-psychotherapeutischen Intervention – und die Patienten fordern diese Behandlungsmöglichkeit noch viel zu selten aktiv ein. Da heute eine zunehmende Anzahl von Menschen im jungen und mittleren Erwachsenenalter gezielt nach Fachpsychotherapie sucht, wenn psychogene oder psychosomatische Störungen vorliegen, lässt sich für die kommenden Jahre ein deutlicher Anstieg in der Anzahl älterer Menschen prognostizieren, die eine fachpsychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen wollen.

Hinsichtlich der Versorgung von psychisch kranken älteren Migrant\*innen existieren Probleme der Über- und Unterversorgung dicht nebeneinander: Zwar nehmen sie auf der

einen Seite häufiger den Hausarzt als Ansprechpartner wahr, kommen häufiger in Notfallambulanzen der Krankenhäuser, werden häufiger in Krankenhäuser aufgenommen und haben dort eine höhere Verweildauer und bekommen zudem öfter als Deutsche Medikamente verordnet. Auf der anderen Seite sind sie als Patienten bei Fachärzten, besonders Psychiatern und Neurologen sowie bei Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen deutlich unterrepräsentiert (vgl. Collatz 1999: 38; Berg 1998: 550; Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 1989; Zink & Korporal 1990).

Als Gründe für Barrieren im Zugang zu medizinischen und pflegerischen Leistungen werden u. a. folgende Punkte genannt:

- Informationsdefizite auf Seiten der älteren Migranten über existierende Angebote.
- Sprachbarrieren: unter den älteren Migranten finden sich hohe Anteile von Personen mit geringen Deutschkenntnissen (vgl. Kapitel 6). Bei vielen Älteren verringern sich die Kenntnisse nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben wieder.
- In den Institutionen gibt es bislang zu wenig Möglichkeiten, Migranten in ihrer Muttersprache zu behandeln.
- Mangelndes ethnomedizinisches Wissen und fehlende transkulturelle Pflegekompetenzen in den Institutionen.
- Der Wunsch, von Familienangehörigen versorgt zu werden, ist noch immer sehr ausgeprägt.
- Die Tendenz des Rückzugs in die eigene Ethnie verhindert unter den gegebenen Bedingungen ein Zurückgreifen auf formalisierte Dienstleistungen, da ethnisch orientierte Dienste bislang kaum bestehen.
- Probleme im Begutachtungsverfahren (Korporal 1998: 75 f.; Collatz et al. 1997)
- Rechtliche Hindernisse, die eine Inanspruchnahme von Leistungen verhindern oder erschweren.

Aus den bereits weiter oben beschriebenen, kulturell bedingt unterschiedlichen Verständnissen und Zugängen zu Gesundheit und Krankheit sowie den existierenden Sprachproblemen ergeben sich in der Praxis der medizinischen und pflegerischen Versorgung eine Fülle von Problemen. Als typische Übereinkunft zwischen ausländischen Patienten und deutschen Ärzten und Pflegern wird das „Verstehen im Nichtverstehen“ beschrieben, in dem eine Kommunikation innerhalb der Pflege- oder Behandlungssituation nicht gelungen ist, aber beide Seiten zu einer für sie halbwegs befriedigenden Interpretation der Interaktion gelangt sind. Eine gelungene Betreuung von ausländischen Patienten setzt häufig ethnomedizinisches Wissen, sprachliche Kompetenzen, z. B. durch das Hinzuziehen eines Dolmetschers, und längere Beratungszeit voraus. Deutschland hat im Vergleich mit anderen Ländern mit vergleichbarem Ausländeranteil einen deutlichen Nachholbedarf in der Bereitstellung einer sprachlichen Basisversorgung im Gesundheitswesen durch qualifizierte Dolmetscherdienste. Die in vielen Institutionen

gängige Praxis, Angehörige oder Personal aus anderen Abteilungen zum Dolmetschen heranzuziehen, kann nicht über die bestehenden großen Defizite in diesem Bereich hinweg täuschen. Neben den fehlenden fachlichen Voraussetzungen für das Dolmetschen medizinischer oder pflegerischer Sachverhalte, sind Angehörige häufig mit den Rollenkonflikten als loyale Familienangehörige und neutrale Übersetzer überfordert. Schwierigkeiten treten außerdem bei tabuisierten oder innerhalb der Familien heiklen Themen auf.

### 3.2.4 Pflegerische Versorgung

Wenngleich von einer wachsenden Zahl alter Menschen auszugehen ist, deren Situation sich durch relativ gute soziale gesundheitliche Ressourcen und ein hohes Maß an Autonomie der Lebensführung und Alltagsbewältigung auszeichnet, steigt mit zunehmendem Alter zugleich die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, chronischer Krankheit oder sonstigen Funktionseinschränkungen. Zwar ist Alter keineswegs zwingend mit Pflegebedürftigkeit verbunden, ebenso wenig wie es zwangsläufig mit Krankheit einhergeht. Dennoch ist ein nicht unerheblicher Anteil alter Menschen speziell im höheren Lebensalter auf Fremdhilfe und Unterstützung durch das Versorgungssystem, besonders durch Pflege angewiesen. Dabei reicht die Palette des Bedarfs von Hilfen bei der Alltagsbewältigung, über pflegerische Unterstützung bei täglichen Lebensverrichtungen und bei Selbstversorgungseinbußen, über präventiv und rehabilitativ orientierte Pflege zur Verhinderung von Verschlimmerungen oder Eindämmung bestehender Pflegebedürftigkeit bis hin zur Schwerkranken- und Palliativpflege bzw. generell von Hilfen zur Begleitung während der Zeit des Sterbens. Sie schließt nicht nur Maßnahmen ein, die sich an den Pflegebedürftigen selbst richten, sondern auch solche, die sich seinem sozialen Umfeld widmen, zu dessen Ressourcenerhalt beitragen, und es in seinem Betreuungsbeitrag unterstützen und stärken.

#### 3.2.4.1 Ambulante Pflege

International besteht Einigkeit darüber, dass die Pflege in unterschiedlichen Bereichen und auf verschiedenen Ebenen des Sozial- und Gesundheitswesens einen bedeutenden Anteil an der Bewältigung dieser Herausforderungen leistet. Nach den Vorstellungen der Weltgesundheitsorganisation obliegt ihr die zentrale Aufgabe, sowohl gesunde als auch kranke Menschen bei dem Erhalt oder der Wiedererlangung ihrer bedrohten Gesundheit, sowie bei der Bewältigung des Lebens mit Krankheit und Tod zu unterstützen und ihnen dabei ein hohes Maß an Unabhängigkeit und individueller Selbstbestimmung zu bewahren (WHO 1995: 14).<sup>12</sup> Diesem umfassenden Aufgabenprofil liegt ein Paradigmenwechsel von der Krankheits- hin zur Gesundheitsorientierung zugrunde, der international bestimmend für die Identität der Pflege geworden ist.

<sup>12</sup> „... to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will or knowledge. And to do this in such a way as to help him gain independence as rapidly as possible.“ (WHO 1995: 14).

Diesen Paradigmenwechsel nachzuvollziehen und verbunden damit eine Modernisierung der Pflege einzuleiten, ist eine – wenngleich mit großer zeitlicher Verspätung – auch in Deutschland unlängst angenommene Herausforderung. Dies schlägt sich auch in der ambulanten Pflege nieder, einem in Übereinstimmung mit internationalen Trends zunehmend an Bedeutung gewinnenden Versorgungsbereich. Indem die ambulante Pflege in den Mittelpunkt der nachfolgenden Ausführungen gerückt wird, richtet sich die Aufmerksamkeit auf einen Versorgungsbereich, der – obschon lange Zeit unbeachtet – in jüngster Zeit zum Angriffspunkt zahlreicher Reformen erklärt wurde. An prominenter Stelle ist hier die Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung zu nennen, deren Auswirkungen weit über die Neuordnung der Finanzierungsgrundlagen ambulanter Pflege hinausreichen. Ob es inzwischen gelungen ist, die mit dem Gesetz intendierte Neugestaltung der ambulanten Pflege einzuleiten und ein den zuvor genannten Anforderungen genügendes Hilfe- und Unterstützungsangebot zu etablieren, sollen die folgenden Ausführungen zeigen.

#### **(a) Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen**

Für die finanzielle Absicherung einer ambulanten Pflege stehen heute im Wesentlichen drei gesetzliche Finanzierungsquellen zur Verfügung: die Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), die Gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI) und das Bundessozialhilfegesetz (BSHG).

Von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden ambulante Pflegeleistungen nur ausschnitthaft finanziert. „Häusliche Krankenpflege“ wird entweder als „Vermeidungspflege“ (§ 37 Abs. 1 SGB V) oder als „Sicherungspflege“ (§ 37 Abs. 2 SGB V) gewährt. Die Häusliche Krankenpflege umfasst grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen<sup>13</sup>, die je nach Rechtsgrundlage zeitlich (§ 37 Abs. 1 SGB V) oder inhaltlich (§ 37 Abs. 2 SGB V) beschränkt werden. Darüber hinaus kann unter definierten Bedingungen „Haushaltshilfe“ (§ 38 SGB V) gewährt werden.<sup>14</sup> Leistungsauslösendes Moment ist jeweils eine zu behandelnde Krankheit, weshalb diese Pflege- und

Versorgungsleistungen dem Arztvorbehalt unterliegen und einer ärztlichen Verordnung bedürfen.

War im Bereich der häuslichen Krankenpflege bis zur Einführung der Pflegeversicherung noch ein kontinuierlicher Ausgabenanstieg zu verzeichnen, so ist im Zuge des Perspektivwechsels „von der Bedarfsdeckung zur Kostendämpfung“ (Döhler 1991: 472) und der Verlagerung des Großteils der Grundpflegekosten zur Pflegeversicherung ein Rückgang der Krankenversicherungsausgaben für häusliche Krankenpflege festzustellen (BMG KV 45 Statistik 1999). Die Gesetzlichen Krankenkassen haben 1998 insgesamt 3,03 Mrd. DM für Leistungen der häuslichen Krankenpflege aufgewendet, d. h. 1,22 Prozent der GKV-Gesamtausgaben von insgesamt 243,1 Mrd. DM.

Künftig sollen erstattungsfähige ambulante Pflegeleistungen in einer neuen Bundesrahmenempfehlung sowie in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Verordnung häuslicher Krankenpflege rechtsverbindlich festgelegt werden. Dieses im 2. GKV-Neuordnungsgesetz 1997 vorgeschriebene Verfahren ist inzwischen zum Gegenstand von Kritik geworden. Problematisiert wird, dass bei der Erstellung des Leistungskatalogs auf pflegewissenschaftliche Expertise weitgehend verzichtet und damit – nolens volens – die ausschließliche Definitions- und Ordnungsmacht der niedergelassenen Mediziner über (behandlungs-)pflegerische Leistungen weiter festgeschrieben wurde. Unter Qualitätsgesichtspunkten wird bemängelt, dass präventive Pflegeleistungen (z. B. Dekubitus-/Pneumonieprophylaxen) verstärkt aus dem Leistungskatalog herausgenommen oder anspruchsvolle pflegerische Aufgaben bei der Betreuung chronisch Kranker an Angehörige delegiert werden, ohne dass dafür zum Ausgleich eine entsprechende pflegerische Patientenanleitung als neuer Bestandteil in den Leistungskatalog aufgenommen wurde.

Seit Inkrafttreten der ersten Stufe der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) im April 1995 spielt dieses neue Leistungsgesetz für die Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen eine zentrale Rolle. Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurden wesentliche Versorgungsdefizite – insbesondere der älteren Bevölkerung – aufgegriffen. Inzwischen hat es sich zu einem vorrangigen Garant für die Absicherung langfristiger Pflegebedürftigkeit im Alter entwickelt.

Leistungen der Pflegeversicherung werden analog zu denen der Krankenversicherung einkommens- und vermögensunabhängig gewährt. Allerdings unterliegen sie einem Budgetprinzip und intendieren lediglich eine Grundsicherung (Rothgang 1996). Eine vollständige Bedarfsdeckung aus Leistungen der Pflegeversicherung ist vom Gesetzgeber nicht vorgesehen („Teilkaskolösung“). Leistungen der Pflegeversicherung werden auf Antrag gewährt, soweit „Pflegebedürftigkeit“ nach der Legaldefinition des Gesetzes (§§ 14 und 15 SGB XI) vorliegt und der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) eine von drei unterschiedlichen Pflegestufen (Pflegestufe I, II und III) anerkannt hat (vgl. Kapitel 3.1.3). Sie sind nicht mehr an eine Krankenbehandlung gebunden und somit auch

<sup>13</sup> Voraussetzung für eine Verankerung pflegerischer Leistungen im Sozialgesetzbuch war die Schaffung der sozialrechtlichen Begriffe der Grund- und Behandlungspflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung. Letztere bildet zwar häufig eine wesentliche Voraussetzung, um eine ambulante Pflege überhaupt durchführen zu können, allerdings wurde sie erst nach längeren Auseinandersetzungen in das Gesetz aufgenommen. Nicht erstattungsfähig sind andere als körperbezogene und technische Leistungsbestandteile, die häufig als sozialversicherungsfremd bezeichnet werden, die für eine sachgemäße Durchführung der ambulanten Pflege gleichwohl konstitutiv sind. Hierzu zählen beispielsweise Kommunikation, psychosoziale Beratung, Begleitung und Hilfe, Aufsicht, Anleitung und Schulung, Koordination und Kooperation, Gesundheitsförderung und Rehabilitation.

<sup>14</sup> Als personale Hilfe ist diese Leistung an eng definierte Voraussetzungen gebunden, weshalb diesem Paragraphen für die Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen insgesamt eine eher untergeordnete Bedeutung zukommt. Ambulante Pflegeleistungen, die im Fall von Schwangerschaft und Geburt gewährt werden (z. B. § 38 Abs. 2 Nr. 4 BSHG in Verbindung mit § 69b Abs. 1 BSHG sowie § 198 RVO), bleiben hier aus thematischen Gründen unberücksichtigt.

vom Arztvorbehalt befreit (Meier 1997; Klie 1996).<sup>15</sup> Leistungen der Pflegeversicherung werden entsprechend der drei Pflegestufen in gestaffeltem Umfang in Form von ausschließlichen Sachleistungen („häusliche Pflegehilfe“) oder Geldleistungen (Pflegegeld) oder als eine Kombination aus beiden (Kombinationsleistung) gewährt. Ergänzt werden die Leistungen aus dem SGB XI durch die Ersatzpflege (§ 39 SGB XI), die entweder als Sachleistung oder als Pflegegeld für maximal vier Wochen pro Jahr in Anspruch genommen werden kann. Zudem werden im Bedarfsfall Pflegehilfsmittel und technische Hilfen zur Verfügung gestellt (§ 40 SGB XI).

Werden die Angaben der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung zum Leistungsgeschehen zusammengeführt, so erhalten insgesamt ca. 1,27 Mio. Pflegebedürftige ambulante Pflegeleistungen. Allein im Jahr 1998 wurden im Rahmen der Pflegeversicherung insgesamt 29,47 Mrd. DM für Leistungsausgaben dokumentiert (BMG 1999). Davon wurden 3,89 Mrd. DM für häusliche Pflegehilfe und 8,38 Mrd. DM für Pflegegeld verausgabt (einschließlich der jeweiligen Anteile der Kombinationsleistung). Ersatzpflege wurde mit 0,11 Mrd. DM beziffert und Pflegehilfsmittel bzw. technische Hilfen beliefen sich auf 0,73 Mrd. DM. Immerhin 2,26 Mrd. DM wurden von den Pflegekassen für die soziale Sicherung der Pflegepersonen aufgewendet, d. h. indirekt ebenfalls für die Absicherung der ambulanten Pflege durch Angehörige oder andere Pflegepersonen.

Die Gesamtausgaben für ambulante Pflegeleistungen steigen seit Einführung der Pflegeversicherung in moderatem Umfang kontinuierlich an, was mit dem Zuwachs an Ausgaben für Pflegebedürftige der Stufen I und III begründet werden kann. Lediglich in der Stufe II sind die Ausgaben in den letzten Jahren rückläufig. Das Verhältnis von Sachleistungs- zu Geldleistungsempfängern ist dabei über die zurückliegenden Jahre weitgehend konstant geblieben. Circa 20 Prozent Sachleistungsempfänger stehen ca. 80 Prozent Geldleistungsempfänger gegenüber. Für die kommenden Jahre werden vor dem Hintergrund der Entwicklung familialer Pflegepotenziale Verschiebungen hin zu einer stärkeren Nutzung der Sachleistungen und somit auch proportional hierzu Ausgabensteigerungen erwartet (Rothgang 1997).

Trotz ihrer großen Bedeutung für die Absicherung langfristiger Pflegebedürftigkeit ist die Pflegeversicherung aufgrund ihrer sozialrechtlichen Ausprägung in die Kritik geraten. Eine umfassende Wirkungsbeurteilung dieses neuen Leistungsgesetzes ist schwierig (vgl. z.B. Meier 1997; Rothgang 1997a), doch sollen hier einige der zentralen Problemfelder angesprochen werden:

- Die mit dem Pflegeversicherungsgesetz vorgesehene Mindestsicherung unterhalb des tatsächlichen Pflegebedarfs birgt Gefahren für die Pflegequalität. Denn

<sup>15</sup> Leistungen der Pflegeversicherung zur teilstationären Pflege, Tages- und Nachtpflege sowie zur stationären Pflege bleiben hier zunächst unberücksichtigt, da sie an anderer Stelle dieses Altenberichts ausführlicher behandelt werden (siehe hierzu Kapitel 3.2.4.2).

„mit der vom SGB XI vorgenommenen Leistungspauschalisierung unterhalb des erforderlichen Bedarfs wird letztlich ein Niveau der Pflege festgelegt, welches in der Tendenz eher eine Verschlechterung bedeutet“ (Meier 1997: 90).

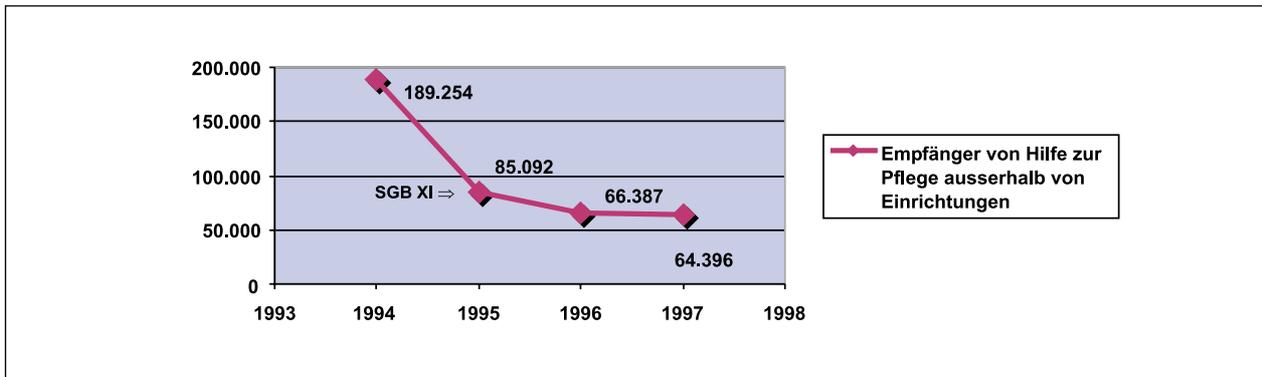
- Zwischen Pflegequalität und Kostenbegrenzung existiert ein so genannter „trade-off“ (Rothgang 1997: 191). Damit ist gemeint, dass die Weiterentwicklung pflegerischer Leistungsqualität unter Umständen mit zumindest kurzzeitigen Kostensteigerungen einhergehen könnte, „die wiederum durch die gesetzliche Pflegeversicherung nicht gedeckt werden können, ohne dass das Ziel der Ausgabenbegrenzung negativ tangiert wird“ (ebd.).
- Das Pflegeversicherungsgesetz orientiert sich am „Defizitmodell“, wodurch der mit dem Gesetz zugleich verbundene Ansatz der aktivierenden Pflege und der Vorrang von Prävention und Rehabilitation aus Sicht der Pflegebedürftigen wie auch der Leistungserbringer mit negativen Anreizen versehen ist: Jede Verbesserung aufseiten des Pflegebedürftigen geht zwangsläufig mit Leistungskürzungen einher (Dahlem 1993).
- Die in dem Gesetz vorgenommene starke Betonung der Laienpflege birgt die Gefahr einer „Renaissance der diskriminierenden Situation für die pflegenden Frauen“ (Meier 1997), der durch die Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen nur bedingt begegnet werden kann. Zugleich bringt die unerwartet hohe Nutzung der Geldleistungen das Risiko der Mitnahmeeffekte aufseiten der Angehörigen mit sich, ohne dass bislang ein befriedigendes Verfahren zur Sicherung der häuslichen Pflegequalität installiert worden wäre.

Leistungen der steuerfinanzierten Sozialhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) werden prinzipiell nachrangig gegenüber den beiden zuvor genannten Finanzierungsquellen und ausschließlich nach dem Bedürftigkeitsprinzip gewährt. Sie sollen Menschen, die in Not geraten sind, Hilfe zur Selbsthilfe bieten und ihnen so ein Leben in Würde ermöglichen.<sup>16</sup> Insofern orientieren sie sich am Bedarfsdeckungsprinzip, wobei die Ursache des Hilfebedarfs als unerheblich betrachtet wird.

Die der Hilfe in besonderen Lebenslagen zugeordnete Hilfe zur Pflege (§§ 68 bis 69 BSHG), wurde mit Einführung der Pflegeversicherung weitgehend an die Begriffsbestimmungen des SGB XI angepasst. Durch eine Öffnungsklausel (§ 68 Abs. 1 Satz 2 BSHG) werden ambulante Pflegeleistungen jedoch auch dann gewährt, wenn die Pflegeversicherung nicht eintritt. Dies gilt insbesondere für die inzwischen als „Pflegestufe 0“ bezeichneten Hilfebedarfe unterhalb der Pflegestufe I.

<sup>16</sup> Wengleich Leistungen der Eingliederungshilfe für Behinderte nach § 39 BSHG auch für die ambulante Pflege eine nicht unbedeutende Rolle spielen – beispielsweise hinsichtlich der Hilfe zur Teilnahme am sozialen Leben – bleiben diese Leistungen des BSHG in der folgenden Darstellung ausgeklammert.

**Abbildung 3-5: Empfänger von Hilfe zur Pflege ausserhalb von Einrichtungen (am Jahresende andauernde Hilfen)**



Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Sozialhilfe 1998 (Eigene Darstellung)

Ein wichtiges Ziel der Pflegeversicherung besteht in der Vermeidung pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit (der so genannten Entreichung oder Verarmungspflege). Tatsächlich wurde die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege ausserhalb von Einrichtungen zwischen 1994 und 1997 um zwei Drittel reduziert (Abb. 3-5). Für den häuslichen Bereich ist es somit gelungen, den überwiegenden Teil der Pflegebedürftigen aus der pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit herauszuführen (vgl. auch Rothgang & Schmähl 1997; Rothgang & Vogler 1999).<sup>17</sup>

1997 wurden rund 64 000 Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege ausserhalb von Einrichtungen registriert, davon 16 400 Pflegegeldempfänger bei erheblicher Pflegebedürftigkeit (§ 69a Abs. 1 BSHG), 14 500 Pflegegeldempfänger bei schwerer Pflegebedürftigkeit (§ 69a Abs. 2 BSHG) und 14 000 Pflegegeldempfänger bei schwerster Pflegebedürftigkeit (§ 69a Abs. 3 BSHG). 19 400 Personen erhielten andere Leistungen der Hilfe zur Pflege ausserhalb von Einrichtungen (darunter 6 300 gleichzeitig Pflegegeld). Damit wurden 1997 rund 870 Mio. DM weniger an Hilfe zur Pflege ausserhalb von Einrichtungen ausgezahlt als noch 1994.

Trotz dieser Erfolge wird das BSHG übereinstimmenden Expertenmeinungen zufolge auch weiterhin bei der Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen eine nicht unerhebliche Rolle spielen. „Beispielsweise ist Hilfe zur Pflege zu leisten an Pflegebedürftige, deren Grad der Pflegebedürftigkeit unterhalb der Stufe I liegt, d. h. bei Vorliegen der so genannten Stufe 0. Ebenso ist Hilfe zur Pflege in vollem Umfang zu leisten an Personen, die nicht Mitglied der Pflegeversicherung sind“ (Stubig

1999: 53). Schließlich werden auch weiterhin in Abhängigkeit vom Einkommen und Vermögen ergänzende Hilfen bei Pflegebedürftigen zu leisten sein, deren Bedarf die von der Pflegeversicherung gewährten Höchstbeträge übersteigt.

Insgesamt ist die Finanzierung ambulanter Pflege aufgrund ihrer Komplexität und ihrer Zersplitterung in unterschiedliche Finanzierungsquellen seit langem Gegenstand von Kontroversen. Kritisiert wird beispielsweise, dass sich aus den unterschiedlichen Finanzierungsquellen und der ihnen eigenen Logik ein Zwang zur Segmentierung und Fragmentierung pflegerischen Handelns ergibt. Zum Zweck der Finanzierung muss Pflege nach sozialrechtlichen Kriterien in Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung aufgeteilt und den jeweils verantwortlichen Leistungsträgern zugewiesen werden. Ursächlich hierfür ist, dass Pflege im Sozialrecht bislang „begrifflich kategorial und operational im Hinblick auf Pflegehandlungen weder theoretisch noch empirisch pflegewissenschaftlich geklärt“ (Beikirch; Korporal i. E.) ist. Ambulante Pflegeleistungen werden derzeit somit primär durch sozialrechtliche und weniger durch pflegewissenschaftliche Relevanzkriterien determiniert.

Dies führt u. a. zu einer mangelnden Berücksichtigung von Bedarfsgesichtspunkten in der ambulanten Pflege. Am Defizitmodell ausgerichtet wird Pflege in den Gesetzeswerken zumeist auf körperbezogene Aspekte reduziert und von den Leistungsträgern lediglich ausschnitthaft finanziert. Wichtige pflegerische Leistungsbestandteile, die für eine bedarfsgerechte Pflege unverzichtbar sind (z.B. sozialkommunikative Leistungen, Beaufsichtigung), werden von vornherein ausgeblendet oder nachrangigen Leistungsträgern (z. B. den Sozialhilfeträgern) zugewiesen. Andere Leistungen – beispielsweise präventive, rehabilitative und anleitende Aktivitäten – werden nur in sehr

<sup>17</sup> Im stationären Bereich stellt sich die Situation deutlich anders dar (vgl. hierzu Rothgang & Vogler 1999; Stubig 1999 sowie die Ausführungen zur stationären Versorgung in diesem Bericht).

begrenztem Umfang berücksichtigt. Auch Ressourcenorientierung, Förderung präventiver Potenziale und Reautomisierung der Pflegebedürftigen wird beeinträchtigt.<sup>18</sup>

Die sich aus der komplexen Finanzierungsstruktur ergebenden Abgrenzungsprobleme sind ebenfalls Gegenstand von Kritik. Insbesondere zwischen Kranken- und Pflegeversicherung zeichnen sich derzeit Verschiebungen ab, die auf eine Reduzierung der für die ambulante Pflege zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen hinauslaufen (Meier 1997). Dass diese Befürchtungen keineswegs unbegründet sind, zeigt sich an der derzeitigen Diskussion über den Leistungskatalog häuslicher Krankenpflege. Bereits jetzt werden Leistungsumfang und -inhalt der häuslichen Krankenpflege „zugunsten der Verlagerung grundpflegerischer und medizinisch-behandlungspflegerischer Leistungen in den Bereich der sozialen Pflegeversicherung restriktiver gehandhabt. Leistungskategorien der häuslichen Krankenpflege werden dabei deutlich enger gefasst“ (Beikirch; Korporal i. E.), was sich vor allem auf die Versorgung chronisch Kranker negativ auswirken dürfte. Noch konfliktträchtiger stellt sich die Situation bei der Sicherstellung von rehabilitativen Leistungen dar.

Schließlich wird auch strukturellen Gestaltungsaufgaben bislang zu wenig Beachtung geschenkt. Sollen Unterversorgungserscheinungen, Drehtüreffekte und somit vermeidbare Wiedereinweisungen verhindert werden, muss der Abbau stationärer Leistungsangebote mit einem Ausbau und einer Weiterentwicklung ambulanter Pflege parallelisiert werden. „Mit Leistungseinschränkungen und erhöhten Zuzahlungen bei häuslicher Krankenpflege, Heilmitteln, Fahrtkosten und ambulanter Rehabilitation werden Glieder in der Prozesskette der Patientenversorgung (...) beeinträchtigt, die zur Vermeidung und zur Verkürzung von Krankenhausbehandlung – auch in der Zeit zwischen Krankenhausentlassung und dem Leistungsbeginn der Pflegeversicherung – unbedingt notwendig sind“ (Knieps 1998: 137). Den Auf- und Ausbau ambulanter Pflege allein der Pflegeversicherung zu überantworten, dürfte angesichts der spezifischen Zielrichtung und Ausgestaltung dieses Leistungsgesetzes somit einer verkürzten Strategie gleichkommen, die mehr Probleme schaffen als lösen könnte.

Den sich im Alltag ambulanter Pflege stellenden Herausforderungen ist die zersplitterte Finanzierungsstruktur nach übereinstimmenden Expertenmeinungen nicht gewachsen. Eine kritische Revision und Reform der Finanzierungsgrundlagen ambulanter Pflege, die durch pflegewissenschaftliche Kriterien fundiert ist und Bedarfsgeschichtspunkten größere Aufmerksamkeit schenkt als bislang, zählt somit zu den zentralen sozial- und gesund-

heitspolitischen Aufgaben der Zukunft. Dies umso mehr, als die Finanzierungsgrundlagen ambulanter Pflege – wie nachfolgend erkennbar – erhebliche Auswirkungen auf die infrastrukturelle Entwicklung dieses Arbeitsbereichs haben.

### **(b) Entwicklungsstand und -trends in der ambulanten Pflege**

Hinsichtlich der Infrastrukturen im ambulanten Pflegebereich ist vor allem auf die in Reaktion auf die Pflegeversicherung erfolgte und in ihren Ausmaßen beachtliche mengenmäßige Ausweitung ambulanter Pflegedienste hinzuweisen. Die in den Siebzigerjahren eingeleitete Transformation des Gemeindefürsorge-Modells in eine betrieblich organisierte Form der Leistungserbringung und die durch die Sozialstationen-Programme der Bundesländer in Gang gesetzte Expansion der ambulanten Pflege vollzog sich zunächst noch relativ langsam. Erst in den 90er Jahren hat sich diese Entwicklung beschleunigt. Zwischen 1993 und 1995 stieg die Zahl der Sozial- und Diakoniestationen bundesweit von ca. 4 000 auf weit über 6 000 (Vüllers-Krohn 1995, BAG der freien Wohlfahrtspflege versch. Jahrgänge). Unmittelbar vor und kurz nach Einführung der Pflegeversicherung ist die Zahl der ambulanten Pflegedienste sprunghaft auf über 11 000 Dienste gestiegen (Gerste & Rehbein 1998; Statistisches Bundesamt 1997; Statistisches Bundesamt 1998). Mit einiger Berechtigung ist davon auszugehen, dass der Höhepunkt der Betriebsgründungen überschritten ist.<sup>19</sup> Gleichzeitig verdichten sich die Hinweise auf einen aufkommenden Verdrängungswettbewerb zulasten von zu meist kleineren Anbietern.

Traditionell befand sich die überwiegende Zahl der ambulanten Pflegedienste in der Hand freigemeinnütziger Träger. Seit Einführung der Pflegeversicherung sind auch hier Verschiebungen erkennbar. Der stärkste Zuwachs ist bei den privatwirtschaftlich getragenen Einrichtungen zu verzeichnen, sie stellen bundesweit inzwischen mehr als die Hälfte aller ambulanten Pflegeanbieter. Öffentliche Träger spielen im ambulanten Pflegemarkt mit einem Anteil von 5 Prozent lediglich eine untergeordnete Rolle (Tabelle 6). Die Tatsache, dass die absolute Zahl der Pflegedienste zugenommen hat, ist allein nur bedingt aussagekräftig. Für eine Bewertung des Entwicklungsstands gilt es zudem, die zwischenzeitlich erreichte Versorgungsdichte in den Blick zu nehmen. Sie wird pauschal anhand des vorgehaltenen Personals umgerechnet auf die Zahl der zu versorgenden Einwohner ermittelt. Bedarfs-

<sup>18</sup> Wie wichtig hier eine Kurskorrektur ist zeigt eine Modellrechnung des KDA, die zu folgendem Ergebnis kommt: „In dem überschaubaren Zeitraum von Ende 1997 bis Ende 2010 ist ein Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung von rund 1,75 Mio. um circa 16 Prozent auf 2,036 Mio. Ende 2010 zu erwarten, falls es nicht durch Prävention und Rehabilitation gelingt, die Pflegehäufigkeiten zu verringern“ (Rückert 1998: 32; vgl. auch 3.1.4).

<sup>19</sup> Einer bei Redaktionsschluss noch unveröffentlichten, im Auftrag des Vincentz-Verlags Hannover vom Marmas-Institut Bonn durchgeführten Untersuchung zufolge soll die Zahl der Pflegedienste bis 1999 sogar schon von auf über 13 000 ambulanten Pflegediensten angestiegen sein (unveröffentlichtes Handout aus dem Kongress „Altenpflege 2000“). Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, daß ein „Überangebot“ an ambulanten Diensten vom Gesetzgeber durchaus beabsichtigt ist, um so einen geschlossenen Markt der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu verhindern und den Wettbewerb unter den Leistungsanbietern zu fördern (vgl. Bundestagsdrucksache 12/5262, 136).

**Tabelle 3-5: Beschäftigte in ambulanten Pflegeeinrichtungen (in Prozent)**

Zahl der Beschäftigten	1	2-5	6-10	11-20	21-50	> 50
Anzahl ambulanter Dienste (Angaben in %)	4,4	30,0	24,6	21,8	14,8	4,4

Quelle: WiDO-Studie, Gerste & Rehbein 1998: 17.

**Tabelle 3-6: Ambulante Pflege: Versorgungsdichte im Vergleich der Bundesländer**

Bundesland	Versorgungsquote je 1.000 Einwohner Basis: Kopfzahl		Anteil des Vollzeitpersonals an allen Beschäftigten (in %)	Anteil der über 65- Jährigen an der Gesamtbevölkerung (in %)
		Vollzeit- Äquivalente		
Berlin	3,9	2,5	35,4	13,7
Brandenburg	2,9	2,2	53,9	13,0
Bremen	3,1	1,9	33,7	17,6
Hessen	1,8	1,1	46,0	15,7
Meckl.-Vorpommern	1,0	0,7	61,6	12,0
Niedersachsen	2,4	1,5	34,7	16,0
Rheinland-Pfalz	2,3	1,5	46,3	16,3
Saarland	2,4	1,5	38,1	16,5
Sachsen	0,8	0,6	66,1	16,6
Sachsen-Anhalt	1,6	1,3	61,9	15,1
Schleswig-Holstein	2,7	1,6	35,9	16,0
Thüringen	1,8	1,5	67,7	14,7
Gesamt*:	2,2	1,4	43,8	15,4

\* ohne die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg und Nordrhein-Westfalen

Quelle: WiDO-Studie, Gerste & Rehbein 1998: 24 f. (Eigene Darstellung)

orientierte und regional ausdifferenzierte Berechnungsmodelle für die Beurteilung der Versorgungsdichte existieren bisher nicht. Problematisch ist zudem, dass vorliegende Angaben über den Personalbestand ambulanter Dienste selten auf Vollzeitäquivalente umgerechnet werden und aufgrund der in diesem Bereich häufig anzutreffenden Teilzeitbeschäftigung nur beschränkte Aussagekraft besitzen. Zudem liegen lediglich unvollständige Daten vor, d. h. dokumentierte und öffentlich zugängliche Angaben aus einzelnen Bundesländern sind fragmentarisch oder fehlen völlig.

Eingedenk dieser Unsicherheitsgrade ist bezogen auf die Größe der Dienste festzustellen, dass ambulante Pflegedienste gemessen an der Zahl der beschäftigten Mitarbeiter generell kleiner sind als vollstationäre Versorgungseinheiten und private Anbieter wiederum kleiner als freigemeinnützige oder öffentliche.

Die Größe der ambulanten Dienste schwankt zwischen 5 (Mecklenburg-Vorpommern) und 40 Mitarbeitern (Berlin), womit sich bereits die erheblichen Varianzen hin-

sichtlich der Versorgungsdichte zwischen den einzelnen Bundesländern andeuten. Werden die Bundesländer differenziert betrachtet (Tabelle 3-6), bildet Sachsen mit einer Versorgungsquote von 0,8 Beschäftigten pro 1 000 Einwohnern das Schlusslicht unter den Ländern. Die höchste Versorgungsquote mit 3,9 Beschäftigte auf 1 000 Einwohner wurde für den Stadtstaat Berlin ermittelt. Neben Berlin heben sich auch Bremen und Brandenburg vom Durchschnitt von 2,2 Beschäftigten pro 1 000 Einwohner ab.

Noch größer sind die regionalen Unterschiede, wenn die so ermittelten Versorgungsquoten in Relation zum Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung betrachtet werden. Erneut zeigt sich, dass sich die Versorgungsdichte in Sachsen unterproportional zum Anteil der älteren Bevölkerung verhält, wohingegen der Stadtstaat Berlin eine besonders gute Relation der beiden Werte zueinander erkennen lässt. Insgesamt liegt die Versorgungsdichte – mit Ausnahme des Bundeslandes Brandenburg – in den neuen Bundesländern fast durchweg unter der in

den alten Bundesländern.<sup>20</sup> Eine Ausnahme hiervon bildet lediglich das alte Bundesland Hessen: dort liegt das Verhältnis von Versorgungsquote und Anteil der älteren Bevölkerung noch unter dem des Nachbarlandes Thüringen.

Basierend auf den vorliegenden Daten ist somit ein West-Ost-Gefälle in der Versorgungsdichte zu konstatieren, das möglicherweise damit erklärt werden kann, dass in den neuen Bundesländern – dem westdeutschen Modell folgend – erst nach der „Wende“ mit dem Aufbau von Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten begonnen wurde.<sup>21</sup> Dieses Ungleichgewicht in der Versorgungsdichte sollte dennoch nicht unterschätzt werden, zumal bereits verschiedentlich auf die in Ost- und Westdeutschland unterschiedlichen Bedarfslagen hingewiesen wurde (Deutscher Bundestag 1994, Schwitzer 1993). Demnach sind in den neuen Bundesländern nicht nur die informellen Hilfeleistungen geringer ausgeprägt, auch die finanziellen Möglichkeiten und Spielräume hinsichtlich der „Zuzahlung“ für pflegerische Leistungen sind eingeschränkt.

Das formale Leistungsangebot ambulanter Pflege setzt sich aus unterschiedlichen Pflegeleistungen zusammen, die aufgrund einschlägiger normativer Bestimmungen – wengleich auch in unterschiedlichem inhaltlichen und zeitlichen Umfang – von öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern (Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen, aber auch Sozialhilfeträger) finanziert werden. Hierzu gehören im Wesentlichen: (1) behandlungspflegerische Leistungen, d. h. Leistungen, die der Erreichung des medizinischen Zwecks der Heilbehandlung oder der Linderung einer Krankheit im therapieresistenten Stadium dienen (Eicher 1990); (2) grundpflegerische Leistungen, d. h. Hilfen „bei der Befriedigung von körperlichen, seelischen oder geistigen Grundbedürfnissen (Grundbedarf)“ (BSG vom 30. September 1993 – 3 RK 1/92 – NZS 1994: 130, 133);

<sup>20</sup> Als zusätzlich problematisch könnte sich für die ostdeutschen Länder erweisen, daß dort ein Großteil der Mitarbeiter ambulanter Dienste über AB-Maßnahmen finanziert wurde – rund 50 Prozent der Stellen in freigemeinnützigen Einrichtungen waren 1992 mit diesen Kräften besetzt (Damkowski et al. 1997, 20). Nachdem diese Fördermaßnahmen inzwischen weitgehend ausgelaufen sind, ist eine partielle Unterversorgung mit ambulanten Pflegeleistungen in den neuen Ländern zumindest nicht auszuschließen.

<sup>21</sup> In der ehemaligen DDR waren Gemeindegewestern – angesiedelt an den dortigen Polikliniken und Ambulatorien – für die ambulante gesundheitspflegerische Versorgung der Bevölkerung zuständig. Ausgehend von ca. 5000 staatlichen und ca. 100 konfessionell gebundenen Gemeindegewesternstationen wurde die Versorgung der Bevölkerung regional organisiert. Ergänzend hierzu wurden hauswirtschaftliche Leistungen meist über die Volkssolidarität sichergestellt. Daneben existierte noch eine betrieblich gestützte Versorgung mit pflegerischen und gesundheitsrelevanten Leistungen. Zwischen 1990 und 1992 wurde das ostdeutsche Gemeindegewesternmodell von anfänglich rund 1000 Sozialstationen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrt abgelöst (Damkowski et al. 1997). Beim Auf- und Ausbau ambulanter Dienste nach westdeutschem Vorbild war in Ostdeutschland zunächst ein nicht unerheblicher Qualifikationsbedarf in der Pflege zu beantworten. Diese Aufgabe wurde inzwischen erfolgreich angegangen und damit ein weitgehend vergleichbares Qualifikationsniveau zwischen Ost und West geschaffen (Schwitzer 1993, Garms-Homolová 1992). Die dadurch verursachten Entwicklungsverzögerungen sind jedoch bei der Beurteilung der Versorgungsdichte in der ambulanten Pflege zu bedenken.

(3) hauspflegerische bzw. hauswirtschaftliche Leistungen, d. h. „die auf die Versorgung des Versicherten gerichteten Tätigkeiten, insbesondere Vor- und Zubereitung von Mahlzeiten, Spülen und Putzen, Herrichten der Wäsche, Einkäufe“ (ebd., 14). Durch die Einführung der Pflegeversicherung wurde dieser traditionelle Leistungskatalog durch Beratungs- und Anleitungsleistungen ergänzt. Sie sollen die Qualität der durch Angehörige und Laienkräfte durchgeführten häuslichen Pflege sicherstellen (§ 37 SGB XI) und die als Pflegepersonen bezeichneten Helfer durch Schulungen in Form von Pflegekursen oder durch Einzelanleitung direkt am Pflegebett für ihre Aufgaben befähigen (§ 45 SGB XI).<sup>22</sup>

Durch diese Aufteilung wird den Pflegeleistungen in Verbindung mit inhaltlich weitgehend definierten Leistungskatalogen und -komplexen aus sozialrechtlicher Sicht eine abstrakte Regelhaftigkeit verliehen, die eine Zuordnung zu unterschiedlichen Leistungsträgern (z. B. Pflege- und Krankenversicherung) erlaubt. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht und insbesondere aus Sicht der Nutzer erweist sich die Trennung in grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche und komplementäre psychosoziale Leistungen jedoch als „theoretisches Konstrukt“ (Garms-Homolová & Schaeffer 1992: 53), das im Alltag zahlreiche Abgrenzungs- und Definitionsprobleme aufwirft (vgl. z. B. Schwarzmann 1999). Viele der ausgetauschten Argumente für oder wider die Zuordnung einzelner Pflegeleistungen zu einer bestimmten Leistungsart (z. B. Grund- oder Behandlungspflege) sind aus pflegewissenschaftlicher Sicht unzureichend belegt, lassen sich empirisch kaum legitimieren und scheinen vorwiegend administrativen, sozialrechtlichen oder berufspolitischen Motiven geschuldet zu sein (vgl. Igl 1995).

Das reale Leistungsangebot der ambulanten Dienste weicht von dem gesetzlich verankerten Leistungskatalog nur unwesentlich ab. Lediglich der Verleih von Hilfsmitteln und die Vorhaltung von Hausnotruf- und Mahlzeitendiensten ergänzen das formale Leistungsangebot. Selbst die Abhaltung von Pflegekursen und damit die Wahrnehmung von Anleitungsaufgaben gehört laut Selbstauskunft bei nur wenig mehr als der Hälfte aller ambulanten Dienste zum Angebot (Gerste & Rehbein 1998: 38). Seit langem wird beklagt, dass dieses Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste zu beschränkt ist und sich vorwiegend an den gesetzlich definierten Leistungskatalogen und den damit verbundenen Finanzierungsmöglichkeiten orientiert, statt an den Problemlagen ihrer Klientel. Die in anderen Ländern bereits realisierte Umorientierung zu einer an den Bedarfslagen potenzieller Nutzer ausgerichtete-

<sup>22</sup> Hinzuweisen ist darauf, dass auch hier auf ein relativ verengtes Pflegeverständnis zurückgegriffen und Anleitung und Beratung lediglich auf bestimmte pflegerische Situationen bzw. simulierte Pflegesituationen (z. B. in Pflegekursen) eingengt wird. Von dem anglo-amerikanischen Verständnis, wonach Pflege immer ein Lern- und Anleitungsprozess ist („nursing is teaching“) und Anleitung und Beratung somit konstitutive Bestandteile pflegerischen Handelns sind, sind diese Ansätze noch weit entfernt.

ten Gestaltung des pflegerischen Leistungsprofils steht hierzulande noch aus.

In der Regel wollen ambulante Pflegedienste mit ihrem Leistungsangebot unterschiedliche Nutzergruppen ansprechen. Einer Befragung von Gerste/Rehbein (1998) zufolge zielt das Leistungsangebot bei 84,2 Prozent der Dienste auf körperlich eingeschränkte und behinderte Menschen. Immerhin 76,5 Prozent adressieren sich Eigenangaben zufolge zudem an geistig behinderte Menschen und 73,6 Prozent an chronisch psychisch Kranke. Auch die Versorgung von Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen zählt laut Angabe der Dienste bei einem Großteil von ihnen zum Angebot: Insgesamt 70,4 Prozent der Dienste beanspruchen Multiple-Sklerose-Kranke, 55,4 Prozent auch Apalliker und sogar 52,6 Prozent Menschen mit HIV und Aids zu versorgen (Gerste & Rehbein 1998: 37).

Derzeit lassen sich die Nutzer ambulanter Pflege lediglich grob anhand der im Kontext der Pflegeversicherung verfügbaren Daten charakterisieren, die jedoch keine nähere Differenzierung zwischen Geld-, Sach- und Kombinationsleistungsempfängern gestatten:

- Unter den Leistungsbeziehern im häuslichen Bereich überwiegen alte und hochbetagte Menschen. Die 85- bis 90-Jährigen machen mit ca. 19,4 Prozent die größte Gruppe aus, gefolgt von den 80- bis 85-Jährigen, die ca. 13,7 Prozent der Nutzer stellen.
- Der größte Teil der zu Hause versorgten Leistungsbezieher – insgesamt 607 188 Personen – erhielt Ende 1998 Leistungen nach der Pflegestufe I („erheblicher Pflegebedarf“), weist also verhältnismäßig leichten Hilfe- und Pflegebedarf auf. Leistungen nach der Pflegestufe II erhielten 463.721 Personen, bei der Stufe III waren es 135 573 (s. Kapitel 3.1.4).
- Frauen überwiegen in der Klientel ambulanter Pflege und so auch bei den Leistungsempfängern der Pflegeversicherung. Nahezu 65 Prozent der Leistungsempfänger waren Ende 1998 Frauen. Wird die geschlechtsspezifische Verteilung in den einzelnen Pflegestufen betrachtet, zeigt sich ein leicht abweichendes Bild. Zwar ist der Anteil der Frauen in allen Pflegestufen höher als der der Männer, nimmt aber mit höherer Pflegestufe tendenziell ab. So beträgt der Frauenanteil in der Pflegestufe I insgesamt 67,5 Prozent, sinkt in der Pflegestufe II auf 62,5 Prozent und in der Pflegestufe III auf 59,5 Prozent. In Korrespondenz dazu steigt der Anteil der Männer von 32,5 Prozent in der Pflegestufe I auf 37,5 Prozent in der Pflegestufe II und sogar 40,5 Prozent in der Pflegestufe III (Statistisches Bundesamt 1998).
- Charakteristisches Merkmal der Klientel sind Auswertungen einer Zufallsstichprobe des MDS zufolge multiple Funktionseinschränkungen, zumeist bedingt durch chronisch degenerative Erkrankungen. Sowohl bei den Männern wie Frauen überwiegen Krankheiten des Kreislaufsystems. Sie machen mehr als 20 Prozent aus. Werden psychiatrische Erkrankungen und Krank-

heiten des Nervensystems zusammen betrachtet, ist ihr Anteil nicht minder hoch: Bei den ambulant versorgten pflegebedürftigen Männern leiden 24,1 Prozent und bei den Frauen 22 Prozent unter diesen Krankheiten. Psychische Störungen stellen somit auch in der häuslichen Pflege ein nicht zu unterschätzendes Problem dar. Bemerkenswert ist des Weiteren, dass bei immerhin 13,5 Prozent der Männer Tumorerkrankungen vorliegen. Sie spielen bei den Frauen unter den häufigsten Krankheitsbeschwerden nur eine geringe Rolle. Von ihnen leiden 19,6 Prozent unter Skelett-, Muskel- und Bindegeweberkrankungen (mündliche Mitteilung des MDS).

Alte Menschen, vorwiegend Frauen mit multiplen Funktionseinschränkungen, meist bedingt durch chronische und degenerative Erkrankungen bilden diesen Daten zufolge die Mehrheit der Klientel der Dienste. Dies bestätigen auch qualitative Studien (Gabanyi 1997; Schmidt 1999; Ewers & Schaeffer 1999; MAGS 1995). Daher ist zu fragen, ob die ambulante Pflege ihnen gerecht zu werden vermag und die hier bereitgestellten Ressourcen eine der Problematik und Situation ihrer Klientel entsprechende Versorgung ermöglichen. Dem wird im Folgenden unter Beachtung der in diesem Sektor erfolgten Reformbemühungen nachgegangen.

#### **(c) Leistungsfähigkeit und Grenzen ambulanter Pflege nach Einführung des SGB XI**

Annähernd 16 Prozent der auf Fremdhilfe und Pflege angewiesenen älteren und alten Menschen in Privathaushalten werden ergänzend zu familialer Hilfe oder ganz von ambulanten Pflegediensten versorgt. Die meisten dieser Dienste sind im Zuge des in den letzten 20 Jahren erfolgten Ausbaus ambulanter Pflege entstanden. Ihre Leistungsmöglichkeiten waren zunächst dadurch beschränkt, dass ihre strukturellen Rahmenbedingungen an Maßstäben der Akutversorgung ausgerichtet waren. Der Problematik der sich alsbald als Hauptnutzergruppe herauskristallisierenden alten Menschen konnten sie daher nicht gerecht werden. Deren Bedarf an langfristiger oder gar dauerhafter Unterstützung durch Pflege und an integrierten Hilfen bei bestehenden Selbstversorgungseinbußen kollidierte vor allem mit den auf kurzfristige Hilfe ausgerichteten Finanzierungsmöglichkeiten (vgl. hierzu 3.2.5.2). Für viele alte Menschen, die „nur“ Pflegebedarf aufwiesen und nicht im Rahmen einer Krankheitsbehandlung pflegerisch versorgt werden mussten, bestanden daher Schwierigkeiten, überhaupt in den Genuss von Mitteln der Krankenversicherung zu gelangen, und für die große Gruppe der chronisch Kranken unter ihnen war es kaum möglich, der Langfristigkeit ihres Pflegebedarfs sowie ihrem Bedarf an mehrdimensionalen Hilfen gerecht zu werden. Eine Umsetzung der Prämisse „ambulant vor stationär“ war daher nur bedingt möglich.

Mit dem 1995 verabschiedeten Pflegeversicherungsgesetz hat sich diese Situation verändert. Seither besteht erstmals die Möglichkeit, Pflegebedürftigkeit langfristig abzusichern, ohne dafür in großem Umfang auf privates Einkommen oder gar Leistungen der Sozialhilfe zurückgreifen

zu müssen. Pflege wird seitdem auch als eigenständige Leistung gewährt, womit zugleich dem Schattendasein der Pflege als Appendix zur Krankenbehandlung ein Ende gesetzt wurde. Zudem wurde der Vorrang ambulanter Versorgungsformen gesetzlich festgeschrieben, ebenso der Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor Pflege. Darüber hinaus wurden Anreize zur Ausweitung des Angebotsspektrums und der bis dahin eng gesteckten Grenzen pflegerischen Handelns gesetzt, um auf diese Weise die Vorhaltung eines Leistungsangebots zu stimulieren, das dem gesamten Bedarfsspektrum entspricht und den Erhalt autonomer Lebensführung sichert. Über Bedarfsgerechtigkeit hinaus sollte den Bedürfnissen Pflegebedürftiger entsprochen und insgesamt die Position der Nutzer bzw. Konsumenten gestärkt werden – ein in Anbetracht der lange währenden Diskussion über unzureichende Patientientorientierung im hiesigen Gesundheitswesen in hohem Maß innovatives Element. Inwieweit die Erreichung dieser Ziele – Verbesserung der Zugänglichkeit, Erweiterung des Leistungsangebots im ambulanten Pflegesektor, Bedarfsgerechtigkeit des Leistungsgeschehens, Bedürfnis- und Nutzerorientierung – gelungen ist und welche Herausforderungen noch zur Lösung anstehen, wird nunmehr erläutert.

#### **Verbesserung der Zugänglichkeit/Erreichbarkeit**

Für viele ältere Menschen hat sich die Pflegesituation durch die Gesetzesreformen deutlich entspannt und zweifelsohne auch verbessert. Pflegebedürftige mit dauerhaften Einschränkungen der Selbstversorgungsfähigkeit haben seither direkt, ohne den Weg über die Medizin, d. h. die niedergelassenen Ärzte, nehmen zu müssen, Zugang zur pflegerischen Versorgung und verfügen über Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI. Doch obwohl der Kreis der Anspruchsberechtigten beträchtlich ist, gelangen nicht alle Pflegebedürftigen in den Genuss von Leistungen der Pflegeversicherung. Personen, die nur leichte Beeinträchtigungen aufweisen, sind von den Leistungen ausgeschlossen (sog. Pflegestufe 0). Dazu gehören gerade die Älteren, die von einer aktivierenden und präventiv angelegten Pflege am meisten profitieren würden. Auch Personen, deren Versorgungsbedarf von den somatisch orientierten Kriterien für Leistungsansprüche nicht erfasst wird (z. B. psychisch Erkrankte, die ständige Orientierungshilfen und eine sog. allgemeine Beaufsichtigung benötigen), haben nicht hinreichend Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung. Die Konsequenz: auch sie werden nicht frühzeitig genug erreicht, um durch präventive Pflege zur Stabilisierung der häuslichen Situation und Aufrechterhaltung selbstständiger Lebensführung beitragen zu können.

Durch die Pflegeversicherung wird Pflegebedürftigen im Allgemeinen die Möglichkeit gegeben, einen Pflegedienst ihrer Wahl zu nutzen und ihn nicht mehr ungefragt zugewiesen zu bekommen – ob dessen Profil ihren Wünschen und Vorstellungen entspricht oder nicht. Die zurückliegenden Erfahrungen zeigen, dass die neu eröffneten Wahlmöglichkeiten in der Tat genutzt werden. Qualitativen Studien zufolge kam es damit einhergehend zu einer Veränderung der Zugangswege zur Pflege (Uhlein &

Evers 1999; Becker et al. 1998). Viele der Nutzer gelangen nicht mehr über das Krankenhaus oder den niedergelassenen Arzt an Pflegedienste, sondern wenden sich direkt an die Dienste. Besonders ältere Nutzer aber sind von den mit der Einführung von Marktelementen entstandenen Zugangswegen überfordert. Sie können das Marktangebot oftmals nicht überschauen. Die Schaffung weiterer Informationsmaterialien und Beratungsangebote dürfte ihre Situation zweifelsohne erleichtern. Dennoch werden diese Maßnahmen nicht ausreichend sein. Viele Ältere benötigen darüber hinaus eine Instanz, die Mittler- bzw. anwaltschaftliche Schutzfunktionen einnimmt und ihnen auf dem Weg durch die Vielfalt der Pflegelandschaft behilflich ist (z. B. in Form des klinischen Case Management, vgl. hierzu Ewers & Schaeffer 2000). Das gilt insbesondere für all diejenigen, die nicht über Angehörige verfügen, die diese Funktion wahrnehmen könnten oder deren Angehörige von ihr überfordert sind.

#### **Erweiterung des Leistungsangebots**

In Reaktion auf die mit dem Pflegeversicherungsgesetz gesetzten Anreize zur Ausweitung des Leistungsangebots stieg die Zahl ambulanter Pflegedienste sprunghaft an. Älteren Menschen steht damit ein größeres Netz an Pflegeeinrichtungen und ein dichteres bzw. umfangreicheres pflegerisches Versorgungsangebot zur Verfügung. So unbestreitbar dieser Erfolg ist, so sehr zeigen sich auch Schattenseiten. Der hohen Zahl an Existenzneugründungen steht gegenüber, das auch Konkurrenz zunehmen. Für alte Menschen bedeutet dies, dass sie keineswegs sicher sein können, auf ein gleichförmiges und stabiles Marktangebot zu treffen und ebenso, dass sich die Unübersichtlichkeit des Angebots verschärft.

Die Erweiterung des Leistungsangebots im ambulanten Pflegesektor ist bislang auf eine quantitative Ausweitung ambulanter Pflege beschränkt. Eine qualitative Ausdifferenzierung des Leistungsspektrums in der ambulanten Pflege und eine Ausweitung fachlicher Kapazitäten steht noch aus. So ist beispielsweise die erwartete Neugründung weiterer Spezialpflegedienste weitgehend ausgeblieben bzw. auf einige wenige Bereiche begrenzt. Auch die Reichweite der zur Regelversorgung gehörenden ambulanten Pflegedienste hat sich kaum verändert, wie ein Blick auf die Angebotsprofile bestätigt. Bundesweit betrachtet haben sie bis heute relativ einheitlichen Charakter, sind nach wie vor verhältnismäßig eng konturiert und mehr durch die Möglichkeiten der Finanzierung als durch Bedarfsgesichtspunkte determiniert. Seine Ursache hat dies u.a. darin, dass die Forderung nach Bedarfsorientierung der Versorgungsgestaltung hierzulande noch nicht hinreichend Eingang in die Versorgungspraxis gefunden hat (Schaeffer 1999). Sie wird zugleich dadurch unterminiert, dass sich die überwiegende Zahl der Dienste derzeit zentrale Marktbereiche oder – anders formuliert – auf den „klassischen Pflegeversicherungspatienten“ und solche Bedarfsproblematiken konzentriert, die mit den gegebenen Finanzierungsmöglichkeiten unschwer in Übereinstimmung zu bringen sind. Pflegebedürftige mit abweichenden Problem- und Bedarfslagen treffen somit vielerorts auf zu wenig Beratung und nicht genügend

anspruchsvolle Angebots- und Leistungsprofile. Ein weiterer Nachteil der Konzentration vieler Pflegedienste auf den „klassischen Pflegeversicherungspatienten“ besteht darin, dass sie ihr Leistungsangebot auch dann einseitig aufgrund pflegerische und hauswirtschaftliche Hilfen begrenzen, wenn die Bedarfssituation umfassender ist oder sich im Verlauf der Zeit verändert – sei es in quantitativer oder qualitativer Hinsicht. Alte Menschen können in vielen Diensten somit ein standardisiertes Leistungspaket erwarten, jedoch keine hinreichend flexiblen Reaktionen auf ihre individuelle Situation und ebenso wenig auf Veränderungen ihrer Bedarfssituation.

Für die Zukunft ist daher notwendig, die Ausdifferenzierung des Leistungsspektrums ambulanter Pflege zu forcieren und auf Ausbildung von Angebotsstrukturen zu drängen, die der gesamten Breite und Tiefe des Bedarfsspektrums in der ambulanten Versorgung entsprechen. Zugleich ist ein höheres Maß an Flexibilität seitens der ambulanten Pflege erforderlich, um der Individualität des Bedarfs alter Menschen entsprechen und individuelle Bedarfsveränderungen auffangen, aber auch um strukturellen Veränderungsprozessen begegnen zu können: Angespielt wird auf den möglichen zukünftigen Abbau weiterer stationärer Kapazitäten, der weit reichende Konsequenzen für die ambulante Pflege zeitigen wird.

### **Erhöhung der Bedarfsgerechtigkeit des Leistungsgeschehens**

Alte Menschen bilden heute in vielen ambulanten Pflegediensten die Mehrheit der Klientel. Damit hat sich die bereits zuvor beobachtbare Geriatriisierung der Pflege verstärkt. Die Qualifikationsprofile halten mit dieser Entwicklung indes nicht Schritt. Nach wie vor fehlt es an gerontologischer Kompetenz im Bereich der ambulanten Pflege. Qualifikationsprobleme zeigen sich auch in anderer Hinsicht. So verfügt die Mehrzahl der in der ambulanten Pflege tätigen Pflegekräfte über eine Ausbildung, die nicht auf die besonderen Anforderungen in der ambulanten Versorgung ausgerichtet ist. Auch der Bedeutungsgewinn der ambulanten Pflege – Resultat der erreichten Fortschritte bei der Umsetzung der Prämisse „ambulant vor stationär“ und der mit ihm einhergehende Anforderungsanstieg – stößt nicht auf adäquate qualifikatorische Voraussetzungen.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde u.a. das Ziel verfolgt, das Leistungsgeschehen im ambulanten Pflegesektor stärker als bislang an die Problemsituation Pflegebedürftiger anzupassen. Ein wichtiger in diese Richtung weisender Schritt ist die Abkopplung des Leistungsanspruchs vom Krankheitsfall. So begrüßenswert dieser Schritt ist, so sehr zeigt sich schon heute, dass er nicht ausreicht. Nicht nur Versicherungsansprüche, sondern auch das Spektrum der durch die Pflegeversicherung finanzierbaren professionellen Pflegeleistungen sind auf elementare körperliche Selbstversorgungsdefizite beschränkt. Dies behindert nicht nur eine „ganzheitliche“ Pflege, sondern schreibt ein überholtes und verengtes Pflegeverständnis fest, das Pflege auf handwerkliche Tätigkeiten reduziert und damit die aus pflegewissen-

schaftlicher Sicht dringend notwendige Erweiterung des Pflegehandelns etwa um kommunikative, psycho-soziale und edukative Kompetenzen unterminiert. Für alte Menschen bedeutet dies, dass viele Gesundheitsbeeinträchtigungen und Einschränkungen bei der autonomen Alltagsbewältigung unberücksichtigt bleiben. Zukünftig ist es daher notwendig, über einen Neuzuschnitt der Leistungen der Pflegeversicherung nachzudenken und dabei intensiver als in der Vergangenheit pflegewissenschaftlich fundierte und empirisch gesicherte Erkenntnisse einzubeziehen.

Die Einführung der Pflegeversicherung ermöglicht erstmals eine ambulante Langzeitversorgung und trägt damit wichtigen Dimensionen des Unterstützungsbedarfs im Alter Rechnung. Inzwischen zeigt sich aber auch eine unerwünschte Wirkung dieser Akzentuierung. Sie bietet keine hinreichenden Anreize zur Entfaltung aktivierender und präventiver Potenziale für das pflegerische Engagement zur Unterstützung bei der Wiedererlangung einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung. Für die Pflegedienste gehören die Patienten zum „Betriebskapital“; mit ihrer Re-Autonomisierung laufen die Pflegedienste folglich Gefahr, ihre Patienten und damit ihr Kapital zu verlieren. Hier eine Veränderung einzuleiten ist unumgänglich (vgl. auch Knieps 1998: 137), denn für alte Menschen impliziert diese Situation, dass sie nunmehr Abhängigkeitstendenzen ausgesetzt sein können und ebenso, dass präventive und ressourcenorientierte bzw. -fördernde Pflege bislang eher Postulat denn Realität ist.

Viele der mit den Gesetzesreformen angestrebten Neuerungen wurden bislang nur sporadisch aufgegriffen und kaum umgesetzt. Dazu gehört auch die Prämisse „Rehabilitation vor Pflege“. Zu deren Realisierung fehlt es im bundesdeutschen Gesundheitssystem an Durchlässigkeit zwischen den stark segmentierten Versorgungsbereichen, an ausreichenden Leistungsangeboten in der ambulanten geriatrischen Rehabilitation und nicht zuletzt an adäquaten finanziellen Anreizen. Abgesehen von diesen Strukturdefiziten konnte auch die Integration rehabilitativer Gesichtspunkte in das alltägliche Handeln der Gesundheitsprofessionen bislang nur ansatzweise erreicht werden. Das gilt auch für die ambulante Pflege. Ganz in diesem Sinn konstatierte Krohwinkel schon vor mehreren Jahren für die Pflege, dass die Entwicklung rehabilitativer Pflegekonzepte hierzulande noch in den Kinderschuhen steckt (Krohwinkel 1993) und es an den dazu notwendigen wissenschaftlichen Grundlagen mangelt. Daher sind die der Pflege innewohnenden rehabilitativen Möglichkeiten und so auch die Chancen älterer Pflegebedürftiger, ein Stück Normalität und Autonomie in ihrem Alltag wiederzugewinnen, noch weitgehend ungenutzt.

Die Pflegeversicherung erfährt enorme Zustimmung seitens der Nutzer (Runde et al. 1996). Auf Unverständnis stößt ersten Studien und auch Praxisberichten zufolge jedoch die Tatsache, dass die Pflegeversicherung lediglich eine Grundsicherung darstellt, Pflegebedürftigen also nur ein Mindestmaß an Leistungen und Qualitätsstandards garantiert. Einer Untersuchung von Evers und Rauch (1998) zufolge reagieren die Betroffenen bislang sehr

zögerlich, wenn es gilt, über das finanziell gesicherte Maß an Hilfen hinausgehende Leistungen zur Bedarfsdeckung in Anspruch zu nehmen, insbesondere dann, wenn sie privat bezahlt werden müssen. Die Bereitschaft zur Zuzahlung ist bislang nicht sehr ausgeprägt, was sowohl für die Empfänger von Sachleistungen, mehr noch aber für die von Geldleistungen konstatiert wird (ebd. Blinkert & Klie 1999). Unterversorgung und zum Teil auch vermeidbare Krankenhauseinweisungen können die Folge sein.

Durchgängig positiv fällt auch die Beurteilung der ambulanten Pflege und die durch die Pflegeversicherung ermöglichte Versorgungsqualität aus der Sicht älterer Nutzer aus. Unterschiedlichen Untersuchungen zufolge wird sie als „sehr“ oder „insgesamt zufrieden stellend“ beurteilt (Blinkert & Klie 1999; Runde et al. 1996, Häberlein, Militzke & Sackmann 1996, v. Bandemer 1997, Becker et al. 1998). Ähnlich positiv fällt indes auch die Einschätzung des Versorgungsgeschehens in anderen Bereichen aus, etwa der Krankenhausversorgung oder der ambulanten medizinischen Versorgung (exemplarisch Schmidt, Lamprecht & Wittmann 1989; Aust 1994; Perschke-Hartmann 2000), so dass fraglich ist, welchen Aussagewert diese Befunde haben. Exemplarisch wird hier sichtbar, dass Zufriedenheitsuntersuchungen allein noch keine hinreichenden Aufschlüsse für die Qualitätsbeurteilung zulassen. Werden die Äußerungen von Nutzern genauer betrachtet, so wird deutlich, dass der hohe Grad an Zufriedenheit mit der häuslichen Pflegesituation bei älteren Menschen unmittelbar mit ihrem Erwartungshorizont und der Alternative korrespondieren, andernfalls in eine stationäre Versorgungsform wechseln zu müssen. Auch wenn Kritik an der Pflege besteht, fällt die Gesamtbilanz älterer Menschen daher stets positiv aus, weil sie die „Gefahr der Heimversorgung“ fürchten und ihr auf jeden Fall entgehen möchten (Becker et al. 1998). Allein aus diesem Grund sind negative Äußerungen zum Pflegegeschehen eher selten.

Wird dennoch Kritik geäußert, zeigt sich, dass älteren Nutzern allem anderen voran die Arbeitsweise ambulanter Pflegedienste Probleme beschert. Das beginnt damit, dass die telefonische Erreichbarkeit bemängelt wird: Viele der Pflegedienste sind nur zu den üblichen Geschäftszeiten zu sprechen und generell schlecht telefonisch erreichbar (Perschke-Hartmann 2000). Auch die Einsatzzeiten der Dienste werden als unbefriedigend empfunden. In der Regel sind sie nicht am Tagesrhythmus der Patienten orientiert, sondern am Ziel einer möglichst effizienten betrieblichen Ablauforganisation. Die Patienten sind daher oftmals genötigt, ihren Tagesablauf an den Vorgaben der Pflegedienste auszurichten. Dies stößt gerade bei älteren Nutzern auf Kritik, weil sie in ihren Alltagsroutinen eingeschränkt werden (Becker et al. 1998; Schaeffer 1999). Als problematisch wird auch der häufige und unvorhersehbare Wechsel des Pflegepersonals erlebt (ebd.). Da in der ambulanten Pflege zumeist nach dem Rotationsmodell gearbeitet wird, werden die Pflegebedürftigen von einer ganzen Reihe an Pflegekräften betreut. Das hohe Maß an personeller Fluktuation wird als ausgesprochen belastend empfunden. Die Pflegebedürftigen sehen sich da-

durch gezwungen, sich immer wieder auf andere Pflegepersonen einzustellen, und damit zurechtzukommen, dass ihre Privatsphäre Arbeitsplatz einer Vielzahl von Pflegenden ist und ihrer Intimität beraubt wird. Dies wird nicht nur als Minderung der Lebensqualität empfunden, sondern vermag speziell bei dementiell Erkrankten Desorientierungen hervorzurufen bzw. zu verstärken.

Wird demgegenüber gefragt, welche Erwartungen ältere Menschen an häusliche Pflege hegen, zeigt sich, dass der Wunsch nach einer festen Bezugsperson, zu der eine vertrauensvolle Bindung aufgebaut werden kann, für sie höchste Priorität hat (Schaeffer 1999; Wistow 1998). Andere wichtige Qualitätskriterien sind personelle Kontinuität, ein möglichst kleiner und überschaubarer Kreis an Helfern, Verlässlichkeit und Transparenz bzw. Gleichförmigkeit, womit vor allem auf die Zeitorganisation angespielt wird (ebd. Perschke-Hartmann 2000). Freundlichkeit und Einfühlungsvermögen sind weitere wichtige Wünsche älterer Nutzer, ebenso Verständnis für die Situation des Pflegebedürftigen und vor allem: Zeit. „Flitz und Spritz“, „Schrubben“, „Grobheit“, „Flüchtigkeit“, und andere Begleiterscheinungen von Zeitmangel werden nicht nur als qualitätsmindernd, sondern als kränkend erlebt. Das gilt auch, wenn die zumeist knappe vorhandene Zeit ihnen nicht wirklich gewidmet wird, sondern der Abarbeitung zu erbringender Pflegeleistungen und deren Dokumentation dient. Kompetenz und Expertise sind weitere Nutzerwünsche, rangieren aber hinter den genannten Bedürfnissen und Qualitätskriterien und beziehen sich weniger auf fachliches Know-how, als vielmehr ebenfalls auf den Umgang mit dem Pflegebedürftigen. Dies zeigt, dass die Realisierung einer aus Nutzersicht qualitativ hochwertigen ambulanten Pflege noch mit zahlreichen Entwicklungs Herausforderungen verbunden ist und insbesondere auf der Ebene der Arbeitsorganisation und Leistungserbringung noch Wünsche offen lässt.

Als ein ebenfalls nicht in seiner Bedeutung zu unterschätzendes Problem erweist sich, dass ambulante Pflege als familienergänzende Leistung konzipiert ist. Gemeint ist, dass sie nicht als Substitut fungieren kann, sondern auf die Leistungen der Familie und des sozialen Netzes angewiesen ist. Vor allem für die häusliche Versorgung alleinlebender alter Menschen wirft dies kaum lösbare Schwierigkeiten auf. Um sie versorgen zu können, ist u. a. Netzwerkarbeit eine unumgängliche Voraussetzung. Gerade bei alten Menschen stehen nicht immer problemlos Hilferessourcen zur Verfügung: Oft ist das informelle Hilfe Potenzial im Lauf der Zeit ausgedünnt; existente Hilfebeziehungen haben nur bedingt tragfähigen Charakter oder sind, wenn schließlich Pflegedienste hinzugezogen werden, bereits durch Erschöpfung gekennzeichnet. Der Aufbau funktionsfähiger, die Arbeit der Pflege ergänzender Hilfenetze ist daher mit hohem Organisationsaufwand und Zeit verbunden, für die in der Regel keinerlei Ressourcen zur Verfügung stehen. Hinzu kommt, dass die Pflege bei Alleinlebenden oft eine der wenigen Unterbrechungen während eines langen, in weitgehender sozialer Isolation und auf sich selbst gestellt verbrachten Tages ist. Zeitmangel wirkt sich bei ihnen besonders ungünstig aus,

weil wichtige menschliche Grundbedürfnisse, die über Kompensation und Hilfe bei körperbezogenen Selbstversorgungseinbußen hinausgehen, nicht befriedigt werden können. Bei diesen Patienten sind daher vermehrt problematische Versorgungs- und Pflegesituationen zu finden, die unter den gegebenen zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen nicht zufrieden stellend lösbar sind.

Ein großer Teil notwendiger Hilfeleistungen im Fall von Pflegebedürftigkeit wird seit jeher von Angehörigen erbracht. Mit Einführung der Pflegeversicherung wird der Beitrag pflegender Angehöriger erstmals gewürdigt und ihnen die Möglichkeit finanzieller Entschädigung geboten. Der große Zuspruch der Inanspruchnahme von Geldleistungen und Kombinationsleistungen zeigt, dass mit der Aufwertung der Angehörigenpflege zugleich wichtige Bedürfnisse von Pflegebedürftigen getroffen werden (Blinkert & Klie 1999; Runde et al. 1996). Er macht auch sichtbar, wie außerordentlich groß die familiäre Pflegebereitschaft und auch die in Familien verfügbaren Solidarpotenziale sind. Dies korreliert mit den Ergebnissen familiensoziologischer Untersuchungen. Auch sie verweisen darauf, dass Familien eine große Flexibilität und Anpassungsfähigkeit im Hinblick auf Beeinträchtigungen ihrer Mitglieder besitzen und sie bei dem Eintritt von Gesundheitsrisiken – und so auch von Pflegebedürftigkeit – ihre Unterstützungsleistungen enorm ausweiten können (Vincent 1966; Gerhardt & Friedrich 1982; Gerhardt 1999).

Auf der anderen Seite zeigen sich Grenzen, weil Familien dazu tendieren, ihre adaptive Kompetenz zu überlasten. Daher können die Hilfeleistungen auf Dauer an einen Punkt gelangen, an dem sie auseinander brechen und dysfunktionale Mechanismen um sich greifen können. Langandauernde Beanspruchung – wie Pflegebedürftigkeit und chronische Krankheit – stellt Familien zudem vor Zerreißproben (Gerhardt 1986) und geht mit einer Vielzahl von Überlastungsgefahren einher. Auch im Bereich der häuslichen Pflege sind dies vertraute Erscheinungen: gerade bei langwierigen Pflegeverhältnissen sind Überforderungen und Überstrapazierungen keine Seltenheit (Blom & Duijnste 1999; Görres 1993; Boeger & Pickartz 1998). Ganz in diesem Sinn berichten vorliegende Studien, dass pflegende Angehörige oft bis zur völligen Erschöpfung pflegen, sie dazu neigen, ihr Belastungspotenzial zu überschätzen und zu lange zögern, bis sie Entlastung suchen und professionelle Hilfe hinzuziehen (exemplarisch Uhlein & Evers 1999). Die Einschaltung professioneller Pflege wird u.a. dadurch behindert, dass sie zum Teil als Versagen erlebt wird. Auch die durch eine Inanspruchnahme professioneller Pflege drohende Minderung des Familieneinkommens stellt ein nicht unbedeutendes Hindernis für die Hinzuziehung professioneller Hilfe dar (ebenda).

