

**Antwort**  
**der Bundesregierung**

**auf die Große Anfrage der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Petra Bläss und der Gruppe der PDS/Linke Liste**  
**— Drucksache 12/2375 —**

**Zur Situation behinderter und älterer pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland**

Seit 1973 wird in der Bundesrepublik Deutschland die Frage der sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit diskutiert. Von verschiedenen Parteien und der Regierung wurden Gesetzentwürfe mit unterschiedlichen Ansätzen und Zielen vorgelegt. Gegenwärtige Diskussionen drohen an den Betroffenen vorbeizugehen. Aber über 2,5 Millionen pflegebedürftiger Menschen sowie ihre Angehörigen, Freunde und Helfer erwarten eine Lösung. In der Öffentlichkeit wird der Eindruck erweckt, daß nur eine Versicherung als Lösung möglich sei. Im Gegensatz dazu vertritt die Gruppe der PDS/Linke Liste die Auffassung, daß nur ein steuerfinanziertes Bundesleistungsgesetz (Pflege-Assistenz-Gesetz) eine Lösung für die Betroffenen darstellt und einen echten Schritt in Richtung Sozialstaat bedeutet.

Die Bundesregierung hat im Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit (Drucksache 10/1943) vom 5. September 1984 Schwerpunkte für ihr Wirken benannt. Das waren:

- Unterstützung der häuslichen Pflege durch verbesserte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen sowie durch Maßnahmen im Wohnungswesen;
- Unterstützung der Pflege durch steuerliche Entlastungsmaßnahmen;
- Verbesserung der personellen Situation von ambulanten Diensten.

Die Bundesregierung verwies in dem Bericht darauf, daß sie zum ersten Mal seit Beginn der Diskussion „das Stadium der Modellüberlegungen verlassen“ hätte und vermittelte den Eindruck, wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege eingeleitet zu haben. Seitdem sind acht Jahre vergangen. Die gegenwärtige Lage zeigt aber keine grundlegenden Veränderungen in der Situation.

Für eine sachkundige Diskussion ist die Offenlegung bisheriger Entwicklungen sowie die Analyse der Wirksamkeit der 1984 vorgeschlagenen Maßnahmen der Bundesregierung notwendig.

---

*Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministers für Familie und Senioren vom 11. September 1992 übermittelt.*

*Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.*

### Vorbemerkung

Die Verbesserung der Lebensverhältnisse und Zukunftsperspektiven älterer und behinderter Menschen, insbesondere auch der pflegebedürftigen Menschen, bildet einen Schwerpunkt der Politik der Bundesregierung. Bei ihrer Politik für ältere und behinderte Menschen berücksichtigt die Bundesregierung soweit wie möglich deren Wünsche und Erwartungen, insbesondere den Wunsch nach selbstbestimmter und möglichst selbständiger Lebensführung und weitgehender Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie das Bedürfnis nach materieller und sozialer Sicherheit und nach angemessener Unterstützung und Betreuung im Falle der Pflegebedürftigkeit.

Die Bundesregierung wird im Rahmen ihrer Zuständigkeiten auch weiterhin dazu beitragen, daß ein vielschichtiges und abgestuftes System von Hilfen zur Verfügung steht.

Von besonderer Bedeutung sind für die Bundesregierung Maßnahmen, die der Erhaltung der selbständigen Lebensführung älterer und behinderter Menschen dienen. Es entspricht den Wünschen der meisten Menschen, möglichst lange zu Hause in der gewohnten häuslichen und sozialen Umgebung zu leben. Wie bereits im Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit (Drucksache 10/1943 S. 14 f.) und in der Antwort auf die Große Anfrage zur Lebenssituation und Zukunftsperspektiven der älteren Menschen (Drucksache 10/2784 S. 2 f.) dargestellt, gebührt deshalb aus Sicht der Bundesregierung der ambulanten Versorgung grundsätzlich der Vorrang vor stationärer Versorgung.