Für ältere Pflegebedürftige entstehen dadurch nicht eben selten schwierige Pflegesituationen, gekennzeichnet durch Unterversorgung und mangelnde Pflegequalität. Nicht unerwähnt bleiben sollte, dass auch für die professionelle Pflege aus der späten und meist zu späten Hinzuziehung negative Konsequenzen erwachsen: in der Regel wird sie

in Krisensituationen eingeschaltet, muss dann zunächst „Feuerwehrfunktion“ wahrnehmen und ist in ihren Handlungsmöglichkeiten beschränkt. Angesichts dieser Situation ist wichtig, über einen Abbau von Blockaden nachzudenken, die Angehörige hindern, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen und sich rechtzeitig Entlastung zu verschaffen. Nicht minder wichtig ist, eine frühzeitigere Hinzuziehung der Pflegedienste zu ermöglichen und sie darin zu unterstützen, ihr Angebot stärker auf die Situation häuslicher Familienpflege auszurichten.

Zur Verbesserung der Kooperation professioneller Pflege mit pflegenden Angehörigen wurden im Pflegeversicherungsgesetz Anreize gesetzt, deren adäquate Umsetzung noch aussteht. So ist der ambulante Pflegealltag derzeit dadurch gekennzeichnet, dass statt Zusammenarbeit eher wechselseitig kooperationshinderliche Kontrollambitionen entstehen können. Beispielsweise erleben Angehörige die gemäß § 37 SGB XI durchgeführten Besuche professioneller Pflege weniger als Unterstützung, sondern mehr als Kontrolle und Einmischung in ihre Privatsphäre (Emmrich & Schnepf 1998). Seitens der Pflege wiederum werden die Angehörigen tendenziell als „Störfaktor“ empfunden. Praxisberichten zufolge verstehen sich Angehörige seit der marktförmigen Umgestaltung und Stärkung ihrer Position ihrerseits vermehrt als Kontrollinstanz: im Interesse des Gepflegten überprüfen sie erbrachte Leistungen der Pflegedienste und greifen direkt in das Pflegegeschehen ein. Wechselseitige Kontrollbestrebungen dieser und anderer Art wirken sich nicht nur negativ auf die Beziehungsdynamik aus, sondern verhindern auch eine konstruktiv und unterstützend angelegte Zusammenarbeit.

Ein Großteil älterer Menschen weist multifunktionale Beeinträchtigungen und damit korrespondierend mehrschichtigen Versorgungs- und Pflegebedarf auf. Ergänzend zur Pflege benötigen sie eine Reihe zusätzlicher, aufeinander abgestimmter Hilfen und Versorgungsleistungen. Obwohl die Forderung nach kooperativen multiprofessionellen Versorgungskonzepten und nach Versorgungsintegration seit Jahren auf der Tagesordnung steht, ist der Versorgungsalltag im ambulanten Sektor von der Realisierung dessen noch weit entfernt. Eine ineinander greifende Kooperation und Leistungserbringung und die Herstellung einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung stranden in der ambulanten Versorgung an der hier besonders ausgeprägten Fragmentierung und Zersplitterung der Dienste. Zur Behebung der Desintegration wurde in den vergangenen Jahren viel Innovatives erprobt. Dabei reicht das Spektrum von Überleitungsmaßnahmen zur Sicherung des Transfers in die ambulante Pflege, über Koordinations- und Beratungsstellen, Vernetzungsmodellen bis hin zu „care companies“, also pflegerischen Versorgungsverbundsystemen etc. (dazu Schaeffer 1998a). Die mit ihnen gesammelten Erfahrungen deuten an, dass es möglich ist, eingefahrene Kooperationsroutinen zu verändern. Sie zeigen jedoch auch, dass die meisten der Integrationsbemühungen noch zu sehr auf monoprofessionelle Maßnahmen begrenzt sind. Vorrangig setzen sie zudem auf Strukturweiterung,

die erneut zu mehr Quantität, aber nicht zwingend zu mehr Qualität führt. Probleme ergeben sich auch daraus, dass sich die Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit als schwieriger erweist als vermutet (Garms-Homolová & Schaeffer 1998). Wie Versorgungsverläufe alter Menschen zeigen, sind die daraus erwachsenden Folgen für die Patienten weit reichend: Kooperations- und Abstimmungsdefizite ziehen Diskontinuitäten, Brüche und mitunter auch Versorgungslücken nach sich. Exemplarisch zeigt dies, dass es auch zukünftig weiterer Anstrengungen bedarf, um alten Menschen eine integrierte und kontinuierliche Versorgung zu ermöglichen, und dass dies ohne Bereitstellung entsprechender zeitlicher und finanzieller Ressourcen und Spielräume nicht möglich sein wird.

Mit dem Pflegeversicherungsgesetz wurde die Position der Nutzer gestärkt und ist intendiert, ihre subjektiven Präferenzen verstärkt zum Kriterium der Versorgungsgestaltung zu erheben. Der innovative Gehalt dessen wird sichtbar, vergegenwärtigt man sich, dass das Versorgungswesen trotz jahrzehntelanger Anmahnung von Patientorientierung den Problemsichten seiner Nutzer, ihren Erwartungen, Wünschen und Prioritäten kaum Beachtung geschenkt hat (Badura, Hart & Schellschmidt 1999; Eichhorn 1993, Schwartz & Wismar 1998, Schaeffer 1995). Seit geraumer Zeit wird daher gefordert, die Nutzerperspektive verstärkt in die Versorgungsgestaltung einzubeziehen, die Rechte älterer Patienten umfassend zu stärken und ihnen zu einer besseren Kenntnis und Durchsetzung ihrer Rechte zu verhelfen.

Mit dem Pflegeversicherungsgesetz wurden wichtige Schritte in diese Richtung unternommen. Mit ihm wurde der Umbau des bundesdeutschen Gesundheitswesens zu einem konsumentenorientierten Gesundheitssystem eingeleitet und dem Nutzer und seinen Bedürfnissen und Prioritäten größere Bedeutung verliehen. Die Umsetzung dessen befindet sich erst im Anfangsstadium und stellt sich in der Praxis schwieriger als vermutet dar. Ursächlich dafür ist einerseits, dass die Dienste auf den damit verbundenen „Paradigmenwechsel“ (der Klient als Kunde statt als Patient) nicht vorbereitet sind und dieser mit traditionellen Wertorientierungen kollidiert. Ähnliches gilt für den Paradigmenwechsel, der aus der Einführung von Marktmechanismen herrührt. Die Einbeziehung von Bedürfnis- und Nutzerorientierung kollidiert zudem mit den Routinen der Arbeitsweise und der Organisation der Dienste und damit, dass es für die Realisierung dessen an Informationen fehlt. Denn auch diesbezüglich ist eine Forschungslücke zu füllen. Untersuchungen über die Bedürfnisse und Problemsichten von Patienten, die in anderen Ländern breite Tradition haben, sind in der Bundesrepublik bislang rar (Schaeffer 1997, Schwartz & Wismar 1998). Erst seit kurzem werden Studien zur Patientenzufriedenheit durchgeführt. An Untersuchungen zu Erwartungen und Wünschen an versorgende Einrichtungen sowie zum Erleben von Versorgungsmaßnahmen fehlt es derzeit noch weitgehend.

Angesichts der Einkehr von Marktmechanismen in das Gesundheitswesen wird es – ganz besonders bei der Versorgung alter Menschen – mehr als bislang darum gehen müssen, Maßnahmen zum Verbraucherschutz zu schaffen und dafür Sorge zu tragen, dass Klienten in der für sie unüberschaubaren Versorgungslandschaft an die richtige Stelle gelangen und vor Missbrauch geschützt werden.

#### **(d) Probleme spezieller Nutzergruppen**

Aus populationsbezogener Sicht betrachtet zeigt sich, dass sich die Pflegesituation trotz der aufgezeigten Schwächen zwar insgesamt entspannt hat, für Gruppen mit speziellen Bedarfslagen oder in bestimmten Problemsituationen jedoch nach wie vor Handlungsbedarf besteht. Dazu gehört vor allem die zunehmend große Gruppe der demenziell Erkrankten und älteren Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, die der Schwerkranken und -pflegebedürftigen, der Sterbenden und der Migranten. Auf ihre Situation wird daher nachfolgend besonders eingegangen.

#### **Psychisch erkrankte Ältere**

Besondere Aufmerksamkeit verdient die häusliche Versorgung alter Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die sich genau betrachtet in zwei unterschiedliche Nutzergruppen mit voneinander abweichenden Problemprofilen unterteilen lässt: a) in die Gruppe der nunmehr alternden Bevölkerungsgruppe mit bereits lang andauernden chronischen psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen und b) in die Gruppe der Nutzer, bei denen erst im Alter psychische Erkrankungen auftreten, wie z. B. Depressionen und Demenzen. Speziell die zuletzt genannte Gruppe gewinnt zusehends an Relevanz (vgl. Kapitel 3.1.3) und auch für die ambulante Pflege an Bedeutung.

Das Problemprofil der ersten Gruppe ist vor allem dadurch charakterisiert, dass es sich hier um Patienten handelt, die schon über lange Zeitspannen mit einer psychischen Erkrankung leben und nunmehr mit ihr altern. Oftmals blicken sie auf eine lange Behandlungs- und Versorgungskarriere und langjährige Hospitalisierungserfahrungen zurück. Durch die seit Ende der 70er-Jahre erfolgten Enthospitalisierungsbestrebungen, die in den letzten Jahren mit dem Kapazitätsabbau in den psychiatrischen Kliniken einen spürbaren Aufschwung erfahren hatten, werden psychisch Kranke vermehrt außerstationär versorgt. Ihre Betreuung geht mit speziellen Anforderungen an die Pflege einher. Sie beginnen bereits bei der pflegerischen Überleitung langjährig hospitalisierter Patienten, müssen doch die sich oft in höherem Lebensalter befindlichen Erkrankten zunächst erst befähigt werden, „außerhalb der Klinik zu leben“ (Kunze & Kaltenbach 1994: 29) und entsprechend sozialisiert werden. Herausforderungen bestehen außerdem darin, die durch die stationäre Versorgung gewonnene Alltagsstrukturierung aufrecht zu erhalten und mit der neuen Umgebung und Lebensweise in Einklang zu bringen, stützende und autonomieförderliche soziale Bezüge aufzubauen sowie begleitende Hilfen zur eigenverantwortlichen Bewältigung des Alltags zur

Verfügung zu stellen. Wenn dies gelingt, kann die Gefahr der Dekompensation und damit zumeist ein erneuter stationärer Aufenthalt abgewendet werden.

Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um zu Hause lebende alte Menschen, die mit zunehmendem Alter oft schleichend in psychische Störungen „abrutschen“: Der langsame, für das soziale Umfeld zunächst kaum merkbare Verlauf hat zur Folge, dass sie – wie in der Literatur betont wird – oftmals nicht frühzeitig genug von der professionellen Versorgung erreicht werden. In der Regel sind daher bereits schwierige Problemmkumulationen vorfindbar, wenn der Zugang zur professionellen Versorgung geebnet ist. Der Ausbau niedrigschwelliger Beratungsangebote und die Verbesserung der Frühdiagnostik sind daher nach wie vor dringende Herausforderungen, die auch für die pflegerische Versorgung von Bedeutung sind. Denn anders als bei der o. g. Gruppe besteht die Aufgabe der Pflege hier darin, die mit der Erkrankung sukzessiv um sich greifende Destrukturierung (des Alltagslebens, im sozialen Gefüge, Wohnumfeld etc.) einzudämmen, zu korrigieren und durch Resozialisierung – Wiederanknüpfen an gewohnte Lebensrhythmisierungen und Wiederherstellung normalitätssichernder Alltagsstrukturierung – sowie durch präventiv angelegte Maßnahmen dazu beizutragen, das Voranschreiten der Krankheit zu verhindern bzw. den Verlauf zu verlangsamen und eine unabhängige Lebensführung so lange und so weit wie möglich aufrecht zu erhalten.

Grundsätzlich unterscheidet sich die Pflege psychisch Erkrankter wesentlich von der Pflege somatisch Erkrankter. Während bei letzteren manuelle Pflegeleistungen und körperlich orientierte Maßnahmen im Vordergrund stehen, spielen diese Maßnahmen bei Menschen mit psychischen Störungen eine eher untergeordnete Rolle. Im Vordergrund stehen hier soziotherapeutisch ausgerichtete und edukative bzw. sozialisierende Aufgaben (Peplau 1997): die gezielte Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, die soziale Unterstützung, Maßnahmen zur sozialen Einbindung und Integration, um der diesen Krankheiten innewohnenden Tendenz zur sozialen Isolation zu begegnen, die Hilfe und Anleitung bei der (Wieder-) Herstellung einer sinnvollen Tages- und Alltagsstrukturierung, Aufbau hinreichend stützender Systeme, Krisenintervention etc. (s. auch Kapitel 3.2.3).

Abgesehen von diesen unmittelbar auf den Patienten bezogenen Aufgaben kommt der Unterstützung der Angehörigen in der ambulanten psychiatrischen Pflege hohe Bedeutung zu. Sie übernehmen einen Großteil der erforderlichen Betreuungs- und Pflegeleistungen, geraten dabei jedoch ohne professionelle Begleitung leicht an die Grenze der Überforderung. Überlastungserscheinungen pflegender Angehöriger psychisch Erkrankter sind daher keine Seltenheit.

Obwohl über die Bedeutung und die Aufgabenstellungen ambulanter psychiatrischer Pflege weitgehend Konsens herrscht, stellt sich der Versorgungsalltag eher defizitär dar. Nach wie vor mangelt es an hinreichenden, dem besonderen Bedarf und Bedürfnissen dieser Bevölkerungs-

gruppe entsprechenden infrastrukturellen, konzeptionellen und qualifikatorischen Voraussetzungen in der ambulanten Versorgung. Zwar erfolgten zahlreiche Anstrengungen, um das Versorgungswesen und insbesondere die ambulante Pflege an diese Patientengruppe anzupassen. So wurden u. a. diverse Modellprogramme aufgelegt und durchgeführt mit dem Ziel, die ambulante Versorgung zu erweitern und durch den Einsatz psychiatrischer Fachkrankenpflege und die Ausbildung entsprechender Expertisen auf diese Herausforderung auszurichten. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass durch psychiatrisch qualifizierte Krankenpflege ein wirksamer Beitrag zur Sicherstellung einer außerstationären Versorgung und zur Vermeidung stationärer Unterbringung geleistet werden kann (Poerksen 1999). Ebenso konnte demonstriert werden, dass die außerstationäre Versorgung eine kostengünstige Form der Hilfe darstellt, mit der sowohl sekundär- wie tertiärpräventive Effekte erzielt und die Lebensqualität der Erkrankten verbessert werden kann. Dennoch ist es bislang nicht gelungen, flächendeckend ein entsprechendes pflegerisches Angebot zu etablieren. Die derzeitige Versorgungssituation psychisch Erkrankter ist vielmehr dadurch gekennzeichnet, dass sich auf der einen Seite in den vergangenen Jahren in der Psychiatrie spezialisierte ambulante Dienste etabliert haben, die jedoch die psychisch kranken Alten kaum erreichen (Helmchen et al. 1996: 57). Zudem sind die Dienste bundesweit betrachtet auf wenige, in der Regel städtische Regionen begrenzt. Auf der anderen Seite existiert ein flächendeckendes Netz an ambulanten Pflegediensten, die wiederum für die psychiatrische Versorgung eine eher marginale Rolle spielen. Ältere Menschen mit psychischen Störungen stehen somit in Gefahr, im ambulanten Sektor in eine Versorgungslücke zu fallen.

Hier eine Veränderung herbeizuführen, ist eine dringliche Aufgabe. Sie schließt die Überwindung der Fragmentierung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung und die Schaffung eines flächendeckenden fachpflegerischen Leistungsangebots ein. Aus diesem Grunde scheint es sinnvoll, die ambulanten Pflegedienste entsprechend auszubauen und zu qualifizieren. Für eine stärkere Integration pflegerischer Leistungsangebote mit somatischem bzw. psychiatrischem Schwerpunkt spricht auch, dass Pflegebedürftige ansonsten ggf. mehrere Dienste in Anspruch nehmen müssten, um ihren Bedarf abdecken zu können. Diese sich für andere Nutzergruppen bereits abzeichnende Situation (siehe Schwerkrankenpflege) geht zulasten der Versorgungsqualität und birgt bei Menschen mit psychischen Störungen eine besondere Gefahr in sich: mehr als andere Patientengruppen sind sie auf personelle Kontinuität angewiesen. Wechsel der Betreuungspersonen und intransparente Arbeitsteilung führen leicht zu Abwehr, Misstrauen, vermögen die Krankheitssituation zu verschärfen und Krisen zu provozieren, die eine Destabilisierung der Voraussetzungen für ein Leben außerhalb stationärer Einrichtungen zur Folge haben.

### **Schwerkranke**

Schwerkranke spielen im ambulanten Pflegealltag rein quantitativ betrachtet bislang eine eher randständige

Rolle – ein Faktum, das angesichts der Tatsache, dass Deutschland europaweit die höchste Krankenhausbetten-dichte und Krankenhausverweildauer hat, nicht verwundert. Ursächlich für die geringe Präsenz Schwerkranker im Klientenspektrum ambulanten Pflege ist Selbsteinschätzungen zufolge jedoch auch der Tatbestand, dass sie die Dienste vor zahlreiche Kapazitäts- und Qualifikationsprobleme stellen. Zwar existieren keine expliziten Ausschlusskriterien, ebenso wenig werden diese Patienten ausdrücklich abgelehnt, doch sehen sich ambulante Pflegedienste unter den gegebenen Rahmenbedingungen nur in geringem Umfang in der Lage, solchermaßen zeit- und pflegeintensive Patienten zu übernehmen (siehe auch MAGS 1995; Ewers & Schaeffer 1999). Charakteristisch für ihre pflegerische Versorgung ist (1) der sehr hohe, komplexe und dabei wechselhafte Pflegebedarf, der den Diensten erhebliche Flexibilität abverlangt, (2) ein hoher Interaktions- und Kommunikationsaufwand und (3) oftmals komplizierte soziale Probleme, zum Beispiel dann, wenn das soziale Umfeld durch Konflikträchtigkeit gekennzeichnet ist, Überforderungsanzeichen oder mangelnde Unterstützungsbereitschaft zeigt etc., (4) Finanzierungsprobleme, da eine ambulante Schwerkrankenpflege nur über den Weg aufwendiger Einzelfallverhandlungen sichergestellt werden kann.

Ein besonderes Problem stellt die häusliche Versorgung von Patienten mit technikintensivem Pflegebedarf dar, von Patienten also, die beispielsweise Infusionen, parenterale Ernährung oder künstliche Beatmung benötigen (Ewers 1999; Schaeffer 1999). Obschon in den vergangenen Jahren durch pharmakotherapeutische und technologische Innovationen eine ganze Reihe neuer Versorgungsoptionen im ambulanten Sektor eröffnet wurden, erklären sich nur wenige Pflegedienste bereit, Patienten mit einem derartigen Pflegebedarf ambulant zu versorgen – sei es aus haftungsrechtlichen Gründen, oder aber weil ihnen die nötige Expertise fehlt. Zur Schließung dieser Versorgungslücke engagieren sich seit kurzem vermehrt Pharmaunternehmen oder Medizinproduktehersteller im ambulanten Pflegebereich. Sie stellen pflegerisches und medizinisches Personal für die Beratung von Ärzten, Pflegediensten und Patienten ein oder gründen eigene Pflegedienste. Das pflegerische Dienstleistungsangebot dieser Anbieter ist allerdings auf produktnahe Pflegeleistungen und Koordinations- bzw. Vermittlungsleistungen beschränkt. Für die Erkrankten bedeutet dies, dass sie keineswegs sicher sein können, alle für eine bedarfsgerechte häusliche Pflege erforderlichen Leistungen aus einer Hand zu erhalten und so gegebenenfalls mehrere Pflegedienste nutzen bzw. auf stationäre Versorgungsangebote zurückgreifen müssen.

### **Sterbende**

In den vergangenen Jahren erfolgten zahlreiche Anstrengungen, die Situation Sterbender zu verbessern und auch in der letzten Lebensphase einen Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Der Erfolg dieser Bemühungen war bislang beschränkt: ein Großteil der bundesdeutschen Bevölkerung beendet sein Leben nach wie vor in stationären Einrichtungen. Das hat seine Ursa-

che u. a. darin, dass Konzepte einer ambulanten palliativen Pflege und Versorgung – wie sie im Ausland (z. B. USA, Kanada, Australien, Großbritannien,) unter den Bezeichnungen „Hospice Care“ und „Palliative Care“ firmieren (vgl. hierzu Corless, Germino & Pittman 1994; Faull, Carter & Woolf 1998; Saunders & Kastenbaum 1997) – hierzulande in der ambulanten Pflege noch nicht hinreichend verbreitet sind. Es fehlt einerseits an einem entsprechenden flächendeckenden Angebot, andererseits an Expertise. Im Hinblick auf basale Kenntnisse der Palliativpflege und -versorgung und psycho-soziale Begleitung Sterbender sowie spezielle Fachkompetenzen hinkt die deutsche ambulante Pflege internationalen Entwicklungen hinterher.

Mehr noch als in vielen anderen Bereichen der Pflege ist bei der Betreuung Sterbender die Unterstützung der Angehörigen von eminenter Wichtigkeit: sie übernehmen auch hier weite Teile der Betreuungsleistungen, sind zugleich aber mit besonderen Herausforderungen und eigenen Bewältigungsprozessen konfrontiert (u.a. mit der Verarbeitung der Veränderungen, die das Sterben des anderen auch in ihrem Leben auslöst, erster Trauer angesichts des drohenden Verlustes etc.). Im Rahmen der Betreuung Sterbender stellt Angehörigenunterstützung daher eine überaus wichtige und facettenreiche Aufgabe dar. Dass es im Pflegealltag schwer fällt, sie angemessen zu bewältigen, darf nicht erstaunen, denn die Pflege ist hier mit einer Aufgabenstellung konfrontiert, die sie – trotz gesetzlicher Festschreibung – auf der Basis der ihr zur Verfügung stehenden Kompetenz nicht abzudecken vermag. Nicht zuletzt fehlt es an hinreichenden pflegewissenschaftlich gestützten Konzepten und auch an entsprechenden finanziellen, rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Erbringung einer problemadäquaten ambulanten Palliativ- und Hospizpflege.

### **Migranten**

Eine qualitative Weiterentwicklung des pflegerischen Versorgungsangebots muss auch den Belangen von Migranten vermehrt Beachtung schenken. Derzeit ist die Nachfrage von älteren Migranten nach pflegerischen Leistungen aufgrund der spezifischen Altersstruktur dieser Bevölkerungsgruppe, mit einem derzeit im Vergleich zur übrigen Wohnbevölkerung noch geringen Anteil an über 60-jährigen und insbesondere an hochbetagten alten Menschen – noch gering. Ein weiterer Grund, der zur eher verhaltenen Inanspruchnahme von Pflegeleistungen beiträgt, besteht in den in diesen Bevölkerungsgruppen vorhandenen hohen familialen Solidarpotenzialen. Auf der einen Seite besteht bei vielen Migrantengruppen der ausgeprägte Wunsch, innerhalb der Familie gepflegt zu werden, womit auf der anderen Seite eine überdurchschnittlich hohe Pflegebereitschaft der Angehörigen, insbesondere der Frauen, zu korrespondieren scheint. Verstärkt wird sie dadurch, dass die Einkommenssituation von Migranten schlechter als die der deutschen Bevölkerung ist. Dies trägt dazu bei, dass pflegebedürftige Migranten Geldleistungen der Pflegeversicherung den Vorzug vor Sachleistungen geben und auf familiäre Unterstützung gesetzt wird.

Diese Situation dürfte sich in Zukunft verändern. Nicht nur aufgrund sich wandelnder demographischer Strukturen, sondern auch, weil die von alten Migranten bislang nutzbaren familialen Solidar- und Unterstützungspotenziale vermutlich nicht mehr im heutigen Umfang zur Verfügung stehen werden, ist mit einem Anstieg des Bedarfs an professioneller Hilfe zu rechnen. So deutet sich an, dass der Wunsch älterer Migranten nach familialer Unterstützung im Fall von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in den nachfolgenden Generationen bedingt durch veränderte soziale Normen, Lebensstile und Lebensentwürfe auf Grenzen stößt. Schon heute geht in den jüngeren Migrantengenerationen die Pflegebereitschaft zumindest in Teilpopulationen innerhalb einiger Ethnien zurück (Wingefeld 1998 u. 1999).

Zugleich bestehen für ältere Migranten Barrieren im Zugang zu pflegerischen Leistungsangeboten. Sie dürften ebenfalls zur eher geringen Nachfrage beitragen und stehen außerdem einer adäquaten Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe entgegen. Barrieren stellen vor allem soziale Verständigungsprobleme dar, ebenso unzureichende Information und Informationsmöglichkeit über Versicherungsansprüche, Finanzierungsfragen und das Versorgungsangebot. Ferner wirken Leistungskonturierungen ausgrenzend, die nicht mit den kulturellen und sozialen Wertvorstellungen, Lebensstilen und Bedürfnissen der Migrantengruppen übereinstimmen. Speziell da, wo diese Barrieren vereint auftreten, bestehen kaum überwindliche Hürden bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfen.

Selbst wenn die Zugangsbarrieren überwunden sind, eröffnen sich weitere Herausforderungen bei der Nutzung ambulanten Pflege. Die Pflegekräfte begegnen bei Migranten Umgangsformen, Interaktionsweisen, Lebensgewohnheiten und Krankheits- und Pflegeverständnissen, die ihnen vielfach unvertraut sind und mitunter in Konflikt mit dem professionellen Selbstverständnis und eigenen Norm- und Wertvorstellungen stehen. Hinzu kommt, dass ihnen ein Maß an Sensibilität, Flexibilität und Kommunikationsbereitschaft abverlangt wird, das mit den gegebenen Handlungsspielräumen ambulanten Pflege kollidieren kann.

Das Versorgungssystem ist auf diese Probleme bislang nicht hinreichend ausgerichtet. Um ihnen gerecht zu werden, sind verstärkte Bemühungen zur Erleichterung des Zugangs zu Leistungsangeboten, zur Anpassung bestehender Angebote an die besonderen Belange und Bedarfssituationen von älteren Migranten und auch an den künftig zunehmenden Bedarf an professioneller Hilfe und Pflege dieser Bevölkerungsgruppen erforderlich.

### (e) Fazit

Die ambulante Pflege hat in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Geht es heute um die Versorgung zu Hause lebender und in ihren Selbstversorgungsressourcen und -potenzialen eingeschränkte alte Menschen, nimmt sie eine wichtige Schlüsselrolle ein. In Widerspruch hierzu stehen die in den zurückliegenden Ausführungen aufgezeigten Schwächen und nach wie vor

existierenden Modernisierungs- und Reformherausforderungen in diesem Sektor. Sie sind Resultat der geringen Aufmerksamkeit, die der Pflege im Allgemeinen und der ambulanten Pflege im Besonderen lange Zeit zuteil wurde. Nach wie vor wird der Pflege hierzulande eine tendenziell nachrangige Position im Gesundheitswesen zugewiesen: Sie wird zumeist erst dann hinzugezogen, wenn zuvor alle Möglichkeiten der Prävention, Kuration und Rehabilitation ausgeschöpft sind, womit ihre Potenziale und Querschnittsfunktionen weitgehend ungenutzt bleiben. Als „caring profession“ ist die Pflege eine in Deutschland noch kaum hinlänglich berücksichtigte Ressource. Dies zeigt sich insbesondere, wenn es um eine altersgerechte häusliche Versorgung geht, die zur Aufrechterhaltung sozialer Integration und Lebensqualität beizutragen beansprucht.

Obwohl mit dem Pflegeversicherungsgesetz beabsichtigt wurde, hier Veränderungen herbeizuführen und einen Innovationsschub anzustoßen, kann heute – ein halbes Jahrzehnt nach Einführung dieses neuen Leistungsgesetzes – konstatiert werden, dass erwartungsgemäß nur ein Teil der Probleme gelöst werden konnte. So hat sich die Lage dauerhaft pflegebedürftiger alter Menschen zwar insgesamt entspannt, aber viele Leitbilder der Reform harren noch der Umsetzung in der Praxis. Die Frage, ob die ambulante Pflege ihre Praxis weiterhin verändern muss, ist somit längst beantwortet. Zu klären ist derzeit vielmehr, wie sie sie künftig verändern wird, um den auch künftig wachsenden Herausforderungen in diesem Versorgungsbereich gerecht werden zu können (WHO 1995: 7). Die wichtigsten Anpassungsherausforderungen seien abschließend noch einmal benannt:

- Es ist erforderlich, den Paradigmenwechsel von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung in der ambulanten Pflege nachzuvollziehen und zu realisieren. Ganz in diesem Sinn ist künftig der Vorrang von präventiven und gesundheitsförderlichen Pflege- und Versorgungskonzepten vor solchen, die ausschließlich betreuenden und verwahrenden Charakter haben, nicht nur zum Programm zu erheben, sondern auch mit Leben zu erfüllen. Anreizstrukturen und Rahmenbedingungen sind so zu gestalten, dass sie diesen Paradigmenwechsel unterstützen und ihm nicht – wie bislang zu beobachten – eher zuwiderlaufen. Zugleich ist es notwendig, vorhandene gesundheitliche und soziale Potenziale älterer Menschen im Versorgungsalltag stärker in den Blick zu nehmen und in die Planung und Gestaltung pflegerischer Leistungen einzubeziehen, um dem Fortschreiten gesundheitlicher oder sozialer Beeinträchtigungen entgegenzuwirken, Abhängigkeitstendenzen zu vermeiden und – falls möglich – auf diese Weise auch zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands älterer Menschen beizutragen.
- Unabdingbar ist außerdem eine Erweiterung der eng gesteckten Grenzen pflegerischen Handelns. Die Realisierung einer angemessenen Pflege älterer Menschen, verlangt – wie die zurückliegenden Ausführungen angedeutet haben – mehr als herkömmliche

„handwerkliche Pflege“ und körperbezogene Maßnahmen. Sie umfasst außerdem kommunikative und edukative Aufgaben (wie Unterstützung, Anleitung, Schulung und Beratung des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen), ebenso präventive und rehabilitative Maßnahmen und auch solche, wie sie mit dem englischen Begriff „care“ angesprochen sind (Morse et al. 1990). Dabei steht weniger die protektive und sorgende Funktion der Pflege im Vordergrund, als vielmehr ihre Bedeutung für die Versorgungsgestaltung und die Sicherung von Versorgungsintegration und -kontinuität. Die Umsetzung dessen setzt allerdings voraus, Aufgabenspektrum und -zuschnitt der Pflege zu überdenken, ja zu erweitern und bedingt auf struktureller Ebene, die notwendigen Spielräume und Bedingungen für eine entsprechende Ausdehnung der Kompetenzgrenzen herzustellen.

- Nicht minder wichtig sind Maßnahmen zur Verbesserung der Qualifikationssituation. Parallel zum Bedeutungsgewinn der ambulanten Pflege sind die an sie gestellten Anforderungen kontinuierlich gestiegen und haben sich zugleich gewandelt. Ambulante Pflege erfordert heute ein hohes Maß an spezialisierten pflegerischen Kompetenzen, für die andernorts auf hohem akademischem Niveau ausgebildet wird. Mit dieser Entwicklung haben die Qualifikationsprofile in den Pflegeberufen hierzulande nicht Schritt gehalten. So findet die ambulante Pflege in den bestehenden Ausbildungen – sei es auf beruflicher wie auf akademischer Ebene – nicht die ihr gebührende Aufmerksamkeit – eine Kritik, die auch für die gegenwärtigen Reformbemühungen der Pflegeausbildung gilt. Auch dem Modernisierungsrückstand, Aufgabenwandel und Bedarf an klinischen (d. h. gerontologischen, intensivpflegerischen, psychiatrischen, palliativen etc.) Spezialkompetenzen wird auf qualifikatorischer Ebene nicht hinreichend Rechnung getragen. Ohne hier eine Korrektur einzuleiten, kann eine qualitativ hochwertige ambulante pflegerische Versorgung auch zukünftig nicht gelingen.
  - Erforderlich ist darüber hinaus eine Modernisierung des Leistungsprofils und eine qualitative Ausdifferenzierung des Leistungsangebots ambulanter Pflegedienste. Nach wie vor ist das Angebot der ambulanten Pflege zu eng und wenig problemadäquat konturiert, weshalb die häusliche Versorgung vieler Patientengruppen nach wie vor auf Grenzen stößt. Über eine Ausweitung des Leistungsangebots sind darüber hinaus Modellversuche notwendig, um die im Gefolge der Umstrukturierungen des Gesundheitswesens in der ambulanten Pflege entstehenden neuen Aufgabenstellungen in klare Arbeitskonzepte umzusetzen.
  - Auch die Realisierung von Versorgungsintegration und -kontinuität sowie die Verbesserung der Kooperation bedarf weiterer Aufmerksamkeit. Stabile Kooperationsstrukturen und Bemühungen um ein Ineinandergreifen der Leistungen unterschiedlicher Organisationen und Professionen sind zentrale Voraussetzungen. Sie stoßen in der Praxis indes auf Probleme, insbesondere auf professionelle Hürden. Vor allem die professionsübergreifende Kooperation bedarf in Zukunft weiterer Verbesserungen. Ähnliches gilt für die Versuche zur organisatorischen Vernetzung und zur Schaffung integrierter Versorgungsverbünde innerhalb des ambulanten Sektors, zwischen dem ambulanten und stationären Sektor sowie zwischen der Regel- und Spezialversorgung. Bislang spielt die ambulante Pflege in diesem Zusammenhang noch keine ihrer Bedeutung angemessene Rolle.
- Des Weiteren ist eine Anpassung der Sozialversicherungssysteme an die gewandelten Anforderungen im ambulanten Bereich notwendig. Zersplitterung und Fragmentierung zu überwinden und eine aufeinander abgestimmte Finanzierung unterschiedlicher pflegerischer Leistungen „aus einer Hand“ zu realisieren, ist eine der Zukunft vorbehaltene sozial- und gesundheitspolitische Herausforderung. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob die im Zuge der Kostendämpfungspolitik mit dem SGB XI eingeführte Grundsicherung aktuellen wie künftigen gesellschaftlichen Problemlagen hinreichend gewachsen ist. Es gibt schon jetzt Anzeichen dafür, dass mit der Abkehr von dem Prinzip der Bedarfsdeckung Zugangsbarrieren und Unterversorgungen entstehen können, von denen das deutsche Sozial- und Gesundheitswesen bislang verschont geblieben ist.
  - Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Umsetzung der zuvor aufgestellten Forderungen auch eine Entspannung der Arbeitssituation der ambulanten Pflege erfordert. Bereits vor Einführung der Pflegeversicherung gehörte die ambulante Pflege nicht unbedingt zu den beliebtesten Arbeitsfeldern in der Pflege. Geringe Bezahlung, hoher Verantwortungsdruck, schlechte Arbeitsbedingungen und hohe Arbeitsbelastung führten zu einer beachtlichen Mitarbeiterfluktuation. Diese Ausgangslage wurde durch die Einführung der Pflegeversicherung und ihre als restriktiv empfundenen Finanzierungsgrundlagen offenkundig verschärft, da sich in Folge dessen eine Verdichtung der Arbeit, vollzogen hat, zusätzliche Aufgaben (Dokumentation etc.) zu bewältigen sind und zugleich weniger Zeit für die direkte Patientenbetreuung und so auch die Pflege älterer Menschen zur Verfügung steht. Zu enge finanzielle Spielräume, daraus resultierend Personal- und Zeitknappheit führen dazu, dass ökonomische Erwägungen den Vorrang vor professionellen Qualitätserwägungen haben. Diesen Fehlentwicklungen gilt es künftig verstärkt Aufmerksamkeit zu widmen und – wo möglich – aktiv entgegenzuwirken.

### 3.2.4.2 Teilstationäre pflegerische Versorgung: Tagespflege

#### (a) Tagespflege als Baustein im Versorgungssystem

Pflege und Betreuung – auch wenn sie in der Familie erbracht wird – ist nicht allein „Privatsache“; Pflegebedürftige haben (unabhängig vom Ort der Pflege) Anspruch auf Hilfen, die dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein

**Tabelle 3-7: Entwicklung der Zahl der Tagespflegeeinrichtungen**

Jahr	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Plätze
1988	54	801
1993	227	3.178
1998	1.777	[23.000]

zu sichern und besondere Belastungen des Lebens abzuwenden oder auszugleichen. Vor diesem Hintergrund besteht für alle Fachleute Einigkeit darüber, dass ein noch differenzierteres Leistungsangebot erreicht werden muss, das über die bisher bestehenden Versorgungsmöglichkeiten und Finanzierungsmöglichkeiten hinaus für Pflegebedürftige wie für die Pflegenden Entlastungsmöglichkeiten bietet. Es ist unumstritten, dass auch pflegende Angehörige einmal Urlaub benötigen und in dieser Zeit ihre zu pflegenden Personen gut versorgt wissen wollen; hierfür gibt es im SGB XI das Angebot der häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI) sowie das Angebot der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Ebenso müssen Angehörige entlastet werden können, indem sie, die oft 24 Stunden für ihre pflegebedürftigen Partner, Eltern, Schwiegereltern, Großeltern und andere Personen zur Verfügung stehen, für einen Teil des Tages die Verantwortung auf andere Schultern übertragen können. Sie sind ja in der Regel bereit, ihre Angehörigen (mit-) zu versorgen, brauchen aber für mehrere Stunden des Tages Entlastung, die durch einen ambulanten Dienst nicht geleistet werden kann. Hierzu besteht nach dem SGB XI die Möglichkeit der Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI).

Tagespflege ist die teilstationäre Pflege und Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung durch qualifiziertes Personal während des Tages an einigen oder allen Wochentagen. Dabei wird vorausgesetzt, dass einerseits die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, andererseits die Betreuung und Versorgung in der eigenen Häuslichkeit während der Nacht, am Morgen und Abend und gegebenenfalls am Wochenende sichergestellt sind.

Ziele der Tagespflege sind:

- Aufrechterhaltung der relativen Selbstständigkeit pflegebedürftiger alter Menschen in der eigenen Häuslichkeit – auch zur Entlastung der Angehörigen;
- aktivierende Pflege und soziale Betreuung und Möglichkeiten der Kommunikation, teilweise auch Rehabilitation alter Menschen durch entsprechende pflegerische und medizinisch-therapeutische Angebote sowie durch soziale Beratung und Betreuung;
- bis zum 31. Dezember 2001 die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Zu dem Angebot gehören darüber hinaus Mahlzeiten und ein Fahrdienst.

Tagespflege bildet sozusagen das Zwischenglied zwischen häuslicher Pflege (z.T. ergänzt durch ambulante Dienste) und der „Vollversorgung“ im Heim. Die beson-

dere Bedeutung dieses Angebotes liegt darin, dass die eigene Wohnung und die vertraute Umgebung einschließlich der gewachsenen sozialen Beziehungen aufrechterhalten werden kann und parallel dazu die notwendige Pflege- und Betreuungsleistungen von geeigneten Personen in geeigneten Einrichtungen aufrechterhalten werden.

Die im Pflegeversicherungsgesetz ebenfalls genannte Nachtpflege ist quantitativ noch völlig unbedeutend. Erste zaghafte Versuche zur Umsetzung von Konzeptionen zur Nachtpflege sind bisher bis auf eine Ausnahme (Kuratorium Deutsche Altershilfe 1999) nicht ausreichend dokumentiert.

#### **(b) Quantitative Entwicklung des Angebotes**

Ausgehend von Erfahrungen in England sind vor mehr als 20 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland erste Tagespflegeeinrichtungen gegründet worden. Nach einer eher zaghaften Umsetzung von Konzeptionen zur Tagespflege in den ersten Jahren nach Gründung von einigen wenigen Tagespflegeeinrichtungen ist dieses Angebot in den letzten Jahren zahlenmäßig stark angewachsen, wenn es auch in Verhältnis zur quantitativen Bedeutung der ambulanten Dienste und der stationären Einrichtungen noch ein eher marginales Angebot darstellt. Inzwischen gibt es zahlreiche Tagespflegeeinrichtungen und eine große Zahl von Planungen für neue Tagespflegeeinrichtungen (Großjohann/Rückert 1990; Kremer-Preiß 1999a; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 1997; Gennrich 2000; Winter 1999).

Die Zahlen für die Jahre 1988 und 1993 stammen aus Befragungen der Verbände und zahlreicher Träger (vorwiegend aus dem Bereich der Freien Wohlfahrtspflege). Wenn es auch eine gewisse Untererfassung bei den Befragungen gegeben haben mag, so dürfte die Größenordnung in etwa richtig sein, da es keine regelhafte bundesweite sichere Finanzierung für Tagespflege gab. Erst mit der Einbeziehung der Leistung „Tagespflege“ in das SGB XI und die parallel hierzu einsetzende Investitionsförderung der Bundesländer konnten „flächendeckend“ Tagespflegeangebote entwickelt werden. Die Zahl 1 777 für das Jahr 1998 weist die Zahl der zugelassenen Einrichtungen aus; damit ist nicht sicher, ob die Einrichtung überhaupt bereits in Betrieb gegangen ist und ob sie bereits ein konkretes Platzangebot vorhält. Die Zahl der Plätze ist Ergebnis einer Hochrechnung, die von einer durchschnittlichen Platzzahl von 13 ausgeht. Dies entspricht einem Erfahrungswert, der im Rahmen einer Untersuchung des KDA in Nordrhein-Westfalen ermittelt wurde (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 1997).

Das Angebot von Tagespflege ist noch immer nicht flächendeckend vorhanden. Einige der Gründe hierfür sind weiter oben erläutert. Nach wie vor gibt es Städte und Kreise, die noch nicht über ein Tagespflegeangebot verfügen. Dass es sich noch um ein eher marginales pflegerische Leistungsangebot handelt, belegen u. a. die folgenden Daten des AOK-Bundesverbandes.

**Tabelle 3-8: Leistungsfälle der Tages- und der – noch kaum entwickelten – Nachtpflege sowie Leistungstage vom 1. bis zum 3. Quartal 1999**

a) Leistungsfälle:

Pflegestufe	Leistungsfälle	
	abs.	in %
Stufe I	6.580	35 %
Stufe II	9.608	51 %
Stufe III	2.636	14 %
insgesamt	18.824	100 %

Quelle: Mitteilung des AOK-Bundesverbandes

b) Leistungstage:

Pflegestufe	Leistungstage		
	insgesamt	pro Fall	je Monat
Stufe I	488.113	74	8,24
Stufe II	534.880	56	6,19
Stufe III	144.450	55	6,09
insgesamt	1.167.443	62	6,89

Quelle: Mitteilung des AOK-Bundesverbandes

**(c) Tagespflege als Leistung des SGB XI**

Bei Einstufung in eine der drei Stufen der Pflegeversicherung zahlt die Pflegekasse zeitlich nicht befristet für die pflegebedingten Kosten und die soziale Betreuung. Tagespflegeeinrichtungen (TPE) sind stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne der Pflegeversicherung und durch einen Versorgungsvertrag zur Erbringung von Pflegeleistungen zugelassen (§ 71, 72 SGB XI).

Folgende Höchstbeträge stehen als Sachleistungen der Pflegekasse insgesamt<sup>23</sup> zur Verfügung:

- Pflegestufe I bis zu 750 DM/Monat,
- Pflegestufe II bis zu 1 800 DM/Monat,
- Pflegestufe III bis zu 2 800 DM/Monat

<sup>23</sup> Diese Beträge gelten für die Sachleistungen aller Bereiche, nicht nur die Tagespflege.

Die Pflegeversicherung definiert die Tagespflege als stationäre Pflegeeinrichtung, in der Pflegebedürftige unter der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft tagsüber untergebracht und gepflegt werden können (§ 71 (2) SGB XI). Pflege durch eine Tagespflegeeinrichtung dürfen die Pflegekassen weiterhin nur dann gewähren, wenn ein Versorgungsvertrag abgeschlossen ist (§72 SGB XI). Die Inhalte der Pflegeleistungen, die Bedingungen der Pflege und weitere wichtige Fragen werden in Rahmenverträgen auf Landesebene geregelt. Auf Bundesebene dagegen wurden die Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung für die Tagespflege vereinbart. Die Verträge nach § 75 (Rahmenvertrag auf Landesebene) und § 80 (Qualität und Qualitätssicherung auf Bundesebene) sind für die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen verbindlich.

**(d) Zielgruppen der Tagespflege**

Die Kombination von Leistungen der Angehörigen, ambulanten Diensten und der Tagespflege ist sicherlich nicht für alle pflegebedürftigen Personen geeignet. Sie scheint jedoch vor allem für psychisch kranke Menschen mit Pflegebedarf sehr sinnvoll zu sein (Zimber und Weyerer 1999). Bestimmte gegenwärtig angewandte Kriterien führen zu Einschränkungen bei der Aufnahme von Nutzern in die Tagespflege. So muss u. a. der Weg von der Wohnung des Pflegebedürftigen in die Tagespflege (und evtl. zu weiteren notwendigen Dienstleistern) in tragbarer Zeit (max. 30 Minuten je Wegstrecke) überwunden werden können. Die fehlende „Transportfähigkeit“ der Nutzer wird von der Praxis als Ausschlusskriterium genannt; doch dies ist nicht trennscharf, weil die Transportfähigkeit auch abhängig ist von der Qualität der Transportmittel, ihrer Ausstattung und des Begleitpersonals. Tagespflegeeinrichtungen können in der Regel auf behindertengerechte Fahrzeuge zugreifen, die auch schwer gehbehinderten und auf den Rollstuhl angewiesenen Personen angemessene Transportmöglichkeiten bieten.

Ausschließen kann man, dass Tagespflege bei ständig bettlägerigen Personen erbracht wird, während vorübergehende Ruhenotwendigkeit kein Hindernis für die Nutzung der Tagespflege ist, denn die Tagespflegeeinrichtungen verfügen in der Regel über Liegemöglichkeiten. Suchtabhängige Personen können in der Regel nicht aufgenommen werden, denn dies verlangt eine so intensive und so qualifizierte Begleitung, dass die Mehrzahl der Tagespflegeeinrichtungen mit der Pflege dieser Personengruppen überfordert wäre.

Zahlreiche Tagespflegeeinrichtungen haben überwiegend Menschen mit Demenz als Nutzer, manche verstehen sich explizit als Einrichtungen für diese Personengruppe. Nach den Ergebnissen einer jüngeren Studie aus NRW (Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 1997) werden dort ca. zwei Drittel der Nutzer als psychisch krank eingeschätzt. Die Angaben sind noch mit Vorsicht zu bewerten, denn sie beruhen auf Angaben der Mitarbeiter der Tagespflegeeinrichtungen, die diese aus den persönlichen Unterlagen der Nutzer entnommen haben. Sie bedürfen der Überprüfung. Eine „in-

tegrative“ Pflege körperlich kranker und psychisch kranker Pflegebedürftiger ist aufgrund der Erfahrungen zahlreicher Tagespflegeeinrichtungen schwierig und stellt sehr hohe Anforderungen an das Personal. Daher nimmt die Zahl der Einrichtungen zu, die sich spezialisieren.

Viele Tagespflegeeinrichtungen orientieren sich an einer unteren „Altersgrenze“ von ca. 60 bis 65 Jahren. Die Mehrzahl der Nutzer bilden die Altersgruppen der über 80-jährigen Pflegebedürftigen der Pflegestufen I und II.

### (e) Probleme und Perspektiven

Wenn – wie oben beschrieben – die Tagespflege für eine Vielzahl von Pflegebedürftigen eine sehr sinnvolle Versorgungsperspektive darstellt, wenn ambulante Pflege allein nicht mehr ausreicht und stationäre Pflege (noch) nicht erforderlich ist, so wird man fragen, warum dieser „Baustein“ im Bereich der Versorgung Pflegebedürftiger immer noch nicht „flächendeckend“ verfügbar ist. Dementsprechend ist schon der Weg zur Tagespflege für viele Nutzer schwierig bzw. durch überlange Transportwege gar nicht möglich (Transportzeiten von mehr als 30 Minuten je Wegstrecke sind nur ausnahmsweise akzeptabel).

Aus den bisherigen Erfahrungen mit der Tagespflege lassen sich hierzu u. a. folgende Überlegungen herauskristallisieren:

(1) Der Betrieb einer Tagespflegeeinrichtung ist wirtschaftlich schwierig. Bei Einrichtungs- bzw. Gruppengrößen von ca. 10 bis 14 Personen führt schon eine geringe Minderauslastung zu betriebswirtschaftlichen Problemen. Das Ziel vieler Träger, eine möglichst stabile Auslastung durch einen Besuch der Tagespflegegäste an allen Wochentagen zu erreichen, ist schwierig. Dies ergibt sich schon daraus, dass Pflegebedürftige in der Regel nicht bereit (bzw. in der Lage) sind, erheblich Beträge über die Leistungen der Pflegeversicherung und die zusätzlichen selbst zu tragenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung hinaus zu zahlen. Aus Nutzersicht erscheint es jedoch als sinnvoll, dass die Einrichtungen flexibel auf deren Bedarfslagen reagieren.

(2) Die oben genannten Beträge (Sachleistungen der Pflegekassen nach SGB XI) reichen in der Regel dann nicht aus, wenn neben Tagespflege auch Leistungen ambulanter Dienste in Anspruch genommen werden müssen. Zwar kann zusätzlich zu den Leistungen für Tagespflege ein Pflegegeld gewährt werden, jedoch nur dann, wenn der Höchstwert der Sachleistung nicht ausgeschöpft wird. Auch Sachleistungen für häusliche Pflege können in Anspruch genommen werden; doch die Aufwendungen dürften insgesamt je Monat nicht den für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwert überschreiten.

(3) Tagespflege erfordert vom Träger eine grundsätzlich andere konzeptionelle Ausrichtung als ambulante Pflege und als stationäre Pflege. Sie erfordert ein „Denken im Versorgungsverbund“, weil sie überwiegend parallel zu ambulanten professionellen Pflege und zur familiären Pflege erfolgt. Die Planungssicherheit ist weniger ausgeprägt als in der stationären Pflege mit ihren (relativ) sta-

bilien Pflegeverhältnissen. Tagespflege ist sehr beratungsintensiv und macht ständige Abstimmungsprozesse erforderlich. Sie ist insofern „schwieriger“ zu organisieren. Es müssen Möglichkeiten geschaffen werden, unterschiedliche Konzepte in der Tagespflege noch intensiver zu erproben (z. B. durch einen – zeitlich begrenzten – Experimentierstatus).

(4) Die unter (3) genannten Anforderungen machen sehr deutlich, dass es auf eine sorgfältige Bedarfsprüfung (Assessment) ankommt und auf ein ebenso sorgfältiges Care-Management. Beides steht als Element der Regelversorgung bisher nicht zur Verfügung.

(5) Die Kenntnisse der Nutzer (und ihrer Angehörigen) über die Angebote der Tagespflege sind immer noch unzureichend. Auch die Beratung im Hinblick auf die Möglichkeiten der Tagespflege ist noch immer mangelhaft. Häufig sind weder die Mitarbeiter des MDK, noch die Mitarbeiter der ambulanten Dienste, noch die Mitarbeiter der Pflegekassen und der allgemeinen Beratungsstellen für Ältere in der Lage zu einer „leistungerschließenden“ Beratung im Hinblick auf die Tagespflege. Ein Angebot, das in der Beratung Pflegebedürftiger und Angehöriger nur unzureichend erläutert werden kann, ist unattraktiv. Aufgrund der oben genannten Schwierigkeiten leisten vielfach auch die Träger der Altenhilfe keine offensive Beratungsarbeit. Ebenso können Konkurrenzgesichtspunkte eine Rolle spielen.

(6) Wenn zu einer Übersiedlung in ein Pflegeheim Alternativen bestehen, so werden diese von den Betroffenen und den Angehörigen in der Regel bevorzugt. Das Ziel einer Beratung im Vorfeld der Leistungserbringung muss es sein, diese Alternativen auszuloten, wobei Kombinationslösungen mit Tagespflege und Betreutem Wohnen miteinbezogen werden müssen.

(7) Der Bedarf an Tagespflegeeinrichtungen für psychisch kranke ältere Menschen ist hoch. Demnach müssen sich die Einrichtungen in Zukunft noch stärker an der Bedarfslagen dieser Gruppe orientieren.

(8) Die Absicht des Bundesministeriums für Gesundheit, den Personen mit Demenz einen Tag Tagespflege pro Woche – ohne Anrechnung auf die bisherigen Leistungen nach dem SGB XI – zur Entlastung der Angehörigen zukommen zu lassen, könnte ein Schritt in die richtige Richtung sein, da hierdurch unter anderem ein nicht zu unterschätzender positiver Effekt auf die Entwicklung dieser Infrastruktur zu erwarten ist. Den Pflegebedürftigen sollte dabei die Möglichkeit zur Ansammlung und blockweisen Inanspruchnahme von Tagen in der Tagespflege eingeräumt werden.

### 3.2.4.3 Stationäre pflegerische Versorgung älterer Menschen – ausgewählte Aspekte

#### (a) Heime – Lebensorte einer Minderheit im Alter

Nach wie vor leisten die Heime einen bedeutenden Beitrag zur Bewältigung der Versorgung Pflegebedürftiger, die nicht in ihrem eigenen Haushalt oder im Haushalt von Familienangehörigen versorgt, betreut und gepflegt

werden können oder wollen. Der enorme Ausbau der ambulanten Dienste in den vergangenen Jahren und die verbesserten Finanzierungsbedingungen durch die Pflegeversicherung – u. a. durch die Geldleistungen – haben wahrscheinlich dazu beigetragen, den aufgrund der demographischen Entwicklung erwarteten Anstieg der Zahl der Plätze in Pflegeeinrichtungen zu dämpfen. Doch trotz einer verbesserten Infrastruktur mit ambulanten Diensten – und der Entwicklung von Angeboten des Betreuten Wohnens (mit rasch erreichbaren pflegerischen Leistungen) und zahlenmäßig noch unbedeutenden Alternativen wie z. B. Wohngruppen für Pflegebedürftige – wird der Heimsektor in naher Zukunft wie in den nächsten beiden Jahrzehnten seine Bedeutung behalten. Es werden konzeptionelle Änderungen erfolgen (müssen), z.B. durch die Anforderungen aufgrund einer höheren Zahl psychisch kranker älterer Menschen, die nicht zu Hause versorgt werden können. Und es werden bauliche und organisatorische Änderungen erfolgen müssen, unter anderem durch eine neue Generation der Heime, die so genannten Hausgemeinschaften, die sich dadurch auszeichnen, dass die Kooperation zwischen Pflege und Hauswirtschaft einen grundsätzlich anderen Charakter erhält (siehe hierzu Abschnitt 6).

Von den mehr als 11,6 Millionen älteren Menschen (65 Jahre und älter) leben mehr als 93 Prozent in „normalen“ Wohnungen; nur ca. 6,9 Prozent leben in Einrichtungen, die als „Sonderwohnformen“ bezeichnet werden, fast 662 000 in Heimen (5,3 %) (überwiegend Altenpflegeheime und Altenwohnheime) und ca. 200 000 in speziellen Altenwohnungen (1,6 %). Hierzu zählt man auch aus pragmatischen Gründen das „Betreute Wohnen“. Es ist also eine Minderheit der über 65-jährigen Personen, die im Heim wohnen muss oder wohnen will, doch diese Minderheit verdient politisch und gesellschaftlich höchste Aufmerksamkeit, da es sich überwiegend um eine Personengruppe handelt, die des besonderen Schutzes bedarf, deren Selbstbestimmung und Selbstständigkeit gefährdet ist und deren Unterstützungs-, Hilfe- und Pflegebedarf

aufgrund körperlicher und/oder psychischer Krankheiten oder fortgeschrittenem Abbau der körperlichen Kräfte erheblich ist (zum altersabhängigen Anteil der in Heimen untergebrachten Menschen siehe Kapitel 3.1.4, insbesondere Abbildung 3-4).

Eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe für die genannte Personengruppe der Heimbewohner besteht darin – den im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches formulierten Zielsetzungen entsprechend – , neben dem Bemühen um Linderung der Folgen von körperlichen und/oder psychischen Krankheiten und der Erhaltung einer qualitativollen Unterstützung und Pflege ein menschenwürdiges Leben mit einem möglichst hohen Grad von Normalität und Selbstbestimmung sicherzustellen. Dies mag als eine Selbstverständlichkeit erscheinen. Doch gerade bei einem hohen Ausmaß der Bedrohung und/oder der Belastung durch körperliche wie durch psychische Krankheit scheint es auch eine besonders starke Gefährdung der Person im Hinblick auf die Erhaltung eines menschenwürdigen Lebens zu geben. Dies betrifft nicht nur die Heimbewohner; ebenso gilt dies für die – zum Teil durch Familienangehörige sowie durch ambulante Dienste und/oder freiwillige Helfer unterstützte – Versorgung langfristiger kranker und pflegebedürftiger Personen im eigenen Haushalt oder im Haushalt von Familienangehörigen.

**(b) Statistische Angaben zu den Heimen**

Zahl der stationären Alteneinrichtungen und Zahl der Plätze nach Trägern

Für das Jahr 1997<sup>24</sup> weist die Heimstatistik für Deutschland knapp elftausend stationäre Alteneinrichtungen aus (vgl. Tabelle 3-9), wovon 7 131 in freigemeinnütziger Trägerschaft standen. Insgesamt standen in den Alteneinrich-

<sup>24</sup> Neuere vollständige Daten aller Bundesländer lagen bei Abschluss der Arbeiten am Manuskript noch nicht vor.

**Tabelle 3-9: Zahl der Alteneinrichtungen<sup>1)</sup> und der verfügbaren Plätze nach Einrichtungsträger und Platzart, 1997**

Platzart	Träger der Einrichtung			insgesamt
	öffentlich	freigemeinnützig	privatgewerblich	
	Anzahl			
Altenwohnheimplätze	4 660	28 742	7 191	40 593
Altenheimplätze	15 126	74 118	10 397	99 641
Altenpflegeheimplätze	51 902	217 526	94 450	363 878
Plätze in Alteneinrichtungen insgesamt <sup>2)</sup>	88 258	429 609	138 565	656 432
Zahl der Alteneinrichtungen	1 002	7 131	2 858	10 991

1) nach § 1 Heimstatistik;

2) einschl. 152 320 Plätze, die nicht nach Art der Plätze nachgewiesen sind.

Quelle: Statistisches Jahrbuch 1999, Tabelle 19.13 (Heimstatistik des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).

tungen rund 656 Tausend Plätze zur Verfügung; die meisten davon (knapp 364 Tausend) sind Pflegeheimplätze.

Für die statistische Entwicklung der Zahl und des Anteils der Heime nach Trägern im letzten Jahrzehnt sind vor allem folgende zwei Tendenzen zu beobachten:

- Zunahme der Zahl der Altenpflegeplätze bei Abnahme der Altenwohnheim- und Altenheimplätze.
- Zunahme des Anteils der Plätze in Einrichtungen privatgewerblicher bei gleichzeitiger
- Abnahme der Plätze in Einrichtungen öffentlicher Trägerschaft.

Dies wird belegt durch eine neuere repräsentative Infratest-Untersuchung (Schneekloth & Müller 2000). Wie erwartet, hat sich der Trend der zahlenmäßigen Abnahme von Einrichtungen öffentlicher Träger weiter fortgesetzt. Für die Zukunft wird noch eine weitere Abnahme der Zahl der Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft erwartet. Zugenommen hat erwartungsgemäß der Anteil der privaten Träger. Verglichen mit den Ergebnissen der Infratest-Heimerhebung von 1994 stieg der Anteil der privatgewerblichen Träger stationärer Pflegeeinrichtungen von 29 Prozent (1994) auf 36 Prozent im Jahre 1998; in den neuen Bundesländern liegt der Anteil der privaten Träger von stationären Pflegeeinrichtungen noch bei ca. 11 Prozent.

**Tabelle 3-10: Trägerschaft stationärer Pflegeeinrichtungen 1994 und 1998 (in Prozent)**

Trägerschaft	1994	1998
öffentlich	16	10
freigemeinnützig	55	54
privat	29	36

Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 125.

Unsicher ist, ob die Zahl der Plätze im Bereich der privatgewerblichen Träger in Zukunft noch einen stärkeren Anstieg erfahren wird als die Zahl der Plätze im Bereich der bisher durch die Förderpraxis begünstigten – freigemeinnützigen Träger. Die Konkurrenzsituation dürfte sich vor allem seit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes verschärft haben (was politisch gewollt war).

In Bezug auf die Gruppe der pflegebedürftigen Heimbewohner kommt die Tendenz hinzu, dass der Anteil psychisch Kranker (dementer und depressiver) Personen angestiegen ist und wahrscheinlich noch weiter ansteigen wird, was die meisten stationären Einrichtungen vor erhebliche konzeptionelle und personelle Probleme stellt und stellen wird. Dies wird auch Auswirkungen auf die Verweildauer der Bewohner haben (siehe weiter unten).

**Größe der stationären Pflegeeinrichtungen (durchschnittliche Platzzahl)**

Eine Durchschnittsbetrachtung der Größe eines Heimes nach der Zahl der Plätze ist insofern unzureichend, als

Missdeutungen im Hinblick auf die Auswirkungen der Platzzahl möglich sind. „Große“ Einrichtungen mit 200 oder mehr Bewohnern können z. B. unter Umständen gut gegliedert in getrennten baulichen Einheiten organisiert sein, so dass sie konzeptionell wie organisatorisch Einheiten mit 60 oder 80 Plätzen oder gar weniger Plätzen ähneln. Nach der im Jahre 1998 erfolgten Infratest-Erhebung verteilen sich die Größenklassen wie folgt:

**Tabelle 3-11: Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Anzahl der Bewohner, 1994 und 1998 (in Prozent)**

Zahl der Bewohner	1994	1998
Unter 50	41	40
50 bis 149	46	51
150 und mehr	13	9

Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 126.

Die durchschnittliche Zahl der Bewohner pro Heim lag 1994 bundesweit bei ca. 80, im Jahr 1998 bei ca. 75. Es liegen keine Hinweise darüber vor, ob sich seitdem durch Modernisierungen und Neubauten wesentliche Verschiebungen ergeben haben. Es gibt allerdings Anzeichen dafür, dass die Zahl der Plätze pro Einrichtung etwas reduziert worden ist; bei Neubauten und Modernisierungen sind nach den Erfahrungen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe – das pro Jahr mehr als 400 Einrichtungen berät – in der Regel geringere Zahlen pro Heim geplant. Auf konzeptionell bedingte und erwünschte geringere Platzzahlen pro Heim wird weiter unten näher eingegangen.

**Leistungs- und Therapieangebote der Heime**

Über die Leistungen der Grund- und Behandlungspflege hinaus bieten die stationären Pflegeeinrichtungen eine Reihe von Leistungen und therapeutischen Angeboten. Diese zusätzlichen Angebote können im Wettbewerb der Heime von Bedeutung sein. Wie aus Tabelle 3-12 zu ersehen ist, gehören einige der Angebote sozusagen zum Standard der Einrichtungen. Dies gilt für die Bereitstellung von Diät und Sonderkostformen, das Kontinenz- und Toilettentraining, die allgemeine Gymnastik und Bewegungsförderung, die Beschäftigungstherapie sowie das Gedächtnis- und Orientierungstraining.

**(c) Die Bewohner der Heime**

**Heimeintrittsgründe**

Zu den Gründen für den Umzug in ein Heim zählen vor allem:

- Erhebliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation;
- Zusammenbrechen der häuslichen Versorgungssituation (u. a. aufgrund des Ausfalls der Hauptpflegeperson);

**Tabelle 3-12: Leistungs- und Therapieangebote stationärer Pflegeeinrichtungen (in Prozent)**

Angebote	1994	1998
Diät/Sonderkostform	87	91
Kontinenz-/Toilettentraining	68	89
Allgemeine Gymnastik/Bewegungsförderung	86	88
Beschäftigungstherapie	78	87
Gedächtnis-/Orientierungstraining	60	81
Krankengymnastik oder Bewegungstherapie	78	74
Massagen, Bäder, Rotlicht- oder Elektrotherapie	38	31
Arbeitstherapie	20	23
Sprachschulung oder Logopädie	16	21
Psychotherapie/Verhaltenstraining	11	17
Heilpädagogische Förderung	9	7

Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 129f.

- Unfähigkeit, nach einem Krankenhausaufenthalt wieder selbstständig leben zu können;
- Wunsch nach geeigneter Betreuung,
- Suche nach Sicherheit bei eingeschränkten Selbstversorgungsfähigkeiten,
- Wunsch nach besserer sozialer Einbindung,
- Wunsch, Angehörigen nicht zur Last zu fallen.

Bei den gesundheitlichen Gründen könnte noch weiter differenziert werden. Nach einer Untersuchung von Bickel (Bickel 1995) waren es vor allem Demenzerkrankungen, die zu einem Umzug ins Heim führten (43 % der Fälle). Danach folgten Herz-Kreislauf-Erkrankungen (16 %), gefolgt von Frakturen und Verletzungen (8 %) und funktionellen psychischen Störungen (5 %). Obwohl diese Untersuchung nicht repräsentativ für die Bundesrepublik Deutschland ist, zeigt sie doch den Trend, der auch aus anderen begrenzten Untersuchungen bekannt ist und aus vielen Einrichtungen seit Jahren berichtet wird: Die häusliche (familiäre) Versorgung psychisch kranker (dementer, depressiver) Menschen stößt an ihre Grenzen. Angehörige (zum Teil unterstützt durch Mitarbeiter ambulanter Dienste und durch freiwillige Helfer) können bei mittelschwerer und bei schwerer psychischer Krankheit nur noch unzureichende Hilfe leisten.

### Der Umzug ins Heim

Der „Umzug“ in ein Heim (der in zahlreichen Fällen gar kein geplanter Umzug ist, sondern den Charakter einer „Einweisung“ hat, weil ein Verbleib im Krankenhaus nicht mehr sinnvoll bzw. nicht mehr möglich ist und die eigene Wohnung oder die Wohnung eines Familienangehörigen keine ausreichenden Versorgungs- und Pflegemöglichkeiten mehr bietet) stellt in der Regel eine sehr einschneidende Veränderung der Lebenssituation dar: Man tritt ein in eine Institution bzw. einen Großhaushalt, der nach völlig anderen Regeln strukturiert ist als ein Privathaushalt. Der dadurch bedingte Verlust an individuel-

len Entscheidungsspielräumen – unabhängig davon, ob man alle Entscheidungsspielräume auch wirklich nutzen kann – korrespondiert bei (zunehmender) Pflegebedürftigkeit mit einer häufig abnehmenden Selbstständigkeit und Selbstbestimmungsmöglichkeit. Und selbst der gewollte und eventuell langfristig vorbereitete Umzug in eine selbst gewählte neue Wohnung, z. B. in ein Wohnstift oder ein ähnliches Haus mit einem relativ hohen Grad an persönlicher Autonomie hat zur Folge, dass man sich auf zahlreiche Alltagsbezüge neu einstellen muss. Und neben der neuen physischen Umgebung sind es neue soziale Beziehungen, auf die man sich zum Teil – vor allem bei Hilfebedarf – einlassen muss, wenn man den Nutzen der neuen Lebenssituation erfahren will. Sowohl die Befürchtung vor dem Verlust an Selbstbestimmung als auch die Notwendigkeit des Eintritts in eine neue physische und soziale Umgebung sind mitentscheidend für die weit verbreitete Zurückhaltung gegenüber einem Umzug ins Heim, den man solange wie möglich hinausschieben möchte.

### Einschränkung der persönlichen Autonomie durch institutionelle Zwänge

Erfolgt der Umzug in eine neue Alterswohnung bzw. in eine Heim gewollt und mit ausreichenden finanziellen Möglichkeiten, so bleiben im Prinzip viele Freiheitsspielräume erhalten, die sich nicht ausdrücklich auf den Wohnortwechsel beziehen. Man handelt weiter selbstbestimmt bis auf die evtl. vorhandenen Zwänge, die man jedoch weitgehend vorhersehen kann. Man ist sich wahrscheinlich mehr oder weniger dessen bewusst, dass Schutz und Sicherheit ohne einen gewissen Anteil institutionell bedingter Zwänge nicht zu erreichen ist. Selbst wenn ein höherer Betreuungsbedarf oder Pflegebedarf eintreten sollte, so ist bei ausreichenden finanziellen Möglichkeiten – über den Schutz der privaten und/oder sozialen Kranken- und Pflegeversicherung hinaus – jederzeit ein Zukauf von Leistungen möglich. Man kann davon ausgehen, dass die dann erforderlichen Leistungsmengen auf jeden

Fall „am Markt“ verfügbar sind. Und die Qualität der Leistungen ist lediglich begrenzt durch den erreichten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis innerhalb der Pflegeprofession. Gewiss wird man einen Vergleich unter den Leistungserbringern und eine kenntnisreiche Beratung benötigen.

Die hier genannte Möglichkeit, unabhängig von ökonomischen Begrenzungen selbstbestimmt wählen zu können, trifft freilich nur für einen sehr eng begrenzten Personenkreis zu. Für die Mehrheit gelten – abhängig von Einkommen und Vermögen – Grenzen im Hinblick auf Wahlfreiheit und Selbstbestimmung. Die Mehrheit ist angewiesen auf die Leistungen, die ihr im Rahmen der sozialen Sicherungssysteme – vor allem der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe – „zustehen“. Mit dieser Aussage soll nicht der Eindruck erzeugt werden, dass diese Leistungen grundsätzlich schlecht oder defizitär seien; es soll nur deutlich werden, dass es auf jeden Fall Einschränkungen im Hinblick auf die Leistungsmenge und die Leistungsqualität gibt, die ökonomisch bedingt sind. Dies trifft natürlich besonders auf diejenigen Leistungen zu, deren Finanzierung einem festen Budget unterliegen, wie z. B. die Leistungen der Pflegeversicherung. Forderungen nach Erweiterung der Leistungsmenge und Verbesserung der Leistungsqualität in der Altenhilfe haben – bei weitgehend unveränderten ökonomischen Rahmendaten – aber wahrscheinlich nur dann eine Chance, durchgesetzt zu werden, wenn in anderen Bereichen „gespart“ wird.

### **Das Heim als Großhaushalt**

Das Heim als Großhaushalt versuchte in der Vergangenheit und versucht auch heute, pflegebedürftige ältere Menschen möglichst rationell zu versorgen. Die von betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten geleitete Einschätzung, dass nur ab einer bestimmten Untergrenze an Plätzen eine kostengünstige Pflege möglich sei, lässt sich nur dann belegen, wenn man die Bewohner als relativ passive „Objekte“ der pflegerischen und hauswirtschaftlichen „Versorgung“ betrachtet. Hinzu kommt, dass bei einer solchen Einschätzung die Variationsbreite der Bedürfnisse der Bewohner begrenzt sein muss. Denn es mag z. B. „funktional“ und preisgünstig sein, das Essen durch einen externen Dienstleister herstellen zu lassen („Catering“) – unabhängig von den Wünschen und den Beteiligungsmöglichkeiten der Bewohner. Die Einbeziehung der Bewohner in den Prozess der Essensvorbereitung und -zubereitung wird reduziert oder völlig beseitigt, man „riecht“ das Essen nicht mehr, man ist dem „normalen“ Haushalt eher entfremdet.

Funktionalität und Bewohnerinteresse können nahe beieinander liegen; sie können jedoch auch weit auseinander klaffen. Eine gemeinsame Essensvorbereitung und -zubereitung mithilfe der Bewohner oder gar durch die Bewohner selbst ist sinnvoller als jede „Beschäftigungstherapie“. Doch die betriebswirtschaftliche Sicht allein reicht nicht aus, wenn man die Bewohnerperspektive einnimmt. Dies kann an einem einfachen Beispiel deutlich gemacht werden. Wird das Essen nicht im Heim selbst zubereitet,

sondern – in durchaus guter Qualität – durch einen externen Dienstleister hergestellt und pünktlich geliefert, so kann man nur durch eine künstlich geschaffene Situation den Vorgang der Essensvorbereitung und des Kochens in den Alltag der Heimbewohner integrieren. Es reduziert die Möglichkeit, im therapeutischen Bereich an frühere Alltagsgewohnheiten anzuknüpfen und sinnliche Erfahrungen einzubeziehen und erfordert darüber hinaus zusätzliche Ressourcen.

Wenn dies für alle im Heim arbeitenden Personen verbindlich ist, dann lassen sich klare Arbeitsschritte definieren, die sich – evtl. auf unterschiedlichem Wege – optimieren lassen. Eine solche Optimierung in organisatorischer wie in betriebswirtschaftlicher Sicht wird u. a. durch die Größe eines Heims bestimmt sowie durch die Tatsache, ob im Rahmen der Hauswirtschaft z. B. eine eigene Küche vorgehalten wird und/oder eine eigene Wäscherei, ob der Reinigungsdienst im Heim selbst organisiert wird oder durch einen externen Dienstleister erbracht wird („Outsourcing“). Die genannten Beispiele sind den „klassischen“ Bereichen entnommen; es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass die entscheidende Größe in diesem Zusammenhang die Zahl der Beschäftigten im Bereich der Hauswirtschaft (in Grenzen) und der Pflege ist.

Bei gegebenem körperlichen und psychischem Zustand ist die Menge der „erforderlichen“ pflegerischen Leistungen abhängig vom Qualitätsniveau, auf dem man sich bewegt und das „bezahlbar“ ist. Das Qualitätsniveau ist in hohem Maße davon abhängig, wie viele Personen mit welcher Qualifikation in einem Heim tätig sind, wie die Relation zwischen Fachpersonal und weiterem Personal ist und was für ein „Personalschlüssel“ existiert. Wenn man annimmt, dass es ein definiertes Qualitätsniveau gibt, an das man mit den Alltagsroutinen der Bewohner anknüpfen kann, dann ist es selbstverständlich, dass dies nicht für völlig hilflose Bewohner gelten kann. Doch für diese ist häufig schon das Zuschauen bei den Alltagsaktivitäten der anderen Bewohner symbolisch für Normalität.

Das Heim als Großhaushalt setzt Grenzen für die Entfaltung individueller Bedürfnisse, allein schon durch die bestehenden Finanzierungsbedingungen, innerhalb derer eine „ausreichende“ Versorgung sicherzustellen ist, ohne dass es bisher ein differenziertes, allgemein anerkanntes Qualitätsniveau gibt. Es kann auch die Frage gestellt werden, ob die stationären Einrichtungen allein in ihrer bisherigen (manufakturartigen) Struktur wirklich geeignet sind, Lebens- und Pflegequalität bei weitestgehender Autonomie der Bewohner und ökonomisch optimalem Ressourceneinsatz sicherzustellen, oder ob verstärkt über Alternativen zum Heim nachgedacht werden muss.

### **Zur Situation der Heimbewohner**

Ganz aktuelle, systematisch erhobene Angaben zu den Heimbewohnern und ihrer besonderen Situation sind nicht verfügbar, wenn man von den bisherigen (groben) Daten der Pflegeversicherung zu einigen Merkmalen der

Leistungsempfänger absieht (vgl. Kapitel 3.1.4). Es kann aber auf die Daten der Infratest-Untersuchungen aus den Jahren 1994 und 1998 zurückgegriffen werden (Schneekloth & Müller 2000). Zur Charakterisierung der Bewohner dient zunächst die Einstufung nach den Pflegestufen des SGB XI (s. Tabelle 3-13). Eine Reihe von Bewohnern ist nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, darunter befinden sich auch Bewohner ohne Pflegebedarf (sog. Wohnfälle). Der Hilfebedarf der Bewohner mit Pflegestufe 0 befindet sich nach den bisherigen Begutachtungs-Richtlinien im Rahmen der Einstufung gemäß SGB XI unterhalb der Schwelle eines „erheblichen“ Pflegebedarfs. Hierzu dürften auch Personen mit leichter Demenz oder weniger schweren sonstigen psychischen Krankheiten zählen. Diese Personen haben zum Teil erhebliche Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung und benötigen ferner regelmäßige pflegerische Hilfeleistungen sowie Maßnahmen der sozialen Betreuung.

**Tabelle 3-13: Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen nach Pflegestufen, 1998**

Pflegestufen	Anteil (in Prozent)
Stufe III	23
Stufe II	37
Stufe I	23
Stufe 0	12
Sog. Wohnfälle	5

Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 133

### Alter der Heimbewohner

Es sind überwiegend die Hochaltrigen, die im Pflegeheim wohnen (müssen). Insofern taugt der oben genannte Anteil der Heimbewohner von 5,3 Prozent der Bevölkerung über 65 Jahre nur dazu, eine Größenordnung in Bezug auf die gesamte Altersgruppe zu benennen. Differenziert man nach 5-Jahres-Altersgruppen, so ergibt sich ein völlig anderes Bild. Während z. B. von den 75- bis 79-jährigen Personen nur 3,8 Prozent in einem Heim leben wollen oder leben müssen, sind es von den 80- bis 84-jährigen Personen schon 8,2 Prozent, von den 85- bis 89-jährigen Personen 17 Prozent und von den über 90-jährigen Personen mehr als 31 Prozent. Älter als 80 Jahre sind 67 Prozent der Heimbewohner. Das Durchschnittsalter der Heimbewohner lag im Jahre 1998 bei 81 Jahren. Es wird berichtet, dass sich das Durchschnittsalter bei Heimeintritt in den letzten Jahren immer weiter nach oben verschoben hat. Interessanterweise scheint dies auch bei den Wohnstiften der Fall zu sein, in die man ja in der Regel freiwillig – ohne pflegebedürftig zu sein – eintritt. Betrachtet man die Altersstruktur der Heimbewohner im Vergleich der Jahre 1994 und 1998 (s. Tabelle 3-14), so fällt auf, dass die zum Teil in der Fachöffentlichkeit kolportierte extreme Zunahme hochaltriger Personen nicht stattgefunden hat. Auch viele Hochaltrige werden zu Hause gepflegt.

**Tabelle 3-14: Alter der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen, 1994 und 1998 (in Prozent)**

Altersgruppen	1994	1998
Unter 60 Jahre	6	7
60 bis unter 75	18	17
75 bis unter 90	59	57
90 und älter	17	19

Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 132

### Dauer des Heimaufenthalts

Die Dauer des Wohnens im Heim hängt statistisch u. a. ab vom Eintrittsalter, vom Familienstand und vom Geschlecht. Verheiratete Männer und verheiratete Frauen sind aufgrund der gegenseitigen Hilfeleistungen im gemeinsamen Haushalt deutlich kürzer auf ein Leben im Heim angewiesen als Verwitwete, Ledige und Geschiedene. Männer leben im Durchschnitt kürzere Zeit in einem Heim, weil sie länger von ihren (häufig jüngeren) Frauen bzw. Lebenspartnerinnen zu Hause gepflegt werden.

Durch die Infratest-Erhebung stehen gute Daten über die zum Erhebungszeitpunkt bestehende Aufenthaltsdauer in Heimen zur Verfügung. Schon die für 1994 ermittelten Angaben überraschten dadurch, dass die Aufenthaltsdauer im Pflegebereich zum Teil erstaunlich lange war und nur 8,5 Prozent weniger als 6 Monate im Pflegebereich wohnten. Legt man diesen Wert zugrunde, so wird deutlich, dass es verfehlt wäre, Altenpflegeeinrichtungen allein als Stätten der Intensivpflege und der Sterbebegleitung zu verstehen. Immerhin wurde damals eine durchschnittliche Verweildauer von 36 Monaten in pflegeorientierten Einrichtungen ermittelt. Weit mehr als 60 Prozent der Bewohner sind länger als 1 Jahr in einer pflegeorientierten Einrichtung. Eine 1995 veröffentlichte Studie aus Baden-Württemberg bietet ebenfalls Daten zur Verweildauer (Messmer 1995). Die immer wieder geäußerte Auffassung, dass die Aufenthaltsdauer in Pflegeheimen zurückgehen würde, wird jedenfalls für einen Vergleich der Jahre 1982 und 1992 widerlegt. Danach hatten die im Jahre 1982 aus Pflegeheimen ausgeschiedenen Bewohner dort durchschnittlich 26 Monate gelebt. Die im Jahre 1992 ausgeschiedenen Bewohner hatten durchschnittlich 33,6 Monate im Heim gelebt. Der Trend zur Verlängerung der durchschnittlichen Verweildauer wird bestätigt durch eine Studie von Bickel, der einen Zehnjahres-Vergleich in Mannheimer Heimen durchgeführt hat (Bickel 1995). Danach hatten die 1982 ausgeschiedenen Bewohner im Durchschnitt 20,2 Monate im Heim gelebt, die 1992 ausgeschiedenen Bewohner dagegen im Durchschnitt 26,2 Monate.

Ein weiterer Gesichtspunkt erscheint von Bedeutung: Aus der vorher genannten Untersuchung von Messmer (1995) ist bekannt, dass diejenigen Bewohner, die weniger als 12 Monate im Heim leben, nur einen geringen Teil der Pflegeheimkapazitäten in Anspruch nehmen. Mehr als

**Tabelle 3-15: Bewohner der stationären Pflegeeinrichtungen nach Dauer des bisherigen Aufenthaltes, 1994 und 1998 (in Prozent)**

<i>Aufenthaltsdauer</i>	<i>1994<sup>1)</sup></i>	<i>1998</i>
Unter 6 Monaten	9	10
6 bis unter 12 Monate	10	11
12 bis unter 24 Monate	18	18
24 bis unter 36 Monate	13	13
36 bis unter 60 Monate	19	18
60 bis unter 84 Monate	11	10
84 bis unter 120 Monate	9	9
120 Monate und mehr	11	11
Durchschnittliche Dauer des bisherigen Aufenthaltes in Monaten	52	52

1) 1994: Bewohner pflegeorientierter Einrichtungen.

Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 132.

95 Prozent der Kapazitäten werden von Personen beansprucht, die länger als ein Jahr im Heim leben. Dies ist ebenfalls – falls nicht nach Einführung der Pflegeversicherung eine völlige Umorientierung im Sinne eines Rückganges der Verweildauer eingetreten ist – ein Indiz dafür, dass Heime im hohen Maße Wohn-Funktionen haben und dementsprechend gestaltet werden müssen.

Die Autoren der Infratest-Erhebung (Schneekloth und Müller 2000) weisen darauf hin, dass die im Querschnitt erhobenen Ergebnisse zur gegenwärtigen Dauer des Aufenthaltes nicht verwechselt werden dürfen mit der tatsächlichen Verweildauer (vom Einzug bis zum Tod des Bewohners). Eine Querschnittsbetrachtung zum Stichtag lässt keinen sicheren Schluss auf die tatsächliche zeitliche Belegungsstruktur zu.

Die Angaben der vorstehenden Tabelle 3-15 stützen jedoch die oben getroffene Aussage, dass Heime für eine große Zahl ihrer Bewohner Orte eines längeren Aufenthaltes sind und dementsprechend Wohncharakter haben müssen.

### **Erwartungen im Hinblick auf die zukünftigen Verweildauern**

Die Daten belegen, dass sich nach Einführung der Pflegeversicherung bis 1998 keine gravierenden Änderungen der Aufenthaltsdauer der Bewohner von Altenpflegeheimen vollzogen haben. Ob dies auch weiterhin so bleiben wird, ist offen. Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für die somatisch pflegebedürftigen Personen abgenommen hat und evtl. noch weiter abnehmen wird. Doch in Anbetracht der Entwicklung, dass immer mehr ältere Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen in Pflegeeinrichtungen wohnen werden, sind Aussagen zur künftigen Verweildauer schwierig. Es ist nicht auszuschließen, dass infolge der z. T. relativ langen Krankheitsverläufe psychisch kranker älterer Menschen auch die Verweildauer in Heimen zunehmen könnte. Dies trifft auch zum Bei-

spiel auf die älteren geistigbehinderten Menschen zu, wenn keine anderen Versorgungsformen gefunden werden können.

Modellrechnungen über den zukünftigen Bedarf sind – auch aufgrund des Fehlens umfangreicher pflegeepidemiologischer Erkenntnisse – mit einer Reihe von Unsicherheiten behaftet (Siehe 3.1.4.2). Retrospektive Studien zur bisherigen Entwicklung nach Einführung der Pflegeversicherung wären eine wahrscheinlich etwas angemessenere Basis für eine Vorausschau. In diesem Zusammenhang erscheint es von Bedeutung, ob angesichts der zu erwartenden demographischen Entwicklung eine Abschätzung des zukünftigen Bedarfs an Pflegeheimplätzen möglich ist. Die Zunahme der absoluten Zahl der Plätze wäre für die Altenhilfe (sowie für die Pflegeversicherung) von großer Bedeutung. Allein unter Berücksichtigung der Baukosten für neue Heimplätze finden sich ökonomisch bedeutsame Zahlen: Bei Investitionskosten zwischen 150 000 und 200 000 DM pro Platz ergeben sich bereits bei einem Neubau von 10 000 Heimplätzen Baukosten in Höhe von 1,5 bis 2 Milliarden Mark.

Eine Zunahme der ferneren Lebenserwartung der älteren Generation – wie vom Statistischen Bundesamt basierend auf der Sterbetafel der Jahre 1996/1998 im April 2000 berichtet – kann die Notwendigkeit des Ausbaus des Heimsektors evtl. noch verstärken. Nicht allein die Investitionskosten sind bedeutsam; ebenso bedeutsam ist die Zunahme der Personalausgaben, denn es ist kaum zu erwarten, dass in diesem Bereich eine Entlastung durch Rationalisierung erfolgen könnte. Im Gegenteil könnten die gestiegenen Anforderungen in Bezug auf die Qualifikation des Pflegepersonals gerade die schon jetzt bestehenden Unzulänglichkeiten noch stärker hervortreten lassen. Wenn sich die Inanspruchnahme der Heime auch in Zukunft dahingehend entwickelt, dass psychisch kranke (demente und depressive) Personen die Mehrheit der Bewohner bilden, dann sind höhere Anforderungen an das Personal zu stellen, wenn die Zeiten einer unsäglich „Verwahrpfle“ endgültig vorbei sein sollen.

Doch in Anbetracht des langen Zeitraums erscheinen diese zukünftigen Aufgaben nicht als unlösbar. Zukunftsaussagen auf der Basis von Modellrechnungen sind immer mit Unsicherheiten behaftet, wenn auch die zukünftige Zahl der älteren Menschen eine relativ sichere Größe darstellen dürfte. Doch sowohl neue Konzepte in der häuslichen Pflege, die Entwicklung neuer Formen des assistierten Wohnens sowie eine bessere Prävention und Rehabilitation könnten die Situation in Zukunft entscheidend beeinflussen, ohne dass es zu der hohen Zunahme der Zahl der Pflegeplätze kommen müsste.

### Hilfebedarf der Heimbewohner

Angaben zu den Pflegestufen der Bewohner enthält Tabelle 3-13. Ergänzend hierzu wird auf den von Schneekloth und Müller im Jahre 1999 erhobenen durchschnittlichen

Pflege- und Betreuungsaufwand verwiesen. Danach ergibt sich das Bild in Tabelle 3-16.

Es überwiegt die Grundpflege – täglich 100 Minuten bei den Bewohnern der Pflegestufen 0 bis III –, also der Leistungskomplex, der die alltäglichen Verrichtungen bei der Nahrungsaufnahme, der Hygiene und der Hilfe bei der Mobilität umfasst (83 Prozent aller Leistungen bei Bewohnern der Pflegestufen I, II und III). Die Behandlungspflege (Medikamentengabe- und Überwachung, Wundversorgung, Verbandwechsel, Medizinische Einreibungen und Bäder, Kontrolle des Blutdrucks und des Blutzuckers etc., Injektionen, Stoma-, Katheter- und Sondenversorgung) hat demgegenüber einen zeitlichen Umfang von 14 Minuten bei den Bewohnern der Pflegestufen 0 bis III. Erhoben wurde von Schneekloth und Müller die erbrachte Pflege; weitere Ergebnisse werden von einer Untersuchung erwartet, die vom Konzept her die erforderliche Pflege ermitteln soll und die im Laufe des Jahres 2000 ab-

**Tabelle 3-16: Durchschnittlicher täglicher Pflege- und Betreuungsaufwand in stationären Pflegeeinrichtungen („Pro Kopf“ in Minuten pro Betreuungstag)**

Aufwand für	Stufe III	Stufe II	Stufe I	Stufe 0	Stufe 0-III
Grundpflege	160	119	62	12	100
Behandlungspflege	21	15	11	5	14
Psychosoziale Hilfen	9	8	5	1	7
Aufwand insgesamt	190	143	78	18	121

Quelle: Modifizierte Tabelle nach Schneekloth & Müller 2000: 145.

**Tabelle 3-17: Bewohner von Alteneinrichtungen nach Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens**

Aktivitäten des täglichen Lebens	nein, unmöglich	nur mit Schwierigkeiten
	Prozent	
Zimmer/Wohnung sauber machen	71,0	14,2
Öffentliche Verkehrsmittel benutzen	66,7	15,1
Lebensmittel einkaufen	65,6	14,0
sich Mahlzeiten zubereiten	62,0	17,4
Medikamente nehmen	59,4	14,7
finanzielle Angelegenheiten regeln	55,9	16,1
sich außerhalb der Einrichtung zurechtfinden	49,1	19,5
Besuche machen	45,0	26,4
An- und Ausziehen	34,1	23,6
allein die Toilette benutzen	32,1	16,5
Telefonieren	31,2	20,4
zu Bett gehen/verlassen	31,1	17,3
Wasser und Stuhl halten	30,3	19,3
Im Zimmer/in der Wohnung umhergehen	27,3	14,9
tagsüber mehrere Stunden alleine bleiben	22,7	21,5

Quelle: Schneekloth & Müller 1997: 138 ff., Rangfolge geändert.

geschlossen wird (Untersuchung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe und des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt gemäß der „PLAISIR“-Methode im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).

Einen Eindruck in Bezug auf den Hilfebedarf bzw. die verbliebenen Fähigkeiten vermitteln die Ergebnisse der Infratest-Erhebung von 1994, die nach wie vor plausibel sind zur Charakterisierung der Fähigkeiten der Heimbewohner. Die Situation der Bewohner in Bezug auf ihre Selbstversorgungsfähigkeiten kann ferner durch folgende (leider eher defizitorientierten) Angaben aus der Untersuchung aus dem Jahre 1994 charakterisiert werden (Tabelle 3-17).

Ein zusätzliches wesentliches Ergebnis der Untersuchung besteht darin, dass nach der Erhebung mit z.T. erheblichen psychischen Veränderungen (Orientierungsstörungen, Gedächtnisausfällen, Unfähigkeit zur Lösung von Alltagsproblemen etc.) der Bewohner zu rechnen ist. Hierzu hatte die erwähnte Infratest-Erhebung folgende Werte ermittelt: Vor Einführung der Pflegeversicherung (nach der Infratest-Heimerhebung 1994) lag der Anteil der psychisch kranken Heimbewohner bei ca. 47 Prozent, im Jahre 1998 lag er bei ca. 50 Prozent (nach der Infratest-Erhebung 1998). Diese Durchschnittswerte müssen ergänzt werden durch Angaben über die relativ große Streubreite des Anteils psychisch kranker Heimbewohner. In ca. 22 Prozent der Einrichtungen lag der Wert bei 80 Prozent und mehr, in 23 Prozent der Einrichtungen lag der Wert unter 30 Prozent. Dies deutet an, dass zum Teil eine Spezialisierung erfolgt ist.

Die Angaben zum Kreis der Personen mit psychischen Krankheiten (bzw. von Personen mit eingeschränkter All-

tagskompetenz) sind auch insofern von Bedeutung, als bei der Planung von neuen Einrichtungen sowie bei Modernisierungen bestehender Einrichtungen die besonderen Bedürfnisse dieser Personengruppe berücksichtigt werden müssen (siehe hierzu weiter unten, Abschnitt (g) Ausblick, S. 93).

### Verbliebene Handlungsspielräume der Bewohner

Fragt man danach, welche Handlungsspielräume der Bewohner (noch) bestehen, so findet man in der o. a. Untersuchung aus dem Jahr 1994 folgende Angaben, die durch Befragung der Heimleitungen ermittelt wurden. (siehe Tabelle 3-18)

Neue Angaben hierzu liegen nicht vor; doch es ist zu erwarten, dass infolge eines höheren Anteils psychisch kranker Heimbewohner die Selbstversorgungsfähigkeit abnehmen wird. Betrachtet man die durch die Heimleitungen angegebenen Handlungsspielräume, so könnte man zu der Auffassung gelangen, dass sich die Situation der Heimbewohner – abgestuft nach dem Grad ihrer körperlichen bzw. psychischen Einschränkungen – gar nicht so sehr von der in einem normalen Mehrpersonenhaushalt unterscheidet. Die Frage erhebt sich jedoch, ob diese Handlungsspielräume nur theoretisch bestehen, oder ob sie tatsächlich auch genutzt werden (können). Wenn zum Beispiel 98 Prozent der Heimleitungen angeben, dass jederzeit tagsüber Besuch möglich ist, so ist dies zu verknüpfen mit den in der gleichen Untersuchung ermittelten tatsächlichen Besuchen der Bewohner. Danach erhalten 11 Prozent der Bewohner täglich Besuch, 36 Prozent einmal oder mehrmals pro Woche und 26 Prozent einmal oder mehrmals pro Monat. 26 Prozent bekommen nur selten und 5 Prozent nie Besuch.

**Tabelle 3-18: Handlungsspielräume der Bewohner von Alteneinrichtungen, 1994**

Handlungsspielräume	Anteil der Bewohner(in Prozent)
• tagsüber zu jeder Zeit Besuch möglich	98,4
• Zimmergestaltung möglich	97,4
• Selbstauswahl der Kleidung möglich	93,2
• eigene Möbel möglich	85,4
• tagsüber das Haus verlassen möglich	81,5
• Selbstbestimmung der Weck- und Schlafenszeiten	79,4
• Eigenständige Verfügung über Bargeld	75,1
• – (eigener) Zimmerschlüssel	55,9
• Haustiere möglich	54,1
• Selbstbestimmung der Essenszeiten	37,9
• Besucher auch nachts im Zimmer möglich	36,1
• – (eigener) Hausschlüssel möglich	34,5

Quelle: Schneekloth & Müller 1997: 150 (Reihenfolge geändert).

**Hilfeleistungen von Angehörigen**

Von einer besonderen Qualität sind die Hilfeleistungen, die von Angehörigen der Heimbewohner bzw. in Zusammenarbeit mit Angehörigen erbracht werden. Bei einer Befragung von 149 Heimen im Rahmen des Projekts „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Heimen“ ( Schneekloth & Müller 1997) wurden die Bereiche identifiziert, in denen sich Angehörige von Heimbewohnern engagieren. Tabelle 3-19 zeigt, in welchen Bereichen nach Auskunft des Heimpersonals eine intensive Zusammenarbeit mit den Angehörigen besteht.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich zahlreiche Angehörige von Heimbewohnern im Heim engagieren. Es handelt sich hierbei um ein sensibles, wichtiges und ausbaufähiges Feld. Wenn Heime möglichst wohnortnah angeboten werden können, und wenn die Angehörigenarbeit systematisch gefördert wird, dann ergeben sich noch weitere Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität für die Heimbewohner. Wie im Bereich der offenen Altenhilfe bedarf es zur Mobilisierung ehrenamtlichen Engagements professioneller „Inputs“. Professionelle Helfer müssen also einen Teil ihrer Zeit zur Förderung der Angehörigenarbeit einsetzen können. Dies dürfte bei der derzeitigen Personalbesetzung der Heime an Grenzen

stoßen, weil es hierfür bisher in der Regel keine Finanzierung gibt.

**Kosten des Heimaufenthaltes**

Die oben angeführte Untersuchung von Schneekloth und Müller (Schneekloth und Müller 2000) ermöglicht die Darstellung der durchschnittlichen Höhe der Entgelte, die den Heimbewohnern in Rechnung gestellt werden. Sie betragen 1998 in den alten Bundesländern 4 261 DM, in den neuen Bundesländern 3 307 DM.

Die Gesamtentgelte enthalten in der überwiegenden Zahl der Bundesländer die Bestandteile Pflege, Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) und anteilige Investitionskosten. Diese Investitionskosten werden von allen Einrichtungen erhoben, wenn keine öffentliche Förderung besteht oder die betriebsnotwendigen Kosten durch die öffentliche Förderung nicht vollständig gedeckt werden. In den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Saarland werden diese gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten als bewohnerbezogener Zuschuss aus Landesmitteln bei denjenigen Pflegebedürftigen übernommen, die sozialhilfeabhängig bleiben würden („Pflegerwohn-geld“).

**Tabelle 3-19: Bereiche, in denen eine intensive vs. keine Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Heimbewohner erfolgt**

Art des Engagements	intensive Zusammenarbeit	keine Zusammenarbeit
	%	
Einzelberatung	52	3
Zimmereinrichtung	50	8
Finanzregelung	45	5
Informationsvermittlung	27	25
Sterbebegleitung	21	11
Organisation/Hilfen bei Ausflügen, Festen usw.	13	28
Gruppenarbeit	7	72
Pflegehilfen	6	24
Hilfe bei aktivierenden Übungen	6	30

Quelle: Urlaub, Kremer-Preiß & Engels 1998 (zit. in Häussler-Sczepan 1998: 115), modifizierte Zusammenstellung.

**Tabelle 3-20: Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Höhe des monatlichen Entgelts, das Heimbewohnern der Pflegestufen 0 bis III in Rechnung gestellt wird, 1998<sup>1)</sup>**

Höhe der monatl. Entgelte in DM <sup>1)</sup> (Entgeltklassen)	Deutschland	West	Ost
	Anteile der Heime in den einzelnen Entgeltklassen (in Prozent)		
Unter 2.800	2	1	4
2.800 bis unter 3.200	10	5	31
3.200 bis unter 3.600	19	9	55
3.600 bis unter 4.000	15	19	2
4.000 bis unter 4.400	21	26	3
4.400 bis unter 4.800	18	21	4
4.800 bis unter 5.200	6	9	0
5.200 bis unter 5.600	3	3	0
5.600 und mehr	3	5	0
Keine Angabe	2	2	1
Durchschnittliches monatl. Heimentgelt <sup>1)</sup>	4.056 DM	4.261 DM	3.307 DM

<sup>1)</sup> Gesamtentgelte für Pflege, Unterkunft und ggf. in Rechnung gestellte Investitionskosten (ohne Berücksichtigung von Zusatzleistungen);  
Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 175

**Tabelle 3-21: Leistungen der Pflegeversicherung und durchschnittliche Pflegesätze der stationären Einrichtungen, 1998 (in DM)**

Pflegestufen	max. Leistung nach SGB XI	Pflegesätze	Differenz	Pflegesätze	Differenz
		West		Ost	
I	2.000	2.076	+76	1.798	- 202
II	2.500	2.787	+287	2.339	- 161
III	2.800	3.708	+908	2.922	+122

Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 179f.

In Tabelle 3-21 sind die durchschnittlich in Rechnung gestellten Beträge der Heime für die Pflegeleistung im engeren Sinn den maximalen Leistungen der Pflegeversicherung für die stationären Pflegebedürftigen der einzelnen Pflegestufen gegenüber gestellt.

Die in der Tabelle mit positivem Vorzeichen gekennzeichnete Differenz ist der Durchschnittsbetrag, der von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen selbst getragen werden muss. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von durchschnittlich 1 078 DM (durchschnittlich 1 152 DM in den alten und 874 DM in den neuen Bundesländern) und den nicht durch Länderfinanzierung abgedeckten Investitionskosten in Höhe von durchschnittlich 546 DM (durchschnittlich 635 DM in den alten und 305 DM in den neuen Bundesländern). Nur knapp 11 Prozent der Bewohner haben Zusatzleistungen vereinbart (durchschnittlich in Höhe von 313 DM; durchschnittlich 412 DM in den alten und 109 DM in den neuen Bundesländern).

Die Zahlen machen deutlich, dass zahlreiche Bewohner die Kosten des Heimaufenthaltes nicht aus eigenem Ein-

kommen tragen können und trotz der erheblichen Leistungen nach SGB XI weiter Sozialhilfeleistungen beziehen, wenn auch deren Anteil nach Einführung der Pflegeversicherung erheblich zurückgegangen ist. Im Vergleich zu 1994 ergibt sich für 1998 folgendes Bild der Anteile von Sozialhilfeempfängern in stationären Pflegeeinrichtungen (Tabelle 3-22):

**Tabelle 3-22: Anteile der Sozialhilfeempfänger in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegestufe I bis III) in Prozent**

	1994	1998
West	69	44
Ost	88	29

Quelle: Angaben nach Schneekloth, Ulrich, und Müller, Udo, Wirkungen der Pflegeversicherung, Bd. 127 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 2000, 179 ff.

Es wird deutlich, dass der Anteil der Pflegebedürftigen, die sozialhilfeabhängig sind, durch die Einführung der Pflegeversicherung merklich zurückgegangen ist, insbesondere in den neuen Bundesländern. Wie zu erwarten war, ist der Rückgang des Anteils der Sozialhilfeempfänger in der Pflegestufe III und bei den Härtefällen am stärksten ausgeprägt (ohne tabellarischen Nachweis). Bei den Härtefällen kann angenommen werden, dass die Leistungshöhe (max. 3.300 DM pro Monat) nahe an den durchschnittlich in Rechnung gestellten Pflegesätzen liegt.

Dennoch benötigen nach den Ergebnissen der Infratest-Studie von den schwerstpflegebedürftigen Heimbewohnern (Pflegestufe III) im Westen Deutschlands weiterhin 57 Prozent, im Osten 49 Prozent Sozialhilfeleistungen zur Bestreitung der Heimkosten. Am höchsten ist der Anteil der Sozialhilfebezieher mit 58 Prozent im Westen und 81 Prozent im Osten Deutschlands unter den Heimbewohnern der Pflegestufe 0, d.h. unter denjenigen, die nach den Bestimmungen des SGB XI nicht pflegebedürftig sind und daher auch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

**(d) Die Beschäftigten in den stationären Einrichtungen**

Im Hinblick auf die Daten zum Personal wird auf die Infratest-Erhebungen der Jahre 1994 und 1998 zurückgegriffen. Neuere Daten werden aus einer Erhebung in Nordrhein-Westfalen erwartet, die Mitte des Jahres veröffentlicht werden soll. Die Angaben zum Personal von stationären Einrichtungen nach den Ergebnissen der Infratest-Erhebungen lassen sich grob in 3 Gruppen untergliedern (Tabelle 3-23).

**Tabelle 3-23: Beschäftigte in stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsumfang**

	1994	1998
Vollzeitbeschäftigte	246.000	208.350
Teilzeitbeschäftigte	92.000	112.900
Geringfügig Beschäftigte	22.000	29.750
Beschäftigte insgesamt	360.000	351.000

Quelle: Schneekloth & Müller 1997 und Schneekloth & Müller 2000

Das Verhältnis von Vollzeitbeschäftigten zu Teilzeitbeschäftigten betrug im Pflegebereich etwa 3 : 1 und im Hauswirtschafts- und Verwaltungsbereich etwa 2 : 1. Die stundenweise beschäftigten Personen sind zur Hälfte im Bereich der Pflege tätig, zum Teil auch im Bereich der Hauswirtschaft und der Verwaltung. Eine wesentliche Funktion üben stundenweise Beschäftigte im therapeutischen Bereich aus, da vor allem kleinere Einrichtungen keine therapeutischen Kräfte als Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigte anstellen konnten. Krankengymnasten, Masseur und Physiotherapeuten sind zu 40 Prozent nur stundenweise in Alteneinrichtungen tätig. Lässt man in einer pragmatischen Betrachtungsweise die stundenweise Beschäftigten zunächst einmal unberücksichtigt und setzt 2 Teilzeitbeschäftigte mit einer Vollzeitbeschäftigten gleich, so kann man (analog der Vorgehensweise in der

genannten Infratest-Untersuchung) eine entsprechende Umrechnung in „Vollarbeitskräfte“ vornehmen. Danach ergibt sich folgende Differenzierung bezogen auf Vollarbeitskräfte:

**Tabelle 3-24: Vollarbeitskräfte nach Berufsgruppen je 100 Bewohner**

Personalgruppe	1994	1998
Pflegepersonal	30,4	32,1
Therapeutisches Personal und Sozialarbeiter	1,3	1,2
Zivildienstleistende	2,0	2,2
Hauswirtschaftliches Personal	10,6	10,4
Verwaltungspersonal	3,2	2,6
Personal insgesamt	47,6	48,5

Quelle: Schneekloth & Müller 2000, S.164

Zur Berufsgruppe des Pflegepersonals gehörten im Jahre 1994 ca. 64 Prozent und im Jahre 1998 ca. 66 Prozent, wenn man alle Personen mit Kranken- und Altenpflegeausbildung und auch die in der Ausbildung stehenden und die im Pflegebereich beschäftigten Personen ohne berufsspezifischen Abschluss mit einbezieht. Die auch damals kleine Gruppe des therapeutischen Personals und der Sozialarbeit kennzeichnet die Situation eines Teils der Heimbewohner: Es ist anzunehmen, dass aufgrund der knappen Budgets nur zu einem geringen Teil der Einsatz dieser Berufsgruppen möglich war. Dies dürfte sich nach Angaben von Berichten aus der Beratungspraxis des KDA nach Einführung der Pflegeversicherung nicht verbessert haben.

Die Qualifikationsstruktur des Personals hat sich nicht wesentlich verändert, wie die Tabelle 3-25 zeigt.

**Tabelle 3-25: Vollarbeitskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen nach Qualifikation**

Berufsgruppen	1994	1998
Pflegepersonal	63,9	66,2
Hauswirtschaftliches Personal	22,3	21,4
Verwaltungspersonal	6,7	5,4
Therapeuten/Sozialarbeiter	2,7	2,5
Zivildienstleistende	4,2	4,6

Quelle: Schneekloth, Ulrich, und Müller, Udo, Wirkungen der Pflegeversicherung, Bd. 127 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 2000: 163

**(e) Pflegequalität und Pflegestandards**

Gesetze legen immer nur Mindestnormen fest, und sie bedürfen der Überwachung und Weiterentwicklung. Das Heimgesetz (das gerade – April 2000 – novelliert werden soll) setzt Rahmenbedingungen für den Betrieb von Heimen. In Bezug auf das Wohnen und Gepflegtwerden im Heim sind vor allem die standardsetzenden Verordnungen „Heimpersonalverordnung“ (HeimPersVo) und „Heimmindestbauverordnung“ (HeimMindbauVo) von Bedeutung sowie die Rahmenbedingungen des SGB XI.

### **Bauliche und räumliche Standards**

Die Entwicklung der Heimmindestbau-Verordnung war eine Reaktion auf die Zeit vor Einführung des Heimgesetzes, in der die Prüfung von Heimen nach den Maßstäben der Gewerbeordnung vorgenommen wurde. Zahlreiche Heime enthielten damals Zimmer von ca. 8 m<sup>2</sup>. Insofern war es ein erheblicher Fortschritt, dass in der HeimMindbauVO exakte Mindest-Zimmergrößen (12 m<sup>2</sup> für ein Einzelzimmer, 18 m<sup>2</sup> für ein Doppelzimmer) festgelegt wurden. Doch diese Norm ist mehr als 2 Jahrzehnte alt, war damals schon Folge eines Kompromisses und wird den Bedürfnissen der Heimbewohner nach heutigen Maßstäben überhaupt nicht mehr gerecht. Zurzeit wird eine Größe von 16 m<sup>2</sup> (mindestens aber 14 m<sup>2</sup>) als Untergrenze für ein Einzelzimmer erachtet. Dies ist verknüpft mit dem Anspruch, dass ein Heimbewohner nicht „untergebracht“ sein soll in einer Kammer mit Stuhl, Bett und Schrank, sondern dass man im Heim „wohnt“, was ein gewisses Maß an Privatheit beinhalten muss. Ein privates kleines Möbelstück, ein Sessel etc. darf die Bewegungsfläche nicht extrem einschränken. Die Anforderungen der HeimMindbauVO sind nicht nur „technische“ Anforderungen; sie bilden z.T. die Voraussetzungen für bestimmte konzeptionelle Möglichkeiten.

Der Anteil der Ein-Bett-Zimmer in stationären Pflegeeinrichtungen betrug nach der Infratest-Erhebung 1994 (vor Einführung der Pflegeversicherung) 52 Prozent in den alten und 36 Prozent in den neuen Bundesländern. Im Jahre 1998 betrug der Anteil 51 Prozent in den alten und 43 Prozent in den neuen Bundesländern. Die Kluft zwischen den alten und den neuen Bundesländern hat sich zwar verringert, doch ist noch immer zu konstatieren, dass ein viel zu hoher Anteil der Bewohner in Zwei-Bett-Zimmern wohnen muss (5 % in den alten und 10 % in den neuen Bundesländern sogar in Drei- und Mehrbett-Zimmern). Dies ist fachlich nicht zu begründen oder zu vertreten. Die Kommission empfiehlt eine durchgreifende Änderung der Heimmindestbauverordnung und der Länder-Richtlinien zum Bau und zur Modernisierung von Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel, das Ein-Bett-Zimmer zukünftig zur Norm zu erheben, von der in der Praxis im begründeten Ausnahmefall abgewichen werden kann (und dies lässt sich architektonisch berücksichtigen), wenn zwei pflegebedürftige Personen zusammen wohnen wollen.

### **Personalstandards**

Noch stärker trifft die Notwendigkeit einer konzeptionellen Weiterentwicklung auf die Heimpersonalverordnung (HeimPersVO) zu, nach der zzt. 50 Prozent des Personals in Pflegeeinrichtungen Fachpersonal sein muss. Diese Anforderung ist heftig umstritten. Während vor allem vonseiten der Fachleute aus der Pflege gefordert wird, mindestens diesen Anteil auch in Zukunft weiter als Standard festzuschreiben oder gar noch zu erhöhen, argumentieren vor allem die für die Finanzierung Verantwortlichen (u. a. die Pflegekassen) zugunsten einer „differenzierten“ Regelung, die für jedes Heim – je nach Anteil der mehr oder minder pflegebedürftigen Personen – einen „ausreichenden“ Anteil von Fachpersonal festlegen soll. Der

Anteil könnte dann ebenso bei 20 Prozent Fachpersonal liegen wie (theoretisch) z. B. auch bei 80 Prozent.

Die gegenwärtige Diskussion über den Fachkraftanteil ist so lange unergiebig, wie rationale Personalbemessungssysteme fehlen. Den derzeit angewandten Verfahren fehlt eine sichere, intersubjektiv überprüfbare Grundlage. Möglicherweise kann eine solche Grundlage durch ein in Kanada aufgrund empirischer Untersuchungen von mehr als 14 000 Personen entwickeltes und in der Schweiz seit einiger Zeit angewandtes Verfahren („PLAISIR“) erreicht werden, das zurzeit in Deutschland – gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – in 11 Pflegeeinrichtungen bei mehr als 1 300 Personen erprobt wird. Die Ergebnisse der Erprobung sollen in die Überlegungen zur Novellierung der Heimpersonalverordnung eingehen, die für den Herbst 2000 ansteht.

Der Anteil der Fachkräfte ist ein wesentliches Qualitätskriterium für die Versorgung im Heim – wenn die Fachkräfte dem Stand der Künste entsprechend qualifiziert sind. Seit vielen Jahren wird die Ausbildung in der Altenpflege diskutiert mit dem Ziel, zu bundeseinheitlichen Regelungen zu kommen. Zurzeit gibt es noch 17 verschiedene Ausbildungsgänge in Altenpflegeschulen der 16 Bundesländer (das Land Hamburg fährt „zweigleisig“, da es sowohl die duale wie die Fachschulausbildung zulässt).

Die Qualitätsmängel in der Altenpflegeausbildung beruhen zum Teil darauf, dass es offenbar keinen bildungspolitischen Konsens über die Altenpflege als Beruf gibt; bei nahezu jeder Altenpflege-Schule vermittelt ihr eigenes Altenpflege-Berufsbild. Diejenigen, die die Zuständigkeit und Verantwortung für die Berufsbildung in der Altenpflege haben, vermitteln kein klares und gesellschaftlich kommunizierbares Bild von der Altenpflege als Beruf und von ihren Aufgaben und Anforderungen (Meifort 1999). Immer wieder findet man allein auf Alltagserfahrungen gegründete und von persönlichen Anschauungen geprägte Bilder über die Altenpflege und die erforderlichen Kompetenzen und Qualifikationsanforderungen. Es finden sich auch Empfehlungen, die Altenpflege als Beschäftigungsmöglichkeit für Niedrigqualifizierte und als Niedriglohnssektor zu nutzen, obwohl gerade diese Orientierung zum Teil die mangelnde Qualität der Arbeit in den Heimen verursacht (hat). Eine Verbesserung der Qualität der Versorgung ohne bessere Qualifizierung ist schlichtweg unmöglich. Zudem können nur Qualifizierte evtl. vorhandene Rationalisierungsmöglichkeiten entdecken und nutzen.

Den leider häufig noch sehr oberflächlichen Außenansichten vom Beruf Altenpflege wird noch immer kein fachlich begründetes und gesellschaftlich verhandelbares Bild aus der Fachöffentlichkeit entgegengesetzt. Es wäre u. a. sinnvoll, wenn aus den in den 90er-Jahren entstandenen pflegewissenschaftlichen Studiengängen hierzu Anregungen entwickelt würden (Meifort 1999).

### **Pflegestandards**

Auch die Fragen der Leistungsqualität und des Standards von Pflege sind nicht hinreichend geklärt. Das Niveau der

Hilfe und Pflege im Heim wird bestimmt durch die formale Ausbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, durch die vom Träger bzw. vom Betreiber festgelegten Anforderungen und die tatsächlich vorhandenen Fähigkeiten des Personals und dessen Kontrolle. Nun wird es wohl immer einen Unterschied zwischen dem theoretisch Erreichbaren und dem tatsächlich Erbrachten geben. Für den Bereich der Altenpflege gilt jedoch die Schwierigkeit, dass die Annahmen über das theoretisch Erreichbare uneinheitlich sind und regionale, trägerspezifische, verbands- und einrichtungsspezifische Unterschiede aufweisen. Was die einen als professionelle Standards herausstellen, muss für die anderen nicht verbindlich sein. Man könnte die unterschiedlichen Auffassungen vernachlässigen, wenn dadurch kein Heimbewohner zu Schaden kommen würde bzw. seine Lebensqualität nicht beeinträchtigt würde. Wenn für bestimmte pflegerische Maßnahmen pflegewissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, die einem pflegebedürftigen Heimbewohner Erleichterung bringen, seine Selbstständigkeit fördern, Schmerzen vermeiden oder lindern etc., so muss das Personal in die Lage versetzt werden, nach diesen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen zu handeln. Wenn es alternative Verfahren gibt, die in Bezug auf die Qualität des Ergebnisses das Gleiche leisten, dann ist das auch ökonomisch günstiger zu wählen, vorausgesetzt, das Pflegepersonal beherrscht dieses ökonomisch günstigere Verfahren.

Dies kann an einem Beispiel illustriert werden. Liegen bei einem pflegebedürftigen Heimbewohner Schluckbeschwerden vor, die eine ungehinderte Essensaufnahme verhindern, so kann man in einigen Fällen durch behutsame Hilfe beim Essen die „normale“ Nahrungsaufnahme erhalten. Eine u. U. zeit- und personalsparende Maßnahme wäre das Legen einer Sonde, dies sollte jedoch nach dem Stand pflegewissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse und der Erhaltung einer möglichst hohen Lebensqualität nur dann erfolgen, wenn wirklich keine normale orale Nahrungsaufnahme mehr möglich ist.

Wenn nun in einem Heim nicht nach dem Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse gehandelt wird, so kann dies am Informationsdefizit des verantwortlichen Personals liegen, am Informationsdefizit des Trägers, der sich davon überzeugen muss, dass sein Personal die fachlichen Standards beherrscht, oder daran, dass Rahmenbedingungen herrschen, die eine Anwendung professioneller Standards behindern oder verhindern.

Während nachvollziehbar ist, dass es aufgrund unvollständiger Qualifikation oder aufgrund unvorhersehbarer Belastungsspitzen zu Situationen kommen kann, in denen kompliziertere pflegerische Vorgänge nicht mit der erforderlichen Qualität erfolgen – u. a. auch deshalb, weil es enge finanzielle Spielräume gibt –, so ist es nicht nachvollziehbar, dass Heimbewohner in Bezug auf grundlegende körperliche Pflege nicht ausreichend versorgt werden. Denn es gibt in Deutschland keine Pflegesätze, die es nicht erlauben würden, für eine angemessene Grundpflege, ausreichendes Essen und Trinken sowie Hilfe beim Toilettengang zu sorgen. Kommt es in diesen Bereichen zu Fehlern, so liegt eindeutig ein Organisationsverschulden des Trägers und/oder ein Verschulden der ver-

antwortlichen Pflegenden vor, wofür es unter keinen Umständen eine Entschuldigung geben kann. Berichte über „Heimskandale“, Fälle von Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung können in diesen Fällen nicht auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen einschließlich des Pflegeversicherungsgesetzes zurückgeführt werden, wie dies manchmal geschieht („erhöhter Zeitdruck“, „Personalmangel“ etc.). Es erhebt sich jedoch die Frage, ob diese Rahmenbedingungen dazu beitragen, dass eine an pflegewissenschaftlichen Standards orientierte Pflege scheitert oder doch behindert wird, wie immer wieder beobachtet wird.

Die Erarbeitung von Pflegestandards ist nach wie vor ein Feld, das dringend der Bearbeitung bedarf. Ein erster Versuch, einen nationalen Standard zu entwickeln (Dekubitusbehandlung) steht kurz vor seiner Vollendung. Zwar gibt es von einzelnen Fachleuten entwickelte Vorschläge zu Standards, die auch „Standards“ genannt werden. Dabei handelt es sich jedoch nicht um Ergebnisse von Abstimmungen auf nationaler Ebene, die durch entsprechende Tests bzw. wissenschaftlich abgesicherte Verfahren ermittelt worden sind. Dies ist keine generelle Kritik an solchen Vorschlägen, die im besten Fall auch handlungsleitend für die Praxis sind. Sie können jedoch eine Standardbildung im vorher genannten Sinn nicht ersetzen.

#### **(f) Heime – Sichere Orte des Lebens im Alter?**

Für Heime gibt es infolge gesetzlicher Vorschriften, zahlreicher Verordnungen und Bestimmungen sowie von Trägern und Trägerverbänden selbst formulierten qualitativen Anforderungen ein Regelungsgeflecht, das (bei möglichst weitgehender Erhaltung von Freiheitsspielräumen) theoretisch eine Gefährdung von Personen in jeder Hinsicht ausschließen soll. Dies ist den Haushalten von kranken und/oder pflegebedürftigen Personen nicht möglich. Dementsprechend dürften sich in zahlreichen Haushalten zeitweise, ständig wiederkehrend oder gar ständig Situationen ergeben, die dem oben genannten Anspruch einer qualitativollen Behandlung und Pflege sowie einem hohen Maß an Selbstbestimmung zuwiderlaufen.

In den Heimen dürfte dies eigentlich nicht der Fall sein. Dennoch gibt es eine Vielzahl von gut dokumentierten Ereignissen in Heimen, von Berichten der Heimaufsicht und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie Aussagen von Angehörigen und Pflegepersonal, die bezeugen, dass es Tausende von Fällen von Pflegeunzulänglichkeiten, Pflegefehlern, Vernachlässigungen und Misshandlungen gibt, Fälle, in denen die Sicherheit und „Geborgenheit“ von Bewohnern sich ins Gegenteil verkehren (AGP 1999). Die Ursachen hierfür sind vielschichtig und überlagern sich zum Teil; sie liegen auf verschiedenen Ebenen und beruhen zum Teil auf Steuerungsproblemen in den vergangenen Jahrzehnten. Wünschbare rasche Änderungen sind nicht zu erwarten. Man kann grob drei Verursachungsbereiche unterscheiden:

- Individuelle Fehlhandlungen der beschäftigten Personen: „Menschliches Versagen“, Fehler aus Unkenntnis, bewusste Regelverletzungen, mangelnde Fortbildung etc.;

- Fehler der Träger und des Managements: Systematische Fehler in der Organisation, den Laissez-faire-Stil begünstigende Funktionspflege statt konsequenter Bezugspersonenpflege, Verstoß gegen gesetzliche Normen, mangelnde Umsetzung pflegerischer und hauswirtschaftlicher Erkenntnisse, Fehler durch falsche oder unzureichende Anleitung und unklare Arbeitsanweisungen, Blockierung von Fortbildungsmöglichkeiten etc.;
- Unzulänglichkeiten der gesetzlichen Rahmenbedingungen: Die Heimpersonalverordnung ist novellierungsbedürftig, ebenso die Heimmindestbauverordnung, mangelnde Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse und Pflegeanforderungen psychisch kranker älterer Menschen (Demente, Depressive etc.) aufgrund des engen verrichtungsbezogenen Pflegebegriffs der Pflegeversicherung etc.

Es gibt Anstrengungen, in Bezug auf alle drei Bereiche Änderungen einzuleiten bzw. bestehende Regelungen besser umzusetzen, z. B. durch:

- Schulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, sorgfältigere Aufsicht und Kontrolle gerade der angelernten Mitarbeiter durch Fachkräfte und leitende Mitarbeiter etc.;
- Schulung und Qualifizierung des Managements, Aufbau interner Qualitätsentwicklungsmaßnahmen, Supervision, Aufbau bzw. Weiterentwicklung der hausinternen und der externen Fortbildung etc.;
- Novellierung des Heimgesetzes (Heimbewohner-Schutzgesetz, BMFSFJ), Verabschiedung eines Qualitätssicherungsgesetzes (BMG), Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsgesetzes (BMG); Stärkung der Heimaufsicht (Bundesländer), Erweiterung der Kontrollmöglichkeiten durch den MDK, Verbesserung der Altenpflegeausbildung durch ein Altenpflegegesetz (BMFSFJ) etc.

Wie bereits erwähnt, ist eine rasche Änderung bzw. Besserung kaum zu erwarten, da auf allen Ebenen Beharrungstendenzen bestehen und eine Änderung der bestehenden Praxis nur Folge einer Vielzahl von zum Teil recht komplizierten Aushandlungsprozessen sein kann. Exemplarisch betrachtet beginnt dies auf der zuletzt genannten Ebene im Rahmen der Auseinandersetzung um die Zuständigkeit für die Altenpflegeausbildung zwischen dem Bund und den Ländern, setzt sich fort auf der Ebene des Heimmanagements im Rahmen von Überlegungen zu Organisationsreformen und Personalkonzepten, und es ist ebenso bedeutsam im Hinblick auf die Erwartungen an eine neue, besser ausgebildete Generation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Hinzu treten Auseinandersetzungen über die Finanzierung von qualitätsverbessernden Maßnahmen.

### **Exkurs – Aspekte der Qualitätssicherungs-Diskussion**

Hohe Erwartungen waren und sind verbunden mit den Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die auf vielen Ebenen diskutiert werden. Eine – vielleicht heilsame – Ver-

unsicherung ist dadurch entstanden, dass die Heime, die vor Einführung der Pflegeversicherung unter den Bedingungen eines Anbietermarktes mit Selbstkostendeckungsprinzip arbeiteten, nun in eine Konkurrenzsituation gestellt sind, in der sie sich in Zukunft erheblich um ihre weitere Teilnahme am Markt bemühen müssen. Auslöser für Qualitätsbemühungen waren vor allem

- von den Einrichtungen und Leistungsträgern wahrgenommene Anforderungen des Marktes,
- erwartete Mängelrügen der externen Qualitätssicherungsinstanzen, vor allem des MDK, zum Teil auch der Heimaufsicht,
- tatsächliche Mängelrügen der externen Qualitätssicherungsinstanzen,
- (eher selten) Verbesserungsvorschläge aus den eigenen Reihen und
- (zum Teil auch) Kritik aus der Öffentlichkeit und von den Angehörigen.

Wenn auch den externen Qualitätssicherern (Heimaufsicht und MDK) eine entscheidende „Wächter- und Anstoß-Funktion“ zukommt, so müssen doch die Hauptlast der Qualitätsentwicklung und der Qualitätssicherung, das Qualitätsmanagement und die so genannte interne Qualitätssicherung die Einrichtungsträger leisten. Es wird auf ein gelingendes Wechselspiel zwischen externer und interner Qualitätssicherung ankommen, weil die interne Qualitätssicherung sozusagen der externen Qualitätssicherung folgt. Wenn die externen Qualitätssicherer falsche Prioritäten setzen, tun es auch die internen, und wichtigere Schwachstellen bleiben unbearbeitet. Die externen Qualitätssicherer müssen ihre Aufmerksamkeit auf den Stand der Erkenntnisse in Gerontologie, Pflege und Geriatrie richten und ihre Konzepte dementsprechend weiterentwickeln.

Vielfältige Ansätze der internen Qualitätssicherung müssen auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen. Praktizierte Maßnahmen der Qualitätsentwicklung/Qualitätssicherung in den Heimen sind z. B.:

- Veränderungen des Leistungsangebotes (in Hauswirtschaft und Pflege, differenzierte Angebote der Kurzzeit- und Tagespflege, Hausgemeinschaftskonzepte, spezielle Angebote für psychisch kranke ältere Menschen etc.
- bauliche Veränderungen (z. B. Erhöhung des Einzelzimmeranteils);
- Anhebung des Fachkraftanteils;
- Veränderungen der Aufbauorganisation und der Ablauforganisation;
- gezielte Fort- und Weiterbildung;
- Weiterentwicklung des Pflegekonzeptes und des Hauswirtschaftskonzeptes;
- Weiterentwicklung der Pflegedokumentation/Pflegeplanung (häufig durch externe Qualitätssicherung gerügter Mängel);
- Einführung von Pflegestandards;

- Einführung von Qualitätszirkeln;
- Ernennung von Qualitätsbeauftragten;
- Beteiligung an Betriebsvergleichen;
- Inanspruchnahme von Organisationsberatung;
- stärkere „Kundenorientierung“ (Bewohner-, Angehörigenbefragungen, Beschwerdemöglichkeiten erweitert);
- „kundenfreundlichere“ Heimverträge (durch Heimgesetz gefordert);
- Einführung bzw. Ausdehnung qualifizierter Angehörigenarbeit;
- stärkerer Einbezug/Unterstützung des Heimbeirates;
- Einführungen von Qualitätsmanagementsystemen bis hin zur Zertifizierung.

Erschwerend im Hinblick auf die Einführung qualitätsorientierter Maßnahmen stehen die Verantwortlichen vor der Frage, wie sich das Preis-Leistungsverhältnis und Kosten-Nutzen-Verhältnis qualitätsorientierter Maßnahmen bewerten lässt, das u.a. vom jeweiligen Zustand der Einrichtung im Hinblick auf „Kundenerwartungen“, von Anforderungen von MDK und Heimaufsicht und im Vergleich zu konkurrierenden Einrichtungen abhängt. Dies erhöht die Verunsicherung der Verantwortlichen und ihren Orientierungsbedarf, den zu decken in erster Linie Aufgabe des jeweiligen Trägerverbandes sein sollte.

Noch sind Heimaufsicht und Qualitätsprüfungen des MDK nicht harmonisiert, und die Instrumente der externen Qualitätssicherung sind ebenso in der Entwicklung wie die der internen. Mit großer Wahrscheinlichkeit wird es noch einige Zeit dauern, bis eine gedeihliche und effiziente Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Akteuren der Qualitätssicherung praktiziert wird. Eines dürfte jedoch schon jetzt klar sein: Die externe Qualitätssicherung wird wahrscheinlich nur relativ grobe Mängel aufdecken und verhindern können. Für eine stetige Qualitätsentwicklung im Detail, für Einstellungsänderungen bei Mitarbeitern und die Verwirklichung einer neuen Kultur des Helfens bedarf es der internen Qualitätssicherung mit vergleichsweise einfachen Instrumenten, deren Sinn von den Beteiligten verstanden wird. Hierzu können an dieser Stelle nur einige Hinweise gegeben werden.

Fundament aller Qualitätssicherungsbemühungen sind Begriffe, die klar beschreiben, was gute und was schlechte Altenpflege ist, wo z. B. Gewalt in der Pflege beginnt und welche Rahmenbedingungen dazu führen können.

Bis zur Einführung nationaler Standards können bisher entwickelte (vorläufige) Pflegestandards mit Bezug zum verfügbaren (Pflegezeit-)Budget genutzt werden. Es sollte nicht in jeder Pflegeeinrichtung „das Rad neu erfunden werden“ – dadurch kann leicht sehr viel Zeit vergeudet werden, die für die direkte Pflege verloren geht. Genutzt werden können z. B. die soeben von Landesärzten und Pflegenden in der Gerontopsychiatrie vorgeschlagenen Standards (Höft 1999). Ferner sollte der zurzeit sehr verbreiteten Neigung entgegengewirkt werden, lang und breit über optimale Verrichtungsstandards zu disku-

tieren, weil solche Standards in aller Regel im Alltag angesichts der verfügbaren Pflegezeitbudgets nicht verwirklicht werden können. Viel wirkungsvoller für eine Qualitätsentwicklung ist zurzeit die Formulierung von Strukturstandards (z. B. zur Tageslaufstruktur, zu Dienstplänen, zu Übergabebesprechungen, zur Pflegedokumentation und zur Organisation der Medikamentenversorgung usw.).

Einrichtungsträger und Pflegekassen nehmen Wünsche und Kritik der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen zunehmend ernst, und es gibt keine glaubwürdigeren Beiträge zum Thema „Qualität der Pflege“. Daher können Nutzerbefragungen („Kundenbefragungen“) einmünden in die Ermunterung, sich offen über das zu beschweren, was an der Pflege ihrer Meinung nach nicht in Ordnung ist. Es ist unsinnig, die Anzahl der Beschwerden minimieren zu wollen, sondern die Ursachen der Beschwerden müssen eliminiert werden. Ein verbindliches und nachvollziehbares Regelwerk des „Beschwerdemanagements“ (Tinnefeldt 1999), das Beschwerden und ihre Folgen dokumentiert, ist ein wertvoller Beleg für Qualitätsbewusstsein als manche Zertifizierungsplakette.

Ein altbewährtes Management-Instrument für Planung, Organisationsentwicklung und Konzeptarbeit ist die Zusammenstellung eines Kataloges, in dem die Stärken und Schwächen und die Verbesserungspotenziale einer Einrichtung ausgewiesen sind. Ein Katalog der Stärken und Schwächen (Qualitätsprofil) und der möglichen Verbesserungen kann außer durch Auswertung der Besuche von Heimaufsicht und MDK z. B. durch differenzierte Betriebsvergleiche („Benchmarking“) gewonnen werden oder auch durch die Befragung von Nutzern („Kunden“), Mitarbeitern und anderen Schlüsselpersonen.

Bekannte Instrumente sind z. B.

- Kundenbefragungen (Faigle & Knäpple 1998; Tinnefeldt 1998);
- SIESTA-Qualitätsdiagnose (Berger & Gerngroß-Haas 1997);
- SEA – Selbstbewertungssystem (Schoenicke 1998);
- QAP/2Q Frey Akademie, Mainz;
- Qualitätszirkelarbeit mit dem KDA-Qualitätshandbuch „Wohnen im Heim“ (1998).

Um eine Verbesserung der Aufbau- und Ablauforganisation und des Qualitätsmanagements einzuleiten, können in der Wirtschaft entwickelte umfassende Qualitätsmanagementverfahren genutzt werden, deren Anwendung auch in der Altenpflege sinnvoll sein kann, wenn sie auf die Besonderheiten der Altenpflege eingehen und nicht zu technokratisch gehandhabt werden. Hierzu zählen Qualitätsmanagement nach DIN ISO 9000 ff. (Offermann 1995) und TQM – Total Quality Management.

Die gegenwärtig zu beobachtende Vielfalt unterschiedlicher Verfahren, Zertifikate und Gütesiegel verringert deren Akzeptanz. In der Phase allgemeiner Verunsicherung nach Einführung der Pflegeversicherung und den Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI wurde von Verbänden, Interessenvertretern und traditionellen Prüfstel-

len eine Vielzahl von Zertifikaten und Gütesiegeln entwickelt, über deren Kosten-Nutzen-Verhältnis wenig veröffentlicht ist. Daher muss der Markt der Qualitätssicherungsinstrumente transparenter gemacht werden. Mit Qualitätssicherungsinstrumenten wird Geld verdient. Anbieter sind geneigt, ihr Know-how teuer zu verkaufen, es zu sichern und soweit als möglich „in der Schublade zu halten“. Der Erfahrungsaustausch der Anwender ist wichtig, um mehr Einsicht in das Preis-Leistungs- und Kosten-Nutzen-Verhältnis der angebotenen Instrumente zu gewinnen (möglichst unter Berücksichtigung auch der intern in den Einrichtungen anfallenden Kosten, die oft übersehen werden). Es ergibt sich der Eindruck, dass Zertifizierung und Zertifikate häufig eher Marketing-Mittel als Instrumente der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung darstellen. Ob bei ihnen Kosten und Nutzen in einem angemessenen Verhältnis stehen, kann bezweifelt werden.

### **(g) Ausblick**

Grenzen der Organisation und der Qualität der Pflege unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen – Neue Konzepte

Wie soll zukünftig das Wohnen und die Pflege, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der absoluten und relativen Zunahme der psychisch kranken Heimbewohner gestaltet werden? Welche Anforderungen an die Konzeption von Pflegeeinrichtungen können aus den bisherigen Erfahrungen abgeleitet werden? Wie können die Erkenntnisse aus der Gerontologie, der Gerontopsychiatrie und der Geriatrie, aber auch aus der Pflegewissenschaft zukünftig besser umgesetzt werden? Inwieweit kann auch die Architektur die Potenziale insbesondere psychisch Kranker aufgreifen und fördern und somit zu seiner Selbstverwirklichung beitragen, bzw. inwieweit verhindert Architektur die noch vorhandenen Entwicklungsmöglichkeiten eines Pflegebedürftigen?

Werden dem Wohnen älterer Menschen im eigenen Haushalt in seinem „angestammten“ Wohnquartier zunehmend ergänzende Leistungen und Qualitäten hinzugefügt, um den Verbleib in Wohnung zu ermöglichen oder den Umzug in ein Pflegeheim zu vermeiden, so wird auch immer intensiver diskutiert, wie auch im stationären Bereich ein Mehr an Wohnlichkeit auch bei Pflegebedürftigkeit angestrebt werden kann. Hierfür sind neben den sich wandelnden z.T. auch trägerspezifischen Leitbildern in der Pflege auch die durch die Einführung der Pflegeversicherung veränderten Rahmenbedingungen vollstationärer Pflege leitend, denn zunehmend wird die Qualität und die Wirtschaftlichkeit eines Pflegeheimes differenzierter betrachtet, und es zeichnet sich ab, dass die bislang angebotsorientierte Pflege zunehmend einer nachfrageorientierten Pflegequalität weichen muss. Die stationäre Pflege muss sich zunehmend auch daran messen lassen, wie sie vom Bewohner selbst und seinen Angehörigen beurteilt wird. Die subjektiv beurteilte Ergebnisqualität rückt zunehmend in den Vordergrund.

Das bedeutet, dass die Erwartungen der Pflegebedürftigen stärker bei der Angebotsentwicklung berücksichtigt wer-

den müssen. Allerdings ist ein Wandel der Einrichtungen in Richtung auf eine deutliche Verbesserung der Wohn- und Pflegequalität in den bestehenden Strukturen kostenneutral kaum möglich. Zu eng ist der Spielraum im Bereich der Investitionskostenförderung und in der Betriebskostenfinanzierung. Somit müssen die bestehenden Konzepte intensiv überprüft und im Hinblick auf mehr Qualität bei hoher Effizienz weiterentwickelt werden. Schlagwörter sind in diesem Zusammenhang „zunehmende Differenzierung“ und „Leistungsorientierung“ bzw. „Kundenorientierung“. Dies kann sich durch die Nutzung der Effekte ergeben, die sich aus einer höheren Dezentralisierung, Kooperation und Flexibilisierung der Angebote ergeben können.

So hat z. B. das so genannte Kleeblattmodell im Landkreis Ludwigsburg die immer noch relativ starren Heimstrukturen zu Recht in Frage gestellt und einen auch betriebswirtschaftlich abgesicherten gangbaren Weg aufgezeigt, wie statt eines großen Pflegeheimes auch kleine im Verbund betriebene Pflegehäuser als kleinräumige Teile eines Gemeinwesens auch wirtschaftlich betrieben werden können. Während ortsnah einige kleine Einrichtungen mit ca. 20 Plätzen gebaut wurden, wurde die Verwaltung zentral für diese kleinen Einrichtungen organisiert. Dieses Modell baut auf ein hohes Maß an Vernetzung in der Region und ein gutes Zusammenspiel der ambulanten, teilstationären und stationären Leistungserbringer. Wünschenswert ist dabei auch eine stärkere Einbeziehung der Angehörigen.

Pflege versteht sich generell zunehmend als ein regional vernetztes Angebot. Ambulante, teil- und vollstationäre Pflegeangebote in einer Region werden besser aufeinander abgestimmt. Und die zukünftige Pflegeinfrastruktur sollte kein versäultes, sondern ein durchlässiges System sein – die Grenzen zwischen ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflege werden fließend –, in dem der Austausch von Leistungen der Anbieter untereinander möglich und auch gefordert ist. Hierzu gehört neben der Flexibilisierung der Angebote natürlich auch die Bereitschaft der Mitarbeiter dieser Einrichtungen, ihre Arbeitszeit an den Bedürfnissen der Bewohner auszurichten. Dies ist eine Frage der Personalorganisation.

Die erst in den letzten Jahren ernster genommene Nutzer („Kunden-“) Orientierung hat bei den Trägern der Einrichtungen eine inhaltliche Diskussion der Leitbilder ausgelöst, die insbesondere zum Inhalt hatte: „Was wollen und können wir, wie, für wen in welcher Qualität leisten?“. Hier hat auch die in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewinnende Pflegewissenschaft inhaltlich beigetragen, denn neuzeitliche Pflegekonzepte orientieren sich zunehmend an den Aktivitäten des täglichen Lebens und berücksichtigen eine aktivierende und die Selbstständigkeit fördernde Pflege. Der ehemals „ge- und verpflegte Patient“ wird zum „Kunden“.

### **Zur Entwicklung des Pflegeheimbaus in Deutschland**

Bei der näheren Betrachtung der Wohnformen für stationär zu versorgende Pflegebedürftige unter diesen Gesichtspunkten fällt auf, dass im Pflegeheimbau in den letzten Jahren verschiedene Entwicklungsstufen durchlaufen

wurden. Diese können allerdings nur begrenzt gerontologisch und pflegewissenschaftlich sinnvoll begründet werden, da insbesondere bei den Baukosten immer auch die Finanzierungsmöglichkeiten der Länder über die Güte der Projekte entschieden.

Für die Entwicklung im Bau von Altenhilfeeinrichtungen nach dem II. Weltkrieg lassen sich in architektonischer und konzeptioneller Hinsicht grob drei „Generationen“ unterscheiden: Heime der ersten Generation sind u. a. gekennzeichnet durch einfache Bauweise, einen hohen Anteil an Mehrbettzimmern, drangvolle Enge und keine den Zimmern direkt zugeordnete WCs. Solche Heime wurden bis Anfang der 1970er-Jahre gebaut, vereinzelt findet man sie heute noch. Die zweite Heimgeneration orientierte sich am Krankenhaus. In diesen Heimen wurde großer Wert gelegt auf Hygiene und arbeitserleichternde Sanitärausstattung, weniger auf Wohnlichkeit. Sie wirken in der Regel steril und bieten wenig Privatheit. Heime der „dritten Generation“, die es seit den 1980er-Jahren gibt, sind als Wohneinrichtungen an guten innerstädtischen Standorten geplant, haben einen sehr hohen Anteil an Einpersonen-Wohneinheiten, die notwendige Sanitär-Technik wird dezent vorgehalten, die Größe der Zimmer ermöglicht unterschiedliche Eigenmöblierung. Manche dieser Häuser bieten ihren Bewohner/innen voll funktionsfähige Wohnungen für eine weithin selbstbestimmte und selbstständige Lebensführung.

Mit einer Vielzahl von Bezeichnungen: Altenwohnheim, Altenheim, Altenpflegeheim, Seniorenzentrum, Senioren-Wohnstift, Senioren-Residenz, Betreutes Wohnen wurde und wird versucht, die Zweckbestimmung näher zu kennzeichnen oder auch sich von den üblichen Heimen positiv abzugrenzen. Die Bezeichnungen sagen aber wenig aus über das tatsächliche Leistungsangebot der Häuser.

In dem Altenwohnhaus der 3. Generation verschwimmen erstmals die Grenzen zwischen einer Wohn- und einer Pflegeeinrichtung, und es wurde versucht, als elementare Forderung im Hinblick auf Normalität beim Wohnen das Einzelzimmer zu realisieren, denn jeder Bewohner sollte auch bei Pflegebedürftigkeit das Recht haben, ein eigenes Zimmer zu bewohnen, welches er entsprechend seiner persönlichen Vorlieben gestalten und seinem Bedarf anpassen kann. Dies garantiert ihm Privatheit und Intimität auch bei hohem Hilfebedarf, insbesondere auch dann, wenn er durch Immobilität deutlich in seinen Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt ist. Dieser gesicherte Raum, diese Rückzugsmöglichkeit hat aber gerade auch für dementiell Erkrankte eine besondere Funktion. Ein Teil der Heime hat durch Veränderungen der inneren Struktur die alten funktionsorientierten Stationen (mit 30 oder mehr Bewohnern) abgeschafft zugunsten der Konzeption von Wohnbereichen mit jeweils bis zu 15 Bewohnern oder gar noch kleineren überschaubaren Gruppen mit 6 bis 8 Personen und strikter Bezugspersonenpflege. Im Rahmen der notwendigen Modernisierungen der Heime der ersten und zweiten Generation wird es im Prinzip möglich sein, den Heimen zu einem großen Teil den „Anstaltscharakter“ zu nehmen und ein an den Bedürfnissen der Bewohner ansetzendes Wohngruppenkon-

zept umzusetzen. Neben der notwendigen baulichen Veränderungen setzt dies natürlich voraus, dass auch die Organisation der Pflege und der Hauswirtschaft sich entsprechend verändern muss. Bei Neubauten sollte stets geprüft werden, ob man sich am wohnort- bzw. wohnquartiernahen sog. Kleeblatt-Modell (siehe oben) orientiert, am Konzept einer überschaubaren, Geborgenheit und Vertrautheit vermittelnden Einrichtung mit höchstens ca. 40 Plätzen oder gar am Hausgemeinschaftskonzept, das weiter unten näher erläutert wird. Der wachsende Anteil der psychisch kranken (dementen Personen) ist nicht allein der Auslöser hierfür, doch können nur kleine, überschaubare Einheiten diesem Personenkreis die notwendige Geborgenheit und Vertrautheit vermitteln.

### **Die wachsende Bedeutung der Zielgruppe psychisch kranker Menschen**

Permanent auf der Suche, Vertrautes und Kontinuität für eine ständig erforderliche örtliche, zeitliche und situative Orientierung zu finden, hat das eigene Zimmer für psychisch erkrankte ältere Menschen eine zentrale Bedeutung. Nur das eigene Zimmer garantiert, dass insbesondere ein demenziell erkrankter Mensch seinen Lebensrhythmus nicht permanent dem eines Mitbewohners anpassen muss. Nächtliche Unruhe, Störungen im Wach- und Schlafrythmus mit außerplanmäßigen Aktivitäten bedeuten in Mehrbettzimmern immer auch die Gefahr potenzieller Übergriffe auf die privaten Zonen anderer. So kann das Einzelzimmer für jeden Bewohner zur Gewaltvermeidung entscheidend beitragen. Pflegerische Eingriffe und medikamentöse „Fixierungen“ können somit auf das wirklich Nötige reduziert werden. Bezogen auf die Eingangsfragestellungen ergibt sich schlüssig, dass jedem Bewohner ein eigenes Zimmer zur Befriedigung seiner persönlichen Wohnbedürfnisse zur Verfügung gestellt werden sollte, und dass zukünftige Wohnformen – insbesondere wenn sie zum Leben demenziell Erkrankter geeignet sein sollen – dieses Element beinhalten sollten.

Darüber hinaus müssen die Pflegeeinrichtungen ihre Wohn- und Pflegekonzepte noch besser an ihre zukünftigen Schwerpunktzielgruppen anpassen. Das eine dieser Gruppen der Personenkreis der psychisch kranken Pflegebedürftigen sein wird, dürfte fachlich unbestritten sein.

Die oben kurz beschriebenen Einrichtungen der 1. und 2. Generation sind baulich und auch konzeptionell kaum in der Lage, diesem Personenkreis gerecht zu werden. Zu unübersichtlich sind deren Funktions- und Organisationsbereiche; zu gering ihre beruhigende und orientierungsfördernde Wohnqualität. Darüber hinaus sind sie oft viel zu groß und nur unzureichend in die soziale und pflegerische Infrastruktur integriert. Obwohl viele Einrichtungen – wie oben angeführt – versuchen, sich diesen Anforderungen zu stellen, scheitern sie häufig an ihrer (Bau-)Substanz, da diese echter konzeptioneller Erneuerung häufig klare Grenzen setzt.

### **Hausgemeinschaften – die vierte Generation im Pflegeheimbau?**

So hat sich zwar eine Wohnbereichs- bzw. wohngruppenorientierte Pflege punktuell durchsetzen können, aber

diese Konzepte erreichen nur begrenzt die notwendige und geforderte Qualität in der Pflege. Sehr deutlich wird dies bei dem in den letzten zwei Jahren vom Kuratorium Deutsche Altershilfe in die Fachdiskussion eingebrachten Konzept der Hausgemeinschaften. Nachfolgend sollen die wesentlichen Merkmale näher beschrieben und diese Wohnform gegenüber dem gemeinschaftlichen Wohnen außerhalb von Institutionen abgegrenzt werden.

Obwohl es sich bei den Hausgemeinschaften um zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach SGB XI handelt, gilt innerhalb der Häuser, dass dem Bewohner quasi wie einem „Mieter“ begegnet wird. Eine Haus(wirtschafts)leitung, Präsenzkraft oder Aktivitätenbegleiter kümmern sich über den Tag um alle Belange des Pflegebedürftigen. Zusätzlich erhält der Bewohner einer Hausgemeinschaft ergänzende, individuelle Hilfen, zu denen auch die Pflegeleistungen zu zählen sind. Der Schwerpunkt der Pflege und Betreuung liegt allerdings auf den unterstützenden Maßnahmen zur selbstständigen Lebensgestaltung, orientiert an der Lebenswelt und den Tätigkeiten, die in einem „normalen“ Haushalt (Älterer) anfallen und den Tag sinnhaft strukturieren. Je nach Pflegebedürftigkeit und Interesse gilt das Prinzip von Teilnahme und Teilhabe, d. h. sofern ein Bewohner in der Lage ist und es auch will, beteiligt er sich im Rahmen seiner Möglichkeiten an den Arbeiten, die in einem solchen Haushalt regelmäßig anfallen.

Jeder Hausgemeinschaft wird eine zentrale Bezugsperson zugeordnet, die über den Tag permanent anwesend ist. Die Größe einer Hausgemeinschaft liegt – in Abhängigkeit vom angenommenen Pflegebedarf – bei 6 bis 8 Personen. Diese Zahl von Bewohnern kann ein Mitarbeiter praktisch auch alleine betreuen. Die zentrale Bezugsperson ist die Hausleitung. Es handelt sich nicht um eine einzelne Person, sondern bei einer Besetzungszeit von 14 Stunden (8.00 bis 22.00 Uhr) um 5 bis 6 Mitarbeiter mit 3,25 Vollzeitstellen. Diese Mitarbeiter, welche neben den erforderlichen hauswirtschaftlichen und betreuenden Tätigkeiten gemeinsam mit den Bewohnern den Tag gestalten und den Haushalt organisieren, erbringen auch alle anfallenden hauswirtschaftlichen Tätigkeiten in der unmittelbaren Nähe der Bewohner.

Sie sind intern wie extern unmittelbare Ansprechpartner für Bewohner, Angehörige und Pflegedienste (caremanagement). Hierzu kommen noch die individuell bereitstellenden notwendigen (ambulanten) Pflegeleistungen. Diese werden in den nicht stationären Wohngruppen über externe, ambulante Pflegedienste und in den vollstationären Hausgemeinschaften über den so genannten internen Pflegedienst erbracht. Dieser ist aber wie ein ambulanter Dienst organisiert. Die traditionelle Pflegedienstleitung wird zur Einsatzleitung und das Pflegezimmer zur Wohnung. Hierdurch werden mehrere Effekte ausgelöst.

Es kommt zu einer Umverteilung der Ressourcen, denn die in traditionellen Pflegeheimen oftmals zentralisierten Dienste werden bis auf wenige Dienstleistungen (beispielsweise die zentrale Verwaltung) anteilmäßig in jede Hausgemeinschaft zurückgegeben. Dies gilt insbesondere für die Speisenzubereitung, Wäsche, Reinigung und Be-

treuungsangebote. Da mit diesen Tätigkeiten Personalressourcen verbunden sind, wird neben der Re-Integration sinnvoller Aktivitäten auch Personal für die Ansprache, Beaufsichtigung und Anleitung verfügbar gemacht.

Die der einzelnen Hausgemeinschaft zur Verfügung gestellten Ressourcen orientieren sich dabei an einem angemessenen, regelhaften Grundbedarf. Zu Krisenzeiten oder bei kurzzeitig höherem Bedarf einzelner Bewohner einer Hausgemeinschaft werden die erforderlichen benötigten Ressourcen bei dem (zentralen) oder/und ambulanten Pflegedienst, dem hauswirtschaftlichen Dienst oder dem Speisenversorger zusätzlich eingekauft, allerdings nur so lange wie erforderlich. Da sich die inhaltliche Arbeit und der Tagesablauf einer im Wohnen organisierten Wohngemeinschaft nicht wesentlich von der einer Hausgemeinschaft unterscheidet, verwischen die Grenzen zwischen einer Wohnung und einem Heim. In einer bereits seit längerem betriebenen Hausgemeinschaft in Münster werden zum Beispiel neben den Grundleistungen einer über Tag dauernd anwesenden Kraft die abgerufenen und erhaltenen pflegerischen Leistungen nach SGB XI erbracht und abgerechnet. Grundsätzlich können die Bewohner sowohl Leistungen nach SGB XI als auch SGB V in Anspruch nehmen. Dies ist in Hausgemeinschaften eigentlich grundsätzlich nicht möglich, da sie als pflegesatzfinanzierte, vollstationäre Einrichtung alle Leistungen zu erbringen haben.

#### **Neue Anforderungen an die Kooperation von Pflege und Hauswirtschaft**

Eine solche Einrichtung ist intern als Hausgemeinschaft mit Wohnungen konzipiert, in der alle Pflege- und Betreuungsleistungen, die nicht von der Hausleitung im Zusammenhang der Tagesaktivitäten erbracht werden können, über (zentrale) hauseigene – auch pflegerische – Dienste erbracht werden müssen. Eine Einrichtung, die psychisch kranke Pflegebedürftige adäquat betreuen will, sollte eine Gruppengröße von 8 Bewohnerplätzen nicht übersteigen, eher wäre vielleicht ein Größe von 6 Plätzen angemessen. Eine solche, auch für einen verwirrten Menschen eher überschaubare Gruppengröße bietet die Gewähr, das u. U. noch vorhandene restliche Orientierungsvermögen aufzugreifen und zu stabilisieren. Die Fülle möglicher unverständlicher, unbekannter Reize und Einflüsse durch eine für den Bewohner unüberschaubare Vielzahl von anderen Bewohnern und Mitarbeitern kann deutlich reduziert werden. Die kleinräumige Organisation muss allerdings noch durch eine Anreicherung des Tagesablaufs mit sinnvollen und sinnstiftenden Aktivitäten ergänzt werden. Dies ist die Grundidee der skandinavischen und französischen Vorbilder (der sog. Cantous) und der niederländischen Vorbilder (z. B. das Anton-Pieck-Hofje in Haarlem) und letztendlich auch ein wesentliches Merkmal der vom KDA in den letzten zwei Jahren initiierten und intensiv untersuchten Projekte in Deutschland.