Der Aufbau einer Infrastruktur ambulanter und stationärer Angebote für Hilfe- und Pflegebedürftige ist nach der Aufgabenverteilung des Grundgesetzes in erster Linie Aufgabe von Ländern und Gemeinden, die aufgrund besonderer Kenntnis und Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und der gewachsenen sozialen Strukturen der Regionen am besten geeignet sind, um eine praxisnahe, bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.

Aufgabe des Bundes ist es, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Darüber hinaus kann die Bundesregierung die zur sachgemäßen Erfüllung ihrer Aufgaben notwendige Forschung betreiben bzw. fördern. Sie kann außerdem durch Förderung richtungweisender Modellvorhaben neue Entwicklungen fördern und in Gang setzen.

Seit 1984 hat die Bundesregierung, wie im Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit (Drucksache 10/1943) angekündigt, durch verschiedene Forschungsvorhaben und Modellprojekte in erheblichem Umfang zur Weiterentwicklung von Hilfs- und Pflegekonzepten, zur Erweiterung der Palette von Hilfsangeboten, zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in ambulanten Diensten und zur Gewinnung von Erkenntnissen über die Situation älterer und behinderter Menschen beigetragen.

Das Modellprogramm „Ambulante Dienste für Pflegebedürftige“, das bereits in Drucksache 11/1528 ausführlich vorgestellt wurde, diente dem Ziel, festzustellen, wie vorhandene Möglichkeiten der

Hilfe und Pflege intensiviert und aktiviert, das bestehende Angebot quantitativ und qualitativ verbessert und Versorgungslücken geschlossen werden können. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitstudie wurden 1992 veröffentlicht. Im Zusammenhang mit diesem Modellprogramm wurden auch Modelleinrichtungen der Kurzzeitpflege geschaffen.

Hinzuweisen ist auch auf die seit 1992 vorliegende Untersuchung „Kurzzeitpflege in der Bundesrepublik Deutschland“, auf deren Ergebnisse unten (Frage 2) eingegangen wird, sowie die Untersuchung „Tagespflege in der Bundesrepublik Deutschland“. Beide Untersuchungen haben eine Übersicht über die in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Kurzzeit- bzw. Tagespflegeprojekte erstellt, deren Erfahrungen ausgewertet und Empfehlungen für den weiteren Ausbau dieser Einrichtungen formuliert.

Mit der durch die Universität Trier im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren erstellten Studie „Pflegebedürftige in Heimen“, die 1991 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde, konnte die Datenlage im Hinblick auf die geplante Absicherung des Pflegerisikos erheblich verbessert werden. Die Studie gibt für die alten Bundesländer Aufschluß über die Zahl, die Einkommens- und Vermögenssituation von in Heimen lebenden Pflegebedürftigen.

Gegenwärtig läßt die Bundesregierung durch einen Forschungsverbund der Universitäten Erlangen und Tübingen sowie der Infratest-Forschungsinstitute eine Untersuchung „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ durchführen. Die Untersuchung hat zum Ziel, Erkenntnisse über die Zahl und die Situation pflegebedürftiger und behinderter Menschen und die Situation ihrer Angehörigen zu gewinnen. Dabei sollen der Bedarf an Hilfe und Pflege geklärt und Unterstützungsmöglichkeiten für eine möglichst selbständige Lebensführung untersucht werden. Bereits jetzt hat Infratest einen ersten Bericht über die Ergebnisse der Repräsentativerhebung vorgelegt; damit liegen erstmals für die gesamte Bundesrepublik Deutschland wissenschaftlich abgesicherte Daten über die Zahl zu Hause lebender Pflegebedürftiger sowie über Umfang und Struktur des Hilfe- und Pflegebedarfs vor. Einzelergebnisse der Erhebung werden im folgenden aufgegriffen.

Ferner wird auf die noch laufenden und die bereits veröffentlichten Projekte zu neuen Formen ambulanter gerontopsychiatrischer Versorgung im Rahmen des Modellverbundes Psychiatrie hingewiesen, die unter Frage 3 näher dargestellt sind.

Hervorzuheben ist an dieser Stelle auch das unter Frage 6 beschriebene Modellprogramm der Bundesregierung „Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger“.

Als Antwort auf die besonders problematische Versorgungssituation Pflegebedürftiger in den neuen Ländern hat die Bundesregierung im Rahmen des „Soforthilfeprogramms“ für den Aufbau ambulanter Versorgungsangebote umfangreiche Finanzmittel zur Verfügung gestellt, die innerhalb kurzer Zeit zum Aufbau eines

flächendeckenden Netzes von Sozialstationen geführt haben. (Vgl. im einzelnen die Antwort zu Frage 5 und die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage zur Pflegesituation in den neuen Bundesländern, Drucksache 12/1067.)

Die Bundesregierung wird auf der Grundlage von Beschlüssen der Koalitionsfraktionen ein Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vorlegen. Entstehende Belastungen der Wirtschaft werden ausgeglichen. Mit der geplanten Einführung der sozialen Pflegeversicherung treten grundlegende Verbesserungen der finanziellen Situation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen ein und werden Impulse für eine strukturelle Weiterentwicklung des Angebots ambulanter und stationärer Hilfen ausgelöst.

1. Welche Erfahrungen konnte die Bundesregierung im Rahmen des Gesundheits-Reformgesetzes seit dem 1. Januar 1991 bei der Umsetzung der vorgesehenen Maßnahmen und Leistungen für Schwerstpflegebedürftige sammeln?  
Welche konkreten Ergebnisse zur Verbesserung der Lage Schwerstpflegebedürftiger kann die Bundesregierung benennen?  
Welche finanziellen Mittel wurden eingesetzt?  
Wie bewertet die Bundesregierung die Ergebnisse?

Im Rahmen des Gesundheits-Reformgesetzes sind erstmals Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schwerpflegebedürftigkeit eingeführt worden. Wichtigster Bestandteil dieser neuen Leistungen sind die Geldleistungen nach § 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und die Sachleistungen nach § 55 SGB V.

Im Jahr 1991 sind bei den Krankenkassen insgesamt mehr als eine Million Anträge eingegangen. Hiervon wurden 1991 ca. 878 000 abschließend bearbeitet. Von diesen wurden ca. 634 000 bewilligt, was einer Bewilligungsquote von 72 % entspricht. Etwa 86 % dieser Bewilligungen entfielen auf die monatliche Geldleistung von 400 DM, 14 % auf die Sachleistung häuslicher Pflegehilfe.

Ein Teil der Anträge wurde abgelehnt, da die entsprechenden Vorversicherungszeiten nicht erfüllt waren. Aufgrund des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist daher die Regelung über die Vorversicherungszeit zum 1. Januar 1992 geändert worden. Jetzt genügen 15 Jahre als Mitglied oder als Familienversicherter in einer gesetzlichen Krankenkasse und die Feststellung, daß der Schwerpflegebedürftige in den letzten fünf Jahren vor der Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit insgesamt 36 Monate einer gesetzlichen Krankenkasse angehört hat.

Die Krankenkassen haben 1991 2,07 Mrd. DM für diese neuen Leistungen ausgegeben.

Somit konnte in großem Umfang dazu beigetragen werden, daß Schwerpflegebedürftige in ihrer gewohnten Umgebung bleiben und ihre vertrauten sozialen Kontakte weiterhin wahrnehmen konnten.

Durch die neuen Leistungen konnte ferner erreicht werden, daß die pflegenden Angehörigen von Schwerpflegebedürftigen, die

diese unter großem persönlichen Engagement pflegen, zu einem gewissen Teil entlastet wurden. Diese konkreten Maßnahmen haben die Lage der Schwerpflegebedürftigen und ihrer Angehörigen weiter verbessert.

Die Bundesregierung verkennt jedoch nicht, daß die Leistungen nach §§ 53 ff. SGB V nur einen Einstieg in die Lösung der Gesamtproblematik darstellen.

Bereits jetzt läßt sich jedoch feststellen, daß die neuen Leistungen von den Betroffenen sehr positiv aufgenommen wurden, was sich u. a. in der umfangreichen und steigenden Inanspruchnahme zeigt.