Durch ein Zurückführen der im Laufe eines Tages auch in einem Heim anfallenden hauswirtschaftlichen Aktivitäten in eine solche Gemeinschaft entstehen quasi zwangsläufig sinnstiftende Aktivitäten in der direkten und unmittelbaren Nähe des Bewohners. Sie orientieren sich an den

Aktivitäten des täglichen Lebens und bilden die Tageslaufstruktur in einer solchen Hausgemeinschaft. Der für die Bewohner über Tag permanent anwesende Mitarbeiter organisiert alle anfallenden hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Er übernimmt die Rolle eines Moderators, der anknüpfend an den Potenzialen der einzelnen Hausgemeinschaftsbewohner alle anfallenden Arbeiten organisiert und mit oder auch ohne Mithilfe des Bewohners erledigt. Alle Bewohner der Hausgemeinschaft können entsprechend ihrer Fähigkeiten an diesen Aktivitäten teilnehmen oder sie profitieren eher „passiv“ von den Sinnesreizen, die sich durch diese Aktivitäten ergeben.

Die in einer solchen Hausgemeinschaft erforderliche Pflege wird durch qualifizierte Pflegemitarbeiter eines einrichtungsinternen (evtl. auch eines externen) Pflegedienstes nach individuellem Pflegebedarf erbracht. Der Pflegedienst ist gemeinsam mit den Präsenzmitarbeitern und den Angehörigen für die Qualität der Pflege verantwortlich. Durch das Vorhalten einer ständigen Ansprechpartnerin/eines Ansprechpartners für die Bewohner – beispielsweise von 8.00 bis 22.00 Uhr – wird nicht nur die direkte Zuwendungszeit für jeden einzelnen Bewohner der Hausgemeinschaft drastisch erhöht, auch Angehörigen wird der Kontakt zu einem informierten Mitarbeiter erleichtert. Er kann als Teil der Gemeinschaft dort verweilen oder sich auch an den Aktivitäten beteiligen (letzteres ist z.B. ein wesentliches Element der französischen Cantous).

Da die Angehörigen fester Bestandteil der dortigen Hausgemeinschaft werden können, stellen sich manche Fragen einer Qualitätsprüfung anders als in herkömmlichen Einrichtungen. Die Leistungsfähigkeit dieser eher dezentralen Pflegestationen ist in der Schweiz schon Anfang 1990 (dsP-Projekt) untersucht wurden. Bezüglich der Leistungsfähigkeit bei Pflegebedürftigkeit wurden keine Un-

terschiede zu einer herkömmlichen Pflegeeinrichtung festgestellt. Lediglich im Bereich der Qualität und der Qualitätsbeurteilung durch die Pflegebedürftigen selbst waren diese dezentralen Pflegestationen den herkömmlichen Einrichtungen sowie auch der ambulanten Pflege in wesentlichen Punkten überlegen.

Das Hausgemeinschaftskonzept ist unter Berücksichtigung der Pflegequalität nicht teurer als eine qualitativ vergleichbare stationäre Einrichtung. Allerdings müssen die Aufbau- und Personalorganisation den Bewohnerinteressen untergeordnet werden. Da das Konzept im Rahmen eines Bundesministerium für Gesundheit im „Modellprogramms zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger“ gefördert wird, liegen in Kürze (Mitte des Jahres 2000) erste umsetzbare Pflegesatzberechnungen vor. Familienähnliche Wohnkonzepte, die die Ergebnisqualität aus Sicht der Bewohner und der Angehörigen berücksichtigen, können auch einen erheblichen Beitrag zum Abbau von struktureller Gewalt leisten. Und das Konzept der Hausgemeinschaft bietet auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ein würdevolles Wohnen und Leben bei hochgradigem Hilfebedarf. In diesem Sinne können sie erheblich dazu beitragen, die Lebensqualität psychisch kranker Pflegebedürftiger zu verbessern.

### 3.2.4.4 Pflegequalifizierung im Wandel

#### (a) Berufliche Bildung in den Pflegeberufen

Für die Übernahme einer Berufstätigkeit im Pflege-/Sozialwesen stehen heute eine Reihe von Qualifizierungsmöglichkeiten zur Verfügung. Folgende Qualifikationsebenen und -inhalte lassen sich voneinander unterscheiden (s. Übersicht 3-7):

**Übersicht 3-7: Pflegespezifische Qualifikationsebenen und -inhalte**

Qualifikationsebenen	Qualifikationsinhalte (Auswahl)
Hochschulausbildung	Pflegewissenschaftliche Promotion und Habilitation Postgraduiertenstudium: Public Health mit Schwerpunkt Pflegewissenschaft Universitäts-, Fachhochschulstudium: Pflege, Pflegemanagement, -pädagogik, -wissenschaft, Lehramt mit beruflicher Fachrichtung
Fort- und Weiterbildung	i.S. von Aufstiegsfortbildungen: Lehre und Leitung in der Pflege i.S. von fachlicher Spezialisierung: z. B. Anästhesie/ Intensivpflege, psychiatrische Pflege
Berufsausbildung zur Pflegefachkraft	Kranken-, Kinderkranken-, Entbindungs-, Alten-, Heilerziehungspflege
Berufsausbildung zur Pflegehilfskraft	z. B. Kranken-, Alten- und Heilerziehungspflegehilfe
Trägerspezifische Qualifizierung	z. B. Hauspflege

Die berufliche Bildung in den Pflegeberufen ist durch ihre Sonderstellung im bundesdeutschen Bildungswesen charakterisiert. Sie ist weder eine Ausbildung im Sinne des dualen Systems noch eine Berufsfachschulausbildung im Sinne der Landesschulgesetze. Wie Tabelle 3-26 zeigt, werden Schüler/innen im Berufsfeld Pflege überwiegend an Ausbildungsstätten besonderer Art – den so genannten Schulen des Gesundheitswesens – ausgebildet. Das heißt, pflegerische Bildung wird bis heute nicht durchgängig als öffentliche Bildungsaufgabe gesehen und finanziert. Traditionell stehen die meisten Ausbildungseinrichtungen in frei-gemeinnütziger Trägerschaft, lediglich ein geringer Teil wird öffentlich oder privat getragen. Die Finanzierung der Ausbildung speist sich aus unterschiedlichen Quellen, z. B. aus Pflegesätzen der Krankenhäuser oder

aus öffentlicher Förderung (vgl. Robert Bosch Stiftung 1996).

Tabelle 3-27 zeigt die Verteilung von Auszubildenden im Berufsfeld Pflege nach Berufsrichtung. Danach bilden die Krankenpflegeschüler/innen die weitaus größte Auszubildendengruppe, gefolgt von den Altenpflegeschüler/innen. Die Mehrheit der Auszubildenden sind – wie bei den Erwerbstätigen – Frauen: Sowohl in der Kinderkrankenpflege als auch in der Familienpflege und bei den Hebammen liegt der Anteil weiblicher Auszubildender bei über 95 Prozent. In der Altenpflege und der Krankenpflegehilfe sind über 80 Prozent der Lernenden Frauen und im Bereich der Krankenpflege über 75 Prozent. Tabelle 3-27 zeigt auch, dass sich die Zahl der Auszubildenden im Berufsfeld Pflege eher reduziert als erhöht hat.

**Tabelle 3-26: Schülerinnen und Schüler im Berufsfeld Pflege nach Schularten, 1998/99**

Beruf/ Fachrichtung	Schulen des Gesundheitswesens <sup>1)</sup>	Berufsfachschulen	Fachschulen	Schüler/innen insgesamt
Krankenpflege	57.839	7.868	-	65.707
Kinderkrankenpflege	6.993	951	-	7.944
Hebammen	1.637	211	-	1.848
Krankenpflegehilfe	1.972	188	-	2.160
Altenpflege <sup>2)</sup>	12.888	8.353	16.076	37.317
Heilerziehungspflege	47	-	10.142	10.189
Familienpflege	715	649	1.178	2.542
Insgesamt	82.091	18.220	27.396	127.707

1) ohne Hessen      2) darunter 23 Altenpflegehelfer/innen an Berufsfachschulen

Quelle: Statistisches Bundesamt 1999a

**Tabelle 3-27: Schülerinnen und Schüler im Berufsfeld Pflege nach Berufsrichtungen, 1997/98 und 1998/99**

Berufsrichtung	Schüler/innen 1997/98 <sup>1)</sup>	Schüler/innen 1998/99 <sup>2)</sup>	Bilanz
Krankenpflege	66.736	65.707	- 1.029
Kinderkrankenpflege	8.507	7.944	- 563
Hebammen	1.836	1.848	+ 12
Krankenpflegehilfe	2.171	2.160	- 11
Altenpflege <sup>3)</sup>	38.116	37.317	- 799
Heilerziehungspflege	9.731	10.189	+ 458
Familienpflege	2.288	2.542	+ 254
Insgesamt	129.385	127.707	- 1.678

Quelle: Statistisches Bundesamt 1999a

## (b) Berufliche Bildung in der Altenpflege

### Gegenwärtige Ausbildungssituation

Die skizzierte bildungsrechtlichliche Sonderstellung trifft sowohl für die sozial- als auch die gesundheitspflegerischen Berufe<sup>25</sup> zu. Weitere Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede werden in Übersicht 3-8 deutlich, in der sozial- und gesundheitspflegerische Ausbildungsschwerpunkte am Beispiel der Alten- und Krankenpflege gegenübergestellt sind.

Die dort enthaltenen Angaben zur Altenpflegeausbildung sind als kleinster gemeinsamer Nenner einer Ausbildungsrealität zu betrachten, die sehr viel heterogener ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Altenpflegeausbildung im Unterschied zur Ausbildung in den Krankenpflegeberufen nicht bundeseinheitlich, sondern länderspezifisch geregelt ist. Auch wenn es seit 1985 eine von der Kultus- sowie Arbeits- und Sozialministerkonferenz getroffene Rahmenvereinbarung zur Vereinheitlichung der Ausbildung und Prüfung von Altenpflegern und -pflegerinnen gibt, lassen die Landesgesetze bzw. länderspezifischen Verordnungen und Bestimmungen deutliche Unterschiede erkennen, wie z. B. (vgl. Forschungsgesellschaft für Gerontologie 1996):

- Ausbildungsdauer: Auch wenn die dreijährige Ausbildungsform bundesweit dominiert, gibt es einige Länder mit zweijähriger Ausbildung (Bayern, Sachsen).
- Zulassungsvoraussetzungen: In einigen Ländern wird ein Mindestalter vorausgesetzt (zwischen 16 und 18 Jahren); in anderen Ländern existiert eine solche Mindestalterregelung nicht. Die Mindestanforderungen im Blick auf die formalen Bildungsabschlüsse sind neben „nur Hauptschulabschluss“ (nur in Hamburg) i.d.R. „Hauptschulabschluss und zweijährige Berufsausbildung“, wobei letztere in einigen Ländern fachbezogen sein muss, in anderen hingegen nicht. In den meisten Ländern wird auch zugelassen, wer nicht über eine zweijährige Berufsausbildung verfügt, stattdessen aber eine „Ersatztätigkeit“ nachweisen kann, deren Spektrum von einer „dreijährigen Berufstätigkeit“ über „eine mindestens siebenjährige pflegende Tätigkeit“ bis hin zu der „Ableistung des Grundwehrdienstes mit Sanitätsprüfung“ reicht. In einigen Ländern ist es möglich, die Altenpflegeausbildung als Erstausbildung zu absolvieren (d.h. nur auf der Grundlage eines allgemeinbildenden Schulabschlusses), während sie in anderen Ländern ihrem Charakter nach eine berufliche Weiterbildung ist (entsprechend heißen die Schulen auch Fachschulen und nicht Berufsfachschulen).
- Theoretische und praktische Ausbildungsanteile: Erhebliche Unterschiede zeigen sich im Umfang der

theoretischen und praktischen Ausbildungsanteile. Der Stundenumfang im theoretischen Bereich variiert länderspezifisch zwischen 1600 und 2250 Stunden, der im praktischen Bereich zwischen 1400 und 3000 Stunden.

- Ausbildungsinhalte: Unterscheidet man nach allgemein bildenden und berufsbezogenen Ausbildungsinhalten, so liegt der Anteil allgemein bildender Inhalte in einigen Ländern bei 40 Prozent des gesamten Theorieunterrichts, während er in anderen nur 13 Prozent ausmacht. Medizinisch-pflegerische Inhalte variieren zwischen 12 Prozent und 63 Prozent, sozialpflegerisch-beratende zwischen 4 Prozent und 35 Prozent, gerontologische zwischen 5 Prozent und 33 Prozent und hauswirtschaftliche Inhalte zwischen 2 Prozent und 20 Prozent und des gesamten Theorieunterrichts.

### Diskussion um die bundeseinheitliche Regelung der Altenpflegeausbildung

Die skizzierte Uneinheitlichkeit sowie damit einhergehende Qualifizierungsmängel und Inkonsistenzen im Berufsbild sind seit rund 15 Jahren Anlass für Reformbemühungen. Nachdem alle bisherigen Initiativen ergebnislos verlaufen sind, hat die Bundesregierung jüngst einen neuen Schritt unternommen, die Altenpflegeausbildung zu vereinheitlichen. 1999 legte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den Entwurf eines „Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege“ (Altenpflegegesetz – AltPflG) vor. Die Diskussion um diesen Entwurf, der sich im Grundsatz an dem Bundesgesetz für die Krankenpflegeberufe (KrPflG von 1985) orientiert, konzentriert sich auf folgende Punkte:

- Altenpflege als sozialpflegerischer oder als Heilberuf: Eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes im Sinne der Ziffer 19 des Art. 74 GG setzt voraus, dass Altenpflege als Heilberuf definiert ist. Davon ist, so die Befürworter einer bundesgesetzlichen Regelung, infolge demographischer und epidemiologischer Daten sowie struktureller Bedingungen auszugehen: Altenpflegerinnen betreuen bereits gegenwärtig fast ausnahmslos kranke alte Menschen und werden in Zukunft zunehmend mit Multimorbidität und Schwerstpflegebedürftigkeit – als typischen mit Hochaltrigkeit korrelierenden Komponenten – konfrontiert sein. Es gibt jedoch auch einige Gegenstimmen auf Landes- (Bayern, Sachsen) und berufsständischer Ebene, die sich auf das nach wie vor gegebene und zukünftig zu sichernde sozialpflegerische Profil der Altenpflege berufen und deren Eigenständigkeit durch eine Bundesgesetzgebung bedroht sehen.
- Helferqualifizierung als (unangemessene) Antwort auf quantitative und qualitative Herausforderungen: Auf der einen Seite wird die im Entwurf vorgesehene einjährige Altenpflegehelfer/innen-Qualifizierung als angemessene Antwort auf den infolge demographisch-gesellschaftlicher Entwicklungen steigenden Bedarf an ausgebildeten Pflegekräften begrüßt. Auf der anderen Seite wird sie als Deprofessionalisierungs- bzw. Dequalifizierungsmaßnahme mit den Argumenten abgelehnt, dass sie den gestiegenen und

<sup>25</sup> Die Kategorisierung in sozial- und gesundheitspflegerische Berufe hat sich innerhalb der einschlägigen Fachliteratur durchgesetzt und wird beispielsweise auch vom Statistischen Bundesamt vorgenommen, das einen Teil der Pflegeberufe als dem Sozialwesen und den anderen Teil als dem Gesundheitswesen zugehörig definiert. Inhaltlich ist die begriffliche Trennung jedoch zu hinterfragen.

**Übersicht 3-8: Vergleich von Ausbildungsschwerpunkten der Alten- und Krankenpflege (vgl. DBfK 1998)**

<b>Altenpflegeausbildung</b>	<b>Krankenpflegeausbildung</b>
<b>Gesetzliche Grundlagen</b>	
- 16 verschiedene Landesgesetze und Verordnungen	- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 4. 6. 1985 (KrPflG) Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 16. 10. 1985 (KrPflAPrV)
<b>Zulassung zur Ausbildung</b>	
- ab 16. Lebensjahr - Hauptschulabschluss oder gleichwertige Schulbildung Abgeschlossene Berufsausbildung bzw. dreijährige berufliche Tätigkeit	- Vollendung des 17. Lebensjahres - Realschulabschluss oder gleichwertige Schulbildung bzw. abgeschlossene Berufsausbildung bei Hauptschulabschluss
<b>Berufsbezeichnung</b>	
Altenpflegerin/Altenpfleger	Krankenschwester/Krankenpfleger
<b>Ausbildungsdauer</b>	
i.d.R. 3 Jahre	3 Jahre
<b>Theoretische Ausbildung</b>	
Mindeststunden: Vorgaben der Bundesländer Inhalt: - Alten- und Krankenpflege - Gesundheitslehre - Alterssoziologie, -psychologie, -psychiatrie - Berufskunde - Ethik/Religion - Krankheitslehre - Arzneimittellehre - Beschäftigungstherapie - Sozialkunde - Rechtskunde	Mindeststunden: 1 600 Stunden Inhalt: - Krankenpflege - Grundlagen der Rehabilitation - Einführung in die Organisation und Dokumentation im Krankenhaus - Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde - Grundlagen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik - Biologie, Anatomie und Physiologie - Allgemeine und spezielle Krankheitslehre einschließlich Vorsorge, Diagnostik, Therapie und Epidemiologie - Erste Hilfe - Arzneimittellehre - Fachbezogene Physik und Chemie - Sprache und Schrifttum
<b>Praktische Ausbildung</b>	
Mindeststunden: Vorgabe der Bundesländer Inhalt: - Allgemeine Pflege bei hilfebedürftigen und kranken alten Menschen Spezielle sozialpflegerische Betreuung des alten Menschen im stationären und ambulanten Bereich	Mindeststunden: 3 000 Stunden Sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege - im klinischen (z.B. Allgemeine Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Psychiatrie, Kinderheilkunde) Bereich und im - ambulanten Bereich
<b>Abschluss</b>	
Schriftliche, mündliche und praktische Prüfung vor einem staatlichen Prüfungsausschuss	Schriftliche, mündliche und praktische Prüfung vor einem staatlichen Prüfungsausschuss

steigenden qualitativen Anforderungen an pflegerische Arbeit in keiner Weise entspreche, zur Hierarchisierung zwischen den Berufsgruppen beitrage und im Wesentlichen kurzfristigen ökonomischen Interessen entgegenkomme.

- Ausbildungs-Verkürzungen als Ausdruck eines zu breit gestreuten Verständnisses beruflich relevanter Qualifikationen und als Indikator eines geringen Professionalisierungsgrades: Nach einem ersten Gesetzesentwurf sollte die dreijährige Altenpflegeausbildung

z. B. für Sanitätsbedienstete der Bundeswehr oder der Polizei sowie für Personen, die eine mindestens fünfjährige Führung eines Familienhaushaltes mit mindestens einem Kind oder einer pflegebedürftigen Person nachweisen, um 1 Jahr verkürzt werden können. Die darin implizit enthaltene Vorstellung, dass sich der Beruf der Altenpflege aus Elementen zusammensetzt, die sich zwischen medizinischer Assistenz und privater Haushaltsführung bewegen, hat zu relativ einheitlicher starker Kritik in der Fachöffentlichkeit geführt. Infolge dieser Kritik sind die genannten Ausbildungs-Verkürzungen im aktuellen Gesetzesentwurf entfallen.

### **Forderung nach Vereinheitlichung der Ausbildung in den Pflegeberufen**

Über die Diskussion der Vereinheitlichung der Altenpflegeausbildung hinaus sind seit Mitte der 90er-Jahre Reformvorschläge entwickelt worden, in denen Integration auf einer noch umfassenderen Ebene angestrebt wird: Gemeint sind die Ansätze, die auf eine gemeinsame, die derzeit voneinander getrennten pflegerischen Bildungsgänge integrierende Pflegeausbildung abzielen.

Die Argumente, auf denen sich die Reformkonzepte gründen, sind insbesondere (vgl. z. B. ASG 1996):

- Neue demographisch, gesellschaftlich und strukturell bedingte Herausforderungen an professionell Pflegenden;
- eine in der Realität zunehmende Überschneidung von Tätigkeitsfeldern und Aufgabenbereichen der Kinder-, Kranken- und Altenpflegekräfte;
- die Notwendigkeit des Abbaus von Hierarchien und Qualifizierungsunterschieden zwischen den Berufsgruppen;
- die wachsende Bedeutsamkeit einer europaweiten Anerkennung beruflicher Bildungsabschlüsse (was derzeit nicht für die Kinderkranken- und Altenpflegekräfte gilt);
- die Entwicklung der Pflegewissenschaft, die nicht vorrangig von altersspezifischen Fragestellungen ausgeht.

Diese Argumentationslinien gewinnen derzeit an Bedeutung und rücken die einzelberuflich geführten Qualifizierungsdiskussionen zunehmend in den Hintergrund. Dazu trägt auch bei, dass gegenwärtig ein erster Modellversuch „Gemeinsame (Grund-)Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege“ unter wissenschaftlicher Begleitung eines gerontologischen (Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund) und eines pflegewissenschaftlichen Institutes (Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld) durchgeführt wird (vgl. Oelke et al. 1998). Von den Ergebnissen dieses Modellversuchs, die 2001 vorliegen werden, werden weitergehende wichtige Impulse für die konzeptionelle Neugestaltung einer gemeinsamen Pflegeausbildung erwartet.

### **(c) Weiterbildung in pflegerischen Berufen**

Die Regelung der Weiterbildung ist Ländersache und in der Pflege – als Fortbildung, Aufstiegsqualifizierung und Subspezialisierung – nur teilweise durch entsprechende Gesetze geordnet (SG 1997, Ziffer 310). Insgesamt ist der Fort- und Weiterbildungsbereich im Pflegewesen ein Markt, der weitestgehend nach dem Prinzip Angebot und Nachfrage funktioniert und infolgedessen Angebote unterschiedlichster Qualität umfasst (vgl. Winter 1998).

Für die Pflege gibt es im Vergleich zu anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen ein besonders großes Weiterbildungsangebot. Die Forderung nach Weiterbildung in der Pflege resultiert aus einem Theorie-Praxis-Gefälle. Vor allem in den letzten zehn Jahren nahm das pflegetheoretische Wissen schnell zu, ohne bereits im vollen Umfang in der Pflegepraxis seinen Niederschlag gefunden zu haben. Gleichzeitig legen gesetzliche Regelungen, z. B. im Pflegeversicherungsgesetz fest, dass die praktische Pflege den jeweils aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen folgen muss. Weiterbildung in der Pflege wird gegenwärtig häufig zur Kompensation von Defiziten der Erstausbildung eingesetzt. Professionelle Akteure in der Altenpflege erleben beispielsweise ausbildungsbedingte Kompetenzmängel im Bereich der Gerontopsychiatrie, der Rehabilitation und Prävention, die eine Weiterbildung notwendig werden lassen (vgl. Meifort 1998).

Aufgrund begrenzter Ressourcen im Gesundheitssystem werden perspektivisch Fragen der Bildungsqualität und des Managements von Bildung und Wissen an Bedeutung gewinnen. Die Fort- und Weiterbildung von Mitarbeiter/innen wird zunehmend eine Aufgabe der Entwicklung der gesamten Organisation. Es ist zu erwarten, dass anstehende Reformen im Bereich der Erstausbildung direkte Auswirkungen auf das System der Weiterbildung haben werden.

Ein Problembereich ist in der Konkurrenzsituation zwischen Weiterbildungsprofilen und Hochschulausbildungen zu sehen. Gemäß der Maßstäbe zur Qualitätssicherung nach SGB IX § 80 muss eine verantwortliche Pflegefachkraft eine Person sein, die aus einem Pflegeberuf kommt, über eine entsprechende Weiterbildung verfügt (mind. 460 Stunden) und in den letzten fünf Jahren vor Antritt der Stelle zwei Jahre in der Pflege vollzeitbeschäftigt war. Anstelle der Weiterbildung kann auch ein Hochschulabschluss im Pflegemanagementbereich vorgelegt werden (vgl. Klie & Kraemer 1998). Für eine solche Person ist der Nachweis der geforderten Vollbeschäftigung nahezu unmöglich. Daraus entsteht eine strukturelle Benachteiligung für Hochschulabsolventen/innen.

### **(d) Akademische Qualifizierung im Pflegebereich**

Im Vergleich zu anderen Ländern setzte die Akademisierung der Pflegeberufe in Deutschland mit großer zeitlicher Verzögerung ein.

Gegenwärtig gibt es über 40 pflegebezogene Studiengänge (vgl. DV Pflegewissenschaft 1998; Schaeffer 1998b). Die meisten sind an Fachhochschulen angesiedelt, lediglich 5 werden auf Universitätsebene angeboten. Das Studiengangsangebot gliedert sich in drei Schwerpunktbereiche auf:

- Pflege bzw. Pflegewissenschaft
- Pflege(dienst)leitung bzw. Pflegemanagement
- Pflegepädagogik bzw. Lehramt-Pflege

Hinsichtlich ausgewählter Strukturdaten lassen sich die Studiengänge wie folgt charakterisieren:

- Zugangsvoraussetzungen: (Fach-)Hochschulreife bzw. eine andere Form der (Fach-)Hochschulzugangsberechtigung (länderspezifisch, z. B. Sonderprüfung für besonders Begabte, Sonderzulassung für Berufstätige) und i. d. R. abgeschlossene Ausbildung in einem pflegerischen Beruf sowie zweijährige Berufserfahrung
- Dauer und Umfang: als Vollzeitstudium i. d. R. 8 Semester mit 130 – 160 SWS (auf FHS-Ebene häufig mit Praxissemester), als berufsbegleitendes Studium i. d. R. 10 Semester
- Abschlüsse (Auswahl): Diplom-Pfleger/in, Diplom-Pflegeexperte/in, Diplom-Pflegewirt/in, Diplom-Kauffrau/mann, Diplom-Pflegemanager/in, Diplom-Pflegepädagoge/in, 1. Staatsexamen Lehramt (Sek. II)

Wenn auch die Akademisierung mittlerweile überwiegend positiv bewertet wird und mit ihr große Hoffnungen auf eine weitergehende Professionalisierung und Verbesserung der Ausbildungs- und Berufspraxis verbunden werden, ruft sie auch kritische Resonanzen hervor, die u. a. auf Probleme in folgenden Bereichen aufmerksam machen:

### **Nachwuchsförderung**

Infolge der derzeit noch rudimentären Entwicklung der Pflegewissenschaft dominieren in vielen Studiengängen deren Bezugswissenschaften (i. w. Sozial- und Geisteswissenschaften). Gravierende Änderungen sind hier erst und nur dann zu erwarten, wenn eine hinreichende Zahl von Pflegewissenschaftlern/innen mit entsprechender Expertise zur Verfügung steht. Dies setzt eine adäquate Nachwuchsförderung voraus. Um diese zu ermöglichen, ist der derzeitige universitäre Ausbau von Pflegewissenschaft und die Zahl dort besetzter pflegewissenschaftlicher Lehrstühle zu gering. Zudem macht sich eine generelle Strukturschwäche des deutschen Hochschulsystems bemerkbar: Auf der Ebene der Nachwuchsförderung – speziell der Promotions- und Habilitationsförderung – fehlen geeignete promotionsvorbereitende und Post-Doc-Programme. Die Folgen dessen zeigen sich etwa daran, dass promotionsinteressierte Pflegewissenschaftler/innen in das Ausland abwandern (vgl. Schaeffer & Bartholomeyczik 1999).

### **Wissenschaftsentwicklung und Forschungsförderung**

Geschaffen wurden zunächst Studiengänge, denen die Konstituierung einer eigenständigen Wissenschaftsdisziplin dann folgen sollte. Faktisch wurde damit der zweite Schritt vor dem ersten getan, in der Hoffnung, den ersten nachholen zu können. Doch eben diese Weichenstellung erweist sich als schwierig: Sie unterminiert die Wissenschaftsentwicklung, die ihrerseits notwendig ist, um der begonnenen Akademisierung Substanz zu verleihen und die sich in der Pflege stellenden Entwicklungs Herausforderungen auf wissenschaftlicher Ebene bearbeiten zu können. Die dazu erforderlichen infrastrukturellen Bedingungen zu schaffen, ist eine vielfach angemahnte Aufgabe (vgl. Robert Bosch Stiftung 1996), die nach wie vor zur Lösung ansteht.

Es mangelt derzeit nicht nur an einem angemessenen universitären Ausbau von Pflegewissenschaft, sondern auch an einer adäquaten Forschungsförderung. Diese zeichnet sich gegenwärtig allenfalls schemenhaft ab. Bundesweit fehlt es an hinreichenden strukturellen und materiellen Ressourcen für Pflegeforschung – sei es auf dem Gebiet der anwendungsorientierten Forschung wie auf dem der Grundlagenforschung. Die Behebung dessen ist auch deshalb dringend erforderlich, weil sonst die Gefahr besteht, dass sich der auf diesem Gebiet unzweifelhaft vorhandene internationale Entwicklungsrückstand zu zementieren droht<sup>26</sup>.

### **Studiengänge**

Der curriculare Aufbau der Studiengänge ist als relativ willkürlich und unsystematisch zu bezeichnen, was in Anbetracht ihres „explosionsartigen“ Entstehens nicht wundert. Hier bedarf es einer fundierten Evaluationsarbeit bzw. -forschung, um gegenwärtig zu konstatierende Mängel auszugleichen bzw. zu beheben. In vielen Studiengängen wird zudem den aktuellen gesellschaftlichen Herausforderungen, die einst auslösendes Moment für die Akademisierung waren, zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. So etwa finden die Konsequenzen des Strukturwandels des Alters oder der epidemiologischen Transition – der Zunahme heute dominanter chronischer Erkrankungen – in den Studiengangcurricula noch keineswegs einen ihrer Bedeutung angemessenen Stellenwert.

Generell wurde in Deutschland eine „auf den Kopf gestellte“ Studiengangsstruktur geschaffen. Während in vielen anderen Ländern die Akademisierung der Pflege damit begann, dass die Berufsausbildung auf akademisches Niveau gehoben wurde, dem sich dann spezialisierte Studienprogramme anschlossen, wurde die Pflegeausbildung in Deutschland auf ihrem Niveau belassen und die (fach)hochschulische Qualifizierung für gehobene Positionen (Pflegemanagement, -pädagogik) eingeleitet.

<sup>26</sup> In den USA gehört Pflegeforschung seit mehr als 50 Jahren zu den gesundheitspolitisch relevanten Forschungsgebieten.

### 3.3 Perspektiven der Finanzierung und Vergütung einer integrierten Versorgung

Eine vernetzte und ergebnisorientierte Gesundheitsversorgung im Alter wird von der Kommission ausdrücklich als wünschenswert angesehen. Ein solches System – abgestuft und flexibel, erreichbar und zugänglich, nachfragegeleitet akzeptabel und zugleich regional nicht konzentriert – erfordert im Vergleich zur jetzigen Situation andere Finanzierungsformen (Krauth et al. 1998).

Finanzierungsfragen stellen sich also auf unterschiedlichen Systemebenen. In Kapitel 3.3.1 wird ein Überblick über die Auffassungen über die Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Gesundheitsausgaben, wie sie sich in der Literatur finden lassen, gegeben. Bei dieser „Wissensverdichtung“ bemüht sich die Kommission darum, die „Perspektiven des demographisch bedingten Ausgabenanstiegs in der GKV“ in Richtung auf einen Beurteilungspfad zu bahnen, der einerseits Verharmlosungen, andererseits aber auch unvermeidbare Dramatisierungen vermeiden hilft. Verharmlosungen können eintreten, wenn die mit der demographischen Alterung unserer Gesellschaft verbundenen gesellschaftspolitischen Herausforderungen zur Finanzierung, einschließlich der damit verbundenen verteilungspolitischen Aspekte, unthematisiert bleiben. Dramatisierungen können eintreten, wenn die demographischen Veränderungen zur Haupteinflussgröße der zukünftigen Ausgabenentwicklung stilisiert werden, das komplexe Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren (medizinisch-technischer Fortschritt in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht, Pflegequalitätsfortschritte, Angebotsdichte und angebotsinduzierte Nachfrage, Inanspruchnahmestrukturen der Versicherten, Preisentwicklungen, Pharmaforschung, politisch-gesetzgeberische Entwicklungen u. a. m.) aus dem Auge verloren wird. Bleibender Befund ist jedenfalls: Es fällt ein Drittel bis die Hälfte der Gesundheitsausgaben im Alter über 65 Jahren an. Diese Aussage gilt im internationalen Vergleich der Industriestaaten.

In der Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes 1996) finden sich Hinweise darauf, dass durch die „Kompression der Morbidität im Alter“ schwerwiegende Krankheiten erst in den Phasen vor dem Tod auftreten, d.h. die Menschen leben länger bei guter Gesundheit (vgl. insgesamt oben 3.1.1). Dieser Aussage stehen Erkenntnisse gegenüber, nach denen die Gesundheitsausgaben für die Behandlung alter Menschen in den beiden letzten Lebensjahren um so niedriger ausfallen, je länger die Menschen leben. Unabhängig von der Lösung der andauernden Auseinandersetzung über Höhe und Struktur der Gesundheitsausgaben im zunehmenden Lebensalter ist man sich in der Fachdiskussion wohl jedoch einig, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben im Alter die weiter oben genannte Höhe erreicht. Unabhängig von der zeitlichen Inzidenz der Ausgaben im Lebenszyklus für das einzelne Individuum (Längsschnittbetrachtung), muss aus makroökonomischer Sicht eine stabile Finanzierung für die oft anfallen-

den Ausgaben gefunden werden. In diesem Zusammenhang lassen sich aus der Tabelle 3-28 die Ausgabenbeträge und Finanzierungsformen im deutschen Gesundheitswesen für die Jahre 1996 und 1997 entnehmen und damit die Institutionen, die auch die Ausgaben für die 65-Jährigen bei übergreifender Sichtweise vornehmen. Die dort erkennbaren und vorgegebenen Trägerstrukturen gehören bei einer Diskussion über die institutionelle Erneuerung der Systemfinanzierung in die Betrachtung.

Die Demographie und die damit einhergehenden epidemiologischen Veränderungen spielen aller Wahrscheinlichkeit nach nur eine Teilrolle im Rahmen einer Entwicklung, die in verschiedenen Ländern unterschiedlich und in den treibenden Kräften sehr vielfältig und im Zeitablauf wechselnd sind. In Kapitel 3.1.1 hat die Kommission die Perspektiven einer behinderungsfreien steigenden Lebenserwartung skizziert. Es wurde deutlich, dass der Zusammenhang zwischen Alter und Krankheit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit verschiedene Verlaufsformen und verschiedene Gesichter annehmen kann. Auch hier kommt der grundlegende Befund der Heterogenität des Alter(n)s zur Wirksamkeit. Auch die Kosten- und Ausgabenprofile müssen demnach als beeinflussbar gelten; sie sind also nicht ohne Gestaltbarkeit durch individuelle und gesellschaftliche Ressourcen. Dennoch sind im Rahmen dieser Heterogenität der Altersformen und der Altersgestalten mit steigendem Alter, insbesondere in der Gruppe der „vierten Lebensphase“, spezifische Risikolagen und besondere Gefährdungsprofile vorhanden. Diese Herausforderungen werfen auch sozialökonomische Fragen der Finanzierung des Systems der medizinischen, pflegerischen und der komplementären sozialen Einrichtungen und Dienstleistungen auf. Insgesamt kann daraus nur der Schluss gezogen werden, dass auch die Pro-Kopf-Ausgaben mit dem Alter steigen werden. Diese Erwartung gilt auch unter der Bedingung, dass alle realistischen Migrationsszenarien einkalkuliert werden, da die Zuwanderung relativ jüngerer Menschen die Alterung der bundesdeutschen Bevölkerung zwar abschwächen, im Trend aber nicht gegenläufig korrigieren kann.

Das ganze komplexe, in seinen Teilbereichen hoch interdependente System von Behandlungen, Versorgung und Betreuung muss nach Auffassung der Kommission demnach auch angesichts des demographischen Wandels auf eine solide makroökonomische Basis gestellt werden (vgl. dazu 3.3.2), zumal der Beitragssatzstabilität im SGB V normativ nach wie vor eine deutliche Rolle zugewiesen worden ist (u. a. § 71 SGB V, vgl. jetzt auch § 4 (4) SGB V).

#### 3.3.1 Perspektiven des demographisch bedingten Ausgabenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die sich in den nächsten Jahrzehnten beschleunigende demographische Alterung des Landes, das schon heute innerhalb Europas zu den Ländern mit dem höchsten Durchschnittsalter der Bevölkerung zählt, hat

**Tabelle 3-28: Ausgabenträger und Finanzierungsformen im deutschen Gesundheitswesen 1996 und 1997**

Ausgaben-Träger	Finanzierungsformen	1996		1997	
		Mrd. DM	Anteil In %	Mrd. DM	Anteil In %
1. Private Haushalte	Selbstbeteiligung und private Ausgaben	41,9	8,0	45,5	8,8
2. Private Krankenversicherung	Risikoäquivalente Prämien	26,9	5,2	28,9	5,6
3. Gesetzliche Krankenversicherung	Sozialversicherungs-abgaben (Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge)	244,3	46,9	240,4	46,5
4. Gesetzliche Pflegeversicherung	Sozialversicherungs-abgaben Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge	21,9	4,2	29,8	5,9
5. Gesetzliche Rentenversicherung	Sozialversicherungs-abgaben (Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge)	38,2	7,3	35,7	6,9
6. Gesetzliche Unfallversicherung	Sozialversicherungs-abgaben (nur Arbeitgeberbeiträge)	14,7	2,8	15,0	2,9
7. Arbeitgeber	Lohnfortzahlung	69,7	13,4	65,8	12,7
8. Öffentliche Haushalte	Überwiegend Steuern	63,8	12,2	55,7	10,7
<b>Ausgaben insgesamt:</b>		521,3	100,0	516,6	100,0

Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von Müller (1999).

Befürchtungen vor einem erheblichen demographisch bedingten Anstieg der Gesundheitsausgaben und des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgelöst. Diese Befürchtungen speisen sich im Wesentlichen aus dem Wissen um die mit dem Alter progressiv wachsenden Behandlungsausgaben (vgl. Buttler et al. 1999; Martin 1999) und des steigenden Risikos der Pflegebedürftigkeit (s. Kapitel 3.1.4), die „Versteilerung“ des Altersprofils der Pro-Kopf-Ausgaben während der letzten Jahrzehnte (vgl. Wasem 1997; Glaeske et al. 1999) und der zunehmende Bevölkerungsanteil alter und hochbetagter Menschen.

Weitgehende Übereinstimmung herrscht darüber, dass die demographische Alterung zu einem weiteren Anstieg der Gesundheitsausgaben beitragen wird und davon neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch andere Ausgabenträger betroffen sind (s. hierzu auch Tabelle 3-28). Umstritten ist jedoch, wodurch im Einzelnen die Steigerungen verursacht und wie stark die ausgabensteigernde Wirkung sein wird, welche Bedeutung die demographische Alterung im Vergleich zu anderen zentralen Faktoren der Gesundheitsausgaben besitzt, wie stark der Beitragssatz in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung steigen wird bzw. zur Deckung der Ausgaben

steigen müsste und welche Gegenreaktionen ergriffen werden oder ergriffen werden sollten.

In den letzten Jahren sind verschiedene Modellrechnungen und Prognosen zur zukünftigen Entwicklung der Leistungsausgaben und der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung, also einem der Hauptleistungsträger, vorgelegt worden, ergänzt um Modellrechnungen zur Pflegeversicherung. Entscheidenden Einfluss auf die Schätzung der zukünftigen Ausgaben haben dabei zum einen die gewählten Varianten zur Bevölkerungsentwicklung, vor allem die dahinter stehenden Annahmen zur Entwicklung der Fertilität, Lebenserwartung und Zuwanderung<sup>27</sup>, die – zusammen mit Arbeitsmarktannahmen – wesentlich die Zahl und Altersstruktur der Versicherten beeinflussen. Zum anderen hängen die Gesamtausgaben in starkem Maße von den zugrundegelegten Annahmen zur zukünftigen Entwicklung der altersspezifischen Pro-Kopf-Ausgaben ab.

Hier stehen sich verschiedene Positionen gegenüber. Insbesondere Modellrechnungen, die den Einfluss des demographischen Wandels isoliert erfassen möchten, operieren oft mit konstant bleibenden Ausgabenprofilen. Auf diese Weise schalten sie andere nachfrage- und angebotsseitige Einflüsse auf die Gesundheitsausgaben aus, wie etwa die Ausweitung des Leistungsangebots aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der wachsenden Anbieterdichte, die Preissteigerung oder die wachsenden Behandlungsansprüche der Versicherten. Die dann durch Multiplikation der nach Alter und Geschlecht fortgeschriebenen Bevölkerung mit den konstant gehaltenen altersspezifischen Pro-Kopf-Ausgaben errechneten Gesamtausgaben geben einen Eindruck von der durch die demographische Entwicklung zu erwartenden Ausgabensteigerung.

Status-quo-Modellrechnungen, die zusätzlich den demographischen Effekt auf die Entwicklung des Beitragssatzes simulieren möchten, müssen darüber hinaus noch restriktive Annahmen zu den Bestimmungsfaktoren der Beitragseinnahmen treffen. Um die nicht rein demographischen Effekte auszuschalten, unterstellen sie, dass die altersspezifischen Quoten abhängig Beschäftigter und Rentenbezieher sowie das durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen der Versicherten konstant bleiben. Je nach Basisjahr, den zugrundegelegten Ausgangswerten und Bevölkerungsvorausrechnungen gelangen die verschiedenen Modellrechnungen dann zu den in Tabelle 3-29 aufgeführten rein demographiebedingten Effekten auf die Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Durch den Wandel der Altersstruktur und der Bevölkerungszahl werden demnach zwischen 1995 und 2040 die

durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung um mindestens 20 bis 29 Prozent steigen. Der Beitragssatz müsste dann – unter Vernachlässigung aller anderen ausgabensteigernden Faktoren – aufgrund der demographischen Entwicklung auf 15,3 bis 22,1 Prozent angehoben werden, je nach den Zu- und Abwanderungen sowie dem Anstieg der ferneren Lebenserwartung und den damit verbundenen Auswirkungen auf Ausgaben und Einnahmen.

Buttler et al. haben mit ihrem Modell 4 versucht zu berücksichtigen, dass die mit zunehmendem Alter progressiv ansteigenden Pro-Kopf-Ausgaben zu einem nicht unerheblichen Teil auf die hohen Gesundheitsausgaben im letzten Lebensjahr zurückgehen. Da sich diese hohen Behandlungskosten Versterbender bei zunehmender Lebenserwartung zeitlich nur in ein höheres Alter verlagern und zugleich bei hochaltrigen Menschen geringer sind als im mittleren Alter und jungen Seniorenalter, hat unter anderem der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen angenommen, dass die zunehmende Zahl alter Menschen insoweit zu keinem nennenswerten Anstieg der Gesundheitsausgaben führen werde, zumindest nicht der Ausgaben für die stationäre Versorgung (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996: 104). Diese Einschätzung beruht jedoch auf der zweifelhaften Annahme, dass das Profil der Pro-Kopf-Ausgaben der nicht Versterbenden keinen Altersanstieg aufweist. Buttler et al. haben nun approximativ getrennte Ausgabenprofile der Versterbenden und der Überlebenden berechnet und als vierte Variante ihrer Modellrechnung zur Anwendung gebracht. Wie die Ergebnisse nahe legen, führt diese Trennung der Ausgaben nur zu einer geringen Abschwächung des prognostizierten demographiebedingten Anstiegs. Der Grund liegt darin, dass ganz offensichtlich auch die Gesundheitsausgaben der nicht Versterbenden mit dem Alter steigen.

Die Zunahme des Anteils alter Menschen in der Bevölkerung führt daher unabhängig von der Entwicklung der Lebenserwartung zu steigenden durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben und Beitragsbelastungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei den bisher besprochenen Modellrechnungen handelte es sich um Szenarien, die angeben, welche Entwicklung die Pro-Kopf-Ausgaben und der Beitragssatz in der GKV aufgrund der jeweils vorhergesagten demographischen Entwicklung nehmen würden, wenn sich ansonsten nichts ändert. Umfassender, aber auch anspruchsvoller und mit größeren Unsicherheiten belastet als Modellrechnungen, die nur den isolierten Einfluss der demographischen Entwicklung betrachten, sind erweiterte Modellrechnungen und Versuche, echte Prognosen über die wahrscheinliche Entwicklung der GKV-Ausgaben und der Beitragssatzentwicklung anzustellen. In Prognosen fließen explizit oder implizit Annahmen über die voraussichtliche Entwicklung der für relevant erachteten Einflussgrößen ein, evtl. einschließlich vermuteter politischer Reaktionen auf

<sup>27</sup> Meist wird auf die mittlere Variante der 8. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung zurückgegriffen, die jedoch – wie bereits betont – von einem unrealistischen Ende des Zugewinns an Lebenserwartung ausgeht.

**Tabelle 3-29: Demographisch bedingte Ausgabensteigerung in der GKV nach verschiedenen Modellrechnungen<sup>1)</sup>**

Modellrechnung (ausgewählte Varianten, einschl. zentraler Annahmen):	Demographisch bedingter Anstieg:	
<b>1. Buttler et al. (1999):</b> Modell 2: konstantes Ausgabenprofil (nach Bundesversicherungsamt 1998) konstante Fertilität steigende Lebenserwartung (auf Niveau der Schweiz) ausgeglichener Wanderungssaldo  Modell 3: Jhrl. Wanderungsüberschuss: 250 000 sonst wie Modell 2  Modell 4: getrennte altersspezifische Ausgabenprofile für Überlebende und Versterbende in jedem Altersjahr, sonst wie Modell 2	Anstieg der mittleren Pro-Kopf-Ausgaben 1995-2040: +29 %  +24 %  +26 %	Durchschnittl. Beitragssatz im Jahr 2040:  19,1 %  17,6 %
<b>2. Erbsland (1995), Erbsland/Wille (1995)<sup>2)</sup>:</b> Konstantes Ausgabenprofil (nach Reschke/Jacobs 1995) Varianten der 8. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung Variante 1: niedriger Wanderungsüberschuss Variante 3: hoher Wanderungsüberschuss	Anstieg der mittleren Pro-Kopf-Ausgaben 1995-2040: +22,6 % +19,8 %	Durchschnittl. Beitragssatz im Jahr 2040: 15,8 % 15,3 %
<b>3. Birg (1999) i.V.m. Birg et al. (1998):</b> konstantes Ausgabenprofil (nach MAGS 1995) konstante Fertilitätsziffer (ab 2010): 1,4 jhrl. Wanderungsüberschuss: 150 000 steigende Lebenserwartung: 2035: 85,3 J. (Frauen), 78,6 J. (Männer)	Ausgaben-Einnahmen-Relation im Jahr 2035 bei konstanten Pro-Kopf-Einnahmen: 164 : 100 Daraus folgt (eigene Berechnung): Zur Deckung notwendige 64%-ige Beitragssatzerhöhung: von 13,5 % (1996) auf 22,1 % (2035)	

1) ohne Berücksichtigung der Preissteigerung und sonstiger Faktoren.

2) wiedergegeben im Bericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ (Dt. Bundestag 1998); eine identische Modellrechnung der Ausgaben auf den gleichen Grundlagen hat auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen veröffentlicht (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995).

bekannt gemachte Ergebnisse von Status-quo-Voraus-schätzungen.

Eine Möglichkeit besteht darin anzunehmen, dass die in den vergangenen Jahrzehnten zu beobachtende durchschnittliche Ausgabenentwicklung der GKV sich im Großen und Ganzen fortsetzen wird. Sollte dies zutreffen, ist gemäß einer Modellrechnung von Hof (1997), der die Vergangenheitsentwicklung in die Zukunft extrapoliert hat, mit einem Anstieg des Beitragssatzes bis 2040 auf über 25 Prozent zu rechnen. Breyer und Ulrich (1999) (zit. nach Breyer 2000), die eine Simulation auf der Grundlage einer ökonomischen Schätzung unter Verwendung einer Zeitreihe von GKV-Daten der Jahre 1970 bis 1995 unternommen haben, kommen mit ihren Berechnungen zu

einem ähnlich hohen Beitragssatz (2040: 23,1 %). Oberdieck (1998), der seine Prognoseannahmen ebenfalls auf der Grundlage der beobachteten Entwicklung seit 1970 entwickelte, prognostiziert sogar einen zur Deckung der GKV-Ausgaben notwendig werdenden Anstieg des Beitragssatzes auf 18 Prozent im Jahr 2020 und auf 31,2 Prozent im Jahr 2040. Alle drei Arbeiten gehen explizit oder implizit von einem weiteren Anstieg und einer sich fortsetzenden Spreizung der altersspezifischen Pro-Kopf-Ausgaben aus, vernachlässigen aber andere Träger von Gesundheitsausgaben, wie beispielsweise die Gesetzliche Pflege- und die Gesetzliche Rentenversicherung.

Vergleicht man die Werte dieser Arbeiten mit denen der Modellrechnungen zum rein demographisch bedingten

Beitragssatzanstieg, wird deutlich, dass von den Veränderungen im Bevölkerungsaufbau allein nur ein vergleichsweise moderater Anstieg der Gesundheitsausgaben und Beitragsbelastung zu erwarten ist. Zumindest in ihrer Summe bedeutsamer dürften – wie bisher – andere ausgabensteigernde Faktoren bleiben, insbesondere die Ausweitung des Leistungsangebots, eine erhöhte Nachfrage und – auf der Einnahmenseite – noch für längere Zeit die hohe Arbeitslosigkeit und die frühen Verrentungen. Dennoch wird auch die demographische Alterung in steigendem Maße zu erhöhten Pro-Kopf-Ausgaben und -Belastungen in der GKV beitragen.

Zu bedenken ist, dass es sich bei den drei neueren Berechnungen um Fortschreibungsprognosen handelt, die darlegen, wie die Ausgaben und Beitragssätze voraussichtlich steigen werden, falls keine wirkungsvollen Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Die Einführung solcher Gegenmaßnahmen unterstellt Prognos in seinem Gutachten zur weiteren Entwicklung der Sozialversicherung (Eckerle & Oczipka 1998: 85 ff.). Dort wurde der Anstieg des Beitragssatzes zur GKV bis 2040 im Vertrauen auf eine strikte politische Umsetzung des Prinzips einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik auf die rein demographiebedingte Steigerung beschränkt. Entsprechend dieser Vorgabe prognostiziert Prognos – je nach gesamtwirtschaftlicher Entwicklung – einen Anstieg des Beitragssatzes zur GKV von 13,4 Prozent (1995) auf 15,4 bis 15,9 Prozent (2040). Wie Buttler et al. (1999: 122) zu Recht kritisieren, „wird also unterstellt, dass es dem Staate gelingt, alle ausgaben erhöhenden Effekte der sonstigen Einflussfaktoren zu neutralisieren.“ Ob das im Prognos-Gutachten zum Ausdruck gebrachte Vertrauen in den Willen und die Fähigkeit der Gesundheitspolitik gerechtfertigt ist, massive Ausgabenbeschränkungen durchzusetzen, muss angesichts der in der Vergangenheit jeweils nur kurzfristig wirksamen Kostendämpfungsmaßnahmen bezweifelt werden. Das Prognos-Gutachten hat den Charakter eines denkbaren und evtl. wünschenswerten Szenarios.

Sofern Staat, Wirtschaft und Gesellschaft die bei Fortschreibung des Status quo eventuell eintretende Verdoppelung des Beitragssatzes in der GKV in den nächsten 40 Jahren vermeiden möchten, müssen deshalb erst noch wirkungsvolle und konsensfähige Gegenmaßnahmen ergriffen werden, die geeignet sind, sowohl die Ausgabendynamik zu begrenzen als auch die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen zu erhöhen. An dieser Stelle soll als Zwischenfazit davor gewarnt werden, die Maxime der Beitragssatzstabilität zu verabsolutieren, sofern an dem allgemeinen Ziel einer bedarfsgerechten, wirksamen, kostengünstigen und weitgehend solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung festgehalten werden soll. Denn selbst wenn es gelänge, die altersspezifischen Pro-Kopf-Ausgaben auf dem heutigen Niveau einzufrieren, was wahrscheinlich nur durch bewussten Verzicht auf die weitere Umsetzung des medizinischen Fortschritts in der Diagnose und Therapie von Erkrankungen zu erzielen wäre, wird der demographische Wandel zu einem Anstieg

der GKV-Ausgaben führen, der bei Fortgeltung der heutigen Finanzierungsregelungen mit Sicherheit auch einen Anstieg des Beitragssatzes nach sich zieht.

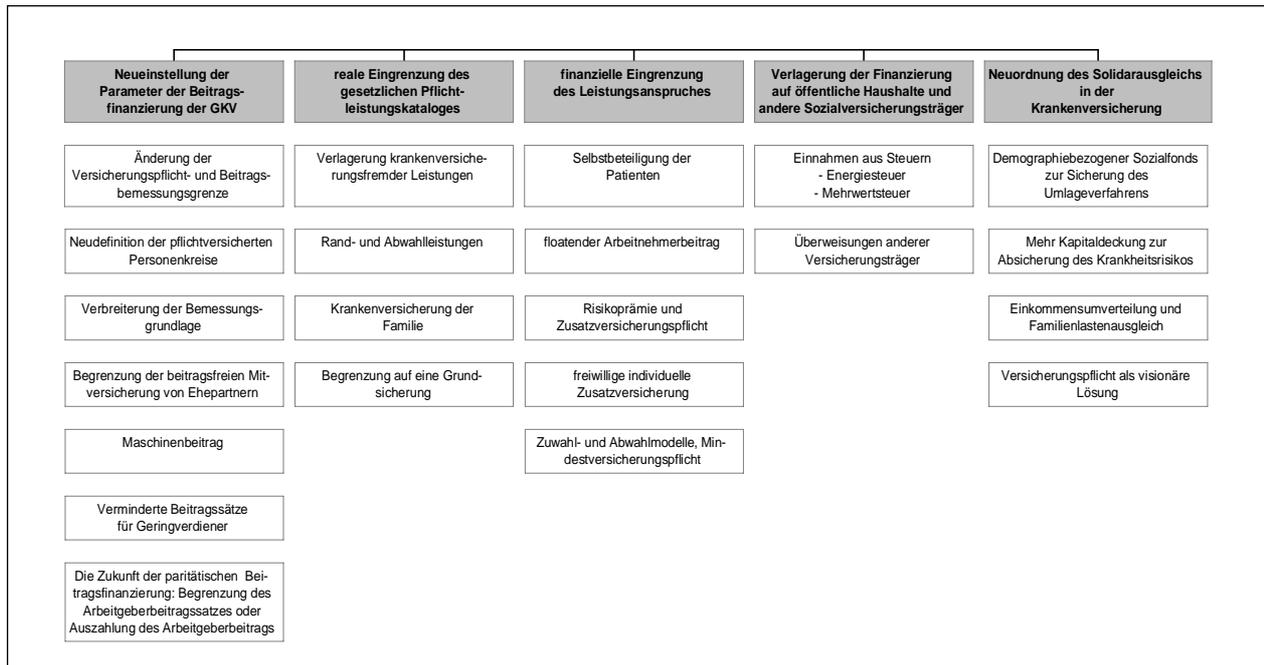
Der medizinisch-technische Fortschritt darf nicht nur unter der negativen Perspektive steigender Ausgaben und Versicherungsbeiträge betrachtet werden. Anzuerkennen ist auch seine Funktion als gesundheitliche und ökonomische Ressource für das Individuum und die Gesellschaft. Der medizinische Fortschritt hat wesentlich zum Anstieg der Lebenserwartung und zu einer verbesserten gesundheitlichen Situation auch im Alter beigetragen. Gesundheit wird von allen Altersgruppen als sehr hohes Gut angesehen und genießt eine prioritäre Wertschätzung unter den Lebenszielen.

### **3.3.2 Diskussions- und Entscheidungsbedarf der Politik in Hinsicht auf die Systemfinanzierung**

Der vorliegende Bericht kann Systemfragen der Finanzierung mit allen sozialordnungspolitischen Voraussetzungen und Schlussfolgerungen (Rösner 1999; Badelt & Osterle 1998) in einer fachlich angemessenen Tiefe und Breite sicherlich nur einführend erörtern. Zur systematischen Übersicht über strukturelle Reformpfade ist vor allem auf die Darstellungen vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1998) zu verweisen. In einem einkommensbezogenen System der Beitragsfinanzierung sozialversicherungsrechtlich organisierter sozialer Sicherung und Versorgung stellen sich – wenn man von der Frage der Ausdehnung einer steuerfinanzierten Komponente in der Mittelaufbringung absieht – zwingend Fragen (Schneider 1999: 2) (a) nach der Abgrenzung des sozialversicherungsrechtlich definierten Einkommens als Bemessungsgrundlage (vgl. §§ 223 ff. sowie 247 SGB V) sowie (b) nach dem Umfang der pflichtversicherten Bevölkerung (vgl. §§ 5 ff. SGB V). Auch die – neben den ohnehin bestehenden Mechanismen der individuellen Selbstbeteiligung (Richter 1999) bestehenden – Perspektiven einer individuellen Vorsorge (wie sie vor allem mit Bezug auf die Bildung einer sog. „dritten Säule“ der Alterssicherung diskutiert wird) muss hier gerade angesichts der öffentlich breit betonten Notwendigkeit einer stärkeren Selbstbeteiligung nicht nochmals ausgebreitet werden (vgl. auch Kapitel 5 des Berichtes). Eine Reihe von Reformvorschlägen sind in den verschiedenen Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vorgestellt worden (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994 u. 1995).

Hinsichtlich einer stärkeren finanziellen Beteiligung der älteren Menschen an ihrer eigenen gesundheitlichen Versorgung sollte man einerseits die Empirie der über die Alterssicherung hinausreichenden ökonomischen Ressourcenausstattung der Haushalte (angesichts verschiedener Einkommensquellen und der Vermögenssituation) be-

Abbildung 3-6: Das breite Spektrum der Mittelaufbringung und die Finanzverfassung des Gesundheitswesens



Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1997: 267

rücksichtigen (Kapitel 5). Andererseits müssen aber die Verteilungsmuster und Spreizungen (ein Problem, das weit über die Frage nach dem Ausmaß verschieden definierter Einkommensarmut im Alter hinausgeht) in eben dieser Ressourcenausstattung der Haushalte im Alter beachtet werden. Kapitel 5 des vorliegenden Berichts legt diesbezüglich die außerordentliche Differenziertheit der ökonomischen Einkommens- und Vermögenssituation im Alter dar. Vor allem wird man in Zukunft nicht von einer Abnahme dieser Differenziertheit ausgehen können. Alle das Alter betreffenden Reformen, die die ökonomische Situation im Alter verändern, sollten argumentativ nicht nur auf Durchschnittswerte abgestellt werden, sondern sie müssen auch das Wohlstandsgefüge zur Grundlage nehmen.

Zur systematischen Übersicht über das Spektrum verschiedener Reformpfade hinsichtlich der Mittelaufbringung und der Finanzverfassung des Gesundheitswesens dient Abbildung 3-6.

Ferner könnten Ideen aufgegriffen werden, den Beitrag der Rentenversicherungsträger zur Krankenversicherung der Rentner an die Rentner selbst auszuführen. Diese würden durch die sichtbare Differenz ihrer Brutto- und Nettorente größere Transparenz im Hinblick auf ihre Anteile an der Finanzierung der Krankenversicherung erhalten und gleichzeitig hätte sich diese Form des parafiskalischen Finanzausgleichs erübrigt. Mehr Transparenz führt zu einem sich verändernden Gesundheits- und Kostenbewusstsein der Bevölkerung (dazu Richter

1999). Diese Betrachtung hat allerdings auch zu bedenken, dass die bessere Kenntnis der Kosten die Anspruchsmentalität fördern und insoweit kontraproduktiv sein könnte. Die Versicherten würden bei dieser Sichtweise versuchen, die hohen Beitragszahlungen wieder „reinzuholen“ und mit größerem Nachdruck Arznei-, Heil- und Hilfsmittel einfordern und mit wachsenden Ansprüchen noch mehr verschiedene Ärzte konsultieren. Sicher ist nur, dass über finanzielle Anreize Verhalten zum Teil gesteuert werden kann. Transparenz ist schließlich auch über mehr versichertenbezogene Kosteninformationen und über die Ausstellung von Arztrechnungen möglich. Hierzu müsste jedoch zunächst das Vergütungsverfahren der Ärzte dahingehend geändert werden, dass sie ex ante überhaupt wissen, was sie ex post für die Leistungen erhalten.

Denkbar ist, dass man im umlagefinanzierten System der gesetzlichen Krankenversicherung gerade das System des Gebens und Nehmens, der Relationen von Nettozahlern und Nettoempfängern stärker am Prinzip der intertemporalen Äquivalenz orientieren (Henke & Schaub 1998: 183) könnte. Das Prinzip der intertemporalen Äquivalenz bringt den zeitlichen Verlauf des Verhältnisses von Geben und Nehmen, von Einzahlungen und Leistungen/Auszahlungen zum Ausdruck. Über die Zeit hinweg durchläuft der Versicherte verschiedene Nutzen-Kosten-Statussituationen in der GKV. Er kann Nettozahler, dann wieder Nettoempfänger sein. Das hängt von seinem Einkommen und seinen gesundheitsabhängigen Inanspruchnahmestrukturen, von seinem Familienstand und seiner Familiengröße, von

seinem Alter und seinem Geschlecht ab. Folgt man der Idee der Äquivalenz von Einzahlungen und Leistungen (Auszahlungen) über die Zeit hinweg, dann ist der hierbei einerseits erzielbare Zugewinn an spezifischer Leistungsgerechtigkeit und Fairness doch andererseits verbunden mit einem Einschnitt in das Solidarprinzip der GKV (§§ 1 und 3 SGB V), das im Bewusstsein der Bevölkerung offensichtlich tief verankert ist (Ullrich 1999; Ullrich 2000) und das möglicherweise gerade nicht Alter (Henke & Rachold 1999: 11) zu einem Kriterium risikoprofilorientierter Einkommensbelastung hinnehmen will. Bei der Prämiengestaltung privater Krankenversicherungen spielt dieses Kriterium ja eine grundlegende Rolle, wohingegen

im Risikostrukturausgleich der GKV, in dem die ältere Regelung des Krankenversicherung der Rentner (KVdR) aufging, derartige Risikostrukturparameter ausgeglichen werden, um Risikoselektion zu reduzieren und sozial akzeptable Wettbewerbsausgangslagen im Kassensystem zu schaffen.

Die Kommission ist insgesamt der Auffassung, dass die demographische Alterung unserer Gesellschaft sowie die steigende Lebenserwartung der Individuen mit Sicherheit eine gewichtige Rolle im allgemeineren Diskurs der Zukunft des Gesundheitswesens spielen muss, aber dies in einem soliden Korridor zwischen Verharmlosung und Dramatisierung.

### Übersicht 3-9: Wesentliche Aspekte der Versorgungsintegration

**Case Management:** Methode der Einzelfallorientierung, anzuwenden in allen Leistungsbereichen. Einzelfallorientierung bedeutet ganzheitlich-personale Ausrichtung des Leistungsgeschehens unter Berücksichtigung des relevanten Lebenslagenkontextes.

**Care Management:** Optimale Strukturierung des Versorgungsgeschehens durch die Kassen als Interessenverwalter der Versicherten auf der Basis der Einzelfallorientierung mit Blick auf Versorgungspfade.

**Versorgungspfade:** Optimale Ablaufprozesse der Behandlung, Versorgung und Betreuung als Sicherstellung von Versorgungsketten (auch: „**pathway management**“).

**Versorgungskette:** In räumlicher und zeitlicher Hinsicht nahtlose, also nicht von Brüchen in Übergangsphasen („trajectories“: eigentlich: Flugbahn eines Geschosses) gekennzeichnete Pfade der Krankheitsbehandlung und Versorgung.

**Patientenpfade:** Die faktischen (empirischen) Versorgungspfade der Patienten.

**Schnittstellenmanagement:** Management der Versorgungskette

(a) am Punkt des Übergangs zwischen verschiedenen Wirkungsbereichen verschiedener Sozialgesetzbücher/Kostenträger (z. B. von SGB V nach SGB XI) bzw. verschiedener Funktionen (Akutmedizin, Rehabilitation etc.),

(b) am Punkt des Übergangs zwischen verschiedenen Sektoren eines Sozialgesetzbereichs (z. B. Übergang vom stationären in den ambulanten medizinischen Sektor nach SGB V),

(c) an Punkten innerhalb eines Sektors eines Sozialgesetzbuchbereiches (z. B. Weiterleistungsketten im stationären Sektor oder Praxisvernetzung im ambulanten vertragsärztlichen Sektor).

**Disease Management:** Care Management (einschließlich Case Management, siehe oben) mit Blick auf einzelne Krankheitsbilder.

**Patientenkarrriere:** Die faktische Patientenpfadverlaufsgeschichte unter besonderer Berücksichtigung anbieterseitig induzierter Fehlplatzierungen und sonstiger bedarfsinadäquater „Muster“ (z. B.: Drehtür-Effekte, Verweisungs- bzw. Weiterleitungsketten, Mehrfachdiagnostiken, unabgestimmte Medikationen, Versorgungskettenlücken: „**trapping in the no care zone**“-Effekte).

### 3.3.3 Finanzierung im Dienste einer ergebnisorientierten und vernetzten Versorgung älterer und alter Menschen

Da die Terminologie in der Vernetzungs- und Integrationsdebatte der Versorgungsforschung nicht einheitlich ist, und Einheitlichkeit aufgrund der Komplexität des Gegenstandes auch schwer herzustellen ist, seien an dieser Stelle (s. Übersicht 3-9) glossarhaft die in diesem Kapitel genutzten Dimensionen des versorgungsorientierten Integrationsgedankens aufgeführt.

Die demographische Alterung sowie die Perspektiven der individuellen Alterung der Person zwingen nach Auffassung der Kommission zu einem Wandel der Versorgungslandschaften. Es stellen sich angesichts der im höheren Alter doch zunehmend bedeutsam werdenden spezifischen Risikolagen und Gefährdungen drängende Fragen nach einem passungsfähigem Umbau der Versorgungslandschaft im System der medizinischen, pflegerischen und ergänzenden sozialen Einrichtungen und Dienstleistungen. Vor allem im medizinischen Sektor kristallisieren sich Problemlagen und -profile heraus, die eng mit chronifizierten Krankheiten, geriatrischen Krankheitsbildern und Multimorbidität zusammenhängen. Sind hier auch nicht alle Zusammenhänge streng alterskorreliert, so häufen sich dergestaltige Risikolagen doch im Alter (zur quantitativen Schätzung der Gruppe der ausgabenintensiven Risiken der chronisch Kranken: Jacobs & Schröder 1999: 14).

Die Erfahrungen zeigen, dass die gerade bei älteren und alten Menschen auftretenden komplizierten, nicht nur intrasektoralen, sondern gerade auch sektorenübergreifenden Patientenpfade von Fehlplatzierungen und Fehlansprüchen, Doppel- und Mehrfachbehandlungen, brüchigen Übergängen zwischen Teilsektoren, Drehtüreffekten und vielen anderen Fehlallokationen gekennzeichnet sind. In der Praxis ist dieses „Herumirren“ des Patienten offenkundig. Für die Kommission steht daher im Mittelpunkt dieses Problemfeldes die Sicherstellung von Versorgungsketten, die zugleich optimiert werden müssen hinsichtlich des „Passungsverhältnisses“ der Einrichtungen und Behandlungs- und Versorgungsverläufe in Bezug auf die konkreten persönlichen Situationen. Die Kommission ist der Auffassung, dass diese Probleme nicht nur durch eine Verbesserung der Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren und durch „Casemanager“ der Kassen oder der Leistungseinrichtungen hinreichend zu bewältigen sind. Vielmehr wird die Bedeutung „sozialer Prozessmanager“ in Zukunft gerade angesichts der demographischen Alterung und der Zunahme individueller Lebensalter steigen. Eine Investition in diese nicht-medizinischen, aber medizinprozess-komplementären Dienstleistungen wird aus Effizienz- wie aus Qualitätsgründen drängend werden. Vernetzung ist aber mehr als Kooperation.

Die Einsichten der ökonomischen Verhaltensforschung haben zeigen können, dass derartige Probleme nicht allein ein Problem der Haltungen und Einstellungen der betei-

ligten Akteure darstellen, wengleich Umwidmungen der Ressourcen und Umstrukturierungen des Handlungsge-schehens gerade auch mentale Voraussetzungen haben. Vielmehr müssen im ökonomischen Sinne adäquate Anreize gesetzt werden. Anreize stellen Randbedingungen individuellen Handelns dar, die dazu beitragen können, das Verhalten in gewünschte Richtungen zu lenken. Das Handeln der Akteure wird also durch Setzung von u. a. auch finanziellen Anreizen gebahnt, die Richtung des Verhaltens vorstrukturiert und so eine Ressourcennutzung stärker in die gewünschten Zielrichtungen gelenkt. Insofern stehen ökonomische Anreize im Dienste gesundheitspolitischer Zielerreichung.

Konzentriert man sich allein auf das Leistungsrecht des SGB V, so muss die außerordentliche Komplexität einer Vielfachsteuerung (Dalhoff 1997) beachtet werden. Dalhoff unterscheidet im bundesdeutschen Gesundheitswesen (zum Überblick auch Beske & Hallauer 1999; Zdwomyslaw & Dürig 1999) die folgenden, in der Praxis ineinander greifenden Steuerungstypen: Steuerung durch Gesetz, staatliche Planungssteuerung, staatliche Aufsicht, Planungssteuerung durch gemeinsame Selbstverwaltung, Steuerung durch Satzungsrecht, Steuerung durch Wahlen, Steuerung durch Ermessensleistung der einzelnen Kasse, Vertragssteuerung durch gemeinsame Selbstverwaltung, Wettbewerbssteuerung. Das Leistungsrecht, so wie es durch Bundesgesetzgebung aus dem SGB V resultiert, legt erst den Raum frei für das auf verschiedenen Ebenen (verbandliche Bundes- und Landesebene: vgl. auch §§ 82 ff. SGB V, Kassen-Leistungsanbieter-Ebene) äußerst komplizierte – für Außenstehende, aber auch für ‚insider‘ zunehmend undurchsichtige – Vertragsgeschehen in Hinsicht auf Vergütungen (Honorierungen) und Versorgungsgeschehen (vgl. die §§ 72 ff. sowie 99 ff. SGB V). Unter den gegebenen Bedingungen gestalten sich die Vertrags- und Vergütungsverhandlungen immer schwieriger. Da die Beitragssatzstabilität politisch zu einer Randbedingung des Leistungsgeschehens geworden ist und das heterogene Vertragsgeschehen nicht selten nur noch schwierig zu durchschauen ist, müssen zunehmend die Verhandlungen vor Schiedsstellen geklärt werden. Mit der politisch gewünschten Liberalisierung dieses sog. Vertragsgeschäfts, zu dem auch ein Einkaufsmanagement der Kassen zählt, ist ein wenig mehr Transparenz in das Aushandlungsgeschehen zwischen Kassen und Leistungsanbieter und innerhalb der Leistungsanbieter gekommen. Der (gemeinsamen) Selbstverwaltung als Selbst-Steuerung der Verbände kommt hierbei auch eine normierende Funktion der Spezifizierung, Konkretisierung und Implementation des Sozialgesetzes (so die Rolle des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und seiner Unterausschüsse: vgl. §§ 91 und 92 SGB V) zu. Diese Ordnung wird zunehmend kritisch hinterfragt und insbesondere aus europäischer Perspektive in den Zusammenhang mit dem Wettbewerbsrecht (vgl. auch Kapitel 8 über die rechtlichen Umwelten des Alter(n)s) gebracht. Das Spannungspotenzial zwischen nationalem Sozialrecht und europäischem Wettbewerbsrecht wird zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Dieses System wird hinsichtlich verschiedenster Gesichtspunkte kontrovers beurteilt, wobei aus der modernen Institutionenökonomik erkenntniskritisch festgehalten wird, dass man ohnehin nur immer (hinsichtlich ökonomischer Effizienz und sozialer Gerechtigkeit) „unvollkommene“ Welten institutioneller Arrangements miteinander vergleichen kann. Für die anstehende Fragestellung greift die Kommission aus der Literatur die durchaus verbreitete These auf, dass dieses System hinsichtlich eines tief greifenden Umbaus der Versorgungslandschaften, wie er nach Meinung der Kommission aus dem demographischen Wandel und aus den damit verbundenen Veränderungen in der epidemiologischen Landschaft und den Lebenslagen der Bevölkerungskreise resultieren muss, außerordentlich schwerfällig ist. Dieses oftmals als „Strukturreformresistenz“ der Verbände bezeichnete Verharrungsvermögen hängt eng damit zusammen, dass mit diesen strukturellen Veränderungen im Leistungsgeschehen und in den Versorgungslandschaften Ressourcenumschichtungen und Verschiebungen im inter-sektoralen und intra-sektoralen Einkommensgefüge der Anbieter verbunden sind. Da Verbände nicht nur gemeinwohlbezogene Außenfunktionen im Multi-Akteurs-Verhandlungssystem, sondern auch die Bündelung, Wahrung und Umsetzung ihrer Mitgliederinteressen legitim zur Aufgabe haben, ist die Schwerfälligkeit der gemeinten Umstrukturierungen leicht einsehbar. Hinzu kommt, dass im demokratischen Regierungsprozess die Koalitionen in ihrem Bemühen um Konsenslösungen diese vielfältigen Interessenslagen zu integrieren versuchen. Die Kommission stellt innerhalb dieses vielfach-gesteuerten Mehr-Ebenen-Systems das Zentralproblem der Sicherstellung patientenzentrierter Versorgungsketten in den Vordergrund der Aufmerksamkeit, insbesondere angesichts der Änderungen des SGB V durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 und durch das Rechtsangleichungsgesetz zum 1. Januar 2000, die folgenden beiden für die Altenberichterstattung wesentlichen Themenkreise und Praxisbereiche:

- die Entwicklung einer integrierten Versorgung gemäß Elfter Abschnitt SGB V (§ 140 a – h) sowie
- die Einführung einer leistungsorientierten Pauschalvergütung (§ 17 KHG) im Krankenhaus, wobei das im Ausland bereits etablierte System der DRGs (Diagnosis Related Groups) der besonderen Beachtung bedarf.

### **3.3.3.1 Der § 140 a – h SGB V: Ein Teilfeld experimenteller Kultur im Dienste älterer und alter Menschen**

Der § 140 a – h SGB V ermöglicht eine integrierte Versorgung auf der Grundlage freiwilliger Beteiligung einzelner Anbieter oder ganzer Leistungserbringergemeinschaften mit Versicherten sowie verschiedene Leistungssektoren übergreifende Patientenversorgungen unter Einbeziehung ambulanter Behandlung auf der Basis einer Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV).