Eine entscheidende Verbesserung der Lage der Pflegebedürftigen wird durch die geplante gesetzliche Regelung zur Absicherung des Pflegerisikos eintreten.

Die Koalition hat beschlossen, das allgemeine Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit durch Einführung einer sozialen Pflegeversicherung abzusichern. Damit wird eine Sicherung auch für die schon Pflegebedürftigen und die in naher Zukunft Pflegebedürftigen geschaffen. Da die Beiträge einkommensabhängig sind, wird niemand überfordert werden. Dabei müssen die Belastungen der Wirtschaft durch die Pflichtbeiträge zur Pflegeversicherung durch ein Bündel von Maßnahmen ausgeglichen werden.

Mit der angestrebten Lösung wird die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen grundlegend verbessert. Dies geschieht durch die den Pflegebedürftigen unmittelbar gewährte Geld- und Sachleistungen. Für die Pflegenden, die aufgrund der Pflege ihrer Angehörigen ganz oder teilweise auf eine eigene Erwerbstätigkeit verzichten, ist die Einbeziehung in die Alters- und Unfallversicherung vorgesehen.

Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation werden Vorrang vor Pflegeleistungen haben. Bei den Pflegeleistungen wird mit dem Ziel der Überwindung oder Minderung der Pflegebedürftigkeit die häusliche Pflege im Vordergrund stehen, um den Pflegebedürftigen möglichst lange das Verbleiben in der gewohnten, häuslichen und familiären Umgebung zu ermöglichen.

2. Welche Entwicklung in der personellen Ausstattung von ambulanten Diensten seit 1984 kann die Bundesregierung konstatieren?  
Welche konkreten Maßnahmen wurden seitens der Bundesregierung zur Verbesserung der personellen Situation von ambulanten Diensten eingeleitet?  
Welche finanziellen Mittel stellte sie seit 1984 pro Jahr für diesen Zweck zur Verfügung?  
Welche Schritte zum Ausbau einer pluralistischen Infrastruktur bei ambulanten Diensten (Sozialstationen, Tagespflegestätten u. a.) wurden eingeleitet, und auf welche Ergebnisse seit 1984 kann sie verweisen?  
Wie haben sich seit 1984 die Möglichkeiten für stationäre Kurzaufenthalte zur Pflege verändert (Kapazitäten pro Jahr)?

Für den Aufbau einer pflegerischen Infrastruktur zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung mit ambulanten Diensten und sonstigen Angeboten sind die Länder und Gemeinden

zuständig. Teilweise haben die Länder hierzu Landesalten- bzw. Landesbehindertenpläne oder ähnliche Instrumente geschaffen, die den Rahmen für eine Bedarfsplanung der Länder bilden.

Die der Bundesregierung vorliegenden Informationen über Stand und Entwicklung ambulanter Dienste beruhen auf Angaben der Länder sowie, für das Jahr 1984, auf der 1987 veröffentlichten „Bestandsaufnahme der ambulanten sozialpflegerischen Dienste im Bundesgebiet“, die der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit erstellte. (Band 195 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.)

Auch die Förderung der personellen Ausstattung von ambulanten Diensten obliegt in erster Linie den Ländern. Für Sozialstationen, z. T. auch für andere ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste, bestehen in fast allen Bundesländern eigene Förderrichtlinien, nach deren Maßgabe eine angemessene Ausstattung dieser Dienste mit Fachpersonal durch Zuwendungen aus Landesmitteln gefördert wird. Berlin hat sogar ein Landesgesetz für die Sozialstationen erlassen.

Die Bundesregierung unterstützt die personelle Ausstattung von Sozialstationen im Rahmen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen.

Da die von den Ländern mitgeteilten Daten zur personellen Ausstattung ambulanter Dienste wegen unterschiedlicher Bezugsgrößen nicht miteinander vergleichbar sind, können bundesweit keine detaillierten Angaben zur personellen Ausstattung von ambulanten Diensten gemacht werden.