Die kreativen Möglichkeiten des § 140 a – h SGB V gehen weiter als die mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz zum 1. Juli 1997 geschaffenen Rechtsgrundlagen (Schönbach 1997) für neue Versorgungsmodelle (Strukturverträge nach § 73 a SGB V sowie Modellvorhaben nach § 63 ff. SGB V). Hier sei angemerkt, dass die Erfahrungen aus den Modellprojekten und den Strukturverträgen einer Evaluation bedürfen; diese steckt noch in den Anfängen. Mit ihr könnte auch geprüft werden, ob es bei Zusammensetzungen der Versicherten, die an der integrierten Versorgung teilnehmen, zu einer Risikoselektion kommen kann, deren Nachteile die Nachteile des Status quo überschreitet. Bisherige Erfahrungen sprechen durchaus für das Vorliegen von Vorgängen der Selektion „guter“ Risiken. Es kristallisiert sich also die Möglichkeit heraus, dass innovative Formen der Versorgungslandschaft, die unter dem Zeichen der Versorgungsintegration stehen, an den Problemkreisen von Alter und Gesundheit vorbeigehen. Die Möglichkeiten dieser Rechtsgrundlagen nach § 140 a – h SGB V werden erst noch zu erkunden sein. Dies gilt insbesondere für die Frage, inwieweit das über das SGB V hinausreichende Leistungsgeschehen, vor allem das Pflegegeschehen, thematisch integriert wird. Der § 140 a – h SGB V kann mit Blick auf Innovationsanreize im Nebeneinander von Kollektiv- und Direktverträgen gesehen werden. Die Möglichkeit von Direktverträgen stellt ein Einbringen einer Insel experimenteller Kultur dar. Die Kommission sieht in den Möglichkeiten dieser direktvertraglichen Entwicklung positive Ansätze zur Verbesserung der Patientenpfade älterer und alter Menschen. In Hinsicht auf die Lebenslage älterer und alter Menschen wird der § 140 a – h SGB V aber nur einen Sinn ergeben, wenn auch das Pflegegeschehen integriert wird (vgl. auch unten Abschnitt 3.3.2.3). Die Verträge müssen ferner Anreize zur Risikoselektion verhindern. Daher müssen Morbiditätsrisiken in den Verträgen ausreichend berücksichtigt werden. Die Grundlagen für krankheits- bzw. indikationsspezifische Vergütungen im Sinne sektorübergreifender Leistungskomplexe sind erst noch zu schaffen. Insbesondere dürfte die Entwicklung kombinierter Pauschalen für sektorübergreifende Patientenpfade, die sich also von der Intra-sektoralität (vgl. auch § 73a (1) SGB V) der bisher erprobten kombinierten Budgets im ambulanten Bereich (Schönbach 1994) unterscheiden, von Interesse sein. So heißt es im § 140 a (1) SGB V: „Integrierte Versorgungsformen aufgrund der Verträge nach den §§ 140 b und 140 d ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten.“ § 140 b (3) SGB V spricht die Notwendigkeit „eine(r) an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte(n) Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen“ an. Absatz 4 des § 140 b SGB V bezieht den Krankenhaussektor ein. Die Verträge legen gemäß § 140 c SGB V die Vergütung fest. Die Bud-

getbildung muss hier die Risikostruktur der Teilnehmer berücksichtigen.

Die Kommission ist hier der Auffassung, dass diese morbiditätsorientierte Vergütungsperspektive auf geriatrische Krankheitsbilder, auf chronifizierte Krankheiten und auf leistungsrechtsübergreifende (Krankheitsbehandlung, Rehabilitation und Pflege) Pfade ausgerichtet werden müssen. Pauschale Vergütungen sollten sich auf ganze Verlaufsgeschichten beziehen. Die Konkretisierung der vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten werden zu den Elementen eines auch von der Kommission gewünschten sozial gebundenen Wettbewerbs (Henke 1999) im Rahmen eines weitgehend öffentlich-rechtlich regulierten Leistungsgeschehens auf der Grundlage von Solidarität und Eigenverantwortung (§ 1 SGB V) sowie der solidarischen Finanzierung (§ 3 SGB V) gezählt.

### **3.3.3.2 Diagnosis Related Groups (DRGs) – ein neues Entgeltsystem als Grundlage für die Vergütung der Krankenhausleistungen**

Die Einführung von Preisen in der stationären Versorgung gehört zu den wesentlichen Elementen der Reform des Gesundheitswesens in den letzten Jahren. Im Jahr 2003 soll nun nach dem Gesetz ein neues Entgeltsystem eingeführt werden. Hauptziel der „Diagnosis Related Groups“ (DRGs) ist es, Patienten in medizinisch homogene Gruppen mit vergleichbarem Behandlungsaufwand zusammenzufassen. Hauptanliegen der Kommission ist es, dass diese Preisbildung sektorübergreifende – auf Krankheitsverläufe abgestimmte – Definitionsgrundlagen erhalten. Dies ist insbesondere für die Risiken und Gefährdungen älterer und alter Menschen von zentraler Bedeutung. Ohne den gesamten krankenhausesökonomischen Kontext aufgreifen und diskutieren zu können (Rebscher 2000: 96; Goedereis 1999), ist hier die Frage zu stellen, was dieses neue Entgeltsystem für die Versorgungsketten und die Patientenpfade älterer und alter Menschen bedeuten kann. Zunächst fügt sich die Umstellung der Finanzierung der betrieblichen Krankenhauskosten auf eine DRG-Basis einem allgemeinen Trend ein, medizinische Leistungen durch fallbezogene Komplexpauschalen zu vergüten. Die DRGs sind aber keine Weiterentwicklung oder Ausweitung der Fallpauschalen. Bei den DRGs werden die Fälle nach medizinischen Kriterien vergütet, nicht nach Prozeduren. Die ökonomische Rationalitätssteigerung besteht in der Möglichkeit, dass die Leistungsanbieter neben ihrer medizinischen auch zunehmend ökonomische Verantwortung tragen müssen. Vor dem Hintergrund tagesgleicher Pflegesätze sollen Anreize zu einem insgesamt sparsameren Ressourceneinsatz geschaffen werden. Die vorausgegangenen Formen der Finanzierung der Krankenhausbetriebskosten (Simon 2000) galten in der Regel als kapazitätsausweitend und verweildauersteigernd und insoweit als ineffizient. Im Krankenhausbereich wurde zuletzt seit der BPfIV '95 über 20 Prozent der Leistungen nach einem bundeseinheitlichen Katalog aus Fallpauschalen und Sonderentgelten mit landeseinheitlichen Preisen vergütet. Die Krankenhäuser realisieren aber

noch immer etwa 80 Prozent ihrer Erlöse über tagesgleiche Pflegesätze. Das Fallpauschalensystem soll nunmehr eingeführt werden. In technischer Hinsicht ist diese Weiterentwicklung außerordentlich schwierig (Bruns 1999; Schlottmann & Schellschmidt 1999; Burger 1999; Hoffmann 2000) und Zeit raubend, aber wohl ohne erkennbare Alternative.

In der Geriatrie und der Psychiatrie ergeben sich besondere Schwierigkeiten. Die Einführung eines kompletten Fallpauschalensystems könnte das ökonomische Geschehen im Krankenhaus nicht nur – im Sinne auch des Preis-/Leistungsvergleiches zwischen Krankenhäusern mit Blick auf den § 5 der BPfIV – transparenter machen; die Einbeziehung der Leistungsanbieter in die ökonomische Verantwortung birgt auch sozialpolitische Risiken. Zu diesen sozialpolitischen, die Qualität der Versorgung betreffenden Gefahren gehört die Selektion „schlechter Risiken“, zu denen ältere und alte Menschen gezählt werden müssen. Es sollten fallbezogene Zu- oder Abschlagsregelungen für Langlieger, für Verlegungen und Überleitungen und für andere versorgungspolitisch relevante Situationsspezifika in die Vergütungsbildung integriert werden. Versucht man die Erscheinungsformen der Risikoselektion zu differenzieren, stößt man auf die schon seit langem bekannten, unter den Bedingungen einer die Verweildauer weiter reduzierenden Umstellung auf pauschale Leistungsvergütungen möglicherweise noch verstärkt eintretenden Effekte (vgl. Rath & Monka 2000: 221-224):

- intra-sektorale Verweisungsketten (von Krankenhaus zu Krankenhaus),
- Drehtür-Effekte (Einweisung, Entlassung, Einweisung, Entlassung),
- Fehlplatzierungen bei Pflegeüberleitung,
- fehlende oder unzureichend sichergestellte Anschlussversorgung nach Entlassung,
- verfrühte (statt wie früher: verspätete) Reha-Überleitungen bei sinkender Verweildauer in der Akutkrankenhausbehandlung u. a. m.

Sangha (1999: 88) hat daraufhin gewiesen, dass in den USA mit Einführung von DRGs der Anstieg der Verweildauer in nachgeschalteten Einrichtungen, also in Langzeitpflegeeinrichtungen zu beobachten war. Dies bestätigt die Notwendigkeit, in „Systemzusammenhängen“ zu denken. Die DRGs forcieren demnach inter-sektorale Verlagerungen der Fälle. Hofdijk (1999: 31) berichtet, dass die Anreize von Tagessätzen, die Krankenhausbetten zu belegen, durch DRGs entfallen. Daher passt hierzu der Befund, wonach in den USA infolge der Einführung der DRGs eine Verlagerung von stationären Versorgungsleistungen in den ambulanten Bereich stattfand. Die Befunde von Sangha und von Hofdijk werfen somit vermehrt die Frage auf, wie die Versorgungssituation nach Krankenhausentlassung gestaltet ist, gerade dann, wenn die Dauer stationärer Behandlung durch eine DRG-Basis reduziert

wird. Insofern ist die Einforderung von Qualitätssicherung „zur Vermeidung unverantwortlich kurzer Verweildauern“ (Leber 1999: 45) konsequent. Ohne in dieser schwierigen Problematik in die erforderlichen Einzelheiten gehen zu können, legt die Kommission besonderen Wert auf die Entwicklung der Krankenhausfinanzierung, die die Vermeidung solcher Gefahren oder Nebenwirkungen bereits berücksichtigen kann. Die bei der Einführung des neuen Entgeltsystems zu berücksichtigenden Komplexitäten und Comorbiditäten bei den Fallgruppen müssen intensiv die Besonderheiten der Krankheitsbilder und des Krankheitsprozesses älterer und alter Menschen beachten. Aus der Sicht der Kommission muss es möglich sein, diesbezüglich intelligente Vergütungsformen zu finden und zu erproben, damit im Rahmen von DRGs die Versorgungskontinuität gesichert werden kann. Der Kommission ist hierbei bekannt, dass die Diskussion in Deutschland weitgehend erst am Anfang steht. Die Erfahrungen mit Projekten im Ausland (zu dortigen Systemen der Patientenklassifikation vgl. Fischer 1997; Fischer 1999; Mansky 1998 u. 1998a: 68) sind nur sehr bedingt als Lern- und Erfahrungsfeld nutzbar, weil die institutionellen Kontexte jeweils andere sind. Derzeit haben die DRGs einen Focus auf akutmedizinische Fälle. Die Versorgung chronisch Kranker (Arnold & Paffrath 2000) steht in diesem Entwicklungsrahmen erst zur weiteren Diskussion an.

Die Kommission betrachtet die oben aufgelisteten Effekte als Gefahren, sieht aber durchaus angesichts der Verwerfungen im Status quo die Chancen eines Effizienzvergleichs mit neuartigen Ergebnissen. Der Krankenhaussektor unterliegt einer Tendenz zur funktionellen Verdichtung (oder Verschlinkung), die umso mehr die Frage der außerstationären Ersatzinstitutionen und Substitutionsleistungen aufwirft. Die Diskussionen innerhalb der Kommission gehen daher in folgende Richtung: Je stärker sich Teilbereiche des Leistungsgeschehens (hier die Krankenhäuser) im Rahmen pauschalfinanzierter Leistungsvergütung wirtschaftlicher ausgestalten, desto wichtiger und dringlicher wird angesichts der damit einhergehenden Weitergabe des Morbiditätsrisikos von den Kassen auf die Leistungsanbieter die Sicherstellung der Versorgungs- und Behandlungsketten zwischen den Teilbereichen und den einzelnen Leistungseinrichtungen, sei dies nun jeweils intra-sektoral (etwa innerhalb des ambulanten medizinischen Sektors), inter-sektoral (etwa in der Folge einer Krankenhausentlassung und einer Überleitung) oder transsektoral.

### **3.3.3.3 Integration von Sachverantwortung und Finanzierungsverantwortung der geriatrischen Rehabilitation zwischen SGB V und SGB XI**

Ein zentrales Beispiel für allokativer Fehlanreize im transsektoralen Geschehen ist die budgetäre Trennung von SGB V und SGB XI (Knieps 1998) im Fall der medizinischen Rehabilitation im Alter. Die Kosten der Rehabilita-

tionsmaßnahmen trägt die Krankenkasse, den Nutzen (gemessen über eingesparte Pflegeleistungen) hat jedoch die Pflegekasse (Oldiges 2000: 66). Die Kommission ist hier der Auffassung, dass Kostenverantwortung und Nutzenströme integriert werden müssen. Finanzierungs- und Leistungsverantwortung gehören mehr und mehr in eine Hand. Diese bereichsübergreifende Betrachtungsperspektive resultiert aus der Annahme, dass ein Wechsel von einer anlasszentrierten Behandlung älterer Menschen zu einer stärker prozessorientierten Versorgungssicherstellung im Sinne einer integrierten Versorgung mit Case- und Care-Management-Elementen (Kayser & Schwefing 1998; Schaeffer 1999) unter der Bedingung, dass sich die stationären Behandlungsepisoden zeitlich verkürzen werden (wozu die DRGs beitragen werden), besondere Bedeutung erlangt. Die Entwicklung der Krankenhäuser zu verschiedenen Formen von Gesundheitszentren stellen diesbezüglich eine erste Reaktionsweise auf den wünschenswerten Strukturwandel (insgesamt auch Hoffmann 2000) dar.

Pflegeleistungen werden angesichts der demographischen Entwicklung und der zunehmenden Zahl von Hochbetagten immer notwendiger, wobei die Rehabilitation grundsätzlich Vorrang vor Pflege hat. Die Kommission fordert in diesem Zusammenhang die Weiterentwicklung ambulanter und teilstationärer Zwischenstufen im pflegerischen Leistungsgeschehen, die – wo möglich – in „Co-Produktion“ mit Familien und sozialen Netzwerken stehen, um die institutionelle Pflege möglichst hinauszuschieben und die Pflegebedürftigen in der von ihnen gewünschten Umgebung zu belassen (vgl. auch in Kapitel 7, dort 7.2.5: „Erhalt der eigenen Wohnung im Alter um jeden Preis?“). Ambulante Pflegekapazitäten sind daher auszuweiten und qualitativ durch aktivierende und mobilisierende Pflege zu ergänzen. Der Sachverständigenrat der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen schrieb bereits in dem 1995er Reformgutachten: „Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen schafft weiteren Bedarf für Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung. Der Auftrag der Pflege hat eine physische, psychische und soziale Dimension; sie soll den Betroffenen durch Körperpflege, seelische Unterstützung und soziale Verbindung die Führung eines trotz gesundheitlicher Einschränkungen menschlich erfüllten Lebens ermöglichen. Medizinisch gesehen kann Pflege überdies noch präventive, kurative und rehabilitative Funktionen erfüllen, indem sie dem Ausbruch akuter Erkrankungen vorbeugt, Leiden und Beschwerden lindert und zumindest zur Wiederherstellung von Mobilität und Vitalität beiträgt.“ (Sachverständigenrat für die Konzierte Aktion im Gesundheitswesen 1995) Qualitätssicherung und Zertifizierungsmaßnahmen sind in diesem Bereich ebenfalls unverzichtbar und sollten durch entsprechende Anreizsysteme gefördert werden.

In diesem Zusammenhang hat sich die Trennung der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlich Pflegeversicherung nach Auffassung der Kommission nicht bewährt. Die Abgrenzung von Pflegebedürftigkeit und

Krankheit – eine sozialrechtlich künstliche Trennung – lässt sich in vielfacher praktischer Hinsicht nicht halten. Das haben nicht zuletzt die Erkenntnisse der Rehabilitationsforschung gezeigt. Die Kommission mahnt bei einer Weiterentwicklung der finanziellen Absicherung des Pflgerisikos an, die Möglichkeiten einer Harmonisierung in der Abwicklung von Krankheits- und Pflegefällen unter Einbeziehung der Rehabilitationsleistungen sorgfältig zu überprüfen.

Eine vollständige Reintegration von SGB V und SGB XI soll an dieser Stelle nicht erwogen und diskutiert werden, da sie an der aktuellen politischen Realität vorbeigeht, wengleich das GRG mit den §§ 53 ff. SGB V damals ja bereits den Einstieg in die Pflegefall-Versicherung innerhalb des GKV-Leistungskataloges darstellte. Es würden sich jedoch eine Reihe schwieriger grundlegender Fragen ergeben, etwa die nach der Einbeziehung der gesamten, nicht nur GKV-versicherten Bevölkerung in eine Pflegeversicherung. Die Kommission regt als Minimalgestaltungsbedarf an, die Frage der Finanzierung der geriatrischen Rehabilitation integrativ zu regeln. Dazu muss das geriatrische Reha-Geschehen in das SGB V angemessen integriert werden. Das gilt einerseits für die ambulante Rehabilitation, die bisher keine unmittelbare Rechtsgrundlage zulasten der Krankenkasse erhalten hat. Das gilt andererseits für den ganzen Bereiche der stationären Rehabilitation in der Geriatrie. Die integrierte Versorgung nach § 140 a – h SGB V wird für ältere und alte Menschen nur dann weit reichende Perspektiven aufwerfen, wenn die Geriatrie (vgl. Abschnitt 3.2.2 zur geriatrischen Versorgung) als Fachabteilung den Krankenhaus-Status erhält und somit ein Fachkrankenhaus nach § 108 Nr. 3 SGB V i. V.m. § 109 SGB V darstellt. Ohne eine Integration von § 109 und § 111 SGB V wird die Geriatrie mit ihrem funktionalen Herzstück der rechtzeitigen Rehabilitation nicht angemessen in das in die Fläche gehende Versorgungsgeschehen berücksichtigt werden können (Steinhagen-Thiessen et al. 2000). Erst dann können im ambulanten wie im stationären Bereich neue Formen integrierter Versorgung entwickelt werden, die jeweils die ambulante, teilstationäre und stationäre Geriatrie einschließen.

### 3.4 Fazit

Es kann heute davon ausgegangen werden, dass sich die Tendenz zur Ausdifferenzierung des Alters und Diversifizierung altersspezifischer Problemlagen fortsetzen wird. Auf die daraus resultierenden Anforderungen an das Gesundheitswesen zu reagieren und den Zuschnitt der Versorgung auf diese Entwicklung auszurichten, ist eine Aufgabe, für deren Bewältigung es auch weiterhin gesellschaftlicher Anstrengungen bedarf. Dabei sollte die Priorität einerseits auf Maßnahmen zur Ausdehnung der Zeit unbeeinträchtigten Alterns (Intensivierung alterswirksamer Prävention und Gesundheitsförderung) liegen. Andererseits werden – besonders für das höhere Alter – tragfähige Unterstützungs- und Versorgungsmodelle mit dem

Ziel des Erhalts der Selbstständigkeit und verbliebener Gesundheitsressourcen benötigt.

Generell spricht vieles dafür, dass in Folge weiterer medizinischer Fortschritte und Verbesserung der Lebensbedingungen für die Zukunft von einer weiteren Verbesserung des Gesundheitszustands älterer und alter Menschen ausgegangen werden kann. Gleichwohl darf dies nicht darüber hinweg täuschen, dass ein Großteil alter Menschen unter Gesundheits- und Funktionseinbußen leidet und dies sich in den nächsten Jahrzehnten nur bedingt verändern wird. Zu den dominanten Gesundheitsproblemen im Alter gehören chronische Erkrankungen und Multimorbidität. Nicht übersehen werden darf außerdem der keineswegs geringe Anteil an psychischen Erkrankungen, bei denen – anders als in anderen Lebensphasen – depressive Störungen und Demenzen überwiegen. Auch die Wahrscheinlichkeit von Einschränkungen der Funktionsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und des Angewiesenseins auf Unterstützung bei der Bewältigung des Lebensalltags steigt mit zunehmendem Alter deutlich an und ist im hohen und höchstem Alter stark ausgeprägt – eine Entwicklung, die in den kommenden Jahren noch zunehmen wird und für deren Abschätzung weitere pflegeepidemiologische Erkenntnisse unabdingbar sind. Viele der Gesundheitsprobleme weisen altersspezifische Besonderheiten auf. Mehr als bislang wird es daher zukünftig darauf ankommen, Gesichtspunkten einer altersgerechten Versorgungsgestaltung Beachtung zu schenken. Das mag sich in Zeiten zunehmenden Kostendrucks und von Diskussionen über die so genannte „Alterslast“ fragwürdig anhören. Gleichwohl geht die Kommission davon aus, dass die Versorgungssituation alter Menschen nicht selten durch suboptimalen Einsatz von Versorgungsressourcen gekennzeichnet ist und auch Fehl-, Über- und Unterversorgung keine Ausnahmeerscheinungen darstellen. Sie provozieren nicht nur vermeidbare Kosten, sondern haben außerdem zur Folge, dass gesundheitsbeeinträchtigten alten Menschen trotz Inanspruchnahme zahlreicher Versorgungsleistungen oft nur wenig adäquate Hilfe und auch wenig Lebensqualität zu teil wird. Ob das Alter – auch mit bedingter Gesundheit – zukünftig Lebensqualität aufweist, wird daher entscheidend davon abhängen, wie weit dafür erforderliche gesellschaftliche Voraussetzungen geschaffen werden und ob die Versorgung so gestaltet werden kann, dass sie der spezifischen Problematik und den Besonderheiten des Bedarfs alter Menschen entspricht. Vor dem Hintergrund der in diesem Kapitel dargelegten Überlegungen seien im Folgenden die in den Augen der Kommission wichtigsten Herausforderungen einer altersgerechten Versorgungsgestaltung beschrieben:

1. Intensivierung von Maßnahmen zur Prävention, Gesundheitsförderung und -sicherung. Unstrittig ist heute, dass durch sie ein Mehr an Gesundheit und sei es an relativer Gesundheit erreichbar ist und eine Verhinderung, zumindest aber Verzögerung vieler negativer Begleiterscheinungen des Alters erwirkt werden kann. Altersgerechte Prävention und Gesundheitsförderung umfassen

einerseits unspezifische Maßnahmen, die auf den Erhalt von Gesundheitsressourcen und die Ausdehnung der beschwerdefreien Lebenszeit zielen. Zugleich gehören spezifische Maßnahmen dazu, die der Minderung der Eintrittswahrscheinlichkeit bestimmter Gesundheitsrisiken dienen. Nicht minder wichtig ist der Ausbau von Konzepten und Maßnahmen zur Gesundheitssicherung bei bereits beeinträchtigter Gesundheit, um Ausweitungsgefahren einzudämmen und Ausmaß und Folgen bedingter Gesundheit (v. Ferber 1993: 20) zu begrenzen. Sie sind bislang eher selten und in ihrer Wichtigkeit noch keineswegs hinreichend erfasst.

2. Anpassung der medizinischen Versorgung an die Besonderheiten der Gesundheitsprobleme im Alter. Alte Menschen machen heute nahezu in allen Bereichen der medizinischen Versorgung einen Großteil, wenn nicht gar die Mehrheit der Patienten aus, ohne dort indes immer adäquate Antworten auf die sich ihnen stellenden Probleme zu erhalten. Ursächlich dafür ist u. a. deren Ausrichtung an akutmedizinischen Behandlungserfordernissen, die den in der Regel chronischen Problemlagen alter Menschen nicht gerecht wird. Weitere Ursachen liegen in der unzureichenden Berücksichtigung geriatrischer und gerontopsychiatrischer bzw. klinisch-psychologischer Erkenntnisse, die partiell auf Probleme des Wissenstransfers und auf Qualifikationsdefizite in der Medizinerbildung zurückzuführen sind. Hinzu kommt, dass die meist vielschichtigen und komplexen Gesundheitsprobleme alter Menschen multiprofessionelle Behandlungs- und Betreuungsstrategien erfordern. Wiewohl dies seit geraumer Zeit postuliert wird, konnte der Realisierung dessen bislang vorrangig in spezialisierten Versorgungsbereichen näher gekommen werden. Entsprechende Anpassungen in der Regelversorgung stehen noch aus.

3. Viele der im Alter auftretenden Beeinträchtigungen sind nicht revidierbar, wohl aber veränderbar, wenn geeignete Rehabilitationsmaßnahmen zum Tragen kommen. Diese keineswegs neue Erkenntnis, die in vielen europäischen Nachbarländern bereits Eingang in den Versorgungsalltag gefunden hat, beginnt sich auch hierzulande langsam durchzusetzen. So sind gegenwärtig etliche Bemühungen zu verzeichnen, die geriatrisch-rehabilitative Infrastruktur zu verbessern und den deutschen Nachholbedarf in diesem Bereich zu verringern. Diese Bemühungen haben jedoch mit strukturellen Restriktionen, allem anderen voran mit Finanzierungsschwierigkeiten zu kämpfen. Sie behindern die derzeitigen Anstrengungen um Entwicklung altersangemessener geriatrischer Rehabilitationskonzepte und eines mit anderen Ländern vergleichbaren Qualitätsniveaus und stehen zugleich dem dringend erforderlichen weiteren Ausbau der geriatrischen Rehabilitation und der Schaffung eines abgestuften Versorgungskonzepts entgegen. Vor allem der Weiterentwicklung der ambulanten Rehabilitation kommt zukünftig hohe Priorität für die Optimierung der Versorgung alter Menschen zu, denn sie bietet die Möglichkeit der

Fortführung der geriatrisch-rehabilitativen Arbeit der Kliniken nach der Entlassung und kann flexibler auf die häusliche Situation reagieren.

4. Ein Großteil im Alter auftretender Beeinträchtigungen kann weitgehend ambulant versorgt werden, vorausgesetzt, dass im ambulanten Sektor hinreichende infrastrukturelle Bedingungen gegeben sind. Eine entsprechende Ausweitung der ambulanten Versorgung wird seitens der Gesundheits- und Sozialpolitik seit geraumer Zeit gefördert und konnte in den vergangenen Jahren erfolgreich vorangebracht werden. Im Zuge dessen vergrößerte sich das Netz an ambulanten Versorgungsinstanzen, sei es im Bereich der Medizin, der psychosozialen Dienste oder der Pflege. Dennoch bestehen in einigen Bereichen noch Lücken, insbesondere im Bereich der teilstationären Versorgung, der ambulanten Rehabilitation und generell bei der Bereitstellung vernetzter Versorgungsstrukturen (siehe dazu auch Punkt 8). Zugleich zeigen sich Defizite, was die Anpassung dort verfügbarer Angebote an die qualitativen Besonderheiten des Versorgungsbedarfs bei den im Alter heute dominanten chronischen Krankheiten anbetrifft. Vor allem in den Spätstadien chronischer Krankheit, bei komplexen Erkrankungen mit vielschichtigem Versorgungsbedarf, bei psychischen Erkrankungen und generell in der Zeit des Sterbens ist die Sicherstellung einer hinreichend umfassenden und qualitativ hochwertigen Versorgung nicht durchgängig gewährleistet.

5. Altersgerechte Versorgungskonzepte setzen darüber hinaus eine hinreichende Verfügbarkeit von ambulanten Pflegediensten voraus. Zur Erinnerung: Nahezu 70 Prozent der ca. 1,8 Mio. Pflegebedürftigen leben zu Hause. Ihnen steht ein in den letzten Jahren stark wachsendes Netz an ambulanten Pflegediensten zur Verfügung. Zugang und Finanzierung ambulanter Pflege wurden mit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes erleichtert, wodurch eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung erwirkt werden konnte. Eine in Korrespondenz zum quantitativen Ausbau stehende qualitative Weiterentwicklung des Leistungs- und Aufgabenspektrums der ambulanten Pflege steht jedoch noch aus. Zugleich wurde mit dem neuen Gesetz ein seit langem für überholt erachtetes Pflegeverständnis festgeschrieben, das Pflege erneut auf körperorientierte manuelle Tätigkeiten reduziert und keinen Spielraum für die vielfältigen kommunikativen und edukativen Aufgaben einer bedarfs- und problemangemessenen Versorgung alter Menschen lässt, ebenso wenig für eine präventive oder rehabilitative Pflege. Diese Orientierung geht in besonderer Weise zulasten der psychisch erkrankten Älteren. Angestoßen durch die Pflegeversicherung finden ferner die Leistungen pflegender Angehöriger und informeller Helfer vermehrt Beachtung und es wurden erste Maßnahmen zur Unterstützung – Beratung und Anleitung – institutionalisiert. Sie sind allerdings noch nicht ausreichend und beziehen viele sich abzeichnende gesellschaftliche Trends (Zunahme von Einpersonenhaushalte, Einelternfamilien, nichteheliche Lebensge-

meinschaften) noch nicht konzeptionell ein. Zugleich deuten erste Erfahrungen an, dass es nicht ausreicht, Einzelmaßnahmen zur Entlastung pflegender Angehöriger zu implementieren; benötigt werden vielmehr Versorgungskonzepte, die von vornherein am sozialen Umfeld ansetzen und den sozialen Kontext konstruktiv einbeziehen. Des Weiteren ist die Erprobung neuer Formen der Kooperation mit informellen Helfern erforderlich. All dies zeigt, dass gerade im Bereich der ambulanten Pflege noch zahlreiche Optimierungsaufgaben bestehen.

6. Trotz des Ausbaus der ambulanten Versorgung hat die Versorgung im Heim nicht an Bedeutung eingebüßt und spielt insbesondere für Hochbetagte nach wie vor eine wichtige Rolle. Immerhin 30 Prozent der Pflegebedürftigen nehmen sie in Anspruch. Von allen über 90-Jährigen verbringt sogar jeder Dritte seinen letzten Lebensabschnitt in einer Einrichtung der stationären Langzeitversorgung. Zugleich haben sich hier die Anforderungen grundlegend geändert: als Folge des Altersanstiegs ist auch die Klientel dieser Einrichtungen gealtert und zugleich die durchschnittliche Verweildauer gesunken. Diese Entwicklung, wie auch die Tatsache, dass der Anteil an pflegebedürftigen Heimbewohnern heute 57 Prozent beträgt, hat die Einrichtungen vor einen fundamentalen Anforderungswandel gestellt, dessen Bewältigung noch aussteht. Ähnliches gilt mit Blick auf die steigende Zahl an demenziell bzw. gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohnern. Neben der Anpassung an die veränderte Bewohnersituation stellt die Qualität der Pflege ein Problem dar, das u.a. der Qualifikationssituation in den Pflegeberufen und dem im Vergleich zu manch anderen Ländern vorhandenen Entwicklungs- und Modernisierungsrückstand der bundesdeutschen Pflege geschuldet ist. Ein weiteres Problem ist die Finanzierung der Heimunterbringung, die durch Einführung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung bestenfalls partiell gelöst wurde.

7. Viele der Gesundheitsbeschwerden und -beeinträchtigungen im Alter haben chronischen Charakter und bedürfen einer systematischen Steuerung der Krankenbehandlung und Versorgungsverläufe. Aufgrund der Dauerhaftigkeit und der besonderen Verlaufsdynamik chronischer Krankheiten – des dauerhaften Auf und Ab der Krankheitsverläufe sowie des Wechsels von stabilen, instabilen und krisenhaften Phasen – erfordern sie, um effektiv und effizient bewältigt werden zu können, langfristig angelegte und hinreichend flexible Versorgungskonzepte, die darauf zielen, den Gesamtverlauf möglichst stabil zu halten, Kontrollerhalt herzustellen und vermeidbare Destabilisierungen zu verhindern. Zur Umsetzung einer systematischen Steuerung werden international eine ganze Reihe an Konzepten diskutiert – so etwa u. a. Disease-, Case- und Care-Management etc. (Del Tognon-Armanasco, Hopkin und Harter 1993; Ewers 1996; Schaeffer 1999, Ewers & Schaeffer 2000). Auch im deutschsprachigen Raum werden diese Konzepte vermehrt aufgegriffen und erfreuen sich vor allem bei den

Kostenträgern wachsender Beliebtheit. Sie dagegen von den Gesundheitsprofessionen – vor allem von Medizin und Pflege – aufzugreifen, in ihren Potenzialen für die Optimierung der Versorgungsqualität zu nutzen und auf breiterer Basis in der Praxis zu erproben, ist eine der Zukunft vorbehaltene Aufgabe.

8. Versorgungsintegration und -kontinuität stellen weitere für eine altersgerechte Versorgung unverzichtbare Elemente dar. Analog den Vorstellungen der WHO ist damit die Herstellung einer Versorgung gemeint, die aus einem Kontinuum von aufeinander abgestimmten Maßnahmen besteht, in der medizinische, pflegerische, soziale, psychosoziale und finanzielle Hilfen so ineinander greifen, dass die Betroffenen eine adäquate Antwort auf ihre individuelle Problematik finden (WHO 1981) und ihnen eine hinreichend umfassende und aufeinander abgestimmte Versorgung zur Verfügung steht. Die Realisierung einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung setzt ein hohes Maß an Kooperation und Koordination voraus, verlangt Zielgemeinschaft und bedingt des Weiteren, dass die professionellen Akteure ihre „insulare Arbeitsweise“ überwinden. Versorgungsintegration und -kontinuität zielen jedoch nicht einzig auf die Arbeitsweise der Akteure, sondern auch auf die Zersplitterung der Versorgungslandschaft. Angesprochen sind die vielfältigen, für das hiesige Gesundheitswesen charakteristischen Desintegrationserscheinungen. Sie zeigen sich an den Nahtstellen zwischen einzelnen Versorgungsbereichen – besonders zwischen stationärer und ambulanter Versorgung –, an den Schnittstellen zwischen einzelnen Institutionen und Professionen und sind vor allem in der ambulanten Versorgung unübersehbar. Weitaus mehr Aufmerksamkeit bedarf aus diesem Grunde die Integration der ambulanten Versorgung. Darüber hinaus ist die Schaffung integrierter Versorgungspfade erforderlich, die alten Menschen direkt Zugang zu den für sie tauglichen und angemessenen Versorgungsangeboten verschaffen und somit belastende und darüber hinaus kostenintensive Wege und Irrwege durch das Versorgungswesen und die Vielfalt seiner Instanzen vermeiden. Die damit verbundenen international als pathway management, clinical pathways etc. bezeichneten Aufgaben haben hierzulande noch kaum Eingang in den Versorgungsalltag gefunden. Versorgungspfade, die auf bestimmte Nutzergruppen ausgerichtet sind, können aber gerade für alte Menschen mit komplexen Gesundheits- und Versorgungsproblemen und auch für diejenigen von ihnen, die vor Zugangsschwierigkeiten gestellt sind – wie etwa ältere Migranten – eine enorme Erleichterung darstellen.

9. Eine altersgerechte Versorgung bedarf darüber hinaus der Schließung von Versorgungslücken. Stellvertretend für andere seien hier die wichtigsten von ihnen benannt. Lücken zeigen sich besonders im Bereich der tagesklinischen Versorgung, in der Versorgung von psychisch kranken Älteren, in der Versorgung von alleinlebenden alten Menschen, deren Zahl zukünftig weiter ansteigen wird

und deren Betreuung und Versorgung ohne umfängliche „Netzwerkarbeit“, d. h. Aufbau und Stützung informeller Hilfestrukturen, unmöglich ist, doch auch bei der Ermöglichung humanen Sterbens. Das Thema Sterben hat zwar – u. a. ausgelöst durch die Hospizbewegung – in den vergangenen Jahren vermehrt Aufmerksamkeit erfahren, dennoch ist die Betreuung und Versorgung Sterbender noch keineswegs zufrieden stellend. Das gilt für die stationäre Versorgung (Krankenhaus und Heimversorgung), in der nach wie vor ein Großteil der Bundesbürger ihr Leben beenden, wie vor allem dann, wenn auch in dieser Lebensphase ein Verbleib in der häuslichen Umgebung ermöglicht werden soll.

10. Die Wichtigkeit von Maßnahmen zur Verbesserung der Qualifikationssituation und des Wissenstransfers muss besonders unterstrichen werden. Obwohl die Folgen des demographischen Wandels in vielen Bereichen der Versorgung unübersehbar sind, spielt das Thema „Alter“ in den Aus-, Fort- und Weiterbildungen der mit der Betreuung und Versorgung befassten Professionen längst nicht die ihm gebührende Rolle. Hier ist dringend eine Veränderung herbeizuführen, bei der es einerseits darum gehen muss, zukünftig vermehrt Spezialexpertise auszubilden und andererseits, den Wissenstransfer geriatrischer und gerontologischer Erkenntnisse in die zur Regelversorgung gehörenden Bereiche zu verbessern. Nicht minder wichtig ist eine Verbesserung der Qualifikationssituation in den Pflegeberufen, wobei – der internationalen Entwicklung folgend – hohes Gewicht auf den Ausbau akademischer Qualifizierungsmöglichkeiten zu legen ist.

11. Eine altersgerechte Gesundheitsversorgung bedarf einer entsprechenden Finanzierung und Vergütung. Hinsichtlich der Aufbringung der Finanzmittel des Gesundheitswesens sind die zukünftigen Herausforderungen für Wirtschaft und Gesellschaft weder zu dramatisieren noch zu verharmlosen. Die demographische Entwicklung wird – vermittelt über die Veränderungen in der epidemiologi-

schen Landschaft einer älter werdenden Bevölkerung – einen Anstieg in den Gesundheitsausgaben bewirken. Es bestehen durchaus Gestaltungsspielräume von Politik und Gesellschaft, unter anderem durch Nutzung des präventiven und rehabilitativen Wissens. Nochmals ist daher zu betonen, dass das Alter und Rehabilitation im Alter gestaltprägend in eine altersgerechte Versorgung der Zukunft einfließen müssen. Neue Finanzierungs- und Vergütungsformen stellen hilfreiche Anreizmechanismen dar, um die ökonomischen, professionsgebundenen und institutionenträgenden Interessenslagen neu auf eine altersgerechte Versorgung auszurichten. Dies ist nicht ohne Umwidmung von Ressourcen im Gesundheitswesen zu erzielen.

12. Altersgerechte Versorgungskonzepte sollten an der Leitmaxime orientiert sein, alten Menschen mit und trotz Einbußen ein Höchstmaß an Autonomie und Lebensqualität zu sichern. Bewusst haben wir die Formulierung „mit und trotz“ Einbußen gewählt, denn obwohl der Blick in dem zurückliegenden Kapitel vorrangig auf die gesundheitlichen Probleme gerichtet wurde, die mit dem Alter verbunden sein können, darf nicht übersehen werden, dass viele der Beeinträchtigungen alte Menschen nur partiell in ihrer Autonomie, Eigenkompetenz und Souveränität einschränken; bei angemessener kompensatorischer Hilfe ist ihnen eine – wenngleich mit Einschränkungen – weithin selbstständige Lebensführung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglich. Versorgungskonzepte für alte Menschen müssen dem gerecht werden und so ausgerichtet sein, dass sie zur Aufrechterhaltung eigenverantworteter Lebensgestaltung beitragen und alten Menschen trotz Einschränkung und bedingter Gesundheit ein lebenswertes Leben ermöglichen. Das bedeutet, der Förderung verbliebener Ressourcen hohes Gewicht zu verleihen, alte Menschen als Ko-Produzenten der Leistungserbringung ernst zu nehmen, und es beinhaltet außerdem, ihre subjektiven Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse an die Versorgung und Betreuung einzubeziehen.

## 4. Arbeit und Arbeitswelt als Ressource

### 4.1 Einleitung

Arbeit umfasst zielbewusste Tätigkeiten zur Lösung menschlicher Überlebensprobleme und dient der materiellen Existenzsicherung. Prozesse der Arbeit, und zwar gerade in komplexen, arbeitsteiligen Gesellschaften, sind zudem stets auch soziale Prozesse, die die Beziehungen zwischen Menschen gestalten. In modernen Arbeitsgesellschaften ist die Erwerbsarbeit die zentrale Form der Arbeit. Sie ist nicht nur die wesentliche Einkommensquelle. Die Teilhabe an der Arbeitswelt bedeutet auch, dass Menschen in soziale Interaktionen eingebunden sind, dass sich ihr Alltag zeitlich strukturiert, dass sie sich über ihre Stellung in der betrieblichen Organisation sozial verorten können, dass biografische Identität und Kontinuität konstruierbar und gesellschaftliche Veränderungen erfahrbar werden (Kohli 1992; Kohli et al. 1993; Künemund 2000). Die Arbeitswelt stellt somit als ein zentrales Element zur Teilhabe an der Gesellschaft wichtige Ressourcen für jene Menschen bereit, die in Arbeitszusammenhänge eingebunden sind (vgl. auch Kapitel 2). Arbeit lässt sich aber auch in ökonomischer Perspektive mit Blick auf die Produktionsfaktoren der Wirtschaft betrachten. In dieser Sichtweise stellt Arbeit neben den natürlichen Ressourcen und dem Kapital den bedeutsamsten Faktor für die Produktion von Gütern und Dienstleistungen dar. Dabei ist zu beachten, dass die Produktivkraft des Faktors Arbeit abhängig vom technologischen Fortschritt („Wissen“) und dem Humankapital ist: Qualifikation, Fähigkeiten und Gesundheit beeinflussen die Produktivität der Arbeit. Von besonderer Bedeutung ist der Faktor Arbeit aber auch für die sozialen Sicherungssysteme, die in Deutschland durch erwerbsarbeitsbezogene Abgaben der versicherungspflichtigen Personen finanziert werden (Rürup 1999; Schmähl 1988 u. 1999b). Von besonderer Bedeutung ist daher die enge Verknüpfung zwischen der gesamtwirtschaftlichen Situation und den Systemen der sozialen Sicherung. In diesem Sinne stellen Menschen über ihre Arbeitskraft Ressourcen für die Wirtschaft und für die Gesellschaft insgesamt zur Verfügung.

In modernen Gesellschaften hat sich eine Dreiteilung des Lebenslaufs entwickelt: Einer Phase der Vorbereitung und Ausbildung folgen aktive Erwerbsarbeit und schließlich – für eine zunehmende Zahl von Menschen – der Ruhestand (zur Modifikation dieses Modells s. unter anderem Kohli 1985; Riley & Riley 1994). Der Beginn der Lebensphase „Alter“ wird häufig mit dem Eintritt in den „Ruhestand“ gleichgesetzt, wobei der Übergang in den Ruhestand durch die Altersgrenzen der Rentensysteme definiert und auf diese Weise sozial konstruiert wird. In der Lebensphase des Ruhestandes werden die integrativen und vergesellschaftenden Ressourcen des Arbeitslebens vor allem durch familiäre und außerfamiliäre Netze ersetzt, aber auch durch Freizeitaktivitäten, Konsum und die Beteiligung an Organisationen und Institutionen wie Kir-

chen, Parteien und Vereinen (siehe Kapitel 6). Die Berufsbiografie bleibt jedoch auch nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben ein wichtiger Einflussfaktor für die Lebenssituation im Alter. Die Höhe des Einkommens im Ruhestand hängt für viele Rentempfänger entscheidend von dem Erwerbseinkommen und der Dauer der Erwerbstätigkeit ab, das während des aktiven Berufslebens erzielt worden ist (siehe Kapitel 5). Umfassende soziale Sicherung in Deutschland setzt bislang ein „Normalarbeitsverhältnis“ voraus (langjährige Vollzeiterwerbstätigkeit ohne Unterbrechungen), das tendenziell jedoch an Bedeutung verloren hat. Auch mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und dem Eintritt in den Ruhestand behält die Arbeitswelt somit einen außerordentlich wichtigen Einfluss auf die Lebenssituation und die Bereitstellung von Ressourcen im höheren Lebensalter.

Der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand erfolgt keineswegs als eine einfache Transition, die sich an einer „Regelaltersgrenze“ (von 65 Jahren) orientiert. Vielmehr ist ein – angesichts der zunehmenden Lebenserwartung – erstaunliches Paradox zu konstatieren: Während auf der einen Seite das Durchschnittsalter sowohl der Bevölkerung insgesamt als auch der Erwerbsbevölkerung zunimmt, sinkt der Anteil der über 50-jährigen Menschen, die einer Erwerbsarbeit nachgehen. Als „Problemgruppen“ auf dem Arbeitsmarkt werden ab 55-Jährige gezählt (Bundesanstalt für Arbeit 1999), aber abhängig von Branche und Typ des Arbeitsplatzes können auch niedrigere Altersgrenzen für diese Kategorisierung gelten. „Ältere Arbeitnehmer“ befinden sich also in Unternehmen und auf dem Arbeitsmarkt nicht selten in äußerst fragilen Situationen, etwa hinsichtlich Vermittlungen, Neueinstellungen oder Weiterbildungsmaßnahmen. Angesichts eines Arbeitsmarktes, der durch eine gravierende strukturelle Arbeitslosigkeit gekennzeichnet ist, wird gerade älteren Arbeitnehmern die Teilhabe am Arbeitsleben häufig verwehrt. Neben aktiven arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zur Verminderung der Arbeitslosigkeit wurde in der Vergangenheit über eine Politik der Altersgrenzen auch mit rentenpolitischen Maßnahmen (Frühverrentung, Ruhestandsregelungen) versucht, die Arbeitslosenquote zu verringern. Dabei wird im Sinne einer „Generationensolidarität“ argumentiert, dass ältere Arbeitnehmer zugunsten jüngerer auf einen Arbeitsplatz verzichten sollten. Die Ressourcen der Arbeitswelt werden damit für viele älter werdende Menschen – und zwar für einen beträchtlichen Lebensabschnitt vor der „Regelaltersgrenze“ – unerreichbar.

Die demographische Entwicklung könnte dazu beitragen, dass sich diese Situation verändert (siehe zusammenfassend dazu Deutscher Bundestag 1998). Prognosen zur Entwicklung des Arbeitsmarkts sagen etwa ab dem Jahr 2010 einen starken Rückgang des Arbeitskräfteangebots voraus. Diese entlastenden Effekte für den Arbeitsmarkt basieren auf einer sich verändernden Altersstruktur der

Erwerbsbevölkerung und der geringen Größe nachwachsender Geburtskohorten. Hinsichtlich der Arbeitskräfte-nachfrage wird prognostiziert, dass trotz eines zu erwartenden Wirtschaftswachstums die Arbeitsnachfrage bis zum Jahr 2010 nicht steigen wird, und zwar auf Grund der erwarteten Zunahme der Arbeitsproduktivität. Eine Entspannung am Arbeitsmarkt wird ebenfalls erst mittelfristig (frühestens ab 2010) vorhergesagt. Sollte dies eintreten, ist nicht damit zu rechnen, dass der Arbeitskräftebedarf der Unternehmen hauptsächlich durch die Anwerbung junger Arbeitskräfte aus dem Ausland zu decken sein wird, sondern in erster Linie durch das Ausschöpfen des inländischen Arbeitskräftepotenzials. Dies wird das schon heute steigende Durchschnittsalter der Erwerbstätigen weiter erhöhen. Es ist offen, wie Unternehmen auf eine in diesem Sinn veränderte Situation gegebenenfalls reagieren werden. Bislang ist es die Strategie der Unternehmen, durch Ausgliederung älterer Arbeitnehmer (unter Nutzung von Vorruhestands- und Frühverrentungsformen) die eigene Belegschaft zu verkleinern und/oder zu verjüngen (Rose-now & Naschold 1993). Gerade hinsichtlich der Aspekte „Qualifikation“ und „Wissen“ präferieren Unternehmen bislang eher die Neurekrutierung jüngerer Absolventen mit aktueller Ausbildung als die Fort- und Weiterbildung der eigenen, älter werdenden Belegschaft. Möglicherweise führen die benannten demographischen Veränderungen auch dazu, mit den Humanressourcen älterer Arbeitnehmer bewusster umzugehen.

Angesichts dieser komplexen Situation diskutiert das vorliegende Kapitel vier Themenbereiche: (a) Auf einer gesellschaftlichen Ebene werden Erwerbsbeteiligung, Erwerbsformen und Erwerbsbiografien älterer Arbeitnehmer dargestellt, wobei auch auf den Wandel der Arbeitswelt und die Veränderung in den Berufsbiografien eingegangen wird. (b) Auf der Ebene der Unternehmen werden Strategien betrieblicher Personal- und Sozialpolitik sowie das Problem der Fort- und Weiterbildung dargestellt. Hierbei wird auch auf das Verhältnis der Generationen im Betrieb eingegangen. (c) Auf der Ebene des Individuums werden Ressourcen, Einbußen und Kompensationsmöglichkeiten älterer Menschen erörtert. (d) Schließlich werden die wichtigsten Formen des Austritts aus dem Berufsleben und des Übergangs in den Ruhestand dargestellt. Sofern dies möglich ist, sollen die Verhältnisse in den Regionen Deutschlands (neue und alte Bundesländer) gesondert betrachtet werden. Auch die unterschiedliche Situation von Frauen und Männern auf dem Arbeitsmarkt wird differenziert dargestellt. Schließlich soll versucht werden, die Situation von Ausländerinnen und Ausländern in Deutschland in der Darstellung zu berücksichtigen. Zum Abschluss des Kapitels werden Empfehlungen für politische Maßnahmen formuliert.

## 4.2 Erwerbsbeteiligung, Erwerbslosigkeit und Erwerbsformen Älterer

### 4.2.1 Erwerbsbeteiligung

Die Altersgruppe der 15- bis 64-jährigen Wohnbevölkerung wird in der demographischen und arbeitsmarktpolitischen Diskussion als das Erwerbspersonenpotenzial

bezeichnet.<sup>28</sup> Bei der statistischen Erfassung der Erwerbstätigkeit (Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes) wird das Erwerbspersonenpotenzial nach Erwerbspersonen und Nicht-Erwerbspersonen unterschieden. Die Erwerbspersonen werden differenziert nach Erwerbstätigen und Erwerbslosen. Zu den Erwerbstätigen werden alle diejenigen gezählt, die zum Befragungszeitpunkt angeben, einer Tätigkeit nachzugehen, unabhängig davon, ob es sich um eine sozialversicherungspflichtige oder eine sozialversicherungsfreie Beschäftigung handelt sowie unabhängig von der Art und der Dauer der Tätigkeit. Zu den Erwerbslosen werden diejenigen gezählt, die äußern, keiner Erwerbsarbeit nachzugehen, aber an der Aufnahme einer Tätigkeit interessiert zu sein. Bei den Nichterwerbspersonen handelt es sich um Personen, die keine auf Erwerb ausgerichtete Tätigkeit ausüben und zum Zeitpunkt der Befragung auch nicht suchen. Ein Teil dieses Personenkreises wird auch als „Stille Reserve“ bezeichnet (Holst & Schupp 1998; Holst 1998; Fuchs 1998). Die Erwerbsquoten geben das Verhältnis von Erwerbspersonen zum Erwerbspersonenpotenzial insgesamt wieder. Altersspezifische Erwerbsquoten berücksichtigen die Bevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe. Eine ausführliche Darstellung findet sich bei Behrend (1999). Da sich die Erwerbsbeteiligung in den alten und neuen Bundesländern deutlich unterscheidet, wird die Situation in den beiden Regionen Deutschlands getrennt dargestellt.

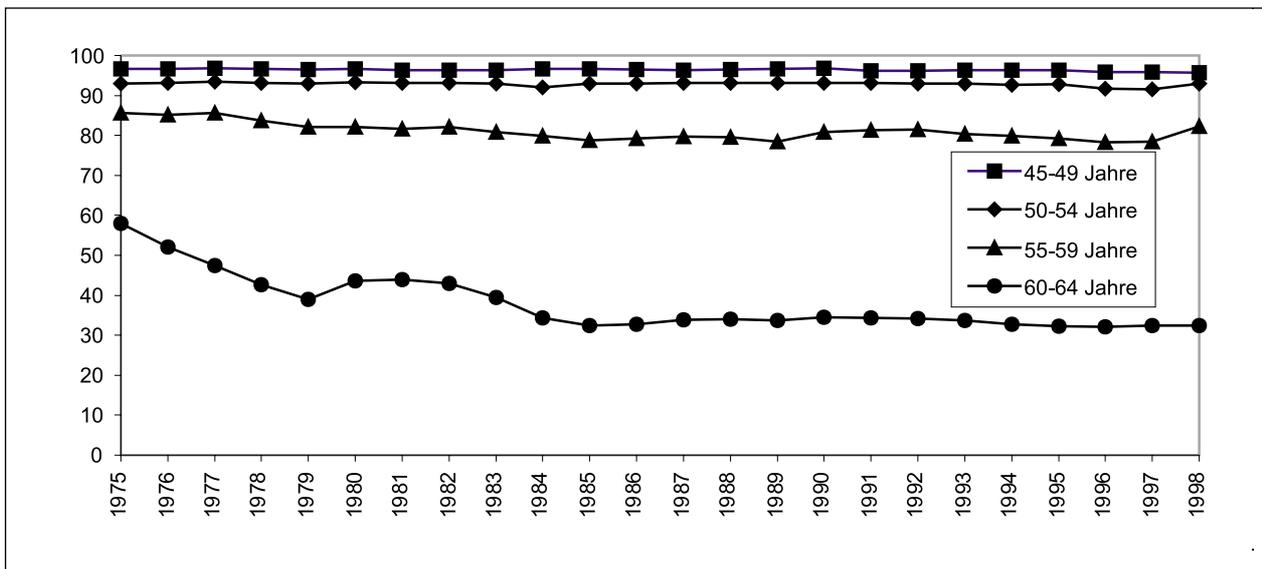
#### 4.2.1.1 Erwerbsbeteiligung in den alten Bundesländern<sup>29</sup>

Die Erwerbsquote der (deutschen) Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von 15 bis 65 Jahren betrug im April 1998 bei den Männern 80,5 Prozent. Deutlich mehr verheiratete Männer (84,9 %) waren in das Erwerbsleben einbezogen als ledige (73,7 %) oder verwitwete bzw. geschiedene Männer (79,4 %). Die Erwerbsbeteiligung der Frauen in den alten Bundesländern lag deutlich unter jener der Männer. Von den 19,7 Mio. Frauen im Alter zwischen 15 und 65 Jahren waren 61,9 Prozent erwerbstätig bzw. erwerbslos. Hinsichtlich des Familienstandes zeigte sich ebenfalls ein deutlich anderes Erwerbsverhalten. Hier waren die Erwerbsquoten der ledigen Frauen (66,1 %) sowie der verwitweten bzw. geschiedenen Frauen (64,5 %) deutlich höher als die der verheirateten Frauen (59,6 %). Betrachtet man das Erwerbsverhalten der Bevölkerung im Zeitverlauf, so ist die Erwerbsquote der 15- bis 64-jährigen Männer tendenziell rückläufig (1975: 85,3 %, 1998: 80,5 %). Demgegenüber hat die Erwerbsbeteiligung von Frauen erheblich

<sup>28</sup> Angesichts der verlängerten schulischen Ausbildung und dem gestiegenen Anteil derjenigen, die studieren, könnte man die untere Altersgrenze auch höher ansetzen, z. B. bei 20 Jahren. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass von den 15- bis 19-Jährigen 28 Prozent erwerbstätig sind (1998). In der amtlichen Statistik werden die Ergebnisse zur Erwerbsbeteiligung in der Regel ab dem Alter von 15 Jahren ausgewiesen. Konstant bleibende Alterskategorien erleichtern auch die Betrachtung der längerfristigen Entwicklung anhand von Zeitreihen.

<sup>29</sup> Alle erwerbsstatistischen Angaben zu den „alten Bundesländern“ beziehen sich auf die Bundesrepublik Deutschland nach dem Gebietsstand bis zum 03.10.1990 und schließen Berlin-West ein.

**Abbildung 4-1: Altersspezifische Erwerbsquoten der Männer (Deutsche) in den alten Bundesländern, 1975-1998 (in Prozent)**



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, versch. Jahrgänge (Behrend 1999)

zugenommen (1975: 47,3 %, 1998: 61,9 %). Bei den Frauen sind dabei je nach Familienstand unterschiedliche Entwicklungslinien zu beobachten: Ledige Frauen in den alten Bundesländern sind am häufigsten am Erwerbsleben beteiligt, allerdings mit rückläufiger Tendenz. Bei den verheirateten sowie den geschiedenen bzw. verwitweten Frauen stieg die Erwerbsbeteiligung.

Betrachtet man die Erwerbsquoten von Männern der höheren Altersgruppen im Zeitverlauf, so erkennt man einen deutlichen Rückgang der Erwerbsquote mit höherem Lebensalter (s. Abbildung 4-1). Im Zeitverlauf wird deutlich, dass die Erwerbsbeteiligung der höheren Altersgruppen (55 bis 64 Jahre) beständig, allerdings mit leichten Schwankungen, abgenommen hat. Während in den Altersgruppen der 45- bis 54-jährigen Männer die Erwerbsbeteiligung während des gesamten Zeitraums bei über 90 Prozent lag, ging sie bei den 55- bis 59-Jährigen auf unter 80 Prozent zurück. Ganz deutlich wird der historische Rückgang der Erwerbsbeteiligung bei den 60- bis 64-Jährigen: Während ihre Erwerbsquote vor einem Vierteljahrhundert noch knapp 60 Prozent betrug, beträgt diese seit 1985 nur wenig mehr als 30 Prozent. Die Erwerbsquoten in den höheren Altersgruppen sind für alle Männer unabhängig vom Familienstand sehr ähnlich. (Siehe Abbildung oben)

Die altersspezifischen Erwerbsquoten bei den Frauen unterscheiden sich je nach Familienstand erheblich voneinander, wobei im Folgenden nur die Situation verheirateter und lediger Frauen verglichen wird. In den alten Bundesländern sind verheiratete Frauen weniger stark am Erwerbsleben beteiligt als Männer (und als ledige Frauen). Allerdings hat die Erwerbsbeteiligung verheirateter Frauen im historischen Verlauf stark zugenommen (Abbildung 4-2). Dies gilt auch für die höheren Altersgrup-

pen: Die Erwerbsbeteiligung der 45- bis 49-Jährigen stieg am stärksten (1975: etwa 40 %, 1998: knapp 73 %), aber auch bei der Altersgruppe der 55- bis 60-Jährigen ist eine starke Zunahme zu verzeichnen (1975: etwa 30 %, 1998: knapp 47,5 %). Allein die höchste Altersgruppe (60 bis 64 Jahre) zeigt eine Erwerbsbeteiligung auf konstant niedrigem Niveau. (Siehe Abbildung nächste Seite oben)

Der Verlauf der Erwerbsquoten bei ledigen Frauen ähnelt jenen von Männern (s. Abbildung 4-3), allerdings sind die Erwerbsquoten insgesamt geringer: In der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen lag die Erwerbsquote im gesamten Zeitraum über 80 Prozent und bei den 55- bis 59-Jährigen bei über 70 Prozent. Ähnlich wie bei den Männern ist die Erwerbsquote der 60- bis 64-Jährigen sehr niedrig: Sie beträgt seit 1985 etwa 20 Prozent. (Siehe Abbildung nächste Seite unten)

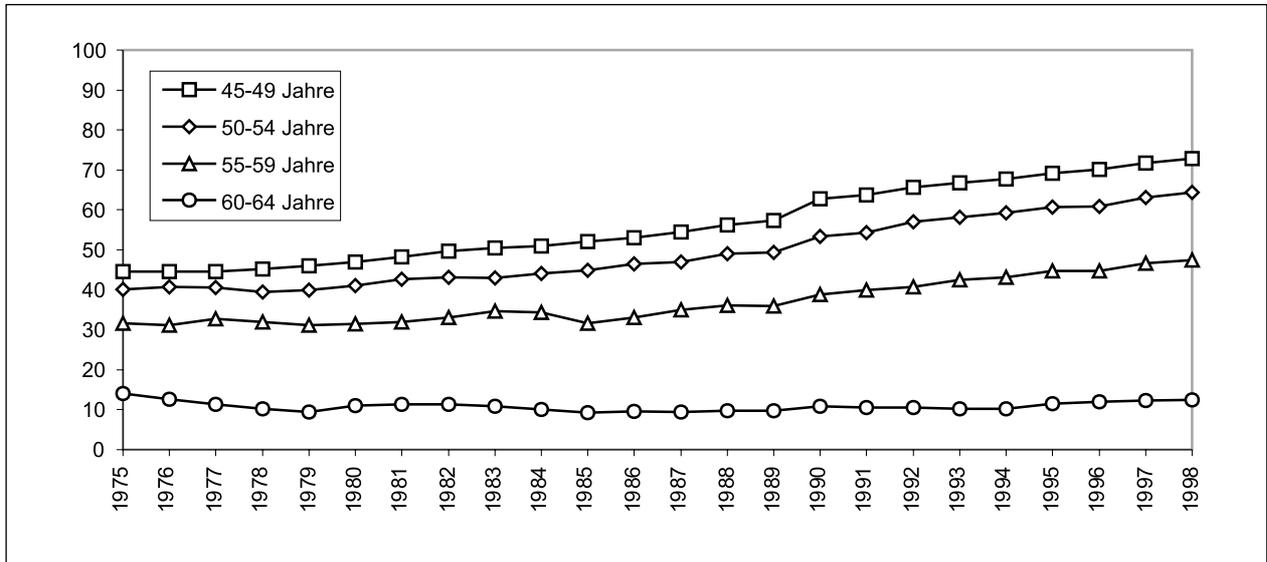
Für die Betrachtung der Erwerbsbeteiligung im Alter sind auch die Erwerbsquoten der ab 65-Jährigen von Interesse. Die Quote erreicht in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen im Jahr 1998 einen Wert von 8,2 Prozent. Die Erwerbsquote der Frauen ab 65 Jahren liegt im Jahr 1998 unter 2 Prozent. Um diesen Wert schwankt die Erwerbsbeteiligung der Frauen dieses Alters seit 1991.

#### 4.2.1.2 Erwerbsbeteiligung in den neuen Bundesländern<sup>30</sup>

Die Erwerbsquote in den neuen Bundesländern betrug im April 1998 bei den Männern (deutsche Staatsbürger) 80,2 Prozent und lag damit auf einem ähnlichen Niveau wie in

<sup>30</sup> Alle erwerbsstatistischen Angaben zu den „neuen Bundesländern“ beziehen sich auf die Länder Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen sowie auf Berlin-Ost.

**Abbildung 4-2: Altersspezifische Erwerbsquoten der verheirateten Frauen (Deutsche) in den alten Bundesländern, 1975-1998 (in Prozent)**

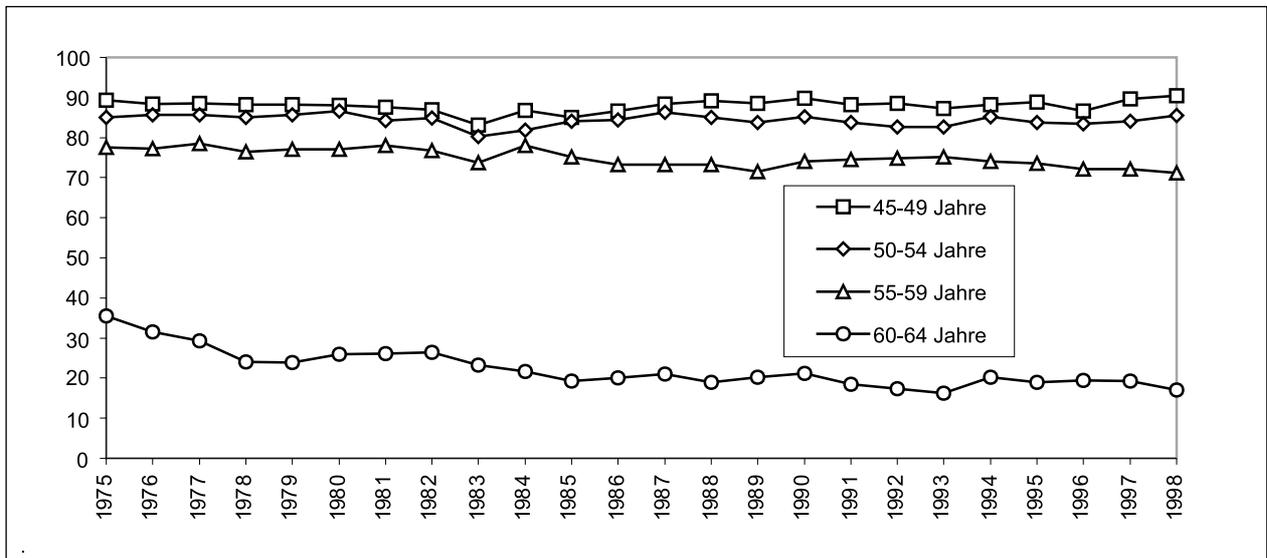


Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, versch. Jahrgänge (Behrend 1999)

den alten Bundesländern. Auch hier ist die Erwerbsquote der verheirateten Männer (83,6 %) deutlich höher als die der ledigen (74,7 %) oder der verwitweten bzw. geschiedenen Männer (82,2 %). Die Erwerbsbeteiligung der Frauen im erwerbsfähigen Alter ist mit 73,6 Prozent wesentlich höher als in den alten Bundesländern. Hier sind es vor allem die verheirateten Frauen, die mit einer Erwerbsquote von 79,5 Prozent im besonderen Maße am Erwerbsleben teilhaben. Deutlich geringer ist die Erwerbs-

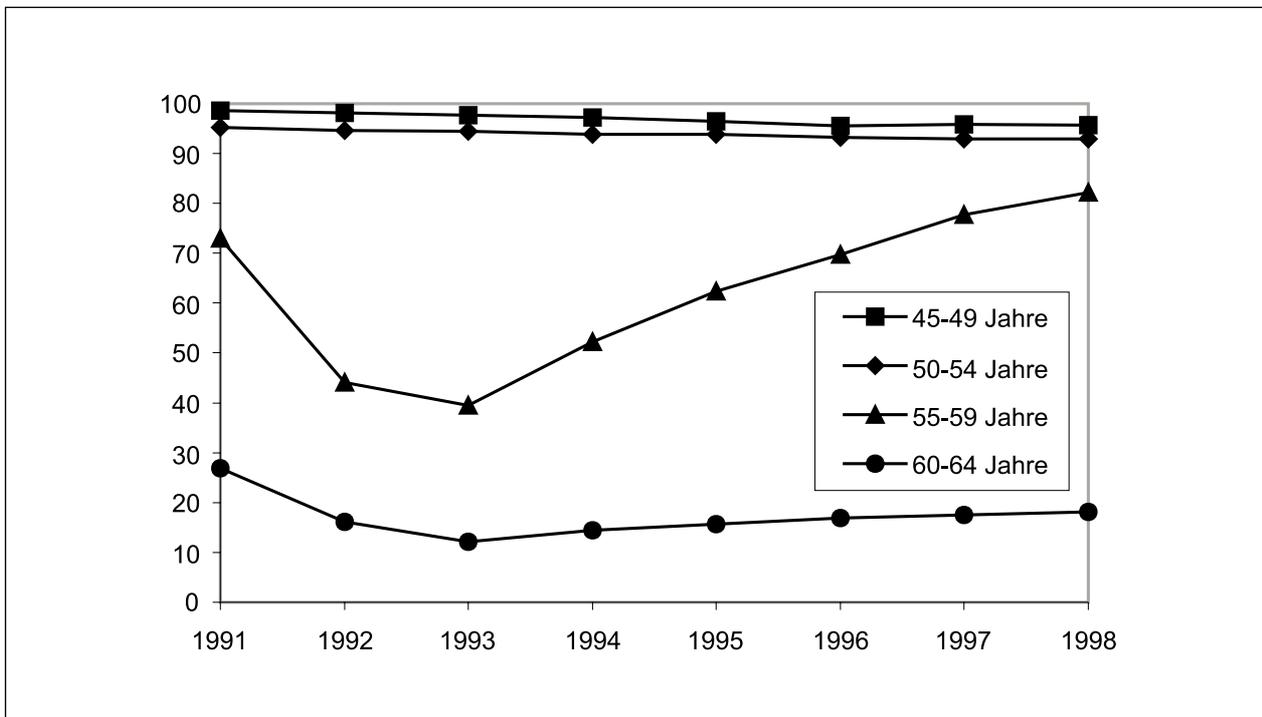
beteiligung bei den ledigen Frauen, die im April 1998 einen Wert von 62,7 Prozent erreichte. Verwitwete bzw. geschiedene Frauen sind in den neuen Bundesländern zu 69,9 Prozent am Erwerbsleben beteiligt. Im Zeitverlauf von 1991 bis 1998 ging die Erwerbsbeteiligung der 15- bis 64-jährigen Männer in den neuen Bundesländern von 86 Prozent um 5,8 Prozentpunkte zurück. Bei den Frauen insgesamt fand ein ebensolcher Rückgang gegenüber 1991 (77,2 %) um 3,6 Prozent statt.

**Abbildung 4-3: Altersspezifische Erwerbsquoten der ledigen Frauen (Deutsche) in den alten Bundesländern, 1975-1998 (in Prozent)**



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, versch. Jahrgänge (Behrend 1999)

**Abbildung 4-4: Altersspezifische Erwerbsquoten der Männer (Deutsche) in den neuen Bundesländern, 1991 bis 1998 (in Prozent)**



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, versch. Jahrgänge (Behrend 1999)

Im Zeitablauf seit 1991 ist bei den Männern in den höheren Altersgruppen ein tendenzieller Rückgang der Erwerbsbeteiligung bis in die Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen festzustellen (Abbildung 4-4). Bei den höheren Altersgruppen der 55- bis 59-Jährigen und der 60- bis 64-Jährigen war – unter anderem aufgrund der gesetzlichen Regelungen zum Altersübergangsgeld – zunächst ein Rückgang der Erwerbsquoten unmittelbar nach der Wendezeit von 1991 auf 1992 auffällig, danach stabilisierte sich die Erwerbsbeteiligung auf einem tendenziell ansteigenden Niveau. Sie stieg seit 1993 von 40 Prozent auf 82,2 Prozent in der Altersklasse 55 bis 59 Jahre und von 12 Prozent bis 18,2 Prozent bei den 60- bis 64-Jährigen.

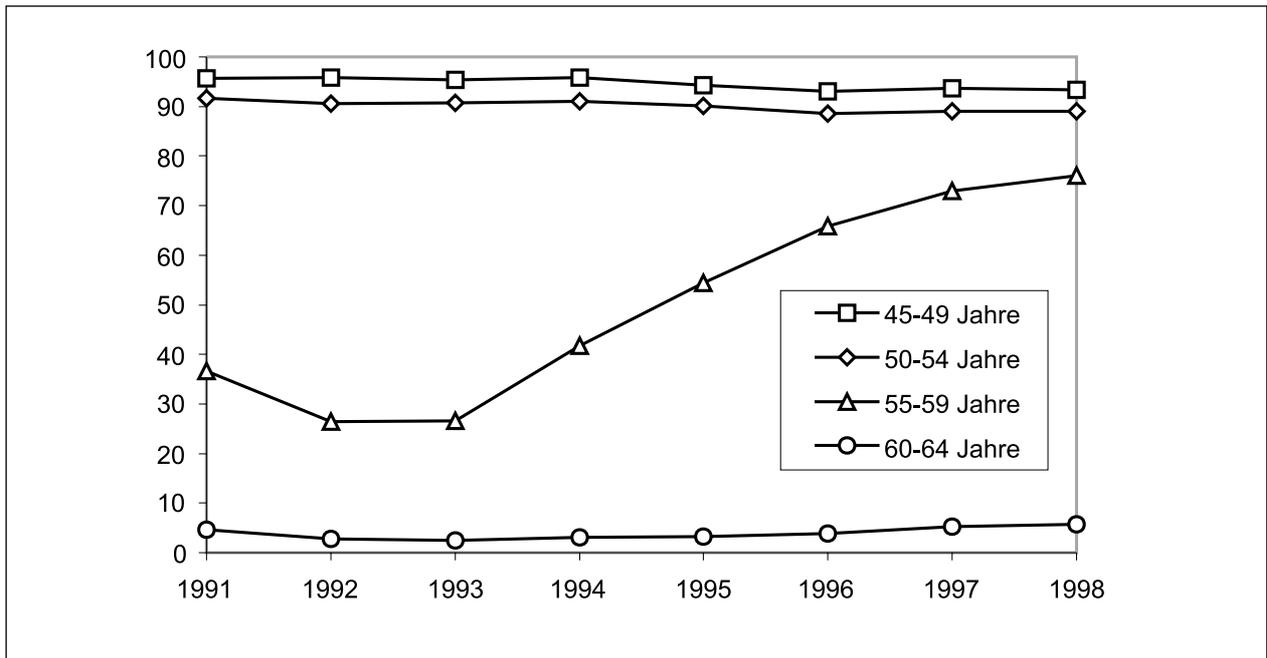
Die Erwerbsbeteiligung der Frauen in den neuen Bundesländern ähnelt jener der Männer. Dies zeigt sich sowohl bei den ledigen als auch den verheirateten Frauen. Die Erwerbsbeteiligung verheirateter Frauen in den neuen Bundesländern ist seit 1991 in den Altersgruppen bis 54 Jahren tendenziell rückläufig, allerdings auf sehr hohem Niveau (Abbildung 4-5). So fand bei den 40- bis 44-Jährigen ein Rückgang von 96,9 Prozent (1991) auf 93,4 Prozent (1998) statt. In den höheren Altersklassen von 55 bis 59 Jahren stieg wie bei den Männern die Erwerbsbeteiligung seit 1992 von 27,1 Prozent auf 76 Prozent im Jahr 1998. Tendenziell lässt sich ein ebensolcher

Anstieg auch bei den 60- bis 64-Jährigen ausmachen, allerdings auf einem außerordentlich niedrigen Niveau. So lag die Erwerbsbeteiligung der Frauen in dieser Altersgruppe im Jahr 1992 bei nur 2,7 Prozent und im Jahr 1998 bei 5,7 Prozent. Es sind vor allem die verheirateten (sowie die verwitweten bzw. geschiedenen) Frauen, die hohe Erwerbsquoten zumindest in den Altersgruppen bis 54 Jahre aufweisen.

Bei den ledigen Frauen in den neuen Bundesländern hat seit 1994 ein tendenzieller Rückgang der Erwerbsbeteiligung in der Altersgruppe der 45- bis 49-jährigen Frauen stattgefunden. Die Erwerbsbeteiligung in den Altersgruppen von 45 bis unter 55 Jahren liegt seit 1995 bei nur etwa 80 Prozent. In der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen war die Erwerbsbeteiligung so gering, dass über den gesamten Zeitraum keine Werte ausgewiesen wurden (Abbildung 4-6).

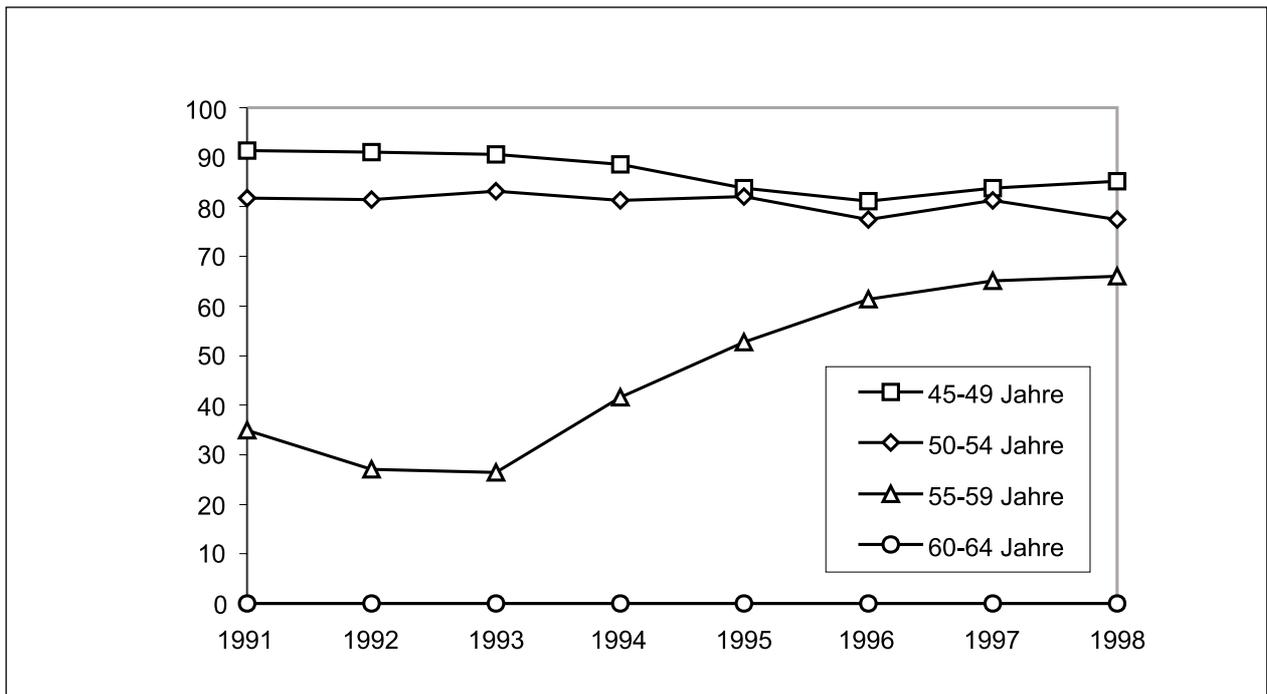
In den neuen Bundesländern spielt die Erwerbsbeteiligung in der Altersgruppe ab 65 Jahren so gut wie keine Rolle. Im Jahr 1998 lag die Erwerbsquote der Männer im Alter von 65 bis unter 70 Jahren bei 3,3 Prozent. Die Erwerbsbeteiligung der Frauen insgesamt in dieser Altersgruppe ist durchgängig geringer. Im Jahr 1998 betrug sie 1,3 Prozent.

**Abbildung 4-5: Altersspezifische Erwerbsquoten der verheirateten Frauen (Deutsche) in den neuen Bundesländern, 1991 bis 1998 (in Prozent)**



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, versch. Jahrgänge (Behrend 1999)

**Abbildung 4-6: Altersspezifische Erwerbsquoten der ledigen Frauen (Deutsche) in den neuen Bundesländern, 1991 bis 1998 (in Prozent)**



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, versch. Jahrgänge (Behrend 1999)

#### 4.2.1.3 Erwerbsquoten der Ausländer und Ausländerinnen

Als Ausländer werden im Folgenden jene Personen bezeichnet, die nicht Deutsche im Sinne des Art. 116 Abs. 1 GG sind. Die Erwerbsbeteiligung von Ausländerinnen und Ausländern ist im Trend rückläufig. Die Erwerbsquote der Männer in der Altersgruppe von 15 bis unter 65 Jahren sank im Zeitraum von 1991 bis 1998 geringfügig von 82 Prozent auf 78 Prozent. In der Höhe unterscheiden sich die Erwerbsquoten kaum von denen der deutschen Bevölkerung. Bei den Ausländerinnen hat diese Quote ein geringeres Niveau im Vergleich zu den deutschen Frauen. Sie erreichte im Jahr 1998 lediglich einen Wert von insgesamt 49,7 Prozent (1991: 51,7 %). Ursächlich hierfür ist vor allem das Erwerbsverhalten verheirateter und lediger Frauen, die im Jahr 1998 nur zu 47,6 Prozent bzw. 51,3 Prozent am Erwerbsleben beteiligt waren. Verwitwete bzw. geschiedene Ausländerinnen liegen mit einer Erwerbsquote von 66,7 Prozent im Jahr 1998 leicht über der Erwerbsbeteiligung deutscher Frauen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren.

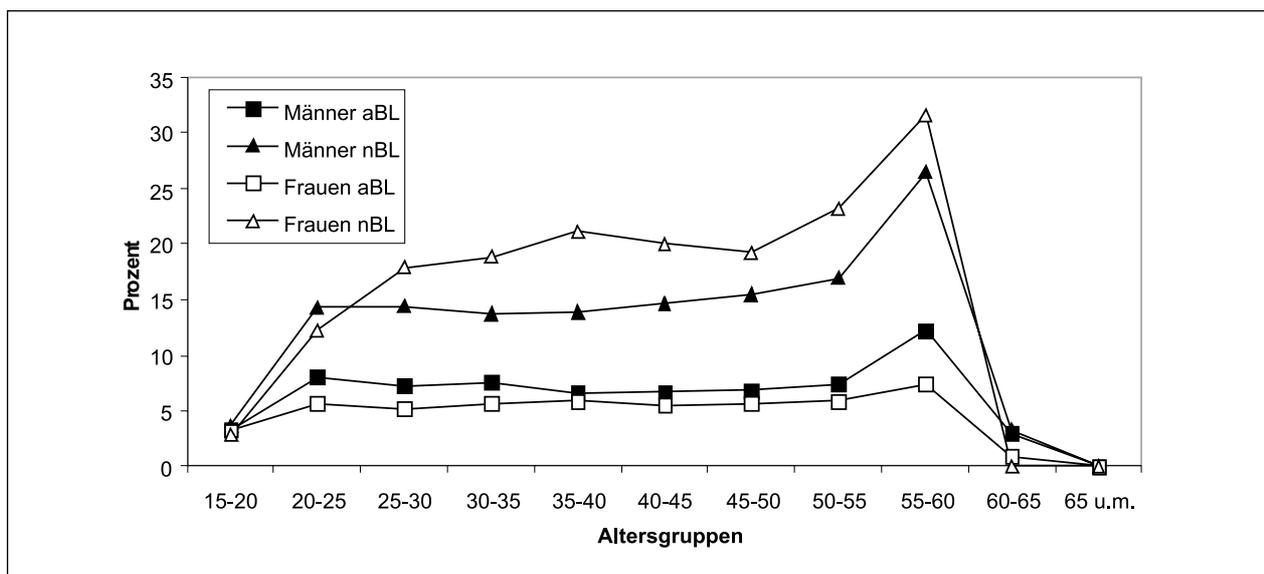
Die altersspezifischen Erwerbsquoten von Ausländerinnen und Ausländern weichen von denen der deutschen Erwerbsbevölkerung nur unwesentlich ab. Die Erwerbsquoten älterer Ausländer in den alten Bundesländern erreichen im Jahr 1998 Werte von 78,4 Prozent bei den 55- bis 59-Jährigen und 38,8 Prozent bei den 60- bis 64-Jährigen. Die höchste Erwerbsquote von 91,8 Prozent haben die Männer in der Altersgruppe von 45 bis 49 Jahren. Bei den Frauen insgesamt ist die altersspezifische Erwerbsbeteiligung ähnlich, wobei auch hier die Erwerbs-

quote in der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen am höchsten ist. Lediglich 18,6 Prozent der Ausländerinnen sind in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen am Erwerbsleben beteiligt. Die Erwerbsbeteiligung von Ausländern ab 65 Jahren in den alten Bundesländern erscheint mit 9,7 Prozent im Jahr 1998 bei den Männern zwar relativ hoch, allerdings ist die geringe absolute Anzahl von ca. 6 000 Erwerbspersonen zu berücksichtigen. In Zeitverlauf seit 1991 lassen sich keine tendenziellen Entwicklungen ablesen. Die diesbezügliche Erwerbsquote schwankt um einen Wert von ca. 10 Prozent. Die Anzahl der ausländischen weiblichen Erwerbspersonen insgesamt ist so gering, dass sie von der Statistik des Mikrozensus nicht erfasst wird. Der Rückgang der Erwerbsbeteiligung von Ausländern steht nicht allein im Zusammenhang mit der Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Deutschland, sondern auch mit migrationsbezogenen Entscheidungen. Da die betroffenen Ausländerinnen und Ausländern unterschiedlichen Herkunftsländern entstammen, müsste die Interpretation dieser Prozesse differenziert unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Kulturen erfolgen (Münz, Seifert & Ulrich 1997).

#### 4.2.2 Erwerbslosigkeit

Im Indikator der Erwerbsquoten werden Erwerbstätige und Erwerbslose zusammengefasst. Damit geben die Erwerbsquoten Auskunft über jenen Teil der Bevölkerung, der einer Erwerbsarbeit nachgeht oder eine Arbeitsstelle sucht. Wenn man aber die Möglichkeiten älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer am Arbeitsmarkt analysieren möchte, so ist es notwendig, Erwerbstätigen- und

Abbildung 4-7: Altersspezifische Erwerbslosenquoten der Männer und Frauen in den alten und neuen Bundesländern, November 1998 (in Prozent)



aBL = alte Bundesländer und Berlin-West; nBL = neue Bundesländer und Berlin-Ost

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, versch. Jahrgänge (Behrend 1999)

Erwerbslosenquoten gesondert zu betrachten. Im Folgenden werden ausschließlich die altersspezifischen Erwerbslosenquoten betrachtet (April 1998). Wie in Abbildung 4-7 zu erkennen ist, können die Erwerbslosenquoten folgendermaßen beschrieben werden: (a) In den alten Bundesländern ist die Arbeitslosigkeit insgesamt geringer als in den neuen Bundesländern; Unterschiede zwischen Männern und Frauen finden sich in den alten Bundesländern kaum. (b) In den neuen Bundesländern ist die Arbeitslosigkeit bei den Frauen höher als bei den Männern und erheblich höher als bei den Frauen in den alten Bundesländern. Bei Frauen in den alten Bundesländern ist dagegen die Quote der Nichterwerbspersonen („Stille Reserve“) höher. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied in der Erwerbsneigung ost- und westdeutscher Frauen. (c) Trotz der erheblichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Regionen Deutschlands lässt sich ein gleichförmiger Alterseffekt erkennen. In der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen steigt die Erwerbslosenquote in allen vier Gruppen steil an. In den neuen Bundesländern steigt die Erwerbslosenquote bereits ab der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen, aber auch hier ist eine erhebliche Zunahme der Erwerbslosenquote bei den 55- bis 59-Jährigen zu verzeichnen. Bei den ab 60-Jährigen sinkt die Erwerbslosenquote dann in allen vier Gruppen unter 5 Prozent, wofür Frühverrentungsformen verantwortlich sind (siehe Abschnitt 4.5). (d) Schließlich ist anzumerken, dass die Erwerbslosenquote der 20- bis 24-Jährigen in den alten Bundesländern über dem Durchschnitt und in den neuen Bundesländern unter dem Durchschnitt liegt. Hier sind regionalspezifische arbeitspolitische Maßnahmen sowie Vorruhestandsregelungen wirksam, die für die nachwachsenden Jahrgänge in den neuen Bundesländern – gemessen am hohen Niveau der Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern – eine Verbesserung des Zugangs zum Arbeitsmarkt geschaffen hat. (siehe Abbildung vorige Seite)

### 4.2.3 Erwerbsformen und -biografien

Die hohe Arbeitslosigkeit zeigt, dass eine stabile Phase der Erwerbstätigkeit im Erwachsenenalter keinesfalls mehr sicher ist: Arbeitslosigkeit ist zu einem allgemeinen Risiko geworden, das zu einer Fragmentierung der Erwerbsbiografie (mit entsprechenden Konsequenzen für die Alterssicherung) führen kann. Damit wird das zu Beginn skizzierte Modell von Ausbildungs-, Erwerbs- und Ruhestandsphase fraglich. In den letzten Jahrzehnten hat sich zudem in den europäischen Industrieländern die Dauer der drei Phasen erheblich verändert (OECD 1999, S. 134 f.). Längere Ausbildungszeiten und ein früher Berufsaustritt haben zu einer deutlichen Verkürzung der Erwerbsphase beigetragen.

Aber auch innerhalb der Arbeitsverhältnisse vollzieht sich ein Wandel. Dies zeigt sich in der zunehmenden Differenziertheit der Arbeitszeiten und der Vertragsverhältnisse bzw. an der Zunahme von „Nicht-Normalarbeitsverhältnissen“. Definiert man „Normalarbeitsverhältnis“ als unbefristete Vollzeitbeschäftigung, so umfassen

„Nicht-Normalarbeitsverhältnisse“ (oder „atypische“ Beschäftigungsverhältnisse) sehr unterschiedliche Formen wie etwa Teilzeitarbeit, befristete Tätigkeiten, ABM-Tätigkeiten, geringfügige (sozialversicherungsfreie) Beschäftigung, Leiharbeit sowie Schein-Selbstständigkeit. Der Anteil abhängig Beschäftigter in Normalarbeitsverhältnissen an allen Erwerbstätigen hat sich zwischen 1985 und 1998 nach den Ergebnissen des Mikrozensus von 67,7 Prozent auf 62,6 Prozent verringert (Oschmiansky & Schmid 2000).<sup>31</sup> Zugenommen haben hauptsächlich die Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten, aber auch etwas die befristeten Arbeitsverhältnisse und die Leiharbeit.

Die Zahl der Teilzeit-Beschäftigten nimmt seit langem zu. Zwischen 1982 und 1993 erhöhte sich ihre Zahl um fast 1,3 Millionen (Garhammer 1994). Im April 1998 waren nach den Ergebnissen des Mikrozensus rund 5,9 Mio. der 31,9 Mio. abhängig Erwerbstätigen teilzeitbeschäftigt (Statistisches Bundesamt 1999). Von der Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung sind insbesondere Frauen betroffen: Die Zunahme der Erwerbstätigenquote der Frauen in den alten Bundesländern geht vor allem auf die Zunahme von Teilzeitarbeitsplätzen zurück.

Ein Teil dieser Zunahme geht auf das Konto der „geringfügigen“ Beschäftigungen. Es gibt Schätzungen, wonach deren Zahl allein zwischen 1987 und 1992 um etwa eine Million zugenommen hat (Müller 1995). In den ersten acht Monaten nach Einführung der Sozialversicherungspflicht für diese Beschäftigungsform zum 1. April 1999 registrierten die Sozialversicherungsträger rund 4,6 Mio. Anmeldungen und 1,1 Mio. Abmeldungen, sodass Ende November 1999 rund 3,5 Mio. Menschen registriert wurden, die ausschließlich geringfügig – mit einem sozialversicherungspflichtigen Einkommen unter 630 DM pro Monat – beschäftigt waren (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000).

Auch die Zahl der in befristeten Beschäftigungsverhältnissen Arbeitenden nimmt zu. Im April 1998 hatten rund 2,5 Mio. bzw. 8,4 Prozent der 30,4 Mio. abhängig Beschäftigten, die sich in keiner Ausbildung befinden, nur einen befristeten Arbeitsvertrag (Statistisches Bundesamt 1999).

Mit der Veränderung von Arbeitszeiten und -verhältnissen verändern sich auch Arbeitsbiografien. Während einerseits die Frage debattiert wird, ob mit der Ausweitung von Teilzeitbeschäftigung ein probates Mittel gegen die strukturelle Arbeitslosigkeit zur Verfügung steht (Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen, 1998; Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen, o. J.), so wird andererseits als eine Voraussetzung für die Realisierbarkeit von Alterserwerbstätigkeit die Notwendigkeit betont, arbeitsorganisatorische und arbeitszeitliche Strukturen zu schaffen und das individuelle Volumen der Lebensarbeitszeit systematisch zu destan-

<sup>31</sup> 1985: Früheres Bundesgebiet und Berlin-West; 1998: Deutschland. Arbeiter und Angestellte in unbefristeten Vollzeit-Arbeitsverhältnissen sowie andere Formen der abhängigen Vollzeitbeschäftigung (Beamte, Soldaten, Richter).

dardisieren (durch Entdichtung, Streckung, Flexibilisierung), und zwar auch mit dem Ziel, die Synchronisation von arbeits- und lebensweltlichen Anforderungen in verschiedenen Lebensabschnitten zu ermöglichen (Barkholdt 1998 a und 1998 b).

#### 4.2.4 Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen

In den Altersgruppen zwischen 30 und 50 Jahren ist die Erwerbsbeteiligung sehr hoch. Die geschlechtsspezifische Beteiligung am Erwerbsleben unterscheidet sich in den Regionen Deutschlands: In den alten Bundesländern sind Männer häufiger am Erwerbsleben beteiligt als Frauen, wobei der Anteil von Frauen im historischen Verlauf zunimmt. Bei den verheirateten Frauen in den alten Bundesländern geht die Erwerbsquote in der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren auffällig zurück, wofür der Eintritt in die Phase der Familiengründung und der Kindererziehung verantwortlich sein dürfte. Nach Abschluss dieser Phase verändern Frauen ihr Erwerbsverhalten und kehren verstärkt in das Erwerbsleben zurück. In den neuen Bundesländern zeigt sich eine deutlich andere Situation. Die Erwerbsbeteiligung von Frauen ist höher als jene der Frauen in den alten Bundesländern und verläuft in den jeweiligen Altersgruppen auf nahezu gleichem Niveau mit den Erwerbsquoten der Männer. Hier sind es vor allem die verheirateten Frauen, die relativ am häufigsten am Erwerbsleben beteiligt sind. Ein ausgeprägter Rückgang der Erwerbsbeteiligung im Zuge der Familiengründungsphase ist nicht festzustellen. Die hohe Erwerbsbeteiligung von Frauen in den neuen Bundesländern erklärt sich unter anderem aus der früheren staatlich gewünschten und geförderten Einbeziehung der Frauen in die Beschäftigungsverhältnisse der ehemaligen DDR. Dies ermöglichte auch eine leichtere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Diese Prägungen wirken im Erwerbsverhalten weiter fort (Hülser 1996).

Ab dem Alter von 55 Jahren zeigt sich – bei Männern wie bei Frauen – ein Rückgang der Erwerbsbeteiligung, der sich ab dem Alter von 60 Jahren drastisch verschärft. Ebenfalls ab dem Alter von 55 Jahren zeigt sich ein sprunghafter Anstieg der Erwerbslosigkeit. Beide Trends

**Tabelle 4-1: Erwerbstätigenquote der Frauen und Männer, 1998**

Alter (in Jahren)	Frauen		Männer	
	1992	1998	1992	1998
Prozent				
50 – 54	59,1	61,1	88,9	82,1
55 – 59	35,9	43,6	67,0	64,1
60 – 64	9,2	11,3	28,5	27,0

Quelle: Eigene Berechnungen aus Angaben in: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, versch. Jahrgänge (Behrend 1999).

zeigen sich in beiden Regionen Deutschlands, sind aber in den neuen Bundesländern deutlich stärker ausgeprägt. Vor allem die massive Freisetzung älterer Erwerbspersonen über Vorruhestandsregelungen und Regelungen zum Altersübergang hat die Erwerbsquoten beeinflusst (Michel 1999). Zugleich sind die tradierten Altersgrenzen der ehemaligen DDR beim Erwerbsverhalten weiter wirksam. Die gesetzliche Altersgrenze für Frauen lag generell bei 60 Jahren. Besonders auffällig ist der deutliche Anstieg der Erwerbsquoten bei den 55- bis 59-jährigen Männern und Frauen in den neuen Ländern. Da der Weg des Austritts aus dem Erwerbsleben mit der Abschaffung der Vorruhestands- und Altersübergangsregelungen seit 1993 verschlossen wurde, steigt die Erwerbsbeteiligung in dieser Altersgruppe massiv an, allerdings vor allem durch die Zunahme der Zahl von Erwerbslosen. Die Erwerbsbeteiligung von Erwerbspersonen in einem Alter von über 65 Jahren ist derzeit von marginaler Bedeutung. In den neuen Bundesländern erreicht sie statistisch deutlich geringere Werte als in den alten Bundesländern, und zwar sowohl bei Männern als auch bei den Frauen. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass es sich in der Mehrzahl kaum um reguläre Beschäftigungsverhältnisse handeln dürfte, die entweder ausgeübt oder angestrebt werden.

Es zeigt sich anhand dieser Daten, dass die Ressourcen des Arbeitslebens älteren Arbeitnehmern schon erheblich vor der „Regelaltersgrenze“ zunehmend schwieriger zugänglich sind. Der langjährige Trend sinkender Erwerbsbeteiligung der Menschen, die das 50. Lebensjahr überschritten haben, hat sich zwar verlangsamt; eine generelle Trendumkehr ist jedoch noch nicht erkennbar. Und es sind vor allem die älteren Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die überproportional von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind (Bäcker 1996).

Hinzuweisen ist allerdings auch auf die deutlichen Unterschiede in der Entwicklung der Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen in den letzten Jahren. Während bei zunehmend mehr Männern bereits nach Vollendung des 50. Lebensjahrs berufliche Probleme auftreten und der Anteil Erwerbstätiger unter ihnen weiter gesunken ist (insbesondere bei den 50- bis 54-Jährigen), hat sich die Erwerbstätigenquote der Frauen ab 50 Jahren erhöht (Tabelle 4-1). Besonders ausgeprägt ist diese Zunahme bei den 55- bis 59-jährigen Frauen: Der Anteil erwerbstätiger Frauen dieses Alters stieg zwischen 1992 und 1998 von 35,9 auf 43,6 Prozent (Statistisches Bundesamt 1999).

#### 4.3. Ältere Arbeitnehmer aus betrieblicher Perspektive

Wenn über ältere Arbeitnehmer aus betrieblicher Perspektive gesprochen wird, so muss berücksichtigt werden, dass die Arbeitsbedingungen in verschiedenen Unternehmen und Betrieben außerordentlich unterschiedlich sind. In verschiedenen Branchen, Betrieben mit unterschiedlichen Produktions- und Dienstleistungsregimen und in Unternehmen unterschiedlicher Größe kann die

Arbeitssituation älterer Arbeitnehmer sehr unterschiedlich sein (Frerichs 1998a und 1998b; Klose & Ax 1998). Von besonderer Bedeutung sind zudem Veränderungen in der Erwerbsarbeit, die mit dem Schlagwort des „wirtschaftlichen Strukturwandels“ bezeichnet werden. Während die Zahl der Erwerbstätigen in der Landwirtschaft (primärer Sektor) und in der industriellen Produktion (sekundärer Sektor) kontinuierlich abnimmt, wird dem Dienstleistungsbereich (tertiärer Sektor) ein hohes Potenzial für Beschäftigungswachstum zugesprochen (Hilbert 1995; Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen, 1998). Neben dem Dienstleistungssektor werden dabei auch die neuen Informations- und Kommunikationstechniken als bedeutender Innovationsmotor gesehen. Dieser Bereich wird bisweilen auch als „vierter Sektor“ apostrophiert (Dostal 1995). Die Einführung neuer Informations- und Kommunikationstechnologie mit den entsprechenden neuen Berufsbildern sowie das Entstehen transnationaler, globaler Netzwerke für grenzüberschreitende Information und Kommunikation sind Indikatoren dieser Veränderung (Spinner 1998).

Der Einfluss neuer Technologien auf die Beschäftigung in den jeweiligen Wirtschaftssektoren wird auch weiterhin zu veränderten Beschäftigungsstrukturen führen. Folgt man den Projektionen der Bundesanstalt für Arbeit im Hinblick auf künftige berufliche Anforderungsprofile bis 2010, so ergibt sich für die Zukunft ein zunehmender Bedarf an technischen Dienstleistungen. Ein wachsendes Arbeitsangebot wird in den sekundären Dienstleistungen wie Management, Organisation, Forschung und Entwicklung sowie Beratungstätigkeiten gesehen (Klauder 1993). Wichtige Auswirkungen der neuen Technologien sind höhere Qualifikationsanforderungen an die Beschäftigten insgesamt, wobei dies mit einem steigenden Beschäftigungsrisiko von Geringqualifizierten einhergeht (Merk 1994). Angesichts des demographischen Wandels steht in betrieblicher Perspektive die Frage im Vordergrund, wie das Produktivitäts- und Leistungspotenzial der älter werdenden Belegschaften so gefördert werden kann, sodass der erforderliche ökonomische und technologische Strukturwandel und der Prozess der technologischen Innovationen optimiert wird. Allerdings muss auch auf die derzeit überaus angespannte Arbeitsmarktlage hingewiesen werden, in der die Nachfrage nach (älteren) Arbeitnehmern gering ist. Die Prognosen über den steigenden Bedarf an Arbeitnehmern (und zwar auch an älteren Arbeitnehmern) gehen – wie oben beschrieben – von einer allenfalls mittelfristigen Änderung der aktuellen Situation aus.

#### **4.3.1 Betriebliche Personal- und Sozialpolitik**

Die geringe Nachfrage nach älteren Arbeitnehmer auf dem Arbeitsmarkt ist auch eine Folge der Vorruhestandsstrategien von Unternehmen und Betrieben, die darauf zielten, über die Frühausgliederung älterer Beschäftigter zu einer weitgehend konfliktfreien und sozialverträglichen Regelung des Personalabbaus zu kommen (Naegele & Schmähl 1999). Die Anpassung an den technologischen

Wandel wurde weniger durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen mit dem bestehenden Personal als vielmehr durch Neurekrutierung jüngerer Arbeitskräfte vorgenommen. Es ist zurzeit offen, wie Entscheidungsträger in den Unternehmen – Personalverantwortliche und Betriebsräte – mit jenen Wertentscheidungen umgehen, die alters- und soziostrukturelle Veränderungen von Belegschaften mit sich bringen, und ob adäquate Maßnahmen entwickelt werden, mit steigenden Anteilen älterer Erwerbspersonen umzugehen. Zunächst sollen die gegenwärtige Personalpolitik und anschließend zukunftsfähige Optionen beschrieben werden.

##### **4.3.1.1 „Traditionelle“ Personalpolitik hinsichtlich älterer Arbeitnehmer**

Gegenwärtig bestimmt eine Personalpolitik die betriebliche Realität, die ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus personalwirtschaftlichen Maßnahmen weitgehend ausklammert oder allenfalls soziale Maßnahmen (z. B. die Einrichtungen von Schonarbeitsplätzen, Vorruhestandsregelungen) für diese Zielgruppe vorsieht. Insbesondere hinsichtlich der Frage, ob in den Unternehmen eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit als eine mögliche Option zur Bewältigung ihrer künftigen Personalprobleme angesehen wird, zeigt sich, dass derzeit noch eine gegenläufige Strategie angewendet wird. Ältere (häufig schlechter ausgebildete) Arbeitnehmer werden über den Vorruhestand aus dem Unternehmen „ausgegliedert“ und durch jüngere (in der Regel hoch qualifizierte) Arbeitnehmer ersetzt (exemplarisch für die Branche der Versicherungswirtschaft: Schmähl & Gatter 1995). Besonders deutlich stellen sich die betrieblichen Ausgliederungsstrategien in den neuen Bundesländern dar, wo nach der Vereinigung beider Teile Deutschlands ein abrupter Übergang von einer ehemals integrativen, alle Teile der arbeitsfähigen Bevölkerung einschließenden, zu einer eher desintegrativen, bestimmte Gruppen wie Frauen und ältere Arbeitnehmer ausschließenden Personalpolitik zu beobachten war (Rosenow 1999; Steinhöfel, Stieler & Tügel 1992). Anzumerken ist, dass eine betriebliche Personalpolitik mit dem Ziel einer permanenten Verjüngung der Belegschaft die Gefahr mit sich bringt, die Personalentwicklung der bestehenden Belegschaft zu vernachlässigen. Fehlende personalwirtschaftliche Maßnahmen führen jedoch bei einer (älter werdenden) Belegschaft zu fehlenden und entwerteten Qualifikationen sowie dem Absinken der Leistungsfähigkeit vor allem bei jenen Beschäftigten, die hohen Arbeits- und Überstundenbelastungen ausgesetzt sind (Behrens 1999).

##### **4.3.1.2 Erklärungen für „traditionelle“ Personalpolitik gegenüber älteren Arbeitnehmern**

Für diesen betrieblichen Umgang mit älteren Arbeitnehmern werden eine Reihe von Erklärungsansätzen beschrieben, die hier nur skizziert werden können (ein umfassender Überblick findet sich in Frerichs 1998 a). Aus der Perspektive des Stigmatisierungsmodells werden Be-

nachteiligungen älterer Arbeitnehmer in erster Linie auf Stereotype und Vorurteile der Verantwortlichen in den Betrieben zurückgeführt. Auch wenn Altersstereotype in der betrieblichen Praxis wirksam sind, werden innerhalb dieses Erklärungsansatzes tatsächliche Leistungsminderungen und Qualifikationsdefizite vernachlässigt und besondere Maßnahmen zur Unterstützung älterer Arbeitnehmer (etwa im Sinne altersadäquater Fortbildungsmaßnahmen oder sozialpolitischer Leistungen) als „vorurteilsfördernd“ abgetan (Maier 1997). Im Humankapitalansatz werden Kosten und Produktivität eines Arbeitnehmers einander gegenübergestellt. Verschlechtert sich die Kosten-Ertrags-Relation mit zunehmendem Alter (etwa durch Leistungseinbußen oder Qualifikationseinbußen, aber auch durch höhere Arbeitskosten (Senioritätsaspekt der Entlohnung) und besondere, am Alter festmachende Arbeitsschutzvorschriften), so verringern sich die Beschäftigungschancen der betreffenden Person. Auch dieser Ansatz birgt Erklärungsprobleme in sich: Zum einen werden Leistungseinbußen als „naturegeben“ mit höherem Lebensalter verknüpft und nicht als mögliche Konsequenz der vorangegangenen Arbeitsbelastungen gesehen, denen durch geeignete Maßnahmen begegnet werden könnte (Behrens 1999). Zum anderen wird zwar der Kostenaspekt älterer Arbeitnehmer betont, nicht aber die Möglichkeit, durch geeignete Qualifikationsmaßnahmen die Produktivität älterer Arbeitnehmer und damit den Ertrag ihrer Arbeitskraft zu steigern. Die Belastungen der Arbeitswelt werden dagegen in der polit-ökonomischen Perspektive hervorgehoben (Bäcker 1996 und 1999b): Hier wird angenommen, dass die Orientierung an der Gewinnmaximierung von Unternehmen („shareholder-value“) dazu führt, dass der Arbeitskräfteeinsatz auf eine maximale Ausnutzung verfügbarer Leistungspotenziale ausgerichtet ist. Leistungsdefizite im Alter sind demnach Konsequenz ungünstiger Arbeitsbedingungen sowie einer Verengung von Qualifikationen im Zuge der Berufslaufbahn. Aufgrund des Interesses von Betrieben an „olympiareifen“ Belegschaften erhöhen Leistungs- und Qualifikationsdefizite die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Arbeitnehmer aus dem Betrieb (und damit aus dem Erwerbsleben) ausgegliedert werden. Aber auch durch diesen Ansatz werden keineswegs alle relevanten Phänomene erklärt: Zum einen gehören ältere Arbeitnehmer in vielen (größeren) Betrieben zur Stammebelegschaft, zum anderen wird mit diesem Ansatz nicht erklärt, dass auch ältere Arbeitnehmer selbst an einem frühzeitigen Ausscheiden aus dem Arbeitsleben interessiert waren und damit in der Vergangenheit – gemeinsam mit den Personalverantwortlichen in den Unternehmen, den Gewerkschaften sowie politischen Kräften – eine „große Koalition des Vorruhestands“ bildeten. Eine differenzierte Sicht auf betriebliche Strategien hinsichtlich älterer Arbeitnehmer bietet schließlich der betriebsstrukturelle Ansatz (Kohli & Wolf 1987). Hier wird Alter(n) nicht allein als Problem gesehen (aufgrund von Leistungs- und Qualifikationseinbußen), sondern es werden auch die Ressourcen in den Vordergrund gestellt, die mit zunehmendem Alter einhergehen können: Unternehmensbezogenes und extrafunktionales (z. B. soziales) Wissen über den je spezifischen Betrieb

haben sich in der Regel vor allem langjährige (ältere) Beschäftigte angeeignet. Ältere Beschäftigte fungieren zudem als „Sozialisationsagenten“ für die jüngeren Kollegen und Kolleginnen und sichern die Tradition des relevanten, betriebspezifischen Wissens. Vorzeitige Verrentung wird dann eingesetzt, wenn das Ziel einer „ausgeglichenen“ Altersstruktur vordringlich wird. Trotz seiner differenzierten Sichtweise passt dieser Ansatz vor allem auf Großunternehmen und gilt möglicherweise nur bei entspannter Arbeitsmarktlage.

Diese unterschiedlichen Erklärungsansätze verdeutlichen die Komplexität des Problems des betrieblichen Umgangs mit älteren Arbeitnehmern. Es scheint daher geboten, dass zukunftsorientierte Optionen betrieblicher Personalpolitik die Komplexität des Problems berücksichtigen.

#### **4.3.1.3 Zukunftsorientierte Optionen betrieblicher Personalpolitik**

Zukunftsorientierte Strategien betrieblicher Personalpolitik in Bezug auf ältere Arbeitnehmer könnten neben der verstärkten Implementation lernförderlicher Arbeitsstrukturen in einer humankapitalerhaltenden Umgestaltung der Erwerbsbiografie liegen, d. h. einer stärkeren Lebensphasenorientierung von Arbeitszeitstrukturen und der Integration kontinuierlicher Qualifizierungsprozesse. Dafür bedarf es einer vorausschauenden Personalplanung und -entwicklung. Die unterschiedlichen Voraussetzungen im Lern- und Leistungsverhalten der älteren Mitarbeiter stellen die Personalverantwortlichen vor die Herausforderung, neue Vorgehensweisen in der Personalentwicklung zu realisieren. Nicht selten wird fehlende Personalentwicklung zur Ursache der nachlassenden Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeiter (Uepping, Altmann & Averkamp 1997). Die geringe Bereitschaft von Personalverantwortlichen, auch ältere Arbeitnehmer in Personalentwicklungsmaßnahmen einzubeziehen, können Ausdruck von Altersstereotypen sein. Hierzu finden sich Konzepte in der personalwirtschaftlichen Literatur, die sich gegen Altersstereotype in Bezug auf ältere Arbeitnehmer wenden und deren Stärken und Ressourcen herausstellen (z. B. unter den Schlagworten „very experienced persons“, Hilb 1997; „intergenerative Personalentwicklung“, Uepping 1997; „differenzielle Personalpolitik“, Fritsch 1994).

Aber auch gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung ist notwendig, um dem Problem akkumulierter Belastung und begrenzter Tätigkeitsdauer zu begegnen (Behrens, Elkeles & Schulz 1998): Eine Reihe von Tätigkeiten werden aus häufig gesundheitlichen Gründen von der Mehrzahl derjenigen, die mit diesen Tätigkeiten beschäftigt sind, nicht bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters ausgeübt. Durch Arbeitsgestaltung und Einstellungspolitik sollten aber verschiedene Tätigkeiten in ihren Anforderungen, Qualifizierungschancen, Anreizen und Beanspruchungen in gesundheitszuträglicher Weise so aufeinander folgen, dass sich horizontale und vertikale Laufbahnen ergeben, die mehr Beschäftigte bis zum gesetzlichen Rentenalter erwerbstätig sein lassen. Dies bedeutet auch, dass nicht allein reaktive Maßnahmen

durchgeführt werden sollten (so notwendig diese etwa bei älteren Un- und Angelernten, älteren Frauen und älteren Migrantinnen und Migranten sein können), sondern dass eine vorausschauende, präventive Personalpolitik die Entwicklung älterer Arbeitnehmer zu einer Risikogruppe verhindert.

Auf europäischer Ebene sind seit Mitte der 90er-Jahre Initiativen in Gang gesetzt worden, um Strategien für eine Verbesserung der Beschäftigungschancen älterer Arbeitnehmer zu überprüfen. In einer europäischen Studie zu diesem Thema, an der Forschergruppen aus Belgien, Frankreich, Griechenland, Italien, den Niederlanden, Großbritannien sowie Deutschland teilnahmen, werden Beispiele einer „guten Praxis“ im Kampf gegen Altersbarrieren in der Arbeitswelt dargestellt (Walker 1997). Anhand von 22 betrieblichen Fallstudien aus verschiedenen Sektoren (von stahlerzeugenden Betrieben über Unternehmen der EDV-Dienstleistungsbranche bis zu Pflegediensten) werden Prinzipien und Voraussetzungen für die altersadäquate Organisationsentwicklung genannt, die durch fünf Dimensionen beschrieben werden können: Einstellungen von älteren Arbeitnehmern, Qualifizierung, flexible Arbeitspraxis, Arbeitsplatzgestaltung, Haltung gegenüber älteren Arbeitnehmern. Im Folgenden sollen einige konkrete Beispiele skizziert werden (Morschhäuser 1999; Walker 1997).

- In einem Unternehmen des Maschinenbaus mit einem hohen Anteil älterer Arbeitnehmer zeigte es sich, dass leistungsgewandelte ältere Mitarbeiter den vorgegebenen Takt des Akkordsystems nicht immer einhalten konnten (in dem betreffenden Betrieb wurden schon über 45-Jährige als „nicht ausreichend leistungsfähig“ eingestuft). Es entstanden Probleme in der Produktion, aber auch Spannungen zwischen Beschäftigten unterschiedlichen Alters. Vor diesem Hintergrund wurde von der Leitung des Unternehmens ein neues Geschäftsfeld initiiert, das die kundennahe Wartung und Instandsetzung jener Spezialgeräte betraf, die in dem Unternehmen hergestellt werden. Da in der neuen Abteilung im Zeitlohn gearbeitet wird und körperliche Belastungen keine entscheidende Rolle spielen, kann diese Schaffung neuer Arbeitsplätze als altersgerecht betrachtet werden.
- Vor dem Hintergrund des absehbaren Altersstrukturwandels in einem großen Unternehmen der Stahlindustrie wurden Qualifizierungskonzepte für ältere Belegschaftsmitglieder entwickelt. So wurde für ältere technisch-gewerbliche Ausbilder eine Qualifizierungsmaßnahme entwickelt, um die Ausbilder mit altersintegrativen Aspekten pädagogisch-didaktischer Theorie und Praxis vertraut zu machen. Für angelernte ältere Mitarbeiter im Warmwalzbetrieb war eine Qualifizierungsmaßnahme zum Erwerb von Steuerqualifikationen vorgesehen, die bei der Zielgruppe auf positive Resonanz stieß. Zudem wurde ein in die Produktionsabläufe des Betriebs eingebundenes Qualifizierungssystem für ältere, leistungsgewandelte Belegschaftsangehörige eingerichtet, das die dauer-

hafte Wiedereingliederung von Rehabilitanden ermöglichen soll.

- In einem Unternehmen der Möbelindustrie wurden verschiedene Maßnahmen zu einer integrativen betrieblichen Personalpolitik gegenüber älteren Arbeitnehmern verknüpft: Festschreibung der Integration älterer Arbeitnehmer, arbeitsplatznahe Qualifikationen, zielgerichtete Rekrutierung älterer qualifizierter Mitarbeiter sowie Regelungen zur Verdienstsicherung für ältere Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Einschränkungen. Basis dieser Maßnahmen war die Einschätzung der Unternehmensleitung, dass ältere Arbeitnehmer aufgrund ihrer großen praktischen Erfahrung über wichtige berufliche Kompetenzen verfügen. Betroffen waren Mitarbeiter der Bereiche Lager, Einkauf, Versand, Disposition und Arbeitsvorbereitung, die in Gruppen zusammenarbeiten. Die jeweiligen Gruppen arbeiten jedoch nicht nur zusammen, sondern führen auch erforderliche Qualifizierungsmaßnahmen altersintegriert durch.

Grundsätzlich ist von Interesse, dass Initiativen zur Verbesserung der Beschäftigungssituation älterer Arbeitnehmer nicht allein vor dem Hintergrund von Arbeitskräftemangel, sondern auch von Arbeitskräfteüberschuss entwickelt werden können. Für das Gelingen „guter Praxis“ scheinen Faktoren sowohl auf der Ebene der Politik als auch der Ebene der Unternehmen wirksam zu sein. Zunächst ist es überaus wichtig, dass Frühverrentungsoptionen nicht (mehr) durch sozialpolitische Maßnahmen und Rentenregelungen gefördert werden, dafür jedoch Qualifizierungs- und Einstellungsbeihilfen. Daneben kommt es aber auch auf die spezifische Unternehmenskultur an: Von überaus großer Bedeutung ist es, dass in Personalpolitik und Führungsstil die Belange der Belegschaften berücksichtigt werden. Notwendige Voraussetzung für das Entstehen positiver Maßnahmen der Alterserwerbsarbeit sind die Unterstützung einer Initiative durch die Unternehmensleitung, ein günstiges personalpolitisches Umfeld (insbesondere Wertschätzung von Qualifizierung, Wertschätzung für ältere Beschäftigte), das Engagement der betroffenen älteren Beschäftigten selbst sowie sorgfältige und flexible Umsetzungsschritte, zu denen unter anderem offene Kommunikation, Beteiligung aller Akteure sowie eine stufenweise Implementierung der Maßnahmen gehören. Allerdings sollte bei der Initiierung von Maßnahmen zur Förderung der Alterserwerbsarbeit darauf geachtet werden, dass durch diese Maßnahmen ältere Arbeitnehmer nicht diskriminiert werden und andere Beschäftigtengruppen nicht benachteiligt werden sollten.

#### 4.3.2 Betriebliche Fort- und Weiterbildung

Ein Schlüsselkonzept in der betrieblichen Sicht stellt die Qualifikation von Arbeitnehmern dar. Angesichts des technologischen Wandels werden die in der Ausbildung vermittelten Kenntnisse in vielen Berufen mehr oder weniger schnell obsolet. Wird der individuelle Wissensstand im Lauf einer Berufsbiografie nicht kontinuierlich an die

aktuellen Erkenntnisse des wissenschaftlich-technologischen Wandels angepasst, so entstehen Qualifikationsdefizite, die unter anderem zu der oben beschriebenen „jugendzentrierten“ Personalpolitik beitragen. Der Gefahr von Dequalifikation kann jedoch durch kontinuierliche berufliche Weiterbildung („lebenslanges Lernen“) begegnet werden. Es ist zu vermuten, dass nicht alternde Belegschaften ein Innovationshemmnis für die Unternehmen darstellen, sondern dass die betriebliche Innovationsfähigkeit in erster Linie vom Qualifikationspotenzial der Beschäftigten abhängt.

Die gegenwärtige berufliche Weiterbildungspraxis in Bezug auf ältere Arbeitnehmer ist jedoch als restriktiv und selektiv anzusehen: Ältere Beschäftigte nehmen an Qualifizierungs- und Personalentwicklungsmaßnahmen in geringerem Maß teil als jüngere Beschäftigte (Wachtler, Franke & Balcke 1997). Es existieren zudem gruppenspezifische Unterschiede hinsichtlich der Teilnahme an beruflicher Weiterbildung, wobei der berufliche Ausbildungsabschluss in beiden Regionen Deutschlands den wichtigsten Faktor darstellt: Eher „bildungsferne“ Gruppen, wie zum Beispiel Arbeitnehmer mit geringer Qualifizierung, ältere Arbeitnehmer und Frauen nehmen an beruflicher Weiterbildung unterdurchschnittlich teil (Behringer 1998). Daher erscheint es geboten, insbesondere jenen älteren Beschäftigten, die als „bildungsfern“ zu beschreiben sind, durch geeignete Maßnahmen die Umsetzung ihrer Weiterbildungsinteressen zu erleichtern.

Weiterbildungsangebote müssen den spezifischen Weiterbildungsbedarf unterschiedlicher Beschäftigtengruppen und Betriebe angepasst sein. Dem naturwissenschaftlich-technischen Fachpersonal fällt bei technologischen Innovationen eine Schlüsselrolle zu. Daher ist es für Unternehmen besonders wichtig, Kompetenzdefizite dieser Beschäftigtengruppe zu überwinden, um den technologischen Wandel zu fördern. Gegenwärtig wird das berufliche Weiterbildungsangebot für diese Beschäftigtengruppe dem Bedarf aber nicht gerecht (Kröll & Brinkmann 1999). In Betrieben der industriellen Produktion werden durch langjährige Spezialisierungen auf hochgradig arbeitsteiligen Industriearbeitsplätzen Berufsqualifikationen eingengt. Daher ist es notwendig, in diesen Bereichen durch entsprechende Schulungsmaßnahmen Kenntnisse aufzufrischen und Lerninhalte aus dem Bereich der neuen Technologien zu vermitteln.

In methodisch-didaktischer Sicht sind die spezifischen Charakteristika älterer Arbeitnehmer in der Weiterbildung zu berücksichtigen (Faulstich, Bayer & Krohn 1998; Wenke 1996). Dies bedeutet, die Lernmerkmale älterer Arbeitnehmer zu berücksichtigen (aufgaben- und fallbezogener Lernstil, Praxisbezug, Anschaulichkeit sowie sozialer Kontext- und Statusbezug). Die Methodik sollte dabei handlungsorientiert sein und die Verbalisierung latenten Wissens betonen, ohne auf die theoretische Fundierung des Stoffs zu verzichten. Den (meist jüngeren) Dozentinnen und Dozenten kommt in der beruflichen Weiterbildung mit älteren Arbeitnehmern eine äußerst

wichtige Rolle zu: Nicht der traditionelle Frontalunterricht ist gefordert, sondern auch die Fähigkeit, als Moderator zu wirken und den Unterricht auf die vorhandene Qualifikation und Erfahrung der Teilnehmer abzustimmen. Gerade die Motivierung von Teilnehmern ist bedeutsam, da die Gefahr besteht, dass Weiterbildungsmaßnahmen als stigmatisierend erlebt werden. Um dies zu vermeiden, sind altersheterogene Lerngruppen sinnvoll, wobei sich jedoch in altersgemischten Gruppen das Problem unterschiedlicher Lerngeschwindigkeiten stellen kann.

Curricula der beruflichen Weiterbildung stellen einen Katalog von relevanten Wissensbeständen zusammen, die angesichts des technologischen Wandels ständig überprüft und dem neuesten Stand angepasst werden müssen. Während Vereinbarungen der Sozialpartner zur Festlegung von Fortbildungsverordnungen führen (Bundesministerium für Bildung und Forschung 1999), lässt sich unterhalb dieser Ebene ein hoher Angebotspluralismus (mit wenig vergleichbaren Abschlüssen) beobachten. Neben dem Erwerb oder der Aktivierung von Fachwissen werden in Fortbildungsmaßnahmen auch Schlüsselqualifikationen vermittelt: „Selbstgesteuertes Lernen“, „Lernen“ lernen sowie „soziale Kompetenzen“ sollen die betroffenen Personen in die Lage versetzen, notwendiges, berufsbezogenes Wissen eigenständig zu erwerben. Allerdings gibt es nur wenig Informationen darüber, wie erfolgreich die Vermittlung sowie der praxisbezogene Transfer dieser Schlüsselqualifikationen ist.

Wenn ältere Arbeitnehmer an Umschulungsmaßnahmen teilnehmen, so ist die bisherige Praxis nicht selten dadurch charakterisiert, dass Qualifizierungsmaßnahmen für Ältere zu lange dauern und vorhandenes Erfahrungswissen nicht verwertet wird. Allerdings können Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen, die im Sinne der angestrebten arbeitsmarktpolitischen Ziele (Vermittlung von Arbeitsplätzen) erfolglos sind, dennoch nicht-intendierte Wirkungen wie soziale Integration oder Lernen als Bildung haben, die von Teilnehmern und Teilnehmerinnen als durchaus positiv eingeschätzt werden (Meier 1998).

Berufliche Weiterbildung ist ein Teil der Erwachsenenbildung, wobei häufig die (ganzheitliche) Allgemeinbildung einer (an Verwertungsinteressen orientierten) beruflichen Weiterqualifikation gegenübergestellt wird (Brödel 1998). Dabei wird vergessen, dass Bildungsprozesse weitere, bedeutsame Funktionen aufweisen können: Politische Emanzipation in Form von Teilhabe an Wissen und Fertigkeiten; soziale Integration als Konsequenz von beruflichen Bildungsmaßnahmen, auch wenn sie nicht in eine Arbeitsstelle münden; Fertigkeiten zur Bewältigung von Alltagsanforderungen; und schließlich: Aktivität, die an sich Freude und Genuss bereitet. Auch funktionalistisch geplante, ökonomischen Zwängen unterworfenene „Weiterbildungsmaßnahmen“ können diese (allerdings dort nicht unbedingt intendierten) Ziele erreichen.

### 4.3.3 Zur Veränderung betrieblicher Personalpolitik

Im Rahmen betrieblicher Personalpolitik wird nicht selten der Argumentationsfigur gefolgt, dass Ältere durch die Inanspruchnahme von Vorruhestands- oder Frühverrentungsregelungen Platz für Jüngere machen sollten. Obwohl selten eine direkte Konkurrenz zwischen Jugendlichen und älteren Arbeitnehmern besteht, scheint es Zusammenhänge zwischen den Arbeitsmarktchancen jüngerer und älterer Arbeitnehmer zu geben: Während in der gesellschaftlichen Umbruchphase in Spanien Mitte der 70er Jahre (nach dem Tod Francos und im Zuge der Demokratisierung) eine stabile Beschäftigungssituation für ältere Arbeitnehmer mit einer hohen Jugendarbeitslosigkeit einherging, war in den neuen Bundesländern Deutschlands zu Beginn der 90er Jahre eine Jugendarbeitslosigkeitsrate zu beobachten, die unter dem Gesamtdurchschnitt der älteren Erwerbspersonen dieser Region lag (Sackmann 1998). Die Befundlage spricht keineswegs eindeutig für die Verwendung jener Argumentationsfigur, die Frühverrentungsoptionen mit der Solidarität zwischen den Generationen zu begründen sucht.

Der demographische Wandel wird auch die Arbeitswelt verändern. Die Situation älterer Arbeitnehmer im Betrieb wird damit zu einem bedeutsamen Problem. Angesichts einer zukünftig möglicherweise stärkeren Nachfrage nach älteren Arbeitnehmern sind präventive Konzepte notwendig, die bereits bei den mittleren Altersgruppen ansetzen und deren betriebliche Integration langfristig, auch bei fortschreitendem Alter, ermöglichen. Der Abbau von Gesundheits- und Qualifikationsrisiken ist dabei außerordentlich bedeutsam, zumal das Vorantreiben technologischer Innovation und die Bewältigung des strukturellen Wandels der Erwerbsarbeit erforderlich sein wird. Umfassende Ansätze zur Lebensarbeitszeitgestaltung sind notwendig, um Alterserwerbsarbeit mit Blick auf Arbeitnehmerbedürfnisse und betriebliche Anforderungen möglich zu machen (Naegele & Frerichs 1996).

### 4.4 Ressourcen, Einbußen und Kompensationsmöglichkeiten älterer Arbeitnehmer

Die betriebliche Personalpolitik gegenüber älteren Arbeitnehmern wird – wie oben dargestellt – auch durch die Kosten-Nutzen-Relation beeinflusst, wobei älteren Arbeitnehmern in der Regel eine sinkende Arbeitsproduktivität unterstellt wird. Die Literatur zu diesem Thema ist außerordentlich reichhaltig, allerdings gibt es nur wenige Studien mit längsschnittlichem Design (Zusammenfassungen in Dittmann-Kohli, Sowarka & Timmer 1997; Dittmann-Kohli & van der Heijden 1996; Maier 1997). Angesichts der methodischen Probleme ist es keineswegs einfach, ein klares Bild über die Ressourcen und Einbußen älterer Arbeitnehmer zu gewinnen. Drei Problemkomplexe kennzeichnen die Situation empirischer Studien in diesem Gebiet (Avolio 1991; Salthouse & Maurer 1996): (a) Probleme hinsichtlich des Designs lassen eine Generalisierung

von Ergebnissen häufig nicht zu. So sind bei Querschnittsvergleichen die Faktoren „Lebensalter“ und „Kohorte“ miteinander vermischt: Unterschiede könnten daher nicht allein auf Altersveränderungen zurückführbar sein, sondern mit unterschiedlichen (Aus)bildungsniveaus der verschiedenen Geburtsjahrgänge verknüpft sein. (b) Die Messung der Arbeitsleistung ist außerordentlich schwierig. Werden Urteile von Vorgesetzten herangezogen, so können diese auch von Faktoren beeinflusst werden, die nichts mit der Arbeitsleistung zu tun haben (z. B. Erwartungen hinsichtlich älterer Arbeitnehmer). Aber auch die Verwendung von Arbeitsergebnisstichproben kann Probleme in sich bergen (etwa weil nur Einzelergebnisse, nicht aber Dauerleistungen geprüft werden). (c) Besonders problematisch ist es, dass in nur wenigen Studien altersrepräsentative Stichproben Verwendung finden, in denen auch über 50-Jährige angemessen vertreten sind. Doch selbst wenn ältere Arbeitnehmer berücksichtigt werden, könnten Probleme dadurch entstehen, dass nur eine besondere Auswahl von Personen in bestimmten beruflichen Positionen „altern“ (in anspruchsvollen Tätigkeitsfeldern möglicherweise nur die besonders leistungsfähigen Arbeitnehmer, in anderen Tätigkeitsfeldern möglicherweise die wenig Leistungsfähigen).

#### 4.4.1 Ressourcen

Meta-Analysen, in denen viele Einzelstudien zusammengefasst werden, zeigen insgesamt keinen oder nur einen geringen Zusammenhang zwischen Alter und Produktivität (Dittmann & Heijden 1996). Betrachtet man verschiedene Tätigkeitsformen oder Berufsgruppen getrennt, so kann man positive, negative oder umgekehrt U-förmige Zusammenhänge zwischen Alter und Leistungsfähigkeit beobachten. Insgesamt klärt der Faktor „Alter“ nur einen äußerst geringen Anteil der Unterschiede in den Arbeitsleistungen auf (1 % Varianzaufklärung); der Faktor „Erfahrung“ dagegen einen höheren Anteil (3 % Varianzaufklärung). Die Kenntnis des Lebensalters sagt also nur wenig über die Leistungsfähigkeit der betreffenden Personen aus. Besonders betont werden sollte der Umstand, dass Unterschiede zwischen Arbeitnehmern gleichen Alters größer sind als die mittleren Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Arbeitnehmern.

Eine bedeutsame Ressource, die ältere Arbeitnehmer im Lauf ihres Berufsleben erwerben, ist berufs- und betriebsspezifische Erfahrung. Erfahrung beeinflusst die Entwicklung von Arbeitstechniken, die im Umgang mit Maschinen, Informationen und Menschen zu größerer Effizienz führen kann. Aus der Perspektive von Vorgesetzten werden ältere Arbeitnehmer zudem als gewissenhaft, zuverlässig, effektiv, bedachtsam und sozial kompetent eingeschätzt. Nicht selten wird hervorgehoben, dass ältere Arbeitnehmer langsamer, aber dafür sorgfältiger und qualitativ besser arbeiten. Insgesamt zeichnen sich ältere Arbeitnehmer – im Vergleich mit jüngeren Arbeitnehmern – durch geringen Absentismus, geringe Unfallhäufigkeiten und höhere Arbeitszufriedenheit aus (Salthouse & Maurer 1996). Untersuchungen hinsichtlich der Motivation älterer Arbeitnehmer sprechen gegen die Annahme, dass

diese generell ihr berufliches Anspruchsniveau senken. Vielmehr werden betriebliche Veränderungen als Herausforderung wahrgenommen, wobei die Erfahrung eigener Wirksamkeit und eigener Kompetenzen sowie eine vielseitige Arbeitstätigkeit wichtige Voraussetzungen für ein positives Erleben der Berufssituation als älterer Arbeitnehmer bilden (Maier 1997).

#### 4.4.2 Einbußen

Biologisches Altern bringt eine Reduktion der meisten Organfunktionen und der Kapazität für psycho-physische Leistungen mit sich. Zu nennen sind hier Einbußen der Körperkraft, Nachlassen der Sinnesleistungen sowie Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Bei älteren Arbeitnehmern werden längere Fehlzeiten (bei einer geringeren Zahl von Krankmeldungen) beobachtet; jüngere Arbeitnehmer fehlen dagegen häufiger, aber mit jeweils kürzeren Fehlzeiten. Auch im Bereich der Fähigkeiten zeigen sich Alterseffekte: Die Bereiche der „fluiden“ Intelligenz wie Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung, Reaktionsgeschwindigkeit, Arbeitsgedächtnis und selektive Aufmerksamkeit nehmen mit dem Alter ab (die entsprechenden Korrelationen rangieren zwischen 0,2 und 0,5, sind mithin von mittlerer Größe). Dagegen sind die Bereiche der „kristallinen“ Intelligenz – wie Wissen und Erfahrung – altersstabil oder nehmen, bis in das mittlere Erwachsenenalter sogar zu.

Der Abbau beruflicher Leistungsfähigkeit muss allerdings kein zwangsläufiges Ergebnis biologischen Alterns sein. Vielmehr kann dies durch Belastungen am Arbeitsplatz bedingt sein. Ein höheres Gesundheitsrisiko ergibt sich aus der Dauer von physisch und psychisch belastenden Arbeitsplatzanforderungen, denen Arbeitnehmer im Verlauf ihrer Berufsbiografie ausgesetzt sind. Nicht allein körperliche belastende Berufe können Gesundheitsrisiken, sondern auch emotional-motivationaler Verschleiß im Umgang mit Menschen („burn-out“-Syndrom). Indikatoren für beruflich bedingtes Gesundheitsrisiko sind beispielsweise die Rentenzugänge wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit.

Schließlich ist das (De-)Qualifizierungs-Risiko im Zusammenhang mit Einbußen bei älteren Arbeitnehmern zu diskutieren. Wissensveraltung tritt bei schnellem technologischen Wandel in verschiedensten Berufs- und Wirtschaftszweigen auf und vermindert die Produktivität älterer Arbeitnehmer, die berufsbezogenes Wissen und relevante Fertigkeiten zu Beginn ihrer Berufskarriere erworben haben. Allerdings hängt die Qualifikation älterer Arbeitnehmer auch von der kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung ab, die innerhalb von Unternehmen bislang zu wenig gefördert wird. Beeinträchtigungen der Lernfähigkeit bei älteren Arbeitnehmern können in der Regel durch geeignete didaktische Maßnahmen aufgefangen werden.

#### 4.4.3 Kompensationsmöglichkeiten

Die empirische Literatur zeigt sehr deutlich, dass Alter mit den grundlegenden Fähigkeiten einer Person negativ

korreliert (Salthouse & Maurer 1996). Mit zunehmendem Alter verringern sich beispielsweise intelligenzbezogene Leistungen tendenziell. Arbeitsproduktivität (im Sinne der Leistungen, die eine Person an ihrem Arbeitsplatz erbringt) hängt in der Tat sehr stark von den Fähigkeiten einer Person ab: Altersunabhängige Korrelationen zwischen Intelligenz und Arbeitsleistungen sind ebenfalls von mittlerer Größe. Empirisch zeigt sich nun allerdings, dass zwischen Alter und Arbeitsleistung insgesamt kaum ein Zusammenhang besteht. Diese (scheinbare) Diskrepanz lässt sich auflösen, wenn man bedenkt, dass nicht allein Fähigkeiten, sondern ein Bündel weiterer Faktoren die Arbeitsleistung beeinflusst. Zu nennen sind hier die Komponenten Erfahrung (d.h. berufliches und betriebsspezifisches Wissen), Fertigkeiten (d.h. automatisierte technisch-organisatorische oder psychomotorische „skills“) sowie andere Einflussgrößen (etwa Motivation). Insbesondere Erfahrung spielt eine große Rolle: Zwischen Erfahrung und Arbeitsleistung werden in der Regel positive Zusammenhänge gefunden. Da in vielen Fällen mit zunehmendem Alter auch die Erfahrung wächst, kann man davon ausgehen, dass erfahrungsgebundenes Wissen und gewachsene Fertigkeiten dazu beitragen, andere altersbedingte Einbußen zu kompensieren. Es ist jedoch darauf hingewiesen worden, dass Erfahrung nicht notwendig mit der Betriebszugehörigkeit zunimmt. Vielmehr sind herausfordernde Tätigkeiten oder Tätigkeitswechsel notwendig, um erfahrungsrelevant zu sein. Die Wiederkehr immer gleicher Tätigkeiten kann dagegen zu einem Abbau von Fertigkeiten und Wissen führen.

#### 4.4.4 Zur Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer

Von einer generellen Abnahme der Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer kann nicht die Rede sein. Kompensatorische Faktoren wie etwa Berufserfahrung spielen eine erhebliche Rolle bei der Aufrechterhaltung beruflicher Leistungsfähigkeit. Besondere Bedeutung kommt aber auch den gesundheitsrelevanten Merkmalen des Arbeitsplatzes zu, da Belastungen und Stress am Arbeitsplatz die Gesundheit – und damit die Leistungsfähigkeit – älter werdender Arbeitnehmer negativ beeinflussen können. Umgekehrt sind herausfordernde Tätigkeiten und kontinuierliche Weiterbildung der Qualifikation – und damit wiederum der Leistungsfähigkeit – älter werdender Arbeitnehmer förderlich.

#### 4.5 Der Übergang in den Ruhestand

Der Austritt aus dem Arbeitsleben und der Übergang in den „Ruhestand“ verändert die soziale Position der betroffenen Person: Während sie zuvor für die Sicherung auf den Lebensunterhalt direkt oder indirekt auf Erwerbsarbeit (oder substituierende Zahlungen aus der Arbeitslosenversicherung) angewiesen ist, sind es nun die Rentenkassen, die durch regelmäßige Zahlungen den Lebensunterhalt der Person sichern. Altersgrenzen dienen dabei – im Sinne einer Institutionalisierung des Lebenslaufs (Kohli 1985 und 1988) – als Legitimation für die

Entpflichtung aus der Einbindung in die Arbeitswelt und für den Beginn eines „verdienten Ruhestandes“. Geschichtlich ist das Rentenalter zur faktischen Grenze der Beteiligung am Erwerbssystem geworden: Ein zunehmender Teil der nachwachsenden Geburtskohorten erreicht das Rentenalter, und ein zunehmender Teil derjenigen, die das Rentenalter erreichen, geht in den Ruhestand. Altersgrenzen bedeuten aber auch, dass Unternehmen anhand eines eindeutig definierten Kriteriums die „Restarbeitszeit“ von Arbeitnehmern einschätzen und Nachwuchskräfte rekrutieren können.

Allerdings haben starre Altersgrenzen den Nachteil, dass weder den individuellen Bedürfnissen von Arbeitnehmern, noch betrieblichen Anforderungen oder der wirtschaftlichen Gesamtsituation Rechnung getragen wird. Zusätzlich zum Alter von Arbeitnehmern sind daher die Erwerbsfähigkeit der betreffenden Person (d. h. Gesundheitszustand) sowie ihre Erwerbsmöglichkeiten (d. h. Chancen auf dem Arbeitsmarkt) als zusätzliche Kriterien für die Berentung herangezogen worden. Neben der „Regelaltersrente“ wurden verschiedene gesetzliche Regelungen etabliert, die den Übergang in den Ruhestand zu einem multifaktoriell bestimmten Entscheidungsprozess werden lassen (Behrend 1997). Rentenrechtliche Regelungen haben allerdings nicht allein für die betroffenen Personen Konsequenzen, sondern beeinflussen auch Unternehmen in ihren Entscheidungen. Die Verzahnung von Renten- und Arbeitslosenversicherung kann betriebliche Freisetzungstrategien älterer Arbeitnehmer intensivieren (Rosenow & Naschold 1994; Rosenow 1998). Rentenrechtliche Regelungen, mit denen eine Flexibilisierung von Altersgrenzen intendiert ist, schaffen damit „soziale Wirklichkeiten“: Gesetzlich festgeschriebene Altersgrenzen bedeuten auch, dass Arbeitnehmer des betreffenden Alters auf dem Arbeitsmarkt als „Kandidaten für den Rentenzugang“ gelten (Alber & Schölkopf 1999). Seit den 70er Jahren zeigt sich für Männer (nicht jedoch für Frauen) ein Trend zum frühzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (Wübbecke 1997).

Eine gegenläufige Determinante für die Regulierung von Altersgrenzen ist die Finanzlage der Rentenversicherung (Schmähl 1988 u. 1999a). Angesichts des demographischen Strukturwandels werden Altersgrenzen zunehmend auch durch die Leistungskraft der Rentenversicherungen beeinflusst (s. dazu auch Kapitel 5). Als Reaktion auf die Finanzierungsprobleme, die sich für die gesetzliche Rentenversicherung aus der zukünftigen demographischen Entwicklung ergeben, wurden in den Rentenreformgesetzen 1992 und 1999 die Altersgrenzen für den Rentenbezug angehoben und Rentenabschläge bei vorgezogenem Rentenbeginn (sowie Rentenzuschläge für hinausgeschobenen Rentenbeginn) eingeführt. Ziel dieser Regelungen ist, den Trend zur Frühverrentung umzukehren, um auf diese Weise die Beitragsdauer zu verlängern und die Rentenlaufzeiten zu verkürzen. Angesichts dieser gegenseitig wirksamen Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt und bei den Regelungen des Rentenzugangs ist zu fragen, wie sich der Austritt aus dem Erwerbsleben und der Eintritt in den Rentenbezug in Zukunft entwickeln wird. Zunächst

sollen jedoch die institutionalisierten Pfade des Berufsaustritts und das gegenwärtige Rentenzugangsgeschehen betrachtet werden.

#### 4.5.1 Der Übergang in die Rente

Die Regelaltersrente gibt eine Altersgrenze von 65 Jahren vor. Die Mindestversicherungszeit („Wartezeit“) für diese Rentenart beträgt fünf Jahre. Mittlerweile werden für alle seit 1992 geborenen Kinder drei Jahre Kindererziehungszeiten angerechnet. Eine erste Veränderung der Regelaltersgrenze von 65 Jahren war die im Jahr 1957 geschaffene Möglichkeit für Frauen, mit 60 Jahren eine Altersrente für Frauen zu beziehen. Diese Altersgrenze wird in den nächsten Jahre schrittweise angehoben; die gesamte Regelung wird im Jahr 2012 auslaufen. Für Männer gibt es bislang drei Möglichkeiten, vor der Regelaltersgrenze von 65 Jahren Rente zu beziehen. Eine flexible Altersgrenze ab dem 63. Lebensjahr wurde eingeführt, um langjährig Versicherten (Mindestversicherungszeit von 35 Jahren) die Altersrente für langjährig Versicherte zu ermöglichen. Diese Regelung wird fast ausschließlich von Männern genutzt, da nur wenige Frauen die geforderte Wartezeit erfüllen (und Frauen ohnehin die Altersrente für Frauen offen steht). Schwerbehinderte Menschen können ebenfalls vor der Regelaltersgrenze in Ruhestand treten: Die Altersrente für Schwerbehinderte (sowie bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit) ermöglicht einen Rentenbezug ab 60 Jahren. Die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und Altersteilzeit kann mit Vollendung des 60. Lebensjahres bezogen werden, wenn die Person vor dem Rentenbezug arbeitslos war. Schließlich können Versicherte, die unter körperlichen oder geistigen Einschränkungen ihrer Arbeitskraft leiden, unter bestimmten Bedingungen unabhängig vom Alter eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente (BU/EU-Rente) in Anspruch nehmen. (siehe Übersicht nächste Seite)

Für die meisten – im Vergleich zum Regelalter von 65 Jahren vorgezogenen – Rentenarten gilt, dass aufgrund der Regelungen der Rentenreformgesetze 1992 und 1999 bei einer vorgezogenen Inanspruchnahme Abschläge zu berücksichtigen sind und dass die Möglichkeit der vorgezogenen Inanspruchnahme schrittweise abgebaut wird (eine detaillierte Übersicht findet sich in Behrend 1999). Schließlich ist noch auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass ältere Arbeitnehmer einen gleitenden Übergang in den Ruhestand wählen können. 1996 wurde das Altersteilzeitgesetz beschlossen, nach dem Beschäftigte mit 58 Jahren (aktuell: mit 55 Jahren) die Möglichkeit erhalten können, ihre wöchentliche Arbeitszeit auf die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit zu vermindern, wobei der Arbeitgeber Arbeitsentgelt und Sozialversicherungsbeiträge aufzustocken hat (und dies wiederum von der Bundesversicherungsanstalt für Arbeit erstattet bekommt, wenn der freiwerdende Arbeitsplatz mit einem Arbeitslosen besetzt wird). Übersicht 4-1 gibt einen Überblick über die verschiedenen Pfade des Rentenzugangs.

**Übersicht 4-1: Institutionelle Möglichkeiten des Versicherten-Rentenzugangs**

Regelung	Alter	seit	Rechtsänderungen
Regelaltersrente	65 Jahre	1913 AnV 1916 ArV	1984 HHBG: Wartezeit von 15 auf 5 Jahre herabgesetzt 1986 HEZG: ab Geburtsjahrgang 1921 pro Kind 1 Jahr Kindererziehungszeit* RRG 92: ab Geburten 1992 drei Jahre Kindererziehungszeit* RRG 99: additive und höhere Bewertung der Kindererziehungszeit schrittweise ab 1998*
Altersrente für langjährig Versicherte	63 Jahre	1973	RRG 92: ab 2001 Einführung versicherungsmathematischer Abschläge 1996 WFG: Vorziehen der Einführung von versicherungsmathematischen Abschlägen RRG 99: ab 2010 Rente ab 62 möglich, mit versicherungsmathematischen Abschlägen
Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und Altersteilzeit	60 Jahre	1929	RRG 92: Anhebung der Altersgrenzen schrittweise ab 2001 1996 Gesetz zur Förderung eines gleitenden Übergangs in den Ruhestand: Schnellere Anhebung der Altersgrenze, ab 2012 Abschaffung dieser Rentenart
Altersrente für Frauen	60 Jahre	1957	RRG 92: Anhebung der Altersgrenze schrittweise ab 2001 1996 WFG: Anhebung des RRG 92 vorgezogen, ab 2012 Abschaffung dieser Rentenart
Altersrente für Schwerbehinderte bzw. bei BU/EU	60 Jahre	1973	1973: ab 62. Lebensjahr 1979: ab 61. Lebensjahr 1980: ab 60. Lebensjahr RRG 99: Umwandlung in Altersrente für Schwerbehinderte, stufenweise Anhebung der Altersgrenze ab 2000 auf 63 Jahre Korrekturgesetz: Änderung RRG 99 ausgesetzt bis Jahresende 2000
BU/EU-Rente	altersunabhängig	Invalidität: 1891 ArV  Berufsunfähigkeit: 1913 AnV	1957: Angleichung des Rechts ArV/AnV bezüglich BU/EU-Renten 1969 und 1976: BSHG-Urteile zur konkreten Betrachtungsweise RRG 99: für Zugänge ab 2000 neu gegliederte Erwerbsminderungsrente mit Abschlägen bei einem Rentenbeginn vor Vollendung des 63. Lebensjahres, höchstens jedoch für 3 Jahre (60. Lebensjahr) Korrekturgesetz: Aussetzung der Neuregelung RRG 99 bis Jahresende 2000

Anmerkungen: AnV = Rentenversicherung der Angestellten, ArV = Rentenversicherung der Arbeiter, BU=Berufsunfähigkeit, EU=Erwerbsunfähigkeit, HHBG = Haushaltsbegleitgesetz, RRG=Rentenreformgesetz, HEZG = Hinterbliebenen und -Erziehungszeitengesetz, WFG=Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz, Korrekturgesetz = Gesetz zur Korrektur in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte vom 19. Dezember 1998

\*) Die Anrechnung der Kindererziehungszeiten als Pflichtversicherungszeit erstreckt sich auch auf die anderen – vorgelagerten – Versichertenrenten. Sie wird jedoch bei der Regelaltersrente aufgeführt, da die damit verbundenen Rentenansprüche spätestens bei dieser Rentenart zum Tragen kommen.

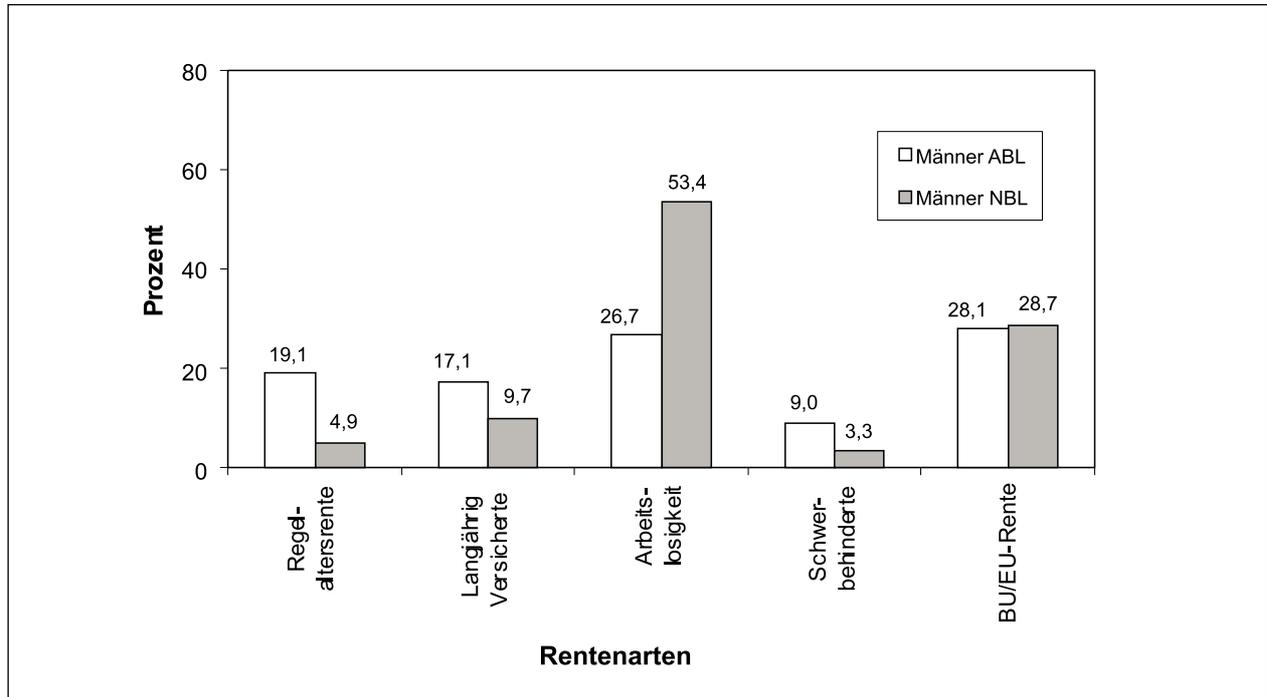
Quelle: Rehfeld 1998 und eigene Ergänzungen

**4.5.2 Entwicklung der Rentenzugangspfade**

Im Jahr 1998 gingen der gesetzlichen Rentenversicherung in allen genannten Rentenarten etwa 530 000 Versichertenrenten von Männern und 520 000 Versichertenrenten

von Frauen zu; dies war ein leichter Rückgang gegenüber dem Vorjahr. Aus den alten Bundesländern stammten etwa 80 Prozent der Neuzugänge, aus den neuen Bundesländern etwa 20 Prozent. Bei den Männern betrafen rund 63 Prozent der Rentenzugänge die Arbeiterrentenversicherung (ArV), bei den Frauen waren dies nur etwa

Abbildung 4-8: Rentenneuzugänge der Männer nach Rentenarten, 1998



Quelle: VDR-Statistik Rentenzugang (Behrend 1999)

51 Prozent. Bemerkenswert ist ein deutlicher Rückgang der Bedeutung dieses Versicherungszweiges für Frauen seit 1970 (damals 73 % Neuzugänge in der ArV). Auffällig ist auch der Unterschied zwischen den alten und neuen Bundesländern. In den neuen Bundesländern lag der Anteil der ArV-Renten bei 43 Prozent, während er in den alten Bundesländern fast 54 Prozent betrug (siehe Abbildung oben).

#### 4.5.2.1 Rentenzugangsgeschehen bei Männern

Die Rentenzugänge bei Männern in den alten (aBl) und neuen Bundesländern (nBl) unterscheiden sich erheblich (s. Abbildung 4-5). Während in den neuen Bundesländern mehr als die Hälfte der Rentenneuzugänge die Altersrenten wegen Arbeitslosigkeit betrifft (53,4 %), sind es in den alten Bundesländern nur etwa ein Viertel (26,7 %). Die zweite bedeutende – in beiden Regionen Deutschlands etwa gleich vertretene – Rentenart ist die nicht an Altersgrenzen gebundene Rente wegen verminderter Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit: Rund 28 Prozent (aBl) bzw. 29 Prozent (nBl) der Rentenneuzugänge fallen in diese Kategorie. Hier ist allerdings anzumerken, dass in der ArV der relative Anteil an Renten wegen Erwerbsminderung mit 33 Prozent fast doppelt so hoch ist wie in der AnV. Bei der Regelaltersrente zeigt sich, dass etwa ein Fünftel aller Männer in den alten Bundesländern dieser Rentenart zugehen (19,1 %), aber nur eine kleine Minderheit der Männer in den neuen Bundesländern

(4,9 %). Dies ist eine fast vollständige Veränderung im Vergleich mit der Situation in der DDR, in der die Regelaltersgrenze von 65 Jahren für alle männlichen Erwerbstätigen galt. Die Rentenzugänge für Altersrenten für langjährig Versicherte (17,1 % aBl, 9,7 % nBl) sowie für Altersrenten für Schwerbehinderte (9,0 aBl bzw. 3,3 % nBl) sind – trotz Unterschieden zwischen den beiden Regionen Deutschlands – von nachrangiger Bedeutung.