Die Angaben der Länder lassen jedoch erkennen, daß sich die Zahl der Beschäftigten bei ambulanten Diensten seit 1984 in etwa verdoppelt hat.

Zur Weiterentwicklung einer pflegerischen Infrastruktur trägt die Bundesregierung im Rahmen von Modellprojekten mit unterschiedlichen Ausrichtungen bei. Auf die in der Vorbemerkung erwähnten Modellprogramme wird verwiesen.

Innerhalb des o. g. Modellverbundes Psychiatrie erprobt die Bundesregierung in bisher sechs Modellprojekten neue Formen ambulanter gerontopsychiatrischer Versorgung. Dabei ist es das Ziel, psychisch kranken alten Menschen so lange wie möglich ein Verbleiben in ihrer Wohn- und Lebensumwelt zu ermöglichen, um das soziale Umfeld zu erhalten, eine Auflösung sozialer Beziehungen zu vermeiden und eine stationäre Behandlung so lange wie möglich hinauszuschieben. Dazu wurden bisher eine gerontopsychiatrische Tagesstätte mit aktivierender und tagesstrukturierender Betreuung, ein mobiler sozialpsychiatrischer Dienst für psychisch kranke alte Menschen sowie ein Übergangwohnheim für gerontopsychiatrische Patienten als stadtteilnahe gerontopsychiatrische Förderung und Pflege erprobt. Die Abschlußberichte zu diesen Modelleinrichtungen sind innerhalb der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren bzw. Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht. In der Modell-

erprobung befinden sich derzeit ein flächendeckender ambulanter gerontopsychiatrischer Dienst als Kooperationsmodell mit Diensten aus dem Bereich der Altenpflege, der allgemeinen Psychiatrie und stationären Versorgungseinrichtungen; ein gerontopsychiatrisches Verbundnetz innerhalb der Altenhilfe sowie eine gerontopsychiatrische Tagesstätte als Bestandteil einer Sozialstation.

Die vom Bundesministerium für Familie und Senioren geförderte Untersuchung „Kurzzeitpflege in der Bundesrepublik Deutschland“ des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (Band 8 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren) hat ergeben, daß in den alten Bundesländern rund 2 600 ganzjährig zweckgebundene Kurzzeitpflegeplätze in 223 Einrichtungen zur Verfügung stehen. Damit ist der Bedarf etwa zu einem Drittel gedeckt. Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 23 Tagen und einer 90prozentigen Auslastung wird jeder Platz jährlich ca. 15mal belegt. Vgl. im übrigen auch unten zu Frage 3 Tabelle 3.

Neben den genannten ganzjährig zur Verfügung stehenden Plätzen gibt es eine weitere, im einzelnen nicht bekannte Zahl von nicht ganzjährig angebotenen Plätzen in Heimen. Über die insgesamt von 1984 bis heute vorhandenen Kurzzeitpflegekapazitäten kann deshalb keine Aussage gemacht werden.

3. Wie hat sich die Zahl der ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen seit 1984 entwickelt, nachdem im Bericht der Bundesregierung festgestellt wurde, daß der Bedarf an Pflegekräften in den kommenden Jahren stark ansteigen wird?

Welche Anstrengungen hat die Bundesregierung seitdem unternommen, um das krankenpflegerische Berufsbild und das gesellschaftliche Ansehen der Pflegekräfte zu erhöhen und attraktiver zu gestalten?

Welche Ergebnisse zeitigte die Umsetzung des Sonderprogramms des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit vom 15. August 1988 zur Wiedereingliederung von ausgebildeten Krankenschwestern nach der Familienphase (Berufsrückkehrerinnen)?