Im Zeitverlauf seit 1993 sind die folgenden Tendenzen festzustellen. In den alten Bundesländern nehmen die BU/EU-Renten und die Regelaltersrenten seit 1993 kontinuierlich ab. Zugenommen in der quantitativen Bedeutung haben die Rente wegen Arbeitslosigkeit und die Altersrente für langjährig Versicherte („flexible Altersgrenze“). Die Altersrente wegen Schwerbehinderung bewegt sich dagegen auf einem konstanten Niveau. In den neuen Bundesländern zeichnet sich ein davon sehr unterschiedliches Bild ab: Die Regelaltersrente (im Jahr 1993 noch fast 50 Prozent der Rentenneuzugänge ausmachend) hat an Bedeutung erheblich abgenommen. Spiegelbildlich gestiegen ist dagegen die Rente wegen Arbeitslosigkeit: Von etwa 20 Prozent der Rentenneuzugänge im Jahr 1993 stieg diese Rentenart auf ca. 60 Prozent im Jahr 1997. Hieran wird der Einfluss der zuvor geltenden Vorruhestandsregelungen deutlich, die zu einer überaus raschen Anpassung der Frühverrentungen in den neuen Bundesländern an jenes Niveau geführt hatten, das sich in den alten Ländern über einen längeren Zeitraum etablieren

konnte (Rosenow 1999). Ebenfalls angestiegen sind Rentenzugänge wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Die Altersrente für langjährig Versicherte sowie die Altersrente für Schwerbehinderte spielen dagegen in den neuen Bundesländern nur eine untergeordnete Rolle. Da zurzeit bei der Rente wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit die Bedingungen des Arbeitsmarktes bei der Rentenbewilligung noch berücksichtigt werden (der Anteil der EU/BU-Renten mit „konkrete Betrachtungsweise“ betrug 1998 ca. 30 Prozent), ist der Anteil jener Rentenneuzugänge, die mit Blick auf den Situation am Arbeitsmarkt getroffen werden, außerordentlich hoch. Die Neuregelung, dass eine mindestens 24-monatige Altersteilzeit einer Arbeitslosigkeit von 12 Monaten (in einer Rahmenfrist von 18 Monaten) gleichgesetzt wird, dürfte hier noch keine Bedeutung haben (Grütz & Faik 1998: 305). Da sie erst zum 1. August 1996 in Kraft getreten ist, konnte sich diese Rechtsänderung bei den Rentenzugängen 1998 noch nicht bemerkbar machen.

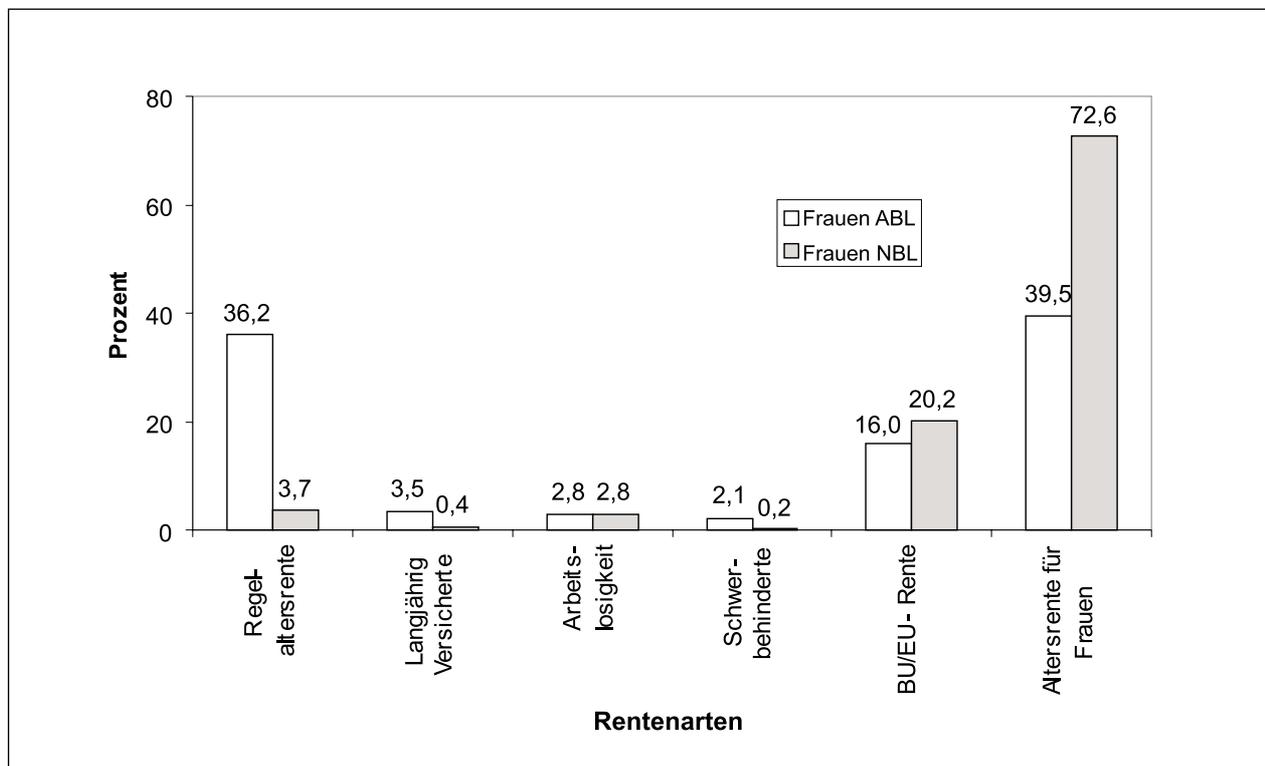
Betrachtet man das langjährige Rentenzugangsgeschehen in den alten Bundesländern seit 1960 (Rehfeld 1998), so zeigen sich bei den Männern in den verschiedenen Rentenarten sehr unterschiedliche Verläufe, von denen drei herausgestellt werden sollen: Die Regelaltersrente dominierte das Rentenzugangsgeschehen bis in die frühen 70er-Jahre, ging dann bis Mitte der 80er-Jahre

dramatisch zurück und gewinnt seitdem wieder an Bedeutung. Dagegen hat die Altersrente bei Arbeitslosigkeit – in den 60er- und 70er-Jahren praktisch bedeutungslos – seit Mitte der 80er erheblich an Bedeutung gewonnen. Die Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten sind schließlich mit gewissen Schwankungen relativ stabil geblieben.

#### 4.5.2.2 Rentenzugangsgeschehen bei Frauen

Das Rentenzugangsgeschehen bei Frauen unterscheidet sich deutlich von jenem der Männer (Abbildung 4-9). Insgesamt dominiert die Altersrente für Frauen, die an die Vollendung des 60. Lebensjahres geknüpft ist, wobei deutliche Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern zu Tage treten (alte Bundesländer: 39,5 %, neue Bundesländer: 72,6 %). In den alten Bundesländern nehmen über ein Drittel der Rentenneuzugänge die Regelaltersrente in Anspruch (36,2 %), die in den neuen Bundesländern in sehr viel geringerem Maß in Anspruch genommen wird (3,7 %). In etwa gleichem Maß wird in den alten und den neuen Bundesländern die BU/EU-Rente in Anspruch genommen (alte Bundesländer: 16,0 %, neue Bundesländer: 20,2 %). Die restlichen Rentenzugangsarten werden von Frauen kaum in Anspruch genommen.

Abbildung 4-9: Rentenneuzugänge der Frauen nach Rentenarten, 1998



Quelle: VDR-Statistik Rentenzugang (Behrend 1999)

Im Verlauf seit 1993 ist die Bedeutung der Regelaltersrente in den alten Bundesländern gesunken, während die Altersrente für Frauen an Bedeutung stetig zugenommen hat. In den neuen Bundesländern dominiert seit 1993 mit leichten Schwankungen die Altersrente für Frauen das Bild des Rentenzugangsgeschehens. Die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten zeigen in beiden Regionen einen relativ stabilen Verlauf.

Im langjährigen Verlauf seit 1960 zeigt sich für die alten Bundesländer (Rehfeld 1998), dass die Altersrente für Frauen an Bedeutung deutlich zugenommen hat. Die im Jahr 1984 erfolgten Änderungen der Bestimmungen für die Zulassung zur BU/EU-Rente veränderte das Zugangsgeschehen von Frauen gravierend: Die zuvor bestehende Dominanz der BU/EU-Renten wurde durch die Regelaltersrente abgelöst (siehe Abbildung 4-9).

#### 4.5.3 Formen des Übergangs in den Ruhestand

Bislang zeigte sich ein gesellschaftlicher Konsens hinsichtlich der frühzeitigen Beendigung des Arbeitslebens: Die staatliche Sozialpolitik schuf Auffangmöglichkeiten im Bereich der Alterssicherung, Arbeitgeber nutzten diese staatlichen Regelungen, um ihre Belegschaften zu verringern oder zu verjüngen, Gewerkschaften beton(t)en die Generationensolidarität mit jüngeren Arbeitnehmern und die betroffenen älteren Arbeitnehmer zeigten angesichts der finanziellen Absicherung eine hohe Akzeptanz für die frühzeitige Beendigung des Erwerbslebens. Mit Blick auf die betroffenen Personen wurde der Übergang in den Ruhestand in den Sozial- und Verhaltenswissenschaften dagegen als ein „kritisches Lebensereignis“ betrachtet, mit dem sich eine Vielzahl von Untersuchungen beschäftigte (zusammenfassend Maier 1997; Naegele 1992). In der Tat ist das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben in der Regel

**Übersicht 4-2: Rentenzugangsmöglichkeiten für Versicherte ab 2012**

Alter	Regelung und Rentenarten	besondere Modalitäten
vor 60	Erwerbsminderungsrente	Abschlag fiktiv, für das 60. Lebensjahr 10,8 %
60 Jahre	Erwerbsminderungsrente Altersrente für Schwerbehinderte	Abschlag 10,8 % Abschlag 10,8 %
61 Jahre	Erwerbsminderungsrente Altersrente für Schwerbehinderte	Abschlag 7,2 % Abschlag 7,2 %
62 Jahre	Erwerbsminderungsrente Altersrente für Schwerbehinderte Altersrente für langjährig Versicherte	Abschlag 3,6 % Abschlag 3,6 % Abschlag 10,8 %
63 Jahre	Erwerbsminderungsrente Altersrente für Schwerbehinderte Altersrente für langjährig Versicherte	ohne Abschlag ohne Abschlag Abschlag 7,2 %
64 Jahre	Erwerbsminderungsrente Altersrente für Schwerbehinderte Altersrente für langjährig Versicherte	ohne Abschlag ohne Abschlag Abschlag 3,6 %
65 Jahre	Regelaltersrente	ohne Abschlag
66 Jahre	Regelaltersrente	Zuschlag +6,0 %

Quelle: Rehfeld 1998

mit einer erheblich veränderten Einkommenssituation verbunden (s. dazu Kapitel 5). Hinsichtlich der individuellen Befindlichkeit zeigen sich jedoch bei den meisten Erwerbstätigen nach dem Berufsende keine negativen gesundheitlichen Folgen, auch wenn die veränderte Lebenssituation nicht unwesentliche Anpassungen der Werte, Orientierungen und des individuellen Tagesablaufs erfordert (Maier 2000). Die Antizipation des Übergangs vom Erwerbsleben in den „Ruhestand“ sowie konkrete Pläne für die Gestaltung der Lebensphase nach dem Beruf sind dieser Anpassung an die veränderte Lebenssituation förderlich, wobei die Variabilität des Übergangs vom Erwerbsleben in die Rente bei Frauen sehr viel größer ist als bei Männern (Lehr & Niederfranke 1991; Niederfranke 1999; Saup & Mayring 1995). Merkmale der früheren Berufstätigkeit können die Anpassung an die veränderte Lebenssituation ebenfalls erleichtern: Höherer Handlungsspielraum sowie Entscheidungsmöglichkeiten sind also nicht allein für die Situation am Arbeitsplatz förderlich, sondern auch für die Gestaltung der nachberuflichen Lebensphase.

Als eine Alternative zum abrupten Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand werden in der gerontologischen und sozialpolitischen Diskussion Formen des gleitenden Übergangs in den Ruhestand diskutiert (Bäcker 1999a u. 1999b). Um sich verändernde Anforderungen des Arbeitsplatzes mit den sich wandelnden individuellen Kompetenzen und Ressourcen in Einklang zu bringen, kann es sinnvoll sein, Formen des gleitenden Ausstiegs aus dem Erwerbsleben zu ermöglichen. Aktuell sind mit Teilrente und Altersteilzeit Formen des gleitenden Ausstiegs aus dem Erwerbsleben geschaffen worden. Die Akzeptanz bezüglich der Teilrente ist allerdings äußerst gering. Hinsichtlich der Altersteilzeit sind mit dem am 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Reformen am Altersteilzeitgesetz Rahmenbedingungen geschaffen worden, durch die die Möglichkeiten der Inanspruchnahme der Altersteilzeit erhöht werden sollen. Bislang überwogen offenbar die Nachteile, die sowohl für die betroffenen älteren Arbeitnehmer (finanzielle Nachteile, antizipierter Statusverlust, wenig attraktive Teilarbeitsplätze) als auch für die Betriebe (finanzielle Belastungen sowie hoher technisch-organisatorischer Aufwand) mit diesen Modellen verbunden waren.

#### **4.5.4 Entwicklung der Rentenzugangsmöglichkeiten**

An den vorherigen Ausführungen zeigt sich die Verzahnung der rentenrechtlichen Ausgestaltung des Alterssicherungssystems mit der gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und sozialen Situation. Der Zugang zu Rentenarten vor dem 65. Lebensjahr wuchs in Korrespondenz zur sich verschlechternden Situation am Arbeitsmarkt: Gerade die Bedeutung der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit (bei Männern) belegt dies. Insgesamt stellen die rentenrechtlichen Regelungen einen Rahmen für Entscheidungen über den Rentenzugang her. In der Übersicht 4-2 sind die wichtigsten Rentenzugangsmöglichkeiten für Versicherte ab 2012 aufgeführt. Hier wird deutlich, dass die versiche-

rungsmathematischen Abschläge für einen Rentenbeginn vor dem Regelalter mit 65 Jahren die Entscheidung über den Rentenzugang mit hoher Wahrscheinlichkeit beeinflussen werden.

Zusätzlich zu den rentenrechtlichen Regelungen werden jedoch eine Vielzahl von Bedingungen bei der Entscheidung wirksam, aus dem Erwerbsleben auszuschneiden. Nicht allein wer von Arbeitslosigkeit betroffen ist, sondern auch, wer den Verlust seines Arbeitsplatzes antizipiert, wird eine vorgezogene Rente in sein Kalkül ziehen. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die Argumentation der Generationensolidarität, nach der ältere Menschen aus dem Erwerbsleben ausscheiden sollten, um ihre Arbeitsplätze für Jüngere freizumachen. Aber auch die Bedingungen innerhalb des Unternehmens beeinflussen den Prozess der Entscheidung für eine Berentung: Arbeitsbelastungen, Betriebsklima sowie der innerbetriebliche Druck können die Entscheidung für eine Berentung ebenfalls beeinflussen. Ein weiterer Faktor ist die Erwerbsfähigkeit: Auch wenn medizinische Kriterien in Zukunft eine stärkere Rolle spielen werden („abstrakte Betrachtung“), ist doch die Einschränkung der Erwerbsmöglichkeit abhängig von der Lage am Arbeitsmarkt („konkrete Betrachtung“). Auf der individuellen Ebene sind es neben den materiellen Bedingungen aufgrund des zukünftigen Rentenbezugs die Arbeitsbiografie, die zukünftige Lebensplanung sowie der familiäre Kontext, die eine Berentungsentscheidung beeinflussen.

Die gegenwärtige Situation bei dem Übergang vom Erwerbsleben in den „Ruhestand“ wird durch hohe Anteile von Frührenten bestimmt, und zwar sowohl durch Renten wegen Erwerbsminderung als auch durch Renten wegen Arbeitslosigkeit. Dabei ist zu beachten, dass ein tendenziell wachsender Anteil von Arbeitnehmern nach dem Ende ihrer Beschäftigung und vor dem Bezug der Rente arbeitslos waren (Wübbecke 1999). Angesichts der Situation am Arbeitsmarkt bedeutet die Heraufsetzung der Altersgrenze – sei es durch das Versperren früher Zugangspfade in vorgezogene Rentenarten oder durch Einführung versicherungsmathematischer Abschläge –, dass die prekäre Situation älterer, arbeitsloser Arbeitnehmer zwischen Erwerbsleben und Ruhestand verlängert wird, und zwar mit erheblichen negativen Konsequenzen für ihre materielle Sicherung. Diese Problematik ist angesichts des wirtschaftlich-strukturellen Umbruchs in den neuen Bundesländern besonders deutlich. In den neuen Bundesländern zeigt sich auch, wie stark die Regelungen des Vorruhestandes und des Altersübergangs auf das Rentenzugangsverhalten eingewirkt haben. Frauen waren hiervon rentenrechtlich weniger betroffen, da für sie noch die Möglichkeit des vorgezogenen Frauentalersruhegeldes besteht.

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, aber auch aus gerontologischer und sozial- bzw. arbeitsrechtlicher Sicht ist die Anhebung der Altersgrenzen geboten, um Rahmenbedingungen für einen längeren Verbleib im Erwerbsleben zu setzen (Boecken 1998). Allerdings sollte dabei die Situation am Arbeitsmarkt

berücksichtigt werden. Bis eine verstärkte Nachfrage nach Arbeitskräften (auch nach älteren) einsetzt, muss nach flankierenden Maßnahmen gesucht werden, die dazu beitragen, den Übergang in den Ruhestand materiell abzustützen. Hierzu könnte ein verstärktes Angebot an Teilzeitarbeit mit der Möglichkeit eines gleitenden Übergang unterstützend wirksam werden (Schweres 1997). Zusätzlich müssen Anstrengungen unternommen werden, um ein gesellschaftliches Klima für einen längeren Verbleib im Erwerbsleben zu schaffen.

#### 4.6 Fazit

Die Arbeitswelt wird sich durch technologische Innovationen und den strukturellen Wandel der Wirtschaftssektoren weiter verändern. Doch nicht allein technologische Fortschritte, sondern auch langfristige demographische Entwicklungen werden die Ursache hierfür sein. Schon seit längerem nimmt die jährliche Zahl der ins Erwerbsleben eintretenden jungen Menschen ab. Diese Entwicklung wird sich in den nächsten Jahren noch verstärken, insbesondere wenn zu den langfristigen Auswirkungen des allgemeinen Geburtenrückgangs noch die Effekte des starken Geburtenrückgangs in Ostdeutschland nach der Wende hinzukommen. Das nachwachsende inländische Arbeitskräftepotenzial wird sich demographisch bedingt deutlich verringern. Dies legt durchaus nahe, ältere Arbeitnehmer in Zukunft länger im Arbeitsleben zu halten. Gegenwärtig werden die Ressourcen älterer Arbeitnehmer auf dem Arbeitsmarkt allerdings nur wenig geschätzt, und die Ressourcen der Arbeitswelt sind älteren Arbeitnehmern zunehmend schwieriger zugänglich. Die seit Jahren feststellbare Ausgliederung älterer

Arbeitnehmer aus dem Berufsleben hat nicht abgenommen. Es sind vor allem ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die überproportional von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind. Dabei kann von einer generellen Abnahme der Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nicht die Rede sein. Kompensatorische Faktoren, wie etwa Berufserfahrung und im Berufsleben erworbene soziale Kompetenzen spielen eine erhebliche und positive Rolle bei der Aufrechterhaltung beruflicher Leistungsfähigkeit. Große Bedeutung kommt zudem den gesundheitsrelevanten Merkmalen des Arbeitsplatzes zu: Belastungen und Stress am Arbeitsplatz können Gesundheit und Leistungsfähigkeit älter werdender Arbeitnehmer negativ beeinflussen. Umgekehrt sind herausfordernde Tätigkeiten und kontinuierliche Weiterbildung der Qualifikation und Leistungsfähigkeit älter werdender Arbeitnehmer förderlich. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, aber auch aus gerontologischer und sozial- bzw. arbeitsrechtlicher Sicht wird die Anhebung der Altersgrenzen diskutiert, um Rahmenbedingungen für einen längeren Verbleib im Erwerbsleben zu schaffen. Bis sich die Nachfrage nach Arbeitskräften (auch nach älteren Arbeitnehmern) verstärkt, müssen jedoch flankierende Maßnahmen eingesetzt werden, die dazu beitragen, die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen oder den vorgezogenen Übergang in den Ruhestand materiell abzustützen. Angesichts einer zukünftig stärkeren Nachfrage nach älteren Arbeitnehmern sind zudem präventive Konzepte notwendig, die bereits bei den mittleren Altersgruppen ansetzen und deren betriebliche Integration langfristig, auch bei fortschreitendem Alter ermöglichen.

## 5. Ökonomische Ressourcen im Alter

### 5.1 Zu den Schwerpunkten des Kapitels und zu wichtigen Datenquellen

Eine Analyse des Umfangs und der Struktur „ökonomischer Ressourcen im Alter“ bedarf der Präzisierung im Hinblick darauf, welche Ressourcen in den Blickpunkt gerückt werden sowie ob es um die den älteren Menschen zur Verfügung stehenden Ressourcen geht oder auch um die Nutzung dieser Ressourcen im Sinne ihrer Verwendung für sich und andere. Die Nutzung der ökonomischen Ressourcen im Alter, beispielsweise in Form von intrafamiliären Transfers, ist nicht Gegenstand dieses Kapitels (vgl. hierzu Kapitel 5). In diesem Kapitel erfolgt eine Einschränkung hinsichtlich der im Alter verfügbaren ökonomischen Ressourcen auf Einkommen und Vermögen, also auf wichtige Elemente der materiellen Ressourcen von Personen bzw. Haushalten, die man vereinfachend als finanzielle Ressourcen bezeichnen kann. Welche Komponenten dabei zu berücksichtigen sind und welche Determinanten auf sie einwirken, wird einleitend skizziert. Dies dient insbesondere dazu, um zu verdeutlichen, dass die finanziellen Ressourcen im Alter zum erheblichen Teil geprägt sind durch Bedingungen und Entscheidungen (individuelle und gesellschaftliche) in vorgelagerten Lebensphasen, insbesondere in der Erwerbsphase, aber auch durch Bedingungen und Entscheidungen (individuelle und gesellschaftliche) in der Altersphase. Zudem soll neben dieser die Verlaufsperspektive betonenden Sicht der Tatbestand verdeutlicht werden, dass ein hohes Maß an Heterogenität hinsichtlich der finanziellen Ressourcen im Alter besteht. Diese Heterogenität bezieht sich dabei u. a.

- auf die Situation in West- und Ostdeutschland,
- zwischen Geschlechtern,
- je nach Haushalt- und Familienkonstellationen.

Heterogenität resultiert aber auch daraus, dass aufgrund gestiegener Lebenserwartung, insbesondere auch im höheren Erwachsenenalter, sich in der Lebensphase „Alter“ eine immer größere Zahl von Geburtsjahrgängen befinden.

In diesem Kapitel stehen also – wie zumeist – die monetären Komponenten ökonomischer Ressourcen im Zentrum. Die Betrachtung von Realtransfers, so u. a. durch Bereitstellung von Sachleistungen im Haushaltsverbund, bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen und bei Pflegebedürftigkeit, erfolgt in den Kapiteln 3 und 5.

Für die Beurteilung der monetären Komponenten sind allerdings Umfang und Struktur der Sachleistungen (Realtransfers) aus dem System der sozialen Sicherung, z. B. bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit, von erheblicher Bedeutung. Der Zusammenhang mit den monetären Größen ist unmittelbar ersichtlich, wenn z. B. bei Beeinträchtigungen der aktiven eigenständigen Lebensführung

Einkommen und Vermögen eingesetzt werden können, um beispielsweise Dienstleistungen ergänzend am Markt zu kaufen<sup>32</sup>.

In diesem Kapitel wird zunächst auf Quellen von Einkommen und Vermögen im Alter sowie dafür wichtige Einflussfaktoren eingegangen, bevor in kompakter Form ein Überblick über empirische Informationen hierzu vermittelt wird. Dieser bezieht sich auf die Neunzigerjahre, wobei die Aufmerksamkeit generell auf die Differenziertheit der Situation – auch zwischen den Geschlechtern – und insbesondere auf Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland sowie einigen hier inzwischen eingetretenen Veränderungen gelenkt werden soll. Sodann werden anhand einiger ausgewählter Informationen einige sich abzeichnende Entwicklungstendenzen dargestellt, bevor abschließend exemplarisch verdeutlicht werden soll, dass die künftige finanzielle Lage im Alter maßgebend mitgeprägt wird durch sozial- und steuerrechtliche Entscheidungen und Bedingungen.

Dieses Kapitel ist somit nicht speziell den seit langem und auch derzeit wieder intensiv diskutierten Fragen einer „Rentenreform“ gewidmet. Wohl aber wird anhand einiger Beispiele zu verdeutlichen versucht, welche Konsequenzen für die künftige finanzielle Lage im Alter einige der diskutierten Maßnahmen haben könnten.

Die empirischen Befunde, die in diesem Kapitel herangezogen werden, basieren zum erheblichen Teil auf einer Expertise von U. Fachinger (1999), die für die Kommission erstellt wurde. In ihr wird auch ausführlich auf unterschiedliche Datenquellen und deren Aussagefähigkeit eingegangen.<sup>33</sup> Die Datenlage zur Charakterisierung der Einkommenslage im Alter hat sich in den letzten Jahren durch verschiedene spezielle Erhebungen und zusammenfassende Darstellungen verbessert. Zu nennen sind dabei im Hinblick auf die jeweils in der Altersphase befindliche Population die Untersuchungen über die „Alterssicherung in Deutschland“ der Jahre 1992 und 1995 sowie die zum Teil hierauf basierenden Darlegungen im „Alterssicherungsbericht“ der Bundesregierung, weiterhin die Einkommens- und Verbrauchsstichproben des Statistischen Bundesamtes, die jeweils durch hinreichend

<sup>32</sup> Der Umfang der hierfür erforderlichen finanziellen Mittel hängt u. a. von den immateriellen Ressourcen ab, die im Alter verfügbar sind. Hierzu zählt das immaterielle Humanvermögen im Sinne erworbener Kompetenz zur aktiven eigenständigen Lebensführung aufgrund von Erfahrungen und Bildung – also der Kompetenz, mit Situationen und Tatbeständen umzugehen. Ebenso gehören hierzu die immateriellen familialen und/oder nachbarschaftlichen Ressourcen (sozialen Ressourcen) im Sinne von Möglichkeiten, auf ein Netzwerk in Form von Zuwendung u. Ä. unterstützend zurückgreifen zu können (siehe Kapitel 5); vgl. Schmähl 1999: 7 f., zur Unterscheidung von immateriellen und materiellen Ressourcen.

<sup>33</sup> Vergleiche ergänzend auch den Überblicksbeitrag von Schmähl und Fachinger (1999).

großen Stichprobenumfang auch eine differenzierte Analyse von Personen- bzw. Haushaltsgruppen ermöglichen<sup>34</sup>. Hinzu treten weitere Quellen, zu denen insbesondere das sozio-ökonomische Panel sowie prozessproduzierte Daten u. a. der Rentenversicherungsträger und die neugestaltete Sozialhilfestatistik gehören. Schwieriger – und datenmäßig weniger gut belegt – sind bislang Aussagen über die mögliche Einkommenslage künftiger Kohorten in ihrer Altersphase. Hierzu liegen nun erstmalig durch die 1996 durchgeführte Erhebung „Altersvorsorge in Deutschland '96“ (AVID '96) Informationen vor für im Jahre 1996 40- bis 60-jährige Personen und deren Ansprüche. Diese Ansprüche werden errechnet unter der Annahme unveränderten Leistungsrechts und beziehen sich auf das Alter 65 Jahre. Es handelt sich also um Berechnungsergebnisse für Personen und Ehepaare, die zwischen 2001 und 2021 das 65. Lebensjahr vollenden. Erste Ergebnisse wurden Anfang 2000 veröffentlicht<sup>35</sup>. Eine tiefer gehende detaillierte Auswertung dieser umfangreichen Datenquelle stand zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts noch aus.

Trotz dieser im Vergleich zu früheren Perioden verbesserten Situation (vgl. hierzu u. a. die Aussagen der Transfer Enquête-Kommission 1981: 15) bleiben dennoch Lücken im Kenntnisstand, sowohl was die Möglichkeiten einer detaillierten Analyse für bestimmte Gruppen der Bevölkerung als auch was die Aktualität von Daten betrifft. So standen Informationen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Jahres 1998 zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts nur begrenzt zur Verfügung, da bis dahin erst ein geringer Teil der Informationen aufbereitet worden war bzw. zur Verfügung stand. Folglich liegen Angaben über die am Ende des 20. Jahrhunderts bestehenden finanziellen Ressourcen von Haushalten älterer Menschen nur in Teilaspekten vor. Die ASID '95 enthält Informationen zur Mitte der Neunzigerjahre, wobei allerdings als wichtige Einschränkung zu beachten ist, dass die Angaben für Westdeutschland nicht auf einer repräsentativen Umfrage, sondern auf einer Fortschreibung von Ergebnissen des Jahres 1992 (ASID '92) beruhen. Für Ostdeutschland wurde dagegen 1995 aufgrund der seit 1992 eingetretenen erheblichen Veränderungen eine Erhebung durchgeführt.

Im Vergleich zur Datenlage hinsichtlich monetärer Einkommen ist die Situation bezüglich repräsentativer statistischer Daten zur Vermögenslage ungünstiger. In der Bundesrepublik Deutschland existiert keine Statistik, die auch nur annähernd den gesamten Vermögensbestand privater Haushalte erfasst. Während auf der Aggregatsebene, z. B. im Rahmen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung des Statistischen Bundesamtes oder der Finanzierungsrechnung der Deutschen Bundesbank, noch Angaben zu bestimmten Vermögensbeständen vorliegen, sind auf der Haushaltsebene keine Informationen verfügbar,

die eine umfassende Darstellung der Vermögensverteilung erlauben würden<sup>36</sup>. Verteilungsaussagen über die Vermögensbestände privater Haushalte lassen sich bislang im Prinzip nur auf der Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichproben des Statistischen Bundesamtes ableiten.

Bei der Interpretation der Informationen ist weiter zu berücksichtigen, dass dann, wenn auf unterschiedliche Datenquellen zurückgegriffen werden muss – was notwendigerweise der Fall ist –, eine mangelnde Einheitlichkeit sich allein schon aus unterschiedlichen Definitionen von Variablen ergibt. Es fehlt nach wie vor eine nach einheitlichen Gesichtspunkten aufgebaute, aktuelle und hinreichend detaillierte Verteilungsberichterstattung für die Bundesrepublik Deutschland, aus der auch Informationen über die finanziellen Ressourcen älterer Menschen bzw. von Haushalten, in denen ältere Menschen leben, abgeleitet werden können.

## 5.2 Quellen und Determinanten der Einkommens- und Vermögenssituation im Alter

Im Folgenden wird kurz skizziert, welche Einkommens- und Abgabearten zu beachten sind, wenn man die Einkommens- und Vermögenssituation im Alter skizzieren will. Darüber hinaus geht es um die Frage, nach wichtigen Faktoren, die für Höhe und Entwicklung der Einkommens- und Vermögenslage maßgebend sind.

### 5.2.1 Wichtige Arten von Einkünften und Abgaben

Auf die Einkommenslage im Alter wirken eine Vielzahl von Faktoren ein. Dies wird an ausgewählten Beispielen in Übersicht 5-1 verdeutlicht. Dort sind verschiedene Einkunfts- und Abgabearten sowie einige wichtige Determinanten für deren Höhe zusammengestellt<sup>37</sup>. Von besonderer Bedeutung ist die ökonomische Lage in der Erwerbsphase (Beschäftigungs-, Erwerbseinkünfte) sowie die dort geltenden sozialrechtlichen Bedingungen, da hiervon Renten und Pensionen, die die Hauptquelle des Einkommens im Alter für den größten Teil der deutschen Bevölkerung darstellen, maßgeblich bestimmt werden. Hinzu treten aber weitere Einkunftsarten im Alter, so Vermögenseinkünfte, aber auch Transferzahlungen aus öffentlichen Haushalten und Gebietskörperschaften (wie Wohngeld, Sozialhilfe) und anderer Sozialversicherungsträger (so Geldleistungen der Pflegeversicherung).

<sup>34</sup> Siehe Hauser (1999).

<sup>35</sup> Für einen knappen Überblick siehe Kortmann und Schatz (1999). Eine Vielzahl von tabellarisch aufbereiteten Ergebnissen ist veröffentlicht in Verband Deutscher Rentenversicherungsträger / Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000).

<sup>36</sup> So schreibt denn auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, dass Aussagen über die personelle Vermögensverteilung nicht möglich sind, da eine „angemessene Grundlage“ fehlt; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1998: 141). Für einen Überblick über die Datenlage siehe z. B. Bedau (1998), Fachinger (1998) sowie Hauser et al. (1997: 124 ff).

<sup>37</sup> Dabei steht die Situation unselbstständig Versicherter im Zentrum. Zur Absicherung von Selbstständigen – z. T. auch über Sozialversicherungen – vgl. für einen ersten Überblick Fachinger und Oelschläger (2000).

Die Einkommenslage im Alter wird sodann von den sozial- und steuerrechtlichen Bedingungen in der Altersphase mitgeprägt, da das jeweilige Leistungsrecht für die Renten, Pensionen, Transferzahlungen insgesamt, aber auch die Höhe der Abgaben bedeutsam sind. Auch die jeweiligen ökonomischen Bedingungen sind wiederum wichtig, z. B. auf den Finanz- und Kapitalmärkten als Quelle für Vermögenseinkünfte, und auf Arbeitsmärkten

für die Anpassung von Renten, Pensionen und manchen anderen Transferzahlungen.

Das Leistungsrecht insbesondere der sozialen Sicherungssysteme spielt aber noch in weiterer Hinsicht eine wichtige Rolle: So bestimmt das Ausmaß der verfügbaren Sachleistungen (z. B. die Abgrenzung der von den Krankenversicherungen gewährten Leistungen im Krankheitsfall) mit darüber, was aus dem Nettoeinkommen „privat“

**Übersicht 5-1: Wichtige Determinanten der Einkommenslage im Alter**

Einkunfts-/Abgabenarten	Determinanten
Erwerbseinkünfte aus unselbstständiger und selbstständiger Tätigkeit	Erwerbstätigkeit im formellen und informellen Sektor
Vermögenseinkünfte (ohne Versicherungen)	Sparen, Schenkungen und Vererbung
Renten und Pensionen - Sozialversicherungen - Gebietskörperschaften - Versorgungswerke - Betriebe - Privatversicherungen	Leistungsrecht der sozialen Sicherungssysteme Art und Umfang früherer Erwerbstätigkeit im formellen Sektor, Familienstand (bei Hinterbliebenenrenten), Gesundheitszustand (bei Invalidität)
weitere Transferzahlungen aus öffentlichen Haushalten (z. B. Sozialhilfe, Wohngeld)	übrige Einkünfte; Haushaltsgröße und -struktur; Mietausgaben usw.
Interfamiliäre und andere private monetäre Transfers	Familienbeziehungen und ökonomische Situation von Familienangehörigen
$\Sigma$ =Bruttoeinkommen	
Lohn- und Einkommensteuer Sozialversicherungsbeiträge - Rentenversicherung - Krankenversicherung - Pflegeversicherung - Bundesanstalt für Arbeit (vergleichbare Beiträge bei Nichtversicherungspflichtigen)	Einkommen bzw. einzelne Einkunftsarten, Abgabesätze
$\Sigma$ =Nettoeinkommen	
Auflösung von Geld- oder/und Sachvermögen	Vermögensbestand Laufende Einkommen im Verhältnis zum „Bedarf“
nichtmonetäre Einkommenselemente u.a. aus öffentlichen Haushalten (Sachleistungen) Preisvergünstigungen Sachleistung aus Privathaushalten (z. B. intrafamiliäre Transfers)	Leistungsrecht Art der Einkommensverwendung Familienbeziehungen
Indirekte Steuern	Art der Einkommensverwendung
Zuzahlungen im Krankheits- und Pflegefall	Leistungsrecht, Gesundheitszustand

Quelle: Ergänzte Darstellung nach Schmähl 1995: 4.

zu finanzieren ist, entweder in Form von Zuzahlungen (was gleichfalls sozialrechtlich definiert ist) oder durch den Zukauf von Waren und Dienstleistungen. Schließlich sei noch darauf hingewiesen, dass unter Umständen auch Preisvergünstigungen, nicht zuletzt aber auch indirekte Abgaben (wie Verbrauchssteuern) die „reale“ Einkommenslage im Alter beeinflussen.

Übersicht 5-2 soll verdeutlichen, dass die verschiedenen Alterskohorten beim Durchwandern der verschiedenen Lebensphasen von unterschiedlichen Bedingungen bzw. unterschiedlich lange betroffen werden. Dies bezieht sich u. a. auf die Erwerbsmöglichkeiten, die maßgeblich von der Situation auf dem Arbeitsmarkt bestimmt werden, aber auch auf in der Erwerbsphase geltenden sozial- und steuerrechtliche Regelungen. Zu beachten ist u. a., dass in der Zeit der deutschen Teilung sich für die Menschen in den beiden deutschen Teilstaaten die maßgeblichen Umfeldbedingungen in vielfältiger Weise tief greifend unterschieden. Zum Teil ist dies – worauf noch hinzuweisen sein wird – im Prozess der deutschen Vereinigung im Hinblick auf die Alterssicherung durch sozialrechtliche Regelungen zu kompensieren versucht worden.

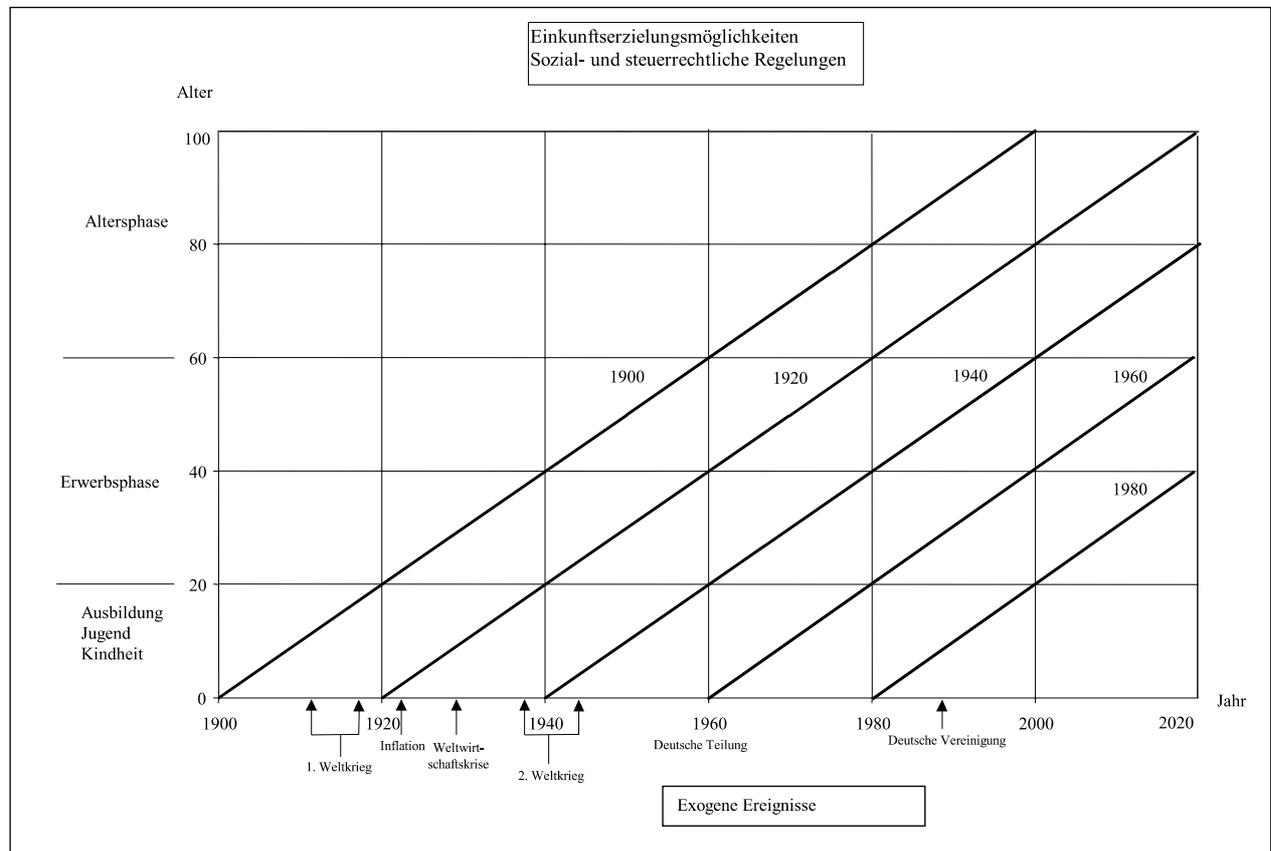
Auch ist zu beachten, dass die in Übersicht 5-2 schematisch eingefügten Grenzen für die drei dort unterschiede-

nen Lebensphasen im Zeitablauf nicht konstant waren. Das ist u. a. für die Länge der Erwerbskarrieren von Bedeutung. Zudem sind schon zum Geburtszeitpunkt die Kohorten unterschiedlich stark besetzt gewesen, und in ihrem weiteren Lebensverlauf haben sich Veränderungen in den Sterblichkeitsverhältnissen ergeben, sodass die Kohortenbesetzung in bestimmten Lebensaltern oder Kalenderjahren unterschiedlich war und ist. Dies wiederum hat Rückwirkungen auf das Leistungsrecht und den Finanzbedarf im Bereich sozialer Sicherung.

Orientiert man sich einmal an der schematischen Abgrenzungen für die drei Lebensphasen (20. Lebensjahr als Beginn der Erwerbsphase, 60. Lebensjahr als deren Beendigung, was allerdings den gegenwärtigen Bedingungen relativ gut entspricht), so befinden sich am Beginn des neuen Jahrhunderts die zwischen 1940 und 1980 Geborenen in der Erwerbsphase, während sich alle älteren noch lebenden Personen in der Altersphase befinden.

Diese wenigen Hinweise illustrieren einmal mehr, dass notwendigerweise mit einer großen Heterogenität für die Situation der jetzt Älteren zu rechnen ist, was allerdings auch nicht verwundert, da ja auch ihre Situation in der Erwerbsphase aus vielerlei Gründen heterogen war. Gleiches gilt für die künftige Entwicklung.

### Übersicht 5-2: Alterskohorten im Lebensablauf



Quelle: In Anlehnung an Schmähl 1983a: 50.

**Übersicht 5-3: Alterssicherung für verschiedene Gruppen von Erwerbstätigen in Deutschland**

<i>Individuelle ergänzende Sicherung</i>	<b>Private Alterssicherung (Lebensversicherungen, Ersparnisse usw.)</b>								
<i>Zusatzsysteme</i>						Knappschaft	Betriebliche Altersversorgung	Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst	<b>Beamtenversorgung</b>
<i>Gesetzlich verankerte Systeme</i>	<b>Altershilfe für Landwirte*</b>	<b>Berufsständische Versorgungswerke**</b>	Handwerkerversicherung (integriert in die Arbeiterrentenversicherung)	Künstlersozialversicherung	Freiwillig oder pflichtversicherung (auf Antrag)	BfA und Landesversicherungsanstalten, Seekasse			
<b>Gesetzliche Rentenversicherung</b>									
<i>Personenkreis</i>	<i>Landwirte</i>	<i>Freie Berufe</i>	<i>Handwerker</i>	<i>Künstler</i>	<i>Sonstige</i>	<i>Beschäftigte im Bergbau</i>	<i>Sonstige</i>		<i>Beamte***</i>
						<i>Arbeiter und Angestellte</i>			
	<i>Selbstständige</i>					<i>Abhängig Beschäftigte</i>			
	<i>Privater Sektor</i>							<i>Öffentlicher Dienst</i>	

\* Einschließlich mithelfender Familienangehöriger; als Teilversorgung, ergänzt durch betriebliche Maßnahmen (Altenteil).

\*\* Teilweise auch für abhängig Beschäftigte der jeweiligen Branche.

\*\*\* Einschließlich Richter und Berufssoldaten.

Quelle: Schmähl 1986a: 686, mit Änderungen.

Dies wird zusätzlich dadurch verdeutlicht, dass Personen – u. a. je nach Art ihrer Erwerbstätigkeit – von unterschiedlichen Alterssicherungssystemen „erfasst werden“ bzw. in bestimmten Formen für das Alter vorgesorgt haben. Deutschland verfügt über ein vielgestaltiges und vielschichtiges Alterssicherungssystem, wie aus Übersicht 5-3 hervorgeht. Dabei ist zu beachten, dass im Lebensablauf auch ein Wechsel zwischen verschiedenen Formen der Alterssicherung erfolgen kann (z. B. vom Angestellten- in den Beamtenstatus, aus selbstständiger Tätigkeit in unselbstständige oder umgekehrt). Somit setzen sich Einkünfte im Alter vielfach auch aus unterschiedlichen Einkunftsquellen aus Einkünften verschiedener Alterssicherungssysteme zusammen.<sup>38</sup>

### 5.2.2 Vermögensarten und deren Determinanten

Zur Kategorisierung der Vermögensarten gibt es zahlreiche Möglichkeiten<sup>39</sup>. Aus individueller bzw. haushaltsspezifischer Sicht ist insbesondere die funktionale Gliederung der Vermögensbestände (nach Vermögensarten) von Interesse. Hierbei wird das Gesamtvermögen üblicherweise in drei Vermögensarten untergliedert: in Geldvermögen (Finanzvermögen), Sachvermögen und Arbeitsvermögen (Humanvermögen/human capital). Während theoretische Erörterungen alle drei Arten berücksichtigen, beschränken sich die empirischen Analysen in der Regel auf die beiden erstgenannten (materiellen) Vermögensbestände und lassen das Humanvermögen, vor allem aufgrund der Bewertungsschwierigkeiten, außer Acht<sup>40</sup>. Da die materiellen Ressourcen im Mittelpunkt dieses Kapitels stehen, konzentrieren sich die folgenden Anmerkungen auch auf die materiellen Vermögen.

In der Literatur wird eine Vielzahl an Einflussfaktoren zur Erklärung von Höhe und Entwicklung des Vermögensbestandes genannt. Diese Determinanten der Vermögensarten lassen sich zu zwei Gruppen zusammenfassen<sup>41</sup>: Zur ersten Gruppe werden objektive, messbare Faktoren gerechnet, die die Sparfähigkeit bedingen. Die zweite Gruppe umfasst eher als subjektiv zu bezeichnende Faktoren wie Präferenzen, Werthaltungen etc., die zur Charakterisierung der Sparbereitschaft verwendet werden.

Hinsichtlich der Faktoren, die die Sparfähigkeit determinieren, geht es im Prinzip um solche, die auch die Ein-

kommenslage im Alter beeinflussen und in Übersicht 5-1 aufgeführt wurden. Der Grund liegt in der Interdependenz zwischen Einkommen und Vermögen: So, wie der Vermögensbestand die Einkommenslage im Alter beeinflusst – zum einen durch Einkünfte aus Vermögen, zum anderen durch Vermögensauflösung –, so wird auch die Vermögenssituation von der Einkommenslage der Haushalte beeinflusst<sup>42</sup>. Hinzu tritt der Transfer von Vermögen vor allem in Form von Schenkungen oder Erbschaften.

Auf einen wichtigen Aspekt sei hingewiesen: *Ceteris paribus* ist die Vermögensbildung um so leichter, je höher der Vermögensbestand bereits ist, da zum weiteren Vermögensaufbau auch Vermögenseinkünfte genutzt werden können.<sup>43</sup>

Sparprozesse vollziehen sich in der Zeit. Das bedeutet auch, dass sich Vermögensbestände bei gegebener (Perioden-) Ersparnis im Zeitablauf bzw. Lebensverlauf allmählich aufbauen. Dadurch wird unmittelbar verständlich, dass (*ceteris paribus*) Vermögensbestände im höheren Erwachsenenalter besonders hoch werden.

Empirische Auswertungen kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass das verfügbare Einkommen der wichtigste Faktor für die Vermögensbildung ist<sup>44</sup>. Die Aussagen hinsichtlich der Auswirkungen von Erbschaften auf die Vermögen ist demgegenüber nicht eindeutig, obwohl in der politischen Diskussion häufig auf die Erbschaften als zentrales Moment für die Vermögenssituation von Haushalten hingewiesen wird. Von besonderer Relevanz hierfür sind die Anzahl der Kinder sowie die steuerlichen Regelungen.

Ergänzend zu den in Übersicht 5-1 aufgeführten Einflussfaktoren sind allerdings spezifische Aspekte zu berücksichtigen, die insbesondere die zweite Determinanten-Gruppe, Faktoren, die die Sparbereitschaft beeinflussen, betreffen<sup>45</sup>. So hat Claupein, herausgearbeitet, dass die Einstellungen privater Haushalte hinsichtlich Vermögensverzehr, -erhaltung und -vermehrung mit zu den wesentlichen Determinanten der Vermögensverteilung zählen. Diese Werthaltungen werden überlagert bzw. ergänzt durch gesellschaftlich-strukturelle Prozesse.

Daneben werden die Sparziele als Motiv für die Vermögensbildung als bedeutsam angesehen. Hierbei wird in der Literatur zwischen dem Vorsorgesparen, dem Zwecksparen und dem so genannten Residualsparen unterschieden. Allerdings sind die Grenzen zwischen den drei Sparzielen fließend, d. h. eine eindeutige Zuordnung des Sparvorganges zu einem der Ziele ist nicht immer möglich. So kann beispielsweise der Sparvorgang zum Erwerb von Immobilienvermögen zur Selbstnutzung sowohl dem Zwecksparen – das Ziel ist der Erwerb – als auch dem

<sup>38</sup> Die Kumulation insbesondere von Sozialleistungen ist in der Vergangenheit u. a. von der Transfer-Enquête-Kommission der Bundesregierung in ihren beiden Berichten (1979 u. 1981) untersucht und diskutiert worden. Einkommensvergleiche u. a. zwischen ehemals unselbstständig Beschäftigten im Privat- und öffentlichen Sektor und Selbstständigen werfen erhebliche methodische und empirische Probleme auf, die hier nicht erörtert werden können. Vgl. hierzu Schmähl 1981.

<sup>39</sup> Siehe z. B. Claupein, (1990: 61 ff.), Fachinger, (1999: 7 ff.), Schломann, (1992: 25 ff.), oder Thiele (1998: 24 ff.).

<sup>40</sup> Es fehlt dennoch nicht an Versuchen, Aussagen über die Höhe und die Verteilung des Humanvermögens zu treffen. Im Fünften Familienbericht wird beispielsweise darauf hingewiesen, dass sich allein der Beitrag der Familien zu einer Bildung des Arbeitsvermögens auf etwa 15,286 Billionen DM im Jahr 1990 beläuft; Senioren, S. 145.

<sup>41</sup> Siehe hierzu für einen ausführlicheren Überblick auch Thiele (1998), S. 105 ff.

<sup>42</sup> Siehe hierzu ausführlich Fachinger, (1998). Humankapital (im weiten Sinne verstanden) gilt als die zentrale Determinante der Einkommenserzielung.

<sup>43</sup> Dieser Prozess wird als „Selbstalimentation“ bezeichnet. Siehe ausführlich hierzu Frietsch, (1991: 125 ff.)

<sup>44</sup> Siehe für einen ausführlichen Literaturüberblick z. B. Schломann, (1992).

<sup>45</sup> Siehe zu den folgenden Ausführungen Fachinger (1999).

Vorsorgesparen – Absicherung der materiellen Situation im Alter – zugerechnet werden.

Nicht außer Acht gelassen werden sollten auch die Wertänderungen der Vermögensbestände. Diese treten beispielsweise infolge inflationärer Prozesse auf, die zu Wertänderungen der Geldvermögen führen. Ein anderes Beispiel sind die Wertänderungen z. B. von Aktien durch Kurssteigerungen<sup>46</sup>, die – zumindest in den vergangenen Jahrzehnten – im Durchschnitt zu positiven Vermögensänderungen geführt haben.

Da Vermögen bisher von der Mehrzahl der Haushalte auch in der Altersphase nicht abgebaut werden, kommt weiterhin

- der Haushaltsstruktur – hierzu gehören Faktoren wie die Form des Zusammenlebens, die Form der Erwerbstätigkeit oder der Grad der Selbstständigkeit der Haushaltsmitglieder –,
- der Haushaltszusammensetzung nach Alter und Geschlecht sowie
- den dem Haushalt zur Verfügung stehenden Ressourcen, die von der Anzahl der Haushaltsmitglieder, Anzahl der Erwerbstätigen etc. mit abhängen,

Bedeutung bei der Akkumulation von Vermögen zu. Hier ist hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung der Vermögensverteilung vor allem wichtig, inwieweit die Haushalte im Zeitablauf stabil sind.

Darüber hinaus gibt es eine weitere Vermögensart, die gerade im Zusammenhang mit der Situation im Alter von großer Bedeutung, aber in konventionellen Vermögensberechnungen nicht auftaucht: das „Versorgungs- oder Rentenvermögen“. Es umfasst die Akkumulation individueller Renten- und Pensionsansprüche in solchen (Alterssicherungs-) Systemen, in denen selbst keine Vermögensansammlung erfolgt, die also im Umlageverfahren finanziert werden<sup>47</sup>. Für den einzelnen Beitragszahler stellt jedoch auch ein Alterssicherungssystem, in dem die (spätere) Rentenleistung eng (zumindest relativ) mit dem früheren Versicherungsbeitrag verbunden ist, dieser Vorsorgebeitrag eine Form der Ersparnisbildung dar. Die hieraus akkumulierte Summe ergibt gleichfalls einen Vermögensbestand, der Ansprüche an künftiges Sozialprodukt bzw. Einkommen darstellt<sup>48</sup> und für viele Bürger von geradezu dominierender Bedeutung für ihre finanzielle Situation im Alter ist.

<sup>46</sup> So geht die Deutsche Bundesbank beispielsweise davon aus, dass etwa 20 Prozent der Vermögenssteigerung in den 90er-Jahren auf Wertsteigerungen einzelner Vermögensbestände zurückzuführen sind. Seit 1990 haben sich beispielsweise die Notierungen der Aktien, gemessen am DAX-Index, verdreifacht; siehe Deutsche Bundesbank (1999), S. 45.

<sup>47</sup> Siehe hierzu u. a. Hober (1981), Thiele (1998). Dagegen werden in den üblichen Vermögens(verteilungs)rechnungen z. B. Ansprüche auf künftige Leistungen aus Lebensversicherungen berücksichtigt.

<sup>48</sup> Bei den nachfolgenden empirischen Angaben werden die hieraus fließenden verrenteten periodenbezogenen Einkünfte (Rente, Pensionen) berücksichtigt und nicht explizit auf die Höhe des Vermögensbestandes eingegangen.

## 5.3 Zur Einkommenslage im Alter in den Neunzigerjahren – Unterschiede und Entwicklungslinien

Zuerst wird ein Überblick über die Einkommen insgesamt gegeben<sup>49</sup>. Dabei wird Unterschieden zwischen West- und Ostdeutschland und zwischen verschiedenen Haushaltstypen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Anschließend werden Angaben über einzelne Einkunftsarten gegeben, durch die maßgeblich die Einkommenslage im Alter bestimmt wird.

### 5.3.1 Haushaltseinkommen

Insbesondere die tief greifenden Einschnitte auf dem Arbeitsmarkt und im Erwerbsleben, die Anfang der Neunzigerjahre vor allem im Beitrittsgebiet zu verzeichnen waren (man denke an die massive Frühverrentung, siehe dazu Kapitel 4), haben Spuren in der Einkommensverteilung hinterlassen, aber auch die abgaben- und vor allem leistungsrechtlichen Veränderungen. Zwar wird in diesem Kapitel die Einkommenssituation in Ostdeutschland nicht mit der Lage in der DDR verglichen, doch haben die Bedingungen, die in der DDR herrschten, Auswirkungen auf die Unterschiede in der Einkommenssituation zwischen Ost- und Westdeutschland nach der Vereinigung im Jahr 1990.

Tabelle 5-1 verdeutlicht für das Jahr 1992 bereits am Beispiel der durchschnittlichen Nettoeinkommen von Personen im Alter von 55 und mehr Jahren, signifikante Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland sowie zwischen Männern und Frauen. In Westdeutschland sind die durchschnittlichen Nettoeinkommen im Vergleich zu Ostdeutschland höher, aber auch stärker ungleich verteilt.

Die Absolutbeträge der Durchschnittseinkommen liegen für alle in Tabelle 5-1 unterschiedenen Familienstandstypen durchweg in Westdeutschland über denen in Ostdeutschland. Um die unterschiedliche Haushaltsgröße beim Vergleich von Verheirateten und Alleinstehenden zu berücksichtigen, wurde das Durchschnittseinkommen der Verheirateten mit dem Faktor 1,7 gewichtet (gewichtetes Pro-Kopf-Einkommen).

Die beiden hier verwendeten Ungleichheitsmaße (Variationskoeffizient und Ginikoeffizient)<sup>50</sup> sind durchweg in Westdeutschland höher als in Ostdeutschland. Betrachtet

<sup>49</sup> Vgl. zum allgemeinen Überblick auch Ruland und Faik (1999).

<sup>50</sup> Der Variationskoeffizient berechnet sich allgemein aus der Division

des arithmetischen Mittelwertes  $\bar{x} = \sum_{i=1}^n x_i$  durch die Standardab-

weichung  $s = \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n [x_i - \bar{x}]^2}$ , mit  $i$  = Anzahl der Perso-

nen und  $x$  = Einkommen.

Zur Berechnung des Ginikoeffizienten wurde die Boldrini-Näherung verwendet; siehe z. B. Pietsch (1975: 43).

**Tabelle 5-1: Durchschnittseinkommen sowie Variations- und Ginikoeffizient der Nettoeinkommen bis unter 10 000 DM – 1992 –**

Familienstand	Durchschnittseinkommen		Variationskoeffizient		Ginikoeffizient	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost
<b>Frauen</b>						
alle	2.743	1.698	0,62	0,41	0,32	0,22
verheiratet						
absolut	3.662	2.327	0,51	0,35	0,27	0,16
gewichtet	2.154	1.369				
verwitwet	1.997	1.316	0,51	0,26	0,24	0,16
geschieden / getrennt lebend	1.895	1.092	0,55	0,28	0,28	0,16
ledig	2.080	1.175	0,63	0,31	0,32	0,16
<b>Männer</b>						
alle	3.625	2.227	0,53	0,42	0,29	0,21
verheiratet						
absolut	3.865	2.399	0,52	0,36	0,32	0,17
gewichtet	2.274	1.411				
verwitwet	2.624	1.397	0,53	0,27	0,26	0,15
geschieden / getrennt lebend	2.323	1.357	0,50	0,36	0,31	0,22
ledig	2.572	1.252	0,61	0,43	0,31	0,23

Quelle: Fachinger 1999, Tab. 3, basierend auf Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1994a, Tabellen B-149, B-150, B-236 und B-237.

man die jeweils vergleichbaren Familienstandstypen für Männer und Frauen, so zeigt sich bei den durchschnittlichen Nettoeinkommen von Männern – gemessen am Ginikoeffizienten – eine stärkere Ungleichverteilung als bei Frauen.

Hinter den Nettoeinkommen verbergen sich nicht nur Unterschiede in den Bruttoeinkommen, sondern auch unterschiedliche Abgabenbelastungen. Diese sind in Westdeutschland deutlich höher als in Ostdeutschland. Das wird in Tabelle 5-2 anhand der Relation von Netto- zu Bruttoeinkommen erkennbar: Die Bruttoeinkommen werden im Westen relativ mehr von direkten Abgaben (Lohn- und Einkommensteuer sowie Arbeitnehmerbeiträge zu den verschiedenen Sozialversicherungszweigen) belastet.

Dazu trägt (bei progressiver Lohn- und Einkommensteuerbelastung) auch das höhere Einkommensniveau im Westen bei.

Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Familienständen sind maßgeblich durch steuerliche Regelungen geprägt einschließlich des erwähnten Progressionseffektes bei höheren Einkommen. Letzteres erklärt auch die vergleichsweise geringe Abgabenbelastung der Verwitweten im Vergleich zu den anderen Familienständen wie auch von Frauen im Vergleich zu Männern.

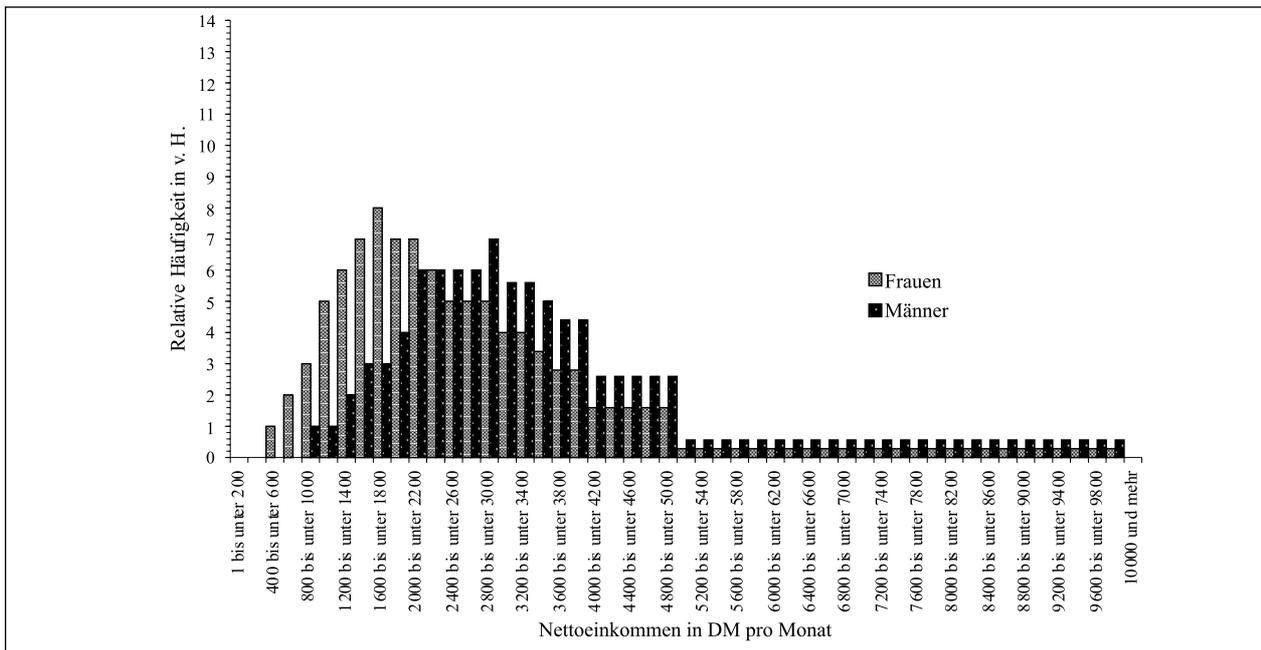
Wie bereits durch die beiden Ungleichheitsmaße angedeutet wurde, verbergen sich hinter solchen Durchschnittsangaben (wie in Tabelle 5-1 und 5-2) höchst unterschiedliche Häufigkeitsverteilungen (Schichtungen).

**Tabelle 5-2: Verhältnis von Netto- zu Bruttoeinkommen 1992, alle Einkommensklassen**

Familienstand	Netto in % Brutto		Differenz der Spaltenwerte (3) - (2)
	West (2)	Ost (3)	
<b>Frauen</b>			
alle	85,3	92,8	7,5
verheiratet	83,1	92,1	9,1
verwitwet	90,8	94,1	3,3
geschieden bzw. getrennt lebend	84,1	92,3	8,2
ledig	82,9	92,8	9,8
<b>Männer</b>			
alle	80,2	89,8	9,6
verheiratet	80,0	89,5	9,5
verwitwet	86,7	93,9	7,2
geschieden bzw. getrennt lebend	75,1	89,2	14,1
ledig	78,9	88,0	9,1

Quelle: Fachinger 1999, Tab. 4, basierend auf Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1994a, Tabellen B-144, B-145, B-149, B-150, B-233, B-234, B-236 und B-237, sowie eigene Berechnungen.

**Abbildung 5-1: Schichtung des Nettoeinkommens von Ehepaaren und Alleinstehenden 1992 (Einkommen bis unter 10 000 DM pro Monat, Westdeutschland, für Personen ab 55 Jahren)**

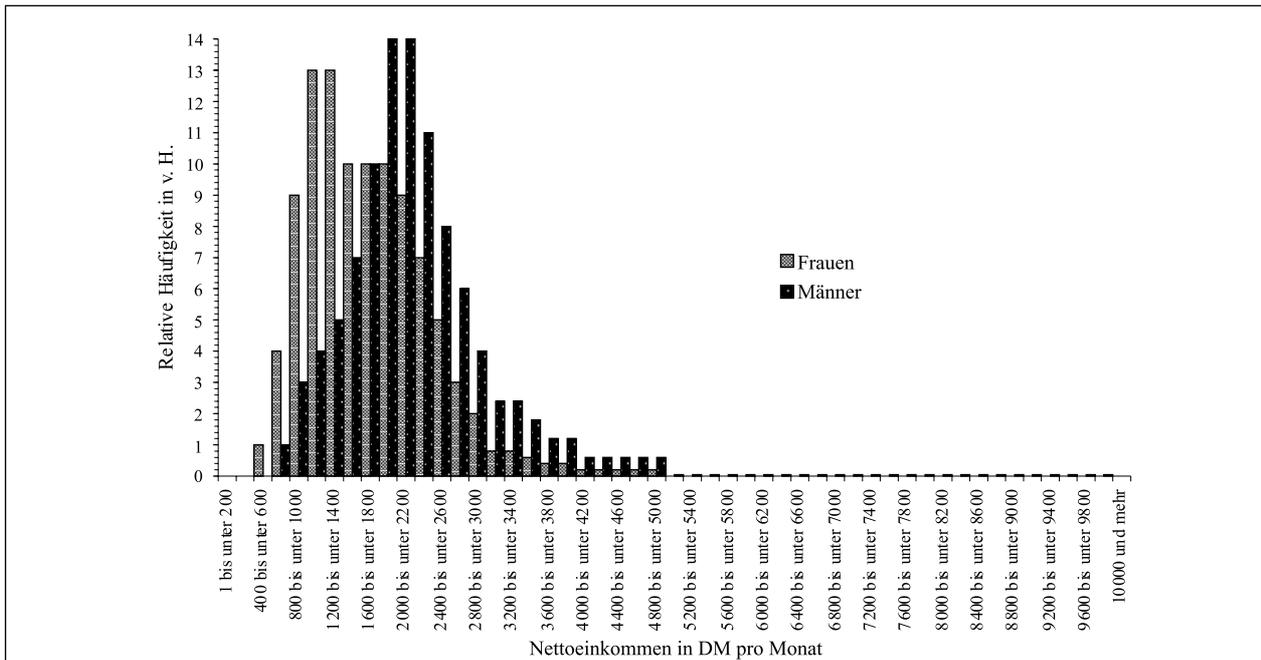


Quelle: Fachinger 1999, Abb. 3, basierend auf Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1994a, Tabellen B-149 und B-150.

Dies ist aus den Abbildungen 5-1 und 5-2 für Nettoeinkommen von Frauen und Männern in West- bzw. Ostdeutschland zu erkennen.

Das Einkommensspektrum in Ostdeutschland war 1992 weitaus schmäler als in Westdeutschland.

**Abbildung 5-2: Schichtung des Nettoeinkommens von Ehepaaren und Alleinstehenden 1992 (Einkommen bis unter 10 000 DM pro Monat, Ostdeutschland, für Personen ab 55 Jahren)**



Quelle: Fachinger 1999, Abb. 4, basierend auf Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1994a, Tabellen B-236 und B-237.

Für die ostdeutschen Haushalte älterer Menschen spielte die gesetzliche Rentenversicherung als Einkommensquelle eine weitaus größere Rolle als in Westdeutschland, gab es doch in der DDR keine nennenswerte betriebliche Alterssicherung und auch die private Vorsorge für das Alter besaß eine höchst untergeordnete Rolle. Angesichts der Arbeitsmarktlage in Ostdeutschland fielen auch Erwerbseinkünfte von Älteren und insbesondere auch Rentnern als Einkunftsquelle weitgehend aus. In Abbildung 5-3 wird die unterschiedliche Einkommensstruktur nach Einkunftsarten für 2-Personen-Rentnerhaushalte am Beispiel des Jahres 1993 verdeutlicht.

Die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) sind – im Durchschnitt – die bei weitem wichtigste Einkunftsquelle in West- wie Ostdeutschland. Deshalb wird nachfolgend näher auf diese Einkunftsart eingegangen. Deutlich ist in Abbildung 5-3 zu erkennen, dass die GRV-Renten im Budget ostdeutscher Haushalte eine signifikant größere Bedeutung besitzen. Veränderungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung berühren folglich im Durchschnitt ostdeutsche Haushalte (relativ) stärker als westdeutsche Haushalte.

Angesichts der höheren Erwerbsbeteiligung von Frauen treffen allerdings in ostdeutschen Haushalten häufiger als in westdeutschen Haushalten älterer Menschen zwei Versichertenrenten der beiden Ehepartner zusammen. Neben dem weitgehenden Fehlen ergänzender und zusätzlicher Formen der Alterssicherung in DDR-Zeiten wie auch von Beamtenpensionen erklärt dies mit das deutlich stärkere Gewicht von GRV-Renten in ostdeutschen Haushaltsbudgets.

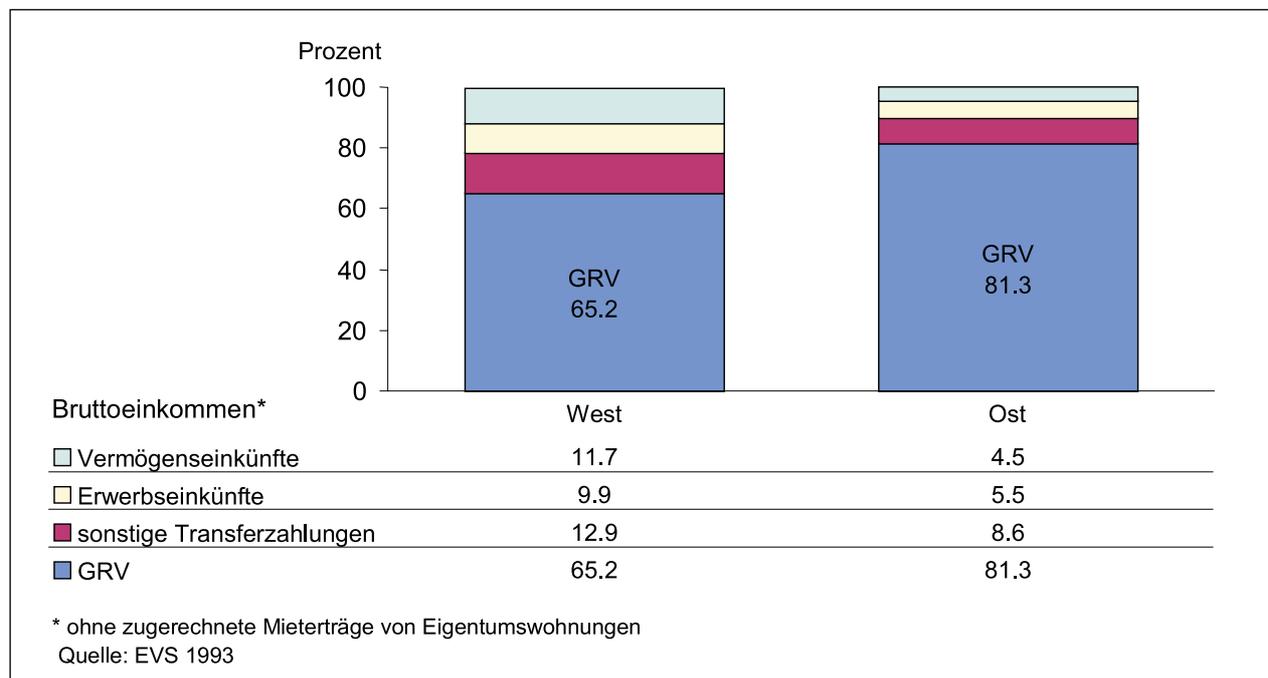
### 5.3.2 Renten der gesetzlichen Rentenversicherung

Am Beispiel der GRV-Renten, die zum Jahresende 1992 gezahlt werden, wird in den Abbildungen 5-4 und 5-5 auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen in West- bzw. Ostdeutschland hingewiesen. Für Ostrenten war inzwischen die Umstellung auf das westdeutsche Leistungsrecht erfolgt, und zwar unter Berücksichtigung von beträchtlichen Rentenanpassungen, die sich an der ostdeutschen Nettolohnentwicklung orientierten. Aber auch Sondertatbestände, die sich u. a. in so genannten Auffüllbeträgen vor allem zugunsten von Frauen niederschlugen, prägten die ostdeutsche Rentenstruktur<sup>51</sup>.

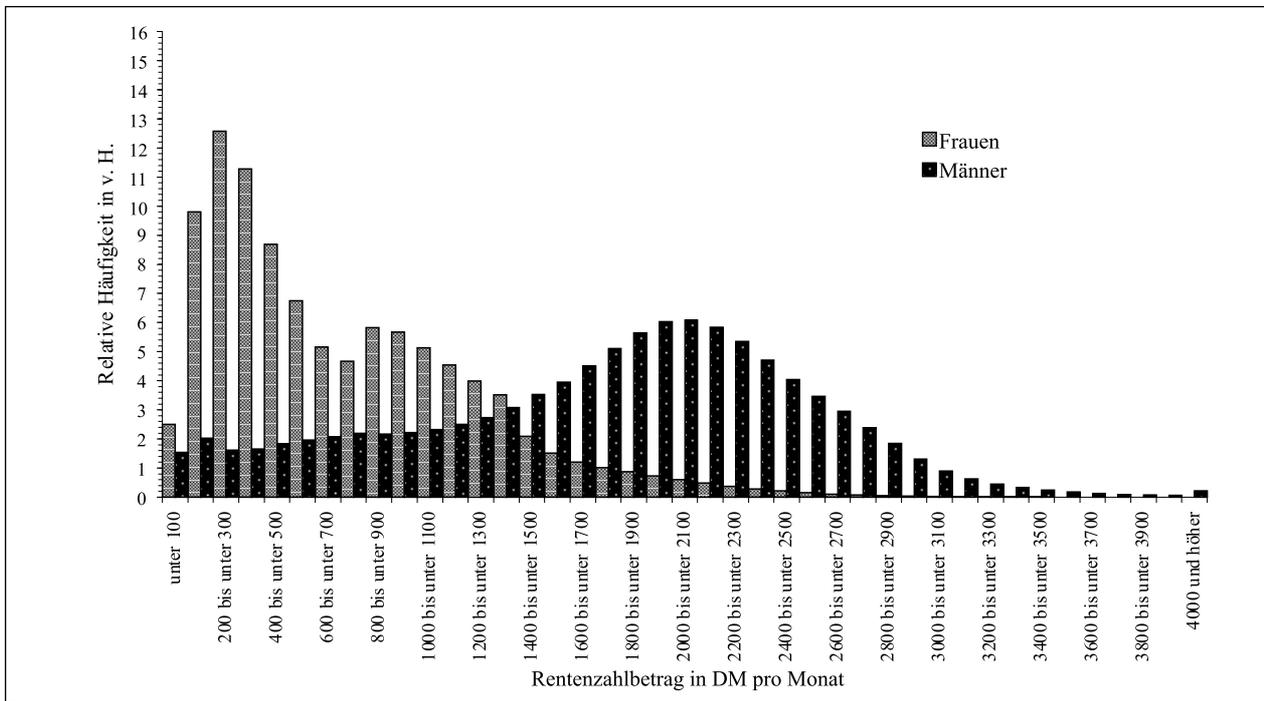
Die Daten zeigen in Westdeutschland erhebliche Unterschiede in der Höhe der Renten für Männer und Frauen. Diese Unterschiede sind in Ostdeutschland nicht so ausgeprägt. Insgesamt ist auch bei den Renten die Verteilung in Ostdeutschland weniger heterogen. Dies ist folglich angesichts der Dominanz der GRV-Renten für die Einkommenslage in Ostdeutschland auch ein maßgeblicher Grund für die geringere Heterogenität der ostdeutschen Einkommen insgesamt.

<sup>51</sup> Mit der Einführung der D-Mark in der noch bestehenden DDR wurde zugleich eine Umstellung der DDR-Renten auf das westdeutsche Rentenrecht vorgenommen. Dieser komplexe Prozess kann hier nicht nachgezeichnet werden. Näheres zur Umstrukturierung der DDR-Renten und den unterschiedlichen rentenrechtlichen Konzeptionen in den beiden deutschen Teilstaaten bei Schmähl (1991), und Maydell et al. (1996: 369 ff.) mit weiteren Verweisen sowie Hauser et al. (1996: 81-87).

**Abbildung 5-3: Einkommensstruktur nach Einkunftsarten bei 2-Personen-Rentner-Haushalten, 1993**

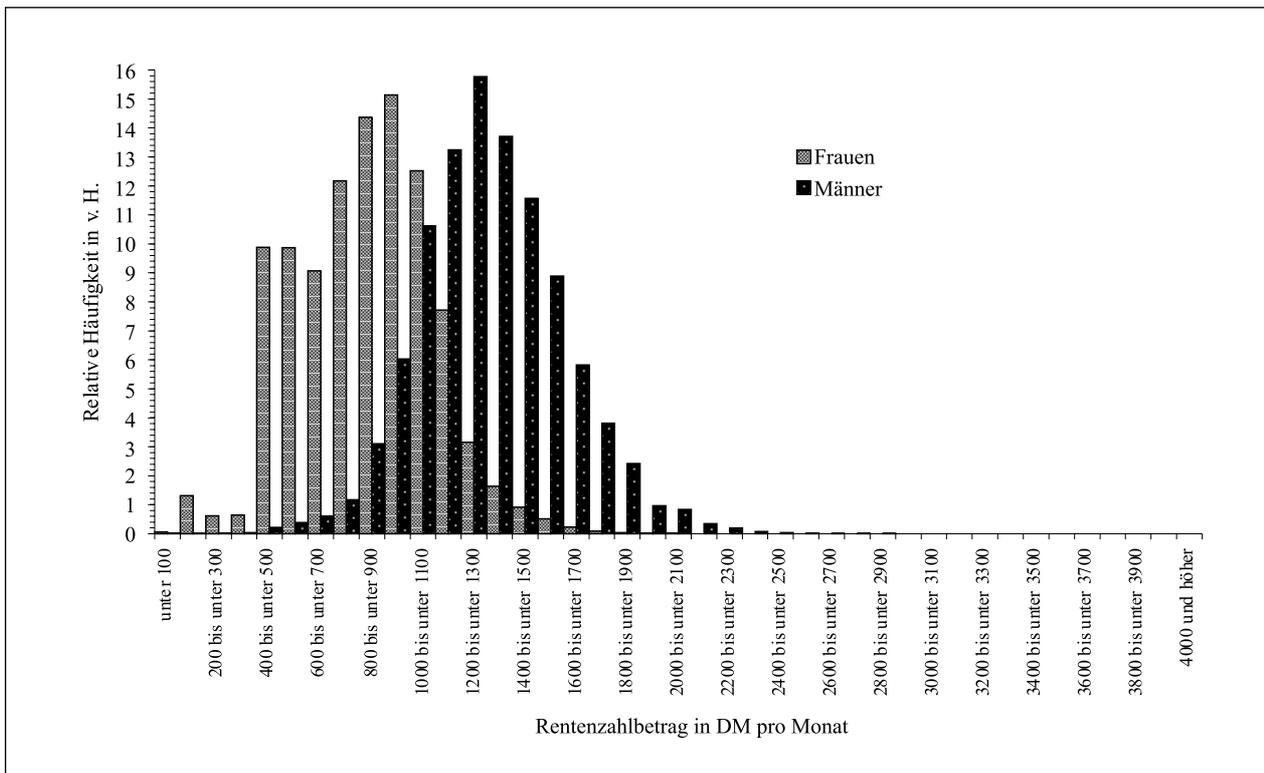


**Abbildung 5-4: Verteilung der Altersrenten auf Betragsklassen bei Frauen und Männern zum 31. Dezember 1992, Westdeutschland**



Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1994a: 144.

**Abbildung 5-5: Verteilung der Altersrenten auf Betragsklassen bei Frauen und Männern zum 31. Dezember 1992, Ostdeutschland**



Quelle: Verband deutscher Rentenversicherungsträger 1994a: 200.

Dass die Unterschiede zwischen Männer- und Frauenrenten in Ostdeutschland weitaus weniger ausgeprägt sind als in Westdeutschland ist eine Folge der unterschiedlichen Erwerbsbiografien von Frauen, also der höheren Erwerbsbeteiligung ostdeutscher Frauen. Der Blick auf die Höhe der durchschnittlichen monatlichen Rentenzahlbeträge (Altersrenten) unterstreicht dies; siehe Tabelle 5-3. Hierbei ist zu beachten, dass die Renten in West- und Ostdeutschland auf einem unterschiedlich hohen „aktuellen Rentenwert“ basieren, der an den unterschiedlichen Lohnniveaus der beiden Teilbereiche orientiert ist.

Die Berechnung der Renten basiert vor allem auf der im Erwerbsleben erreichten relativen Lohnposition (den so genannten Entgeltpunkten, definiert als jeweiliger individueller Bruttolohn zum durchschnittlichen Bruttolohn in den einzelnen Jahren der Erwerbstätigkeit)<sup>52</sup> sowie dem so genannten „aktuellen Rentenwert“, der den DM-Betrag für einen Entgeltpunkt (im Monat) angibt. Ende 1992 lag der ostdeutsche aktuelle Rentenwert bei 62,3 Prozent des westdeutschen. Dennoch übertrafen bereits zu diesem Zeitpunkt ostdeutsche Frauenrenten im Durchschnitt die in Westdeutschland an Frauen gezahlten Altersrenten. Bei den Männerrenten lagen die Durchschnittsbeträge in Westdeutschland noch um ein Drittel über den in Ostdeutschland gezahlten Beträgen. Wären allerdings zu diesem Zeitpunkt die „aktuellen Rentenwerte“ gleich hoch gewesen, so hätten die ostdeutschen Männerrenten (mit durchschnittlich 2103 DM) die westdeutschen Durchschnittsrenten um rund 20 Prozent übertroffen.

Die Integration ostdeutscher Rentner in das westdeutsche Rentenversicherungssystem im Juli 1990 führte zu einer beträchtlichen Verbesserung der Einkommenslage, vor allem für diejenigen, deren Rentenbeginn schon mehrere Jahre zurücklag. Der Grund war, dass in dem statisch konzipierten ostdeutschen System – in dem nur in größeren Abständen Ad-hoc-Anpassungen der Rentenhöhe erfolgten – selbst bei vergleichbarer Erwerbsbiografie eine große Kluft in der Rentenhöhe bestand, je nach dem Kalenderjahr, in dem die Rente erstmals bezogen wurde.

<sup>52</sup> Hinzu treten auf weiteren Tatbeständen basierende Rentenanprüche.

Diese Unterschiede wurden beseitigt und zugleich eine Anhebung der Renten in der DDR zum Zeitpunkt der Einführung der D-Mark am 1. Juli 1990 durchgeführt. Vor allem erfolgte nun auch eine zunächst im halbjährigen Abstand durchgeführte Anpassung der Renten auf der Basis der Entwicklung des durchschnittlichen Nettoarbeitsentgelts in Ostdeutschland, das hohe Zuwachsraten aufwies.

Im Laufe der Zeit hat sich für vergleichbare Rentenfälle (bei einer gleichen Zahl an Entgeltpunkten) eine beträchtliche Angleichung der Rentenhöhe vollzogen. Dies wird aus Abbildung 5-6 unmittelbar deutlich: Lag bei gleicher Zahl an Entgeltpunkten die ostdeutsche Rente zum Zeitpunkt der Einführung der D-Mark im Juni 1990 bei 40,3 Prozent der Westrente, so hat sich bis Juli 1999 der Abstand mehr als halbiert: Die Ostrente betrug nun 86,7 Prozent der vergleichbaren Westrente.

Der Angleichungsprozess, der in Abbildung 5-6 dargestellt ist, beruht allein auf der unterschiedlichen Entwicklung der durchschnittlichen Nettoarbeitsentgelte in Ost- und Westdeutschland (da eine identische Zahl von Entgeltpunkten unterstellt ist). Berücksichtigt man darüber hinaus die aus den jeweiligen Erwerbsbiografien (und den sozialrechtlichen Bestimmungen) resultierenden tatsächlichen Rentenzahlbeträge, so liegen im Durchschnitt die Männer-Renten (Altersruhegelder und Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) bereits seit Mitte 1997, die der Frauen seit Anfang 1991 über den entsprechenden Renten, die in Westdeutschland gezahlt werden; vgl. hierzu Tabelle 5-4.

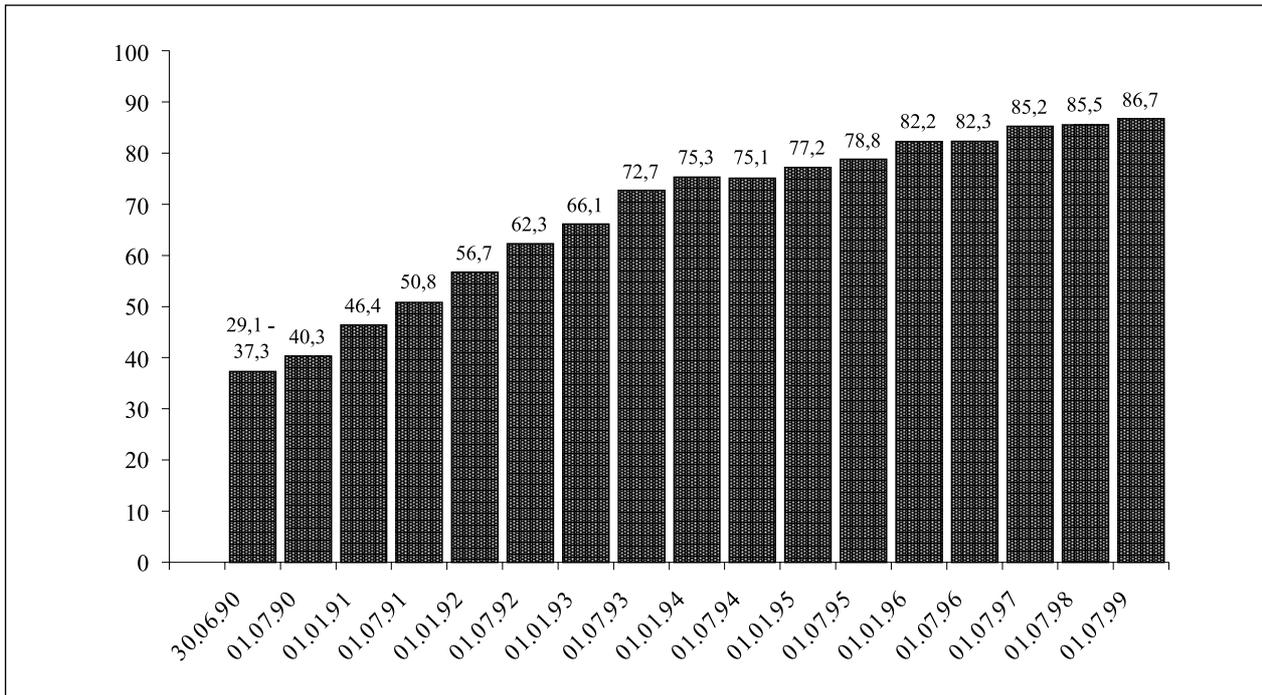
Insbesondere mit Blick auf die weitere Entwicklung der Renten in West- und Ostdeutschland ist zu unterscheiden zwischen denjenigen, die sich bereits im Rentenalter befinden und deren Renten im Zuge der Dynamisierung angehoben und dem westdeutschen generellen Leistungsniveau weiter angeglichen wurden und – was insbesondere für die Zukunft bedeutsam wird – den neu zugehenden Rentnern, die zumindest gegen Ende ihrer Erwerbsphase tief greifenden Veränderungen in ihrem Erwerbsleben ausgesetzt waren, auch wenn dies durch spezifische sozialpolitische Regelungen im Hinblick auf die Alterseinkünfte zum erheblichen Teil abgedeckt wird (durch Berücksichtigung von Phasen mit Leistungsbezug der

**Tabelle 5-3: Durchschnittlicher monatlicher Rentenzahlbetrag von Altersrenten zum 31. Dezember 1992 sowie Angaben zu dessen Streuung**

	Durchschnittswert	Relation West / Ost	Variationskoeffizient	Gini-koeffizient	Aktueller Rentenwert 2. Halbjahr 1992
Frauen					
West	718	86,3	0,72	0,39	42,63
Ost	832		0,32	0,18	26,57
Männer					
West	1.744	133,0	0,48	0,26	
Ost	1.311		0,22	0,12	

Quelle: Fachinger 1999, Berechnungen auf der Grundlage von Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1994a: 144 und S. 200.

**Abbildung 5-6: Vergleich der verfügbaren Eckrenten in den alten und neuen Bundesländern seit 1990**



GIT = Gastrointestinaltrakt; UGT = Urogenitaltrakt

Bundesanstalt für Arbeit – Vorruhestand, Arbeitslosigkeit – bei der Rentenberechnung)<sup>53</sup>.

Hinsichtlich des Angleichungsprozesses zwischen Ost- und Westdeutschland im Gesamtbereich der Alterssicherung ist zu beachten, dass kapitalfundierte, auf vorheriger Ersparnisbildung beruhende Formen der Alterssicherung (seien sie betrieblicher oder individuell zusätzlicher Art) stets längere Ansparphasen benötigen, bevor sie von

<sup>53</sup> Ein Überblick über die regelmäßige spezifische Berichterstattung über Ostdeutschland – vor allem auch zur Einschätzung der Lage – findet sich in Winkler (1999).

**Tabelle 5-4: Entwicklung der Angleichung der verfügbaren laufenden Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und wegen Alters der neuen Bundesländer an die in den alten Bundesländern seit 1990**

Stichtag	Verhältniswert der verfügbaren Renten in den neuen zu den in den alten Bundesländern	
	Frauen	Männer
30.6.1990	67,8	37,9
1.7.1990	79,6	47,4
1.1.1991	94,2	55,9
1.7.1991	103,4	60,6
1.1.1992	110,3	70,0
1.7.1992	113,5	73,4
1.1.1993	118,2	76,6
1.7.1993	125,2	83,8
1.1.1994	129,5	87,7
1.7.1994	128,2	88,5
1.1.1995	130,2	90,4
1.7.1995	133,0	93,7
1.1.1996	136,3	98,2
1.7.1996	134,4	98,1
1.7.1997	135,4	101,2
1.7.1998	134,6	102,4
1.7.1999	134,7	103,3

Quelle: Rentenversicherungsbericht 1999, Übersicht A 12. 1999 BMA, vorläufige Werte (Stand 28.9.1999)

quantitativer Bedeutung für die Alterseinkommen werden. Die Unterschiede zwischen Ost und West hinsichtlich der Struktur der Einkunftsquellen werden sich folglich erst allmählich und dann für Kohorten in unterschiedlichem Ausmaß verändern.

### 5.4 Heterogenität der Einkommenslage in Westdeutschland

Sowohl die ergänzenden Formen der Alterssicherung – betriebliche Alterssicherung im öffentlichen und privaten Sektor – als auch die zusätzliche private Vorsorge besaß und besitzt – wie erwähnt – in Westdeutschland beträchtlich größere Bedeutung als in Ostdeutschland. In Westdeutschland kommt es vielfach zu einer Kumulation solcher Einkunftsarten in Haushalten älterer Menschen mit GRV-Renten.

Die auf freiwilligen Entscheidungen beruhenden betrieblichen Alterssicherungseinrichtungen der Privatwirtschaft haben einen unterschiedlichen Deckungsgrad je nach Betriebsgröße und Wirtschaftszweig. Dies hat auch Folgen für die geschlechtsspezifische Verteilung von Betriebsrenten. Dies ist aus Tabelle 5-5 für das Jahr 1995 deutlich zu erkennen.

Insgesamt erhielten 1995 knapp 50 Prozent aller männlichen Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zusätzlich eine Betriebsrente, während es bei Frauen nur 13 Prozent waren. Der Verbreitungsgrad der Betriebsrenten für Arbeiter und Angestellte im öffentlichen Sektor ist allerdings deutlich höher, nahezu

flächendeckend, da hier die Zusatzrenten auf kollektivvertraglichen Regelungen basieren.

Bemerkenswert ist, dass die Kumulation von GRV-Renten und Betriebsrenten zu einer größeren Ungleichverteilung von Alterseinkünften beiträgt, da tendenziell höhere Betriebsrenten von denjenigen GRV-Rentenbeziehern empfangen werden, die auch über höhere Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung verfügen. Hierfür gibt es verschiedene Gründe, so die im Durchschnitt oft höheren Löhne in Großunternehmen (was zum Teil auch mit der Qualifikationsstruktur zusammenhängt), wie auch die Tatsache, dass für Personen, deren Arbeitsentgelt über der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung liegt (und die folglich für diese Lohnbestandteile keine Sozialbeiträge abführen, aber hierfür auch keine Rentenansprüche erwerben) vielfach ein Ausgleich über die Zuerkennung von Betriebsrentenansprüchen (als aufgeschobene Lohnbestandteile) erfolgt, um den Abstand der Renten vom früheren Arbeitsentgelt nicht zu groß werden zu lassen.

### 5.5 Armut im Alter

Die Leistungsfähigkeit eines Alterssicherungssystems wird grundsätzlich auch daran gemessen, wie gut die angestrebten Ziele realisiert werden. Für das Alterssicherungssystem in Deutschland gilt, dass durch die Versicherungspflicht präventiv auch einem Eintreten von materieller Armut im Alter entgegen gewirkt werden soll, neben dem – zumindest für die GRV und die Beamtenversorgung im Vordergrund stehenden – Ziel, eine Verstetigung

**Tabelle 5-5: Alterssicherung von Beschäftigten in der Privatwirtschaft 1995<sup>1)</sup> – Westdeutschland –**

	Männer		Frauen	
	GRV-Rente <sup>2)</sup> in Tsd.	Betriebsrente <sup>3)</sup> in %	GRV-Rente <sup>2)</sup> in Tsd.	Betriebsrente <sup>3)</sup> in %
insgesamt	2746	48	3546	13
nach Beschäftigtengrößenklassen von ... bis unter ... Beschäftigten				
1 bis 9	195	8	949	2
10 bis 99	592	22	787	5
100 bis 499	479	42	528	19
500 bis 999	265	57	194	34
1000 bis 9999	593	70	313	43
10000 und mehr	424	82	129	50
nach Wirtschaftsbereichen				
Handwerk	250	13	340	4
Handel	202	35	739	12
Baugewerbe	383	39	53	17
Industrie / Energiewirtschaft	1405	66	1131	23
Banken / Versicherungen	81	70	115	32
Land- / Forstwirtschaft	75	14	214	2
Bergbau	164	8	22	22
Sonstige / Keine Angabe	186	27	932	4

<sup>1)</sup> Basis: Bezieher einer eigenen GRV-Rente, die zuletzt Arbeitnehmer in der Privatwirtschaft waren, Männer und Frauen ab 60 Jahren.

<sup>2)</sup> Anzahl der Rentenfälle.

<sup>3)</sup> Anteil der Bezieher einer GRV-Rente, die zugleich eine Betriebsrente erhalten.

der Einkommensentwicklung beim Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand zu erreichen und einer Teilnahme von Rentnern und Pensionären am Einkommensfortschritt während der immer länger werdenden Phase des „Ruhestandes“.

Es ist auch für die Akzeptanz eines Pflichtenversicherungssystems, das eine verhältnismäßig hohe Beitragsbelastung der Arbeitseinkommen mit sich bringt, wichtig, inwieweit es in der Lage ist, die an das System gestellten Erwartungen der Beitragszahler zu erfüllen. Aus diesem Grunde wurde in der öffentlichen Diskussion über die Reduzierung des Leistungsniveaus in der gesetzlichen Rentenversicherung immer wieder auf die Gefahr einer Zunahme von Altersarmut, die Verringerung des Abstandes zwischen Renten nach langer Phase der Beitragszahlung und Sozialhilfeleistung, und damit die Gefahr einer dadurch bedingten Reduzierung der Akzeptanz hingewiesen.

Ein grundsätzliches Problem bei Analysen der materiellen Armut stellt die Wahl des Messkonzeptes dar. Hierbei gibt es keine allgemein akzeptierte Vorgehensweise zur Operationalisierung materieller Armut. In der Regel orientiert sich die Messung der Armut an den Daten über die Einkommenssituation. Oftmals wird – insbesondere auch bei international vergleichenden Studien – das Medianeinkommen als Referenzgröße gewählt und ein Bruchteil davon, z. B. die Hälfte des Medianeinkommens, als Armutsgrenze gewählt. Eine andere Vorgehensweise ist, sich an einer so genannten „offiziellen“ Armutsgrenze zu orientieren, die bei der Feststellung der Bedürftigkeit und zur Berechtigung von Transferleistungen aus dem sozialen Sicherungssystem verwendet wird. In Deutschland ist dies beispielsweise die Einkommenshöhe, ab der ein Haushalt zum Bezug von Leistungen nach dem BSHG be-

rechtigt ist – ohne diese Sozialhilfezahlungen verbliebe er also nach diesem Verständnis in Armut.

Unabhängig von der absoluten Höhe einer solchen konkreten Einkommensgrenze zeigen die oben herangezogenen Informationen, dass ein nicht unbeträchtlicher Anteil älterer Menschen – vor allem in Westdeutschland lebende allein stehende Frauen – über ein vergleichsweise niedriges Einkommen verfügt: 9,1 Prozent der allein stehenden Frauen und 5,2 Prozent der allein stehenden Männer hatten 1995 ein Nettogesamteinkommen von weniger als 1 000 DM pro Monat. Aus diesen, auf der Basis der ASID '95 ermittelten Prozentzahlen lassen sich allerdings nur sehr eingeschränkt Aussagen über das Lebenshaltungsniveau dieser Personen ableiten, da in diesen Daten nicht der jeweilige Haushaltszusammenhang berücksichtigt worden ist. Dies ist jedoch wesentlich für die Beurteilung der materiellen Situation, ist doch mittlerweile hinlänglich bekannt, dass allein stehend nicht mit alleinstehend gleichgesetzt werden darf. So leben rund 28 Prozent der alleinstehenden Frauen und 33 Prozent der alleinstehenden Männer in einem Mehrpersonenhaushalt<sup>54</sup>.

Daten zur Abschätzung der Altersarmut, in denen auch der Haushaltszusammenhang berücksichtigt wird, liefert die Sozialhilfestatistik. Die Armut älterer Menschen war, gemessen anhand der Bezieher von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt, verglichen mit anderen Altersgruppen, für West- und insbesondere für Ostdeutschland relativ niedrig, wie die folgende Tabelle 5-6 aufzeigt.

Wie Tabelle 5-6 entnommen werden kann, sind ältere Personen verglichen mit anderen Altersgruppen unterproportional unter den Beziehern der Hilfe zum Lebensunterhalt

<sup>54</sup> Die Zahlen entstammen der ASID 92.

**Tabelle 5-6: Anzahl und Altersstruktur der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen am 31.12.1996**

Alter in Jahren	Westdeutschland		Ostdeutschland	
	absolut	in %	Absolut	in %
unter 7	395.133	16,58	63.332	20,67
7 bis 14	379.769	15,94	45.483	14,85
15 bis 17	112.873	4,74	14.153	4,62
18 bis 24	205.583	8,63	43.334	14,15
25 bis 29	197.320	8,28	31.161	10,17
30 bis 39	415.523	17,44	52.770	17,23
40 bis 49	247.144	10,37	29.798	9,73
50 bis 59	190.027	7,98	15.444	5,04
60 bis 64	81.365	3,42	4.524	1,48
ab 65	157.745	6,62	6.324	2,06
insgesamt	2.382.482	100,00	306.323	100,00

**Tabelle 5-7: Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen am 31.12.1998, Anzahl sowie Anteil an der Bevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe (in Prozent)**

Alter in Jahren	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
unter 7	479054	146127	232927	8,6	8,6	8,6
7 bis 14	461113	136759	224354	6,2	6,2	6,2
15 bis 17	135113	67803	67310	4,9	4,8	5,0
18 bis 20	113296	45720	67576	4,1	3,3	5,1
21 bis 24	162888	57098	105790	4,6	3,1	6,0
25 bis 29	227978	82282	145696	4,1	2,9	5,4
30 bis 39	494541	188143	306398	3,5	2,6	4,5
40 bis 49	313034	142528	170506	2,7	2,4	3,0
50 bis 59	221733	103545	118188	2,2	2,0	2,3
60 bis 64	106383	48237	58146	2,0	1,9	2,1
ab 65	188147	53276	134871	1,4	1,1	1,6
insgesamt	2903280	1271518	1631762	3,5	3,2	3,9

Quelle: Schriftliche Mitteilung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung auf der Grundlage einer Sonderauswertung der Sozialhilfe-statistik.

außerhalb von Einrichtungen vertreten. Aber auch der Anteil der Bezieher der Hilfe zum Lebensunterhalt an der entsprechenden Altersgruppe ist relativ niedrig. Dies zeigt Tabelle 5-7, in der Angaben zusammengefasst sind, die sich auf die Situation zum Jahresende 1997 für Deutschland beziehen.

Tabelle 5-7 zeigt gemessen am Sozialhilfebezug, inwieweit die einzelnen Altersgruppen von Armut betroffen sind. Im Prinzip sinkt mit zunehmendem Alter der Anteil der Empfänger von Sozialhilfe in der jeweiligen Altersgruppe – die Ausnahme bildet die Altersgruppe der 21- bis 25-Jährigen. Von den Personen, die 65 Jahre und älter sind, waren Ende 1998 nur 1,4 Prozent „sozialhilfeabhängig“, wobei der Anteil der Frauen mit 1,6 Prozent den der Männer (1,1 %) überstieg. Frauen stellen in dieser Altersgruppe (mit gut 70 %) die bei weitem größte Zahl an Sozialhilfeempfängern.

Dabei bestehen erhebliche Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland. Wie der Tabelle 5-8 entnommen werden kann, in der neben den absoluten Zahlen auch die Anteilswerte bezogen auf die jeweilige Altersgruppe angegeben ist, tritt die Sozialhilfeabhängigkeit bei den 65 Jahre und älteren Personen in knapp 95 Prozent aller Fälle in Westdeutschland auf. Auch von der Gruppe der Personen, die sich in der Endphase ihrer Erwerbstätigkeit befinden, den 50- bis 59-Jährigen, sind etwa 91 Prozent aller Personen in Westdeutschland ansässig. Die höheren absoluten Zahlen beruhen allerdings auch auf der größeren jeweiligen Bevölkerungszahl in Westdeutschland. Jedoch ist auch die altersspezifische „Armutquote“ in Westdeutschland (bezogen auf die jeweilige Zahl der Personen in der Altersgruppe in West- bzw. Ostdeutschland) deutlich höher als in Ostdeutschland. „Gemessene“ Al-

tersarmut in Ostdeutschland war Ende 1997 verschwindend gering (so bedeutsam sie auch im jeweiligen Einzelfall ist)<sup>55</sup>.

Diese Angaben beruhen auf einer „offiziellen“ Armutsstatistik, die als „Armutsschwelle“ die Einkommensgrenzen nach BSHG verwendet. Aber auch auf der Basis einer alternativen Operationalisierung von Armut ergeben sich vergleichbare Ergebnisse. Verwendet man 50 Prozent des durchschnittlichen Nettoäquivalenzeinkommens als Armutsgrenze<sup>56</sup>, so ergibt sich auf der Grundlage der EVS '93, dass bei den westdeutschen Haushalten mit einer Bezugsperson im Alter von 65 Jahren oder älter die Armutquote nur bei den allein stehenden Frauen geringfügig überdurchschnittlich ist. Ansonsten liegen die Armutquoten deutlich unterhalb des Durchschnitts für alle Haushalte Ende der 90er-Jahre. Für ältere Haushalte in Ostdeutschland gibt es „... keine nachweisbare relative Einkommensarmut.“<sup>57</sup>

Grundsätzlich ist somit festzuhalten, dass Altersarmut innerhalb der deutschen Bevölkerung im Vergleich zu anderen Gruppen quantitativ gering war. Dies ist überwiegend auf das bisherige Leistungsniveau der Alterssicherungssysteme zurückzuführen.

<sup>55</sup> Über die Höhe der so genannten „verschämten“ Altersarmut – also der Nichtanspruchnahme von Sozialhilfe – liegen nur Vermutungen vor. Die Schätzungen reichen aber nicht über eine Verdoppelung der Zahlen hinaus; für einige Angaben siehe Neumann (1999).

<sup>56</sup> Becker (1999: 213). Um die unterschiedliche Haushaltsgröße zu berücksichtigen, wurde das Nettoeinkommen der Haushalte mit einem entsprechenden Faktor gewichtet. Dieses so ermittelte Einkommen wird als Nettoäquivalenzeinkommen bezeichnet.

<sup>57</sup> Becker (1999: 213).

**Tabelle 5-8: Anzahl der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen im Alter von 50 und mehr Jahren in West- und Ostdeutschland und Anteil an der gleichaltrigen Bevölkerung am 31.12.1997**

Alter in Jahren	Westdeutschland			Ostdeutschland		
	Bezieher absolut	in Prozent aller Bezieher*	in Prozent der Altersgruppe**	Bezieher absolut	in Prozent aller Bezieher*	in Prozent der Altersgruppe**
50 bis 59	200.284	91,0	1,9	19.841	9,0	0,2
60 bis 64	90.221	93,4	1,8	6.329	6,6	0,1
ab 65	162.569	94,4	1,2	9.643	5,6	0,1

\* Anteil der westdeutschen und ostdeutschen Empfänger an allen Empfängern

\*\* Empfänger je 100 Gleichaltrige in West- und in Ostdeutschland.

Quelle: Statistisches Bundesamt 1999b: 34 u. 40, sowie eigene Berechnungen.

## 5.6 Vermögensbestände

Der folgende Abschnitt enthält einige Informationen über den Vermögensbestand von Haushalten älterer Menschen. Da das arithmetische Mittel von so genannten „Ausreißern“ stark beeinflusst wird<sup>58</sup>, findet im Folgenden der Median<sup>59</sup> als Mittelwert zur Beschreibung der zentralen Lage der Vermögensverteilung Verwendung.

In der Tabelle 5-9 sind die (durchschnittlichen) Nettogeldvermögensbestände west- und ostdeutscher Haushalte, deren Bezugsperson 55 Jahre und älter ist<sup>60</sup>, nach

Familienstatus und Geschlecht differenziert dargestellt<sup>61</sup>. Um einen Eindruck von der Ungleichheit der Verteilung der Geldvermögensbestände zu vermitteln, ist zusätzlich der Variationskoeffizient angegeben.

Mehr noch als bei den Einkommen liegt für Vermögen eine beträchtliche Streuung vor: „So entfielen 1993 auf die Hälfte der Senioren-Haushalte nur 10 Prozent (Westdeutschland) bzw. 19 Prozent (Ostdeutschland) des jeweiligen Geldvermögens sowie 1998 knapp 27 Prozent bzw. gut 20 Prozent des Immobilienvermögens.“<sup>62</sup>

Deutlich sind die erheblichen Unterschiede in der durchschnittlichen Höhe der Nettogeldvermögensbestände zu erkennen. So divergieren die Medianwerte zwischen den

<sup>58</sup> Ausreißer bei der Verteilung der Vermögensbestände sind einzelne, atypisch sehr hohe Werte.

<sup>59</sup> Als Median wird jener Wert bezeichnet, „der eine nach ihrer Größe geordnete Reihe von Meßwerten halbiert“ (Benninghaus, 1996: 125).

<sup>60</sup> Dies geschieht, um dieselbe Untersuchungseinheit, die auch den Erhebungen ASID und AVID zugrunde liegt, zu verwenden.

<sup>61</sup> Um die unterschiedliche Haushaltsgröße zu berücksichtigen, wurden die Werte mit Äquivalenzziffern gewichtet. Da es keine allgemein anerkannte Äquivalenzziffer gibt, wurden die Werte verwendet, die auf einer Empfehlung der OECD beruhen; siehe Eggen (1998: 66).

<sup>62</sup> Bedau, 1999: 676.

**Tabelle 5-9: Durchschnittlicher Nettogeldvermögensbestand (Median) 1993 und Variationskoeffizient, gewichtet, Bezugspersonen ab 55 Jahren**

Familienstand	Median		Variationskoeffizient	
	West	Ost	West	Ost
Frauen				
alle	17.976	9.169	1,64	1,11
verheiratet	34.941	10.000	1,34	0,94
verwitwet	15.750	9.865	1,57	1,15
geschieden/getrennt lebend	11.074	5.400	2,24	1,27
ledig	31.688	11.520	1,37	0,90
Männer				
Alle	29.036	12.275	1,69	1,14
Verheiratet	29.515	12.242	1,57	0,99
Verwitwet	25.945	12.500	2,11	1,63
Geschieden/getrennt lebend	10.594	(10.257)	1,99	(1,05)
Ledig	40.111	/	1,81	/

/ = Keine Aussage möglich, da die Zellenbesetzungen mit  $n < 25$  unzureichend ist.

() = Der Aussagewert ist eingeschränkt, da die Zellenbesetzung mit  $25 \leq n < 100$  unzureichend ist.

Quelle: Fachinger 1999, Tab. 54, auf der Basis des Grundfiles der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1993.

**Tabelle 5-10: Bestand des Nettogeldvermögens nach Alter auf der Grundlage der EVS '93 – inklusive Versicherungsguthaben –**

Alter	Frauen			Männer			Relation Männer zu Frauen	
	Median		Relation (1) zu (2)	Median		Relation (4) zu (5)	West (7)	Ost (8)
	West (1)	Ost (2)		West (4)	Ost (5)			
unter 25	5.958	7.000	0,9	10.261	4.816	2,1	1,7	0,7
25 bis 29	10.663	5.192	2,1	15.858	5.447	2,9	1,5	1,0
30 bis 34	12.427	7.901	1,6	27.850	10.418	2,7	2,2	1,3
35 bis 39	16.755	11.231	1,5	36.862	16.152	2,3	2,2	1,4
40 bis 44	22.500	12.934	1,7	48.061	18.897	2,5	2,1	1,5
45 bis 49	26.485	13.000	2,0	62.937	23.769	2,6	2,4	1,8
50 bis 54	34.467	15.189	2,3	65.750	26.940	2,4	1,9	1,8
55 bis 59	26.731	12.500	2,1	64.698	20.666	3,1	2,4	1,7
60 bis 64	24.503	12.500	2,0	57.500	23.292	2,5	2,3	1,9
65 bis 69	18.864	12.500	1,5	48.750	20.379	2,4	2,6	1,6
70 bis 74	19.025	10.000	1,9	42.712	19.000	2,2	2,2	1,9
75 und älter	13.905	8.750	1,6	38.380	12.500	3,1	2,8	1,4

Quelle: Fachinger 1999, Tab. 50, auf der Basis des Grundfiles der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1993.

Familienständen beträchtlich, besonders deutlich bei den westdeutschen Männern. Allerdings gilt für West- und Ostdeutschland gleichermaßen, dass die geschieden bzw. getrennt Lebenden über die geringsten Vermögensbestände verfügen, ein im Prinzip nicht überraschender Befund, wie auch, dass die westdeutschen Haushalte im Durchschnitt erheblich höhere Vermögensbestände akkumuliert hatten als ostdeutsche Haushalte.

Deutliche Unterschiede bestehen auch in der Höhe der Vermögensbestände zwischen den Altersgruppen: Es wurde schon darauf hingewiesen, dass dies mit der sich im Zeitablauf vollziehenden Akkumulation begründet werden kann. Allerdings zeigt sich bei einer Zeitpunkt Betrachtung nicht, dass je älter die Personen sind, umso höher auch die Vermögensbestände sind; vgl. Tabelle 5-10.

Die Höhe der Vermögensbestände nach einzelnen Altersklassen zeigt für 1993, dass die Bestände bis zu einem mittleren Erwachsenenalter ansteigend sind. Dies wird häufig als Alterseffekt interpretiert. Aber man darf neben den Alters-, die Perioden- und Kohorteneffekte bei der Interpretation derartiger Angaben nicht vernachlässigen. So weist Fachinger (1998) in einem Vergleich der Vermögensbestände für Kohorten über mehrere Erhebungen der Einkommens- und Verbrauchsstichproben hinweg nach, dass mit zunehmendem Alter bei allen Kohorten der Vermögensbestand ebenfalls zugenommen hat<sup>63</sup>. Auch zeigt sich trotz der Begrenztheit der Aussagefähigkeit von Angaben über Vermögensbestände, dass in der Nacherwerbs-

phase mit zunehmendem Alter die Vermögensbestände nicht wieder abgebaut werden. Dies bezieht sich hier zwar nur auf die Geldvermögen, dürfte aber tendenziell auch für die in konventionellen Vermögensrechnungen einbezogenen Gesamtvermögen gelten. Das Versorgungs- bzw. Rentenvermögen nimmt dagegen ab.

## 5.7 Entwicklungstendenzen der Einkommenslage I: Einige Ergebnisse der AVID '96

### 5.7.1 Allgemeine Informationen

Die Erhebung AVID '96 liefert eine Vielzahl interessanter Informationen über die Ansprüche bzw. Anwartschaften der im Jahre 1995 vierzig bis unter sechzig Jahre alten Frauen und Männer, die in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind. Diese Ansprüche werden auf das 65. Lebensjahr hochgerechnet, also für einen Rentenbeginn zwischen 2000 und 2020.

Im Folgenden wird auf einige markante Ergebnisse dieser Untersuchung hingewiesen. Um sie besser beurteilen zu können, werden sie Resultaten der Erhebungen „Alterssicherung in Deutschland“, die in Abschnitt 5.3 dargestellt wurden, gegenübergestellt. Beim Vergleich mit den Ergebnissen dieser Erhebungen ist zu beachten, dass sich die AVID '96 nur auf die Grundgesamtheit der in der GRV im Jahre 1995 Versicherten bezieht und nicht auf alle Personen der jeweiligen Kohorten<sup>64</sup>. Weiterhin muss beachtet

<sup>63</sup> Die Vermengung von Alters-, Perioden und Kohorteneffekten in der Literatur führt immer wieder zu Fehlschlüssen über die Vermögensakkumulation im Lebenszyklus; siehe als ein Beispiel aus jüngster Zeit Thiele (1998: 154 ff.)

<sup>64</sup> Dies hat beispielsweise zur Folge, dass die Anwartschaften aus Alterssicherungssystemen der Personen, die im Jahr 1995 verbeamtet oder selbstständig waren, nicht erhoben wurden und daher die projizierten Anwartschaften auf das Netto-Alterseinkommen der jeweiligen Gruppen tendenziell zu niedrig ausgewiesen wird.

**Tabelle 5-11: Relative Höhe der Durchschnittswerte von Nettoeinkommen 1992 sowie der projizierten Anwartschaften auf Netto-Alterseinkommen im 65. Lebensjahr**

		Relation Ost zu West*	
		ASID '92	AVID '96
Familienstand			
Frauen			
Alle		61,9	106,2
Verheiratet	absolut	63,5	122,7
	Gewichtet**	63,6	122,8
Verwitwet		65,9	98,9
Geschieden / getrennt		57,6	77,9
lebend			
Ledig		56,5	61,2
Männer			
Alle		61,4	63,7
Verheiratet	absolut	62,1	61,6
	Gewichtet**	62,0	61,6
Verwitwet		53,2	70,1
Geschieden / getrennt	lebend	58,4	74,4
Ledig		48,7	70,3

\* Einkommen und Anwartschaften ostdeutscher Männer bzw. Frauen in Prozent des Einkommens und der Anwartschaften westdeutscher Frauen bzw. Männer (je nach Familienstand)

\*\* Division der den Berechnungen zugrunde liegenden Beträge durch 1,7.

Quelle: Fachinger 1999, Tab. 3, auf der Grundlage von Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1994a, Tabellen B-149, B-150, B-236 und B-237, sowie Verband Deutscher Rentenversicherungsträger & Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000: 107 u. 180.

werden, dass die Berechnung der GRV Anwartschaften auf den „aktuellen Rentenwerten“ des Jahres 1996 beruhen, die 46,67 DM für West- und 38,38 DM für Ostdeutschland je Entgeltpunkt betragen haben. Eine Angleichung der Werte zwischen West- und Ostdeutschland erfolgte in den Modellrechnungen nicht. Ginge man von einer weiteren Angleichung aus, so würde dies entweder eine deutliche Erhöhung der Anwartschaften für ostdeutsche Personen oder eine ebenfalls deutliche Reduzierung der Anwartschaften für westdeutsche Personen mit sich bringen. Weiterhin ist bei der Beurteilung der AVID-Angaben zu beachten, dass hierbei vom Rechtsstand des Jahres 1996 ausgegangen wird. Auch ist darauf hinzuweisen, dass in der GRV zwar für ab dem 1. Januar 1992 geborene Kinder drei Jahre Kindererziehungszeit angerechnet werden, davon profitieren die der Untersuchung zugrunde liegenden Kohorten aufgrund der Altersstruktur allerdings nur selten. In der Regel wird den Personen ein Jahr Kindererziehungszeit angerechnet.

In Tabelle 5-11 sind die Relationen zwischen West- und Ostdeutschland der jeweilig ausgewiesenen Durchschnittseinkommen aus der ASID für 1992 und der Ergebnisse der AVID '96 zusammengestellt.

Betrachtet man die Relationen zwischen West- und Ostdeutschland, so zeigt sich nach den Angaben der AVID '96 bei Männern und allein stehenden Frauen eine beträchtliche Angleichung im Vergleich zu den für 1992

nachgewiesenen Werten, bei den verheirateten Frauen sogar ein höheres Niveau in Ostdeutschland<sup>65</sup>.

Neben diesen allgemeinen Angaben ist der Entwicklungstrend der (errechneten Alters-) Einkommen von der ältesten zur jüngsten AVID-Kohorte von Interesse. In der Tabelle 5-12 sind die entsprechenden Angaben für die projizierten Netto-Alterseinkommen wiedergegeben.

Es zeigt sich, dass es bei den Frauen zu einer Zunahme der Anwartschaften für die jeweils jüngeren Geburtskohorten kommt und dass sich insgesamt tendenziell die Anwartschaften von Frauen zwischen West- und Ostdeutschland annähern. Dies resultiert daraus, dass tendenziell die altersgruppenspezifischen Anwartschaften westdeutscher Frauen stärker zunehmen als die ostdeutscher Frauen: bei den Frauen in Westdeutschland von der ältesten zur jüngsten Kohorte um etwa 17,5 Prozent, in Ostdeutschland um rund 11,2 Prozent. Demgegenüber sind die Differenzen zwischen den Kohorten bei den Männern – mit Ausnahme der zwischen 1946 und 1950 Geborenen, Westdeutschland – eher unbedeutend. Dies führt im Endergebnis auch zu einer „Angleichung“ der Anwartschaften zwischen Frauen und Männern bei den jüngeren Kohorten.

<sup>65</sup> Die den Relationen zugrunde liegenden absoluten Beträge sind allerdings auf Grund methodisch anderer Abgrenzungen nicht ohne weiteres vergleichbar. So sind unter anderem in der AVID '96 Erwerbseinkommen – insbesondere des Ehepartners – nicht berücksichtigt. Da Männer im Durchschnitt höhere Erwerbseinkünfte erzielen als Frauen, führt dies zu größeren Differenzen bei verheirateten Frauen.

**Tabelle 5-12: Projizierte Anwartschaften auf Netto-Alterseinkommen im 65. Lebensjahr nach Kohorten und Geschlecht differenziert, AVID '96**

	Frauen		Männer	
	West	Ost	West	Ost
	DM / Monat		DM / Monat	
Alle	1.245	1.322	2.618	1.668
1936 bis 1940	1.136	1.246	2.622	1.652
1941 bis 1945	1.257	1.329	2.659	1.690
1946 bis 1950	1.269	1.334	2.555	1.661
1951 bis 1955	1.335	1.386	2.634	1.669
	Relation Ost zu West, in %		Relation Frauen zu Männern, in %	
	Frauen	Männer	West	Ost
Alle	134,0	63,7	47,6	79,3
1936 bis 1940	145,4	63,0	43,3	75,4
1941 bis 1945	134,4	63,6	47,3	78,6
1946 bis 1950	130,9	65,0	49,7	80,3
1951 bis 1955	125,0	63,4	50,7	83,0

Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000: 92 u. 162, sowie eigene Berechnungen

### 5.7.2 Die Anwartschaften in der GRV und ihre Bedeutung im Gesamteinkommen

Wie die Analysen der Alterseinkommen von Haushalten zeigten, basiert ein Großteil der Einkünfte auf den Zahlungen der Regelsicherungssysteme, insbesondere denen der GRV. Aus diesem Grund wird im Folgenden näher auf die projizierten Anwartschaften auf Versichertenrenten aus der GRV eingegangen. Dabei wird zunächst wie-

derum auf die relative Höhe im West-Ost- sowie Frau-Mann-Vergleich eingegangen. Anschließend wird die Frage gestellt, wie sich die Bedeutung der GRV-Renten im Haushaltseinkommen insgesamt nach den Daten und Berechnungen der AVID '96 entwickeln.

Vergleicht man die durchschnittlichen Renten in West- und Ostdeutschland untereinander, so deuten die Angaben der AVID im Vergleich zu den ASID '92-Zahlen auf eine weitere Angleichung der beiden Teilgebiete hin. Dabei ist

**Tabelle 5-13: Durchschnittswerte der projizierten Anwartschaften auf Versichertenrente der GRV im 65. Lebensjahr (Zahlbetrag) sowie Verhältnis von Renten im West-Ost-Vergleich 1992 und 1996**

Familienstand	AVID '96		Relation Ost zu West	
	West	Ost	West	Ost
	DM / Monat		in %	
Alle	964	1.113	129,0	115,5
Verheiratet	856	1.105	135,2	129,1
absolut				
gewichtet	504	650		
Verwitwet	907	1.101	162,5	121,4
Geschieden / getrennt lebend	1.339	1.123	85,9	83,9
Ledig	1.716	1.230	74,3	71,7
	Männer			
Alle	1.939	1.424	68,4	73,4
Verheiratet	2.015	1.445	68,1	71,7
absolut				
gewichtet	1.185	850		
Verwitwet	2.084	1.453	68,1	69,7
Geschieden / getrennt lebend	1.627	1.298	72,1	79,8
Ledig	1.644	1.345	65,4	81,8

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1994a, Tabellen B-6, B-163, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000: 95 u. 168, sowie eigene Berechnungen.

**Tabelle 5-14: Verhältnis der Durchschnittswerte der eigenen GRV-Leistung 1992 sowie der projizierten Anwartschaften auf Versichertenrente der GRV im 65. Lebensjahr (Zahlbetrag)**

Familienstand	Relation Frauen zu Männern, in %			
	ASID '92		AVID '96	
	West	Ost	West	Ost
Alle	34,3	64,6	49,7	78,2
Verheiratet	31,7	62,9	42,5	76,5
Verwitwet	26,1	62,3	43,5	75,8
Geschieden / getrennt lebend	69,1	82,3	82,3	86,5
Ledig	84,3	95,8	104,4	91,4

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1994a, Tabellen B-6, B-163, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000: 95 u. 168, sowie eigene Berechnungen

– wie erwähnt – zu beachten, dass hier die Differenz der aktuellen Rentenwerte für West und Ost des Jahres 1996 konstant gehalten wurden. Der Angleichungsprozess verläuft nach diesen Informationen für Frauen und Männer unterschiedlich: Während bei Frauen die West-Rentnerinnen im Vergleich zu den Ost-Rentnerinnen aufgeholt sind es bei den Männern die Ost-Rentner, die sich eher dem West-Niveau annähern. Dies ist u. a. auf die Pflichtversicherung von Pflegezeiten (seit dem 1. April 1995) zurückzuführen. In Westdeutschland weisen rund 14 Prozent der Frauen Pflegezeiten mit einer durchschnittlichen Dauer von 3,7 Jahren auf, während in Ostdeutschland nur bei 3 Prozent der Frauen Pflegezeiten vorliegen, deren durchschnittliche Länge allerdings mit etwa 4,8 Jahre höher ist. Die sich daraus ergebenden Anwartschaften betragen 590 DM/Monat für westdeutsche und 900 DM/Monat für ostdeutsche Frauen (siehe Verband Deutscher Rentenver-

sicherungsträger/Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000: 180 ff.).

Tabelle 5-14 verdeutlicht, dass es im Durchschnitt auch zu einer weiteren Angleichung der Rentenzahlbeträge zwischen Frauen und Männern kommt. Bei den Ledigen ist für Westdeutschland sogar zu konstatieren, dass sich das Verhältnis umkehrt. Ledige Frauen haben höhere projizierte Anwartschaften als ledige Männer, ein Ergebnis, dass auch bei den projizierten Anwartschaften auf Netto-Alterseinkommen im 65. Lebensjahr auftrat.

Die kohortenspezifische Betrachtung der projizierten Netto-Alterseinkommen ergab im Prinzip eine Steigerung der Einkommen bei den Frauen bei jüngeren Kohorten, während die Netto-Alterseinkommen bei den Männern in etwa dasselbe Niveau aufweisen. Bei den Anwartschaften auf Versichertenrenten der GRV spiegelt sich diese Entwicklung nur zum Teil wider, wie die Tabelle 5-15 zeigt.

**Tabelle 5-15: Projizierte Anwartschaften auf Versichertenrente der GRV im 65. Lebensjahr (Zahlbetrag) nach Kohorten und Geschlecht differenziert, AVID '96**

	West	Ost	West	Ost
	DM / Monat		DM / Monat	
Alle	964	1.113	1.939	1.424
1936 bis 1940	882	1.086	1.985	1.529
1941 bis 1945	982	1.146	1.994	1.461
1946 bis 1950	980	1.110	1.878	1.351
1951 bis 1955	1.026	1.110	1.891	1.346
	Relation Ost zu West, in %		Relation Frauen zu Männern, in %	
	Frauen	Männer	West	Ost
Alle	115,5	73,4	49,7	78,2
1936 bis 1940	123,1	77,0	44,4	71,0
1941 bis 1945	116,7	73,3	49,2	78,4
1946 bis 1950	113,3	71,9	52,2	82,2
1951 bis 1955	108,2	71,2	54,3	82,5

Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger / Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000: 66, sowie eigene Berechnungen.

**Tabelle 5-16: Anteil GRV-Anwartschaften am Netto-Alterseinkommen – Projizierte Werte im 65. Lebensjahr (Zahlbetrag) nach Kohorten und Geschlecht- AVID '96**

	Frauen		Männer	
	West	Ost	West	Ost
Alle	77,4	84,2	74,1	85,4
1936 bis 1940	77,6	87,2	75,7	92,6
1941 bis 1945	76,5	86,2	75,0	86,4
1946 bis 1950	77,3	83,2	73,5	81,3
1951 bis 1955	76,9	80,1	71,8	80,6

Quellen: Errechnet nach Angaben in den Tabellen 5-12 und 5-15

So zeigt sich bei den Frauen prinzipiell die gleiche Entwicklung wie bei den projizierten Anwartschaften auf Netto-Alterseinkommen im 65. Lebensjahr: es kommt zu einer Zunahme der Anwartschaften bei den jeweils jüngeren Geburtskohorten und zugleich tendenziell zu einer Annäherung der Anwartschaften zwischen West- und Ostdeutschland. Demgegenüber werden danach bei den Männern die jüngeren Kohorten im Durchschnitt über niedrigere Anwartschaften verfügen als die Angehörigen älterer Kohorten. Im Ergebnis resultiert hieraus bei den Rentenanwartschaften eine „Angleichung“ zwischen Frauen und Männern. Schließlich sei noch der Frage nachgegangen, wie sich die relative Bedeutung der GRV-Renten im Alterseinkommen insgesamt bei den verschiedenen Kohorten nach diesen Informationen entwickeln dürfte.

Dies lässt sich durch einen Vergleich der in Tabelle 5-12 enthaltenen kohortenspezifischen Angaben der Netto-Alterseinkommen und den in Tabelle 5-15 wiedergegebenen GRV-Renten ermitteln. Die Ergebnisse enthält Tabelle 5-16. Zwar zeigt sich – nicht überraschend – insbesondere in Ostdeutschland eine leichte Zunahme anderer Einkünfte im Alter, doch bleibt die GRV-Rente mit rund 75 bis 80 Prozent die bei weitem wichtigste Einkunftsquelle. Sie bleibt in Ostdeutschland von noch größerer Bedeutung, da auf vorherige Vermögensakkumulation beruhende Alterssicherung Zeit benötigt, bevor sie einkommensmäßig wirksam werden kann. Mit diesen Befunden steht in Übereinstimmung, dass nach den AVID-Informationen die ergänzenden Formen der Alterssicherung weiterhin – zumindest im Durchschnitt und für einen Groß-

teil der Bevölkerung – quantitativ von nachrangiger Bedeutung bleiben.

### 5.7.3 Die Anwartschaften aus ergänzenden Sicherungssystemen

In der AVID '96 sind Informationen zu den folgenden Formen ergänzender Alterssicherung enthalten:

- Betriebliche Altersversorgung in der Privatwirtschaft,
- Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst sowie
- Private Vorsorge.

Zu bedenken ist hier, dass sich diese Angaben nur auf die in der Stichprobe enthaltenen Personen beziehen und daher weder ein Gesamtbild aller Anwartschaften aus diesen Systemen liefern können noch vergleichbar sind mit den Ergebnissen der ASID-Erhebungen. Im Folgenden wird auf die freiwilligen Sicherungssysteme näher eingegangen, wobei die Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst, da es sich um ein Pflichtversicherungssystem handelt, dessen Leistungshöhe in einem engen Zusammenhang mit den Leistungen aus der GRV steht, aus der Betrachtung ausgeschlossen bleibt.

Die betriebliche Altersversorgung in der Privatwirtschaft bleibt danach sowohl was die erfassten Personen als auch die Höhe der Anwartschaften anbelangt sehr unterschiedlich verteilt zwischen West und Ost sowie Frauen und Männern. In Tabelle 5-17 ist sowohl der Erfassungsgrad als auch die durchschnittliche Höhe von Anwartschaften angegeben.

**Tabelle 5-17: Erfassungsgrad und durchschnittliche Höhe der Anwartschaft in der betrieblichen Altersversorgung – projizierte Anwartschaften auf Leistungen, AVID '96 –**

	Frauen		Männer	
	West	Ost	West	Ost
Anteil der Personen mit Anwartschaften in Prozent	12	2	36	4
Betrag je Bezieher/in in DM / Monat	369	347	588	506

Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger / Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000: 72.

**Tabelle 5-18: Projizierte Anteile von Personen in der Privatwirtschaft mit Anwartschaften auf betriebliche Altersversorgung sowie deren durchschnittliche Höhe, AVID '96**

	Anteil				Betrag DM / Monat	
	Frauen		Männer		Frauen	Männer
	West	Ost	West	Ost	West	
1936 bis 1940	14	0	46	2	302	599
1941 bis 1945	16	3	46	4	348	551
1946 bis 1950	14	3	40	7	432	570
1951 bis 1955	17	7	37	7	397	636

Quellen: Kortmann 2000.

Von den in der AVID '96 erfassten Personen sind lediglich die westdeutschen Männer zu einem beträchtlichen Anteil von 36 Prozent in einer betrieblichen Altersversorgung erfasst. Auch die Höhe differiert erheblich. So belaufen sich 45 Prozent der westdeutschen und 40 Prozent der ostdeutschen Frauen sowie 27 Prozent der westdeutschen und 36 Prozent der ostdeutschen Männern auf Ansprüche unter 200 DM/Monat. Andererseits haben 9 Prozent der Männer in West- und 12 Prozent der Männer in Ostdeutschland Ansprüche erworben, die über 1 400 DM/Monat betragen<sup>66</sup>.

Was die Entwicklung in Kohortendifferenzierung betrifft, so geht danach der Anteil der Bezieher von Betriebsrenten bei den Männern im Westen sogar noch zurück. Bei den anderen Gruppen ergibt sich ein leichter Anstieg – allerdings auf sehr niedrigem Niveau. Die Durchschnittsbeträge werden steigen. Diese Aussage gilt für Westdeutschland, während in dieser Differenzierung in der AVID '96 keine Aussagen für Ostdeutschland möglich sind; siehe Tabelle 5-18.

Allerdings ist einschränkend darauf hinzuweisen, dass alle Angaben – wie auch zur privaten Vorsorge – mit erheblichen Unsicherheitsmargen behaftet sind – im Unterschied zu den Angaben über GRV-Renten, die aus dem Versichertenkonto der Rentenversicherungsträger übernommen werden konnten. Bei diesen und den folgenden Beträgen handelt es sich immer um Personen, die auch tatsächlich entsprechende Anwartschaft haben

<sup>66</sup> Siehe Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000: 72).

Bei den Angaben zur privaten Altersvorsorge ist einschränkend zu erwähnen, dass lediglich die auf Lebensversicherungs- und Rentenversicherungsverträgen beruhenden Ansprüche erfasst werden<sup>67</sup>. Aber immerhin verfügen 40 Prozent der Frauen und 64 Prozent der Männer in Westdeutschland sowie 52 Prozent der Frauen und 59 Prozent der Männer in Ostdeutschland über entsprechende Anwartschaften. Die Leistungshöhe – allerdings ohne die vom Gewinn des Versicherungsunternehmens abhängigen Zahlungen – ist im Durchschnitt allerdings relativ niedrig, wie der Tabelle 5-19 zu entnehmen ist.

## 5.8 Entwicklungstendenzen der Einkommenslage II: Ergebnisse der Simulationsstudien

Während die im letzten Abschnitt dargestellten Berechnungsergebnisse und daraus abgeleitete Tendenzaussagen auf der Annahme unveränderter rechtlicher Regelungen beruhen, soll im Folgenden anhand zweier Beispiele darauf hingewiesen werden, dass durch rechtliche Änderungen gleichfalls (z. T. beträchtliche) Veränderungen der Einkommenslage im Alter erfolgen können.

Die beiden herangezogenen Beispiele sind nicht als Empfehlungen der Kommission zu verstehen, sondern bezie-

<sup>67</sup> Insbesondere bei Lebensversicherungsverträgen kann keinesfalls davon ausgegangen werden, dass diese alle auch tatsächlich der Alterssicherung dienen. Sie werden u. a. zu Konsumzwecken oder zur Finanzierung von Haus- und/oder Wohneigentum verwendet oder auch an die nachfolgende Generation übertragen. Siehe Verband Deutscher Rentenversicherungsträger / Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000: 90 ff.)

**Tabelle 5-19: Durchschnittliche Höhe der Anwartschaft von Personen mit Ansprüchen, projizierte Anwartschaften auf Leistungen aus einer privaten Altersvorsorge, AVID '96**

	Frauen		Männer	
	West	Ost	West	Ost
	DM / Monat		DM / Monat	
Lebensversicherung	221	127	389	211
Private Rentenversicherung	372	577	722	474
Private Vorsorge insgesamt	237	163	419	246

Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000: 91.

hen sich auf zwei (z. T. seit längerem) in der Diskussion befindliche Ansätze.

Die Beschreibung von Entwicklungstendenzen der Alterssicherung in der Bundesrepublik Deutschland wurde bisher hauptsächlich auf der Basis von hoch aggregierten Daten oder wenigen Indikatoren vorgenommen. Im Vordergrund stand dabei vor allem die Abschätzung der Entwicklung des Beitragssatzes in der GRV unter den sich ändernden demographischen Rahmenbedingungen bei gegebenen und alternativen institutionellen bzw. gesetzlichen Regelungen. Derartige Berechnungen lassen jedoch keine Aussagen über die Wirkungen von gesetzlichen Änderungen auf die personelle Verteilung von Einkommen und damit auf die Lebenslage von Haushalten älterer Menschen zu. Zu einer Beurteilung der weiteren Entwicklung, aber auch von Reformvorschlägen ist es daher aus wirtschafts-, sozial- und verteilungspolitischen Gründen erforderlich, ergänzend zu den dominierenden Analysen auf der Makroebene auch die Effekte auf der Mikroebene (der Haushalts- und Individualebene) aufzuzeigen, um anhand differenzierter Verteilungsaussagen zu einer Beurteilung der Auswirkungen von Maßnahmen beizutragen.

Die im Folgenden herangezogenen Berechnungen illustrieren eine Vorgehensweise, die bisher relativ wenig benutzt wurde. Sie basieren auf dem Analysesystem Alters-

sicherung (AsA)<sup>68</sup>. Zur Abschätzung von renten- und steuerrechtlichen Veränderungen wurden Simulationsrechnungen zu den Auswirkungen auf Gesamteinkommen von Haushalten durchgeführt. Exemplarisch wird auf folgende Änderungen eingegangen:

- 1) eine Reduzierung des Eckrentenniveaus<sup>69</sup> von 70 Prozent auf 64 Prozent des durchschnittlichen Nettoarbeitsentgelts und
- 2) eine Veränderung der Besteuerung von Altersrenten.

### 5.8.1 Reduzierung des Eckrentenniveaus

Eine generelle Senkung des Eckrentenniveaus trifft die Haushalte nicht gleich stark. In der Tabelle 5-20 sind exemplarisch die Schichtungen der Nettoeinkommen für Ehepaare und allein stehende Frauen und Männer angegeben, getrennt nach West- und Ostdeutschland.

Die Reduzierung des Eckrentenniveaus um sechs Prozentpunkte führt zu einer „Verschiebung“ der Nettoeinkommen in untere Einkommensklassen, allerdings nicht

<sup>68</sup> Die Benutzung von AsA wurde durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie durch die GMD-Forschungszentrum Informationstechnologie GmbH ermöglicht.

<sup>69</sup> Also der Rente eines Eckrentners (mit 45 Entgeltpunkten) in Relation zum durchschnittlichen Nettoarbeitsentgelt.

**Tabelle 5-20: Die Schichtung der Nettoeinkommen bei einem Eckrentenniveau von 70 Prozent und 64 Prozent**

Einkommensschicht in DM pro Monat	Ehepaare		Frauen		Alleinstehende Männer		insgesamt	
	70 %	64 %	70 %	64 %	70 %	64 %	70 %	64 %
<b>Westdeutschland</b>								
unter 1.000	0,3	0,4	7,4	9,6	6,4	8,0	7,2	9,3
1.000 bis unter 2.000	7,8	11,0	43,2	47,8	27,4	32,4	40,0	44,7
2.000 bis unter 3.000	26,6	31,2	32,7	28,5	37,0	34,7	33,5	29,8
3.000 bis unter 4.000	29,4	26,3	10,8	9,0	17,0	15,3	12,1	10,3
4.000 bis unter 5.000	16,9	14,8	3,5	3,0	6,7	4,5	4,1	3,3
5.000 bis unter 6.000	8,9	7,4	1,4	1,2	3,2	3,1	1,8	1,5
6.000 bis unter 7.000	4,3	3,7	0,5	0,5	0,8	0,7	0,6	0,5
7.000 und mehr	5,9	5,2	0,5	0,4	1,4	1,3	0,7	0,6
<b>Ostdeutschland</b>								
unter 1.000	0,0	0,2	5,6	7,2	2,2	2,8	4,9	6,3
1.000 bis unter 2.000	3,0	4,5	52,6	63,0	39,7	51,1	50,1	60,6
2.000 bis unter 3.000	32,9	45,7	38,1	27,3	52,3	43,0	41,0	30,4
3.000 bis unter 4.000	45,8	36,9	3,4	2,4	4,6	2,2	3,7	2,4
4.000 bis unter 5.000	13,0	8,7	0,2	0,2	0,6	0,3	0,2	0,2
5.000 bis unter 6.000	3,5	2,4	0,0	0,0	0,3	0,3	0,1	0,1
6.000 bis unter 7.000	1,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1
7.000 und mehr	0,8	0,7	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0

Quelle: Sonderauswertung anhand von AsA.

gleichförmig für die einzelnen Gruppen. So ist beispielsweise die Veränderung in Westdeutschland nicht so stark wie in Ostdeutschland. Entscheidend für die Auswirkungen ist die anteilmäßige Bedeutung der Renteneinkommen am Gesamteinkommen der Haushalte. Je größer der Anteil der Einkünfte aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist, desto größer ist folglich auch die Reduzierung des Gesamteinkommens. Da die Zusammensetzung des Einkommens bei den Haushalten – wie dargestellt – stark divergiert, führt eine Reduzierung des Rentenniveaus nicht nur zu einer Reduzierung des Gesamteinkommens, sondern auch zu beträchtlichen Verschiebungen innerhalb der Einkommensverteilung. Diese hängen, neben den unterschiedlich hohen Anteilen der GRV-Renten an den Gesamteinkommen, auch von der unterschiedlichen Haushaltsstruktur und der Steuerprogression ab.

Weiterhin kommt es durch die allgemeine Senkung des Rentenniveaus zu einer Erhöhung der Empfänger von Sozialhilfeleistungen. In Westdeutschland beträgt die Zunahme etwa ein Viertel und in Ostdeutschland etwa ein Drittel<sup>70</sup>.

### 5.8.2 Veränderung der Besteuerung

Die Besteuerung von Alterseinkünften wird seit langem insbesondere unter (steuer-) systematischen Aspekten

wissenschaftlich diskutiert<sup>71</sup> und war und ist Gegenstand höchstrichterlicher Erörterungen. Differenzierte Verteilungsanalysen wurden hierzu dagegen vergleichsweise selten vorgelegt<sup>72</sup>. Für die Kommission wurden verschiedene Simulationsrechnungen durchgeführt<sup>73</sup>. Dabei zeigt sich prinzipiell, bei einer verstärkten Besteuerung der GRV-Renten: In den höheren Einkommensschichten ist die anteilmäßige Mehrbelastung tendenziell geringer als in den niedrigeren Einkommensschichten. Dabei werden westdeutsche Haushalte in den jeweiligen Einkommensschichten stärker betroffen als ostdeutsche Haushalte. Allerdings steigt mit zunehmendem Einkommen der Absolutbetrag der steuerlichen Belastung. Wie bei einer Senkung des Eckrentenniveaus hängt die Wirkung dieser institutionellen Veränderung vom Anteil der GRV-Renten an den Gesamteinkommen ab.

Das Ausmaß der Mehrbelastung ist allerdings auch von der Form der Besteuerung abhängig. Es wurden insgesamt sechs verschiedene Besteuerungsvarianten gerechnet, wobei die „Vollbesteuerung“ als Extremszenario ge-

<sup>70</sup> Fachinger (1999: 186–187)

<sup>71</sup> Siehe u. a. Littmann (1983), Wissenschaftlicher Beirat (1971), abweichend von der finanzwissenschaftlichen Mehrheitsmeinung Schmähl (1986b). Vgl. auch Birk (1986), Bertuleit und Binne (1996), Birk und Wernsmann (1998).

<sup>72</sup> Vgl. Schmähl et al. (1980), Schmähl (1983b), Müller und Bork (1998).

<sup>73</sup> Fachinger (1999: 187 f.).

**Tabelle 5-21: Auswirkung einer Vollbesteuerung**

Einkommensschicht in DM pro Monat Bruttoeinkommen	Steuerpflichtige insgesamt in Tsd. (2)	davon steuerbelastet in % (3)	davon mit Mehrbelastung in % (4)	Durchschnittliche Belastungsänderung in DM pro Monat (5)
<b>Westdeutschland</b>				
unter 1.000	416	0,0	0,0	0
1.000 bis unter 2.000	2.644	40,2	99,3	80
2.000 bis unter 3.000	3.314	59,9	97,7	190
3.000 bis unter 4.000	2.183	81,4	96,9	256
4.000 bis unter 5.000	1.224	87,4	93,1	370
5.000 bis unter 6.000	587	96,2	89,5	461
6.000 bis unter 7.000	357	96,7	79,6	504
7.000 und mehr	646	99,5	84,1	612
<b>Insgesamt</b>	<b>11.371</b>	<b>65,5</b>	<b>94,4</b>	<b>279</b>
<b>Ostdeutschland</b>				
unter 1.000	55	0,0	0,0	0
1.000 bis unter 2.000	705	58,7	97,3	84
2.000 bis unter 3.000	1.036	73,4	97,1	194
3.000 bis unter 4.000	716	78,8	98,2	225
4.000 bis unter 5.000	237	89,3	92,4	362
5.000 bis unter 6.000	64	94,6	84,6	465
6.000 bis unter 7.000	25	100,0	55,9	495
7.000 und mehr	40	99,2	74,7	539
<b>Insgesamt</b>	<b>2.878</b>	<b>72,1</b>	<b>95,7</b>	<b>211</b>

Quelle: Sonderauswertung anhand von AsA.

wählt wurde<sup>74</sup>, anhand dessen die Wirkungen am deutlichsten zutage treten. Hierauf wird zur Illustration kurz eingegangen.

In der Tabelle 5-21 sind, getrennt nach West- und Ostdeutschland, in Spalte 2 die Steuerpflichtigen nach Bruttoeinkommensklassen angegeben. In der Spalte 3 sind die Prozentsätze derjenigen angegeben, die tatsächlich Steuern zahlen. Bei diesen erhöht sich die steuerliche Belastung durch die Einführung der Vollbesteuerung, allerdings nicht für alle. Dies ist Spalte 4 zu entnehmen, der Anteil derjenigen (pro Einkommensschicht), die von einer Mehrbelastung nach Übergang zur Vollbesteuerung betroffen werden. Die durchschnittliche Mehrbelastung dieses Personenkreises in der jeweiligen Einkommensschicht ist in der fünften Spalte angegeben.

Tabelle 5-21 verdeutlicht, dass die durchschnittliche steuerliche Mehrbelastung (in DM pro Monat) in Westdeutschland höher ist als in Ostdeutschland. Ferner ist in Westdeutschland (bis auf die Einkommensschicht 3 000 bis unter 4 000 DM) in den einzelnen Einkommensschichten der Anteil der steuerlich Mehrbelasteten durch die Einführung einer Vollbesteuerung höher als in Ostdeutschland. Weiterhin ist bemerkenswert, dass die Vollbesteuerung zu einer anteilmäßig stärkeren Belastung unterer Einkommensschichten führt. Die durchschnittliche Belastungserhöhung in DM pro Monat nimmt allerdings mit steigendem Einkommen zu, mit einem Betrag, der in der Regel unter zehn Prozent des durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommens liegt.

Auch wenn anhand von Simulationsstudien die Realität nur angenähert erfasst werden kann, was auch von der Qualität der verfügbaren Daten abhängt, so können derartige Analysen doch Hinweise liefern auf Wirkungen gesetzlicher Änderungen, die für die materielle Situation der Haushalte älterer Menschen bedeutsam sein können und damit Verteilungseffekte aufdecken, die nur durch solche auf der Mikroebene ansetzenden Analysen erkennbar werden. Eine weitere – in Verteilungsanalysen – wenig beachtete Dimension betrifft regional unterschiedliche Wirkungen. Dies ist allerdings vor allem im Zusammenhang mit Sachleistungen des sozialen Sicherungssystems u. a. der Versorgung im Krankheits- und Pflegefall<sup>75</sup>, weniger bei den in diesem Kapitel behandelten Geldleistungen und finanziellen Ressourcen von Bedeutung<sup>76</sup>.

## 5.9 Fazit

Das Jahrzehnt seit der deutschen Vereinigung hat insbesondere die Einkommenslage ostdeutscher älterer Menschen beträchtlich verbessert. Es bleiben aber vor allem noch strukturelle Unterschiede in der Zusammensetzung

der Alterseinkommen zwischen West- und Ostdeutschland. In Deutschland sind für den größten Teil der Bevölkerung die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung die quantitativ bedeutendste Einkunftsart. In Ostdeutschland gilt dies noch mehr als in Westdeutschland. Auf vorheriger Vermögensansammlung basierende Formen von Alterseinkünften, die in Ostdeutschland kaum verbreitet waren, erfordern eine beträchtliche „Vorlaufzeit“ bevor sie von signifikanter Bedeutung werden können. Dies gilt aber auch allgemein für Veränderungen der Einkommensstruktur im Alter nach unterschiedlichen Formen der Vorsorge

Angesichts der Vielzahl von Einflussfaktoren für die Finanzlage im Alter ist es nicht erstaunlich, das ein hohes Maß an Heterogenität hinsichtlich der im Alter verfügbaren finanziellen Ressourcen besteht. Diese ist auch für die Zukunft zu erwarten und könnte sich noch verstärken. Dies ist insbesondere abhängig von Entwicklungen in der Erwerbsphase<sup>77</sup> – Ausmaß und Art der Erwerbstätigkeit und daraus fließender Einkünfte, Sparfähigkeit und Sparbereitschaft – sowie institutionellen Regelungen – hier insbesondere im Steuer- und Sozialversicherungsrecht. Wie sich in Zukunft die finanzielle Situation im Alter entwickeln wird, ist unterschiedlich zu betrachten, je nachdem, ob es sich um Personen handelt, die noch in der Erwerbsphase stehen bzw. wie nahe sie „dem Rentenalter“ sind oder ob sie bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Im letztgenannten Fall wird die Entwicklung ihrer finanziellen Ressourcen weitgehend von den sozial- und steuerrechtlichen Bedingungen abhängen (z. B. der Dynamisierungsregel und Besteuerung von Renten, den Zuzahlungsregelungen im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit<sup>78</sup>) wie auch von der ökonomischen Entwicklung. Dies betrifft alle Formen der „Verzinsung“ bzw. Dynamisierung von Alterseinkünften, und zwar bei kapitalfundierte Formen z. B. Marktzinssätzen, aber auch Anpassung von Betriebsrenten. Und bei Renten der gesetzlichen Rentenversicherung sowie Beamtenpensionen die Lohnentwicklung der jeweils Beschäftigten.

Für künftige (neue) Rentner werden sich Einschränkungen des Leistungsrechts auswirken, die in den letzten Jahren beschlossen wurden, was in der öffentlichen Diskussion angesichts der dort dominierenden Sicht auf die Eckrente bislang nicht recht wahrgenommen wird<sup>79</sup>.

Wie in diesem Kapitel dargelegt, werden bei gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen nach wie vor die Renten

<sup>74</sup> In der Realität würde eine volle Einbeziehung der GRV-Renten in die steuerliche Bemessungsgrundlage (und nicht nur eines „Ertragsanteils“ wie gegenwärtig) nur allmählich erfolgen können. Auf diesen Übergangsprozess wird hier nicht eingegangen.

<sup>75</sup> Siehe hierzu Schmähl (1999).

<sup>76</sup> Zu räumlichen Aspekten siehe Kapitel 7.

<sup>77</sup> Dabei kommt es allerdings darauf an, wie Personen in ihrem Lebensablauf von Veränderungen betroffen werden. Dies kann nicht einfach aus Querschnittsangaben über Erwerbsunterbrechungen, Höhe der Arbeitslosigkeit usw. abgeleitet werden. Vgl. zu Längsschnittbefunden im Unterschied zu Querschnittsinformationen z. B. Strengmann-Kuhn (1999).

<sup>78</sup> So sind ja bislang die Leistungen der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung in ihrer absoluten Höhe unverändert geblieben und die Frage ihrer Dynamisierung (bei zudem steigenden Pflegekosten) ist bislang offen gelassen worden.

<sup>79</sup> Da die Eckrente stets auf der Basis von 45 Entgeltpunkten berechnet wird, schlagen sich Änderungen, die sich auf die individuelle Höhe der Entgeltpunkte auswirken, nicht in der Eckrente nieder. Zu Leistungsrechtsänderungen siehe Eitenmüller (1999).