Zur Zahl der ambulanten sozialpflegerischen Dienste haben die Länder schwerpunktmäßig Informationen zu den aus Landesmitteln geförderten Sozialstationen übermittelt:

**Tabelle 1:** Zahl der Sozialstationen  
– alte Bundesländer –

Land	1984 (abweichendes Jahr)	1992 (abweichendes Jahr)
Baden-Württemberg	363	380
Bayern*)	1 055 (83)	1 231
Berlin (West)	228 <sup>+</sup>	68 (89)
Bremen**)	10	18
Hamburg	14	41
Hessen	ca. 650 (86) <sup>+</sup>	187
Niedersachsen	unbekannt	290
Nordrhein-Westfalen	713 (87) <sup>+</sup>	552 (91)
Rheinland-Pfalz	unbekannt	97
Saarland	31	31
Schleswig-Holstein	100	163 (91)

\*) Sozialstationen, Kranken- und Altenpflegestationen, sonstige Sozialdienste, Altenbetreuungscentren.

<sup>+</sup> Alle bekannten ambulanten und sozialpflegerischen Dienste.

\*\*\*) Anstelle von Sozialstationen baut das Bremer Konzept auf Dienstleistungszentren und Hauskrankenpflegeverbänden auf. 1984: 10 DLZ; 1992: 18 DLZ, 8 Hauskrankenpflegeverbände, 2 Sozialstationen in Bremerhaven.

Zu berücksichtigen ist, daß zur Beurteilung des derzeitigen Versorgungsgrades im Vergleich zu 1984 nicht allein auf die Zahl der Einrichtungen abgestellt werden kann, da damit keine Aussagen über deren Größe, Ausstattung, Leistungsspektrum etc. gemacht wird und regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte nicht erfaßt werden.

In den neuen Ländern konnte mit Unterstützung durch das Soforthilfeprogramm (siehe dazu unten Frage 5) ein flächendeckendes Netz von fast 900 Sozialstationen aufgebaut werden.

Der Bestand an Sozialstationen in den neuen Ländern stellt sich wie folgt dar:

Brandenburg:	139 Sozialstationen
Mecklenburg-Vorpommern:	153 Sozialstationen
Sachsen-Anhalt:	133 Sozialstationen
Sachsen:	274 Sozialstationen
Thüringen:	128 Sozialstationen
Berlin Ost	45 Sozialstationen.

Es kann davon ausgegangen werden, daß mittlerweile in allen Bundesländern grundsätzlich ein flächendeckendes Netz von Sozialstationen (oder eine vergleichbare organisatorische Grundstruktur ambulanter Dienste wie z. B. die Kombination von Dienstleistungszentren und Hauskrankenpflegeverbänden in Bremen) besteht, das durch sehr unterschiedliche andere Dienstleistungsangebote ergänzt wird. Versorgungsdichte, Art und Qualität dieser sozialen Dienste sind jedoch regional unterschiedlich strukturiert.

Neben die Dienste der Sozialstationen treten in zunehmendem Maße privat-gewerbliche Dienstleistungsangebote. Umfassende Daten über diese Angebote und deren Anteil an den erbrachten Leistungen im Bereich häuslicher Pflege und hauswirtschaftlicher Versorgung liegen der Bundesregierung nicht vor.

Die von Infratest im Rahmen des Forschungsvorhabens „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ durchgeführte Repräsentativ-Untersuchung „Hilfe- und Pflegebedarf in Deutschland“ hat ergeben, daß für rund zwei Drittel der Pflegebedürftigen ambulante soziale Dienste im Wohnumfeld zur Verfügung stehen. Es kann davon ausgegangen werden, daß sich die Versorgung im Wohnumfeld seit Anfang der 80er Jahre erheblich verbessert hat. Dies belegt auch die deutlich gestiegene Inanspruchnahme ambulanter sozialer Dienste.

Nach der Infratest-Untersuchung nehmen von den zu Hause lebenden Personen mit regelmäßigem Pflegebedarf rund 33 % soziale Dienste in Anspruch, während es nach der Socialdata-Untersuchung im Jahr 1978 in Gruppe A 22 %, in Gruppe B 13 % der pflegebedürftigen Personen waren.

Die Bundesregierung geht davon aus, daß (trotz eines im Grundsatz flächendeckenden Netzes von Sozialstationen) für einen Teil der Pflegebedürftigen noch keine ausreichende Versorgung mit dem jeweiligen Bedarf angemessener ambulanter sozialer Dienste zur Verfügung steht.

Folgende Informationen über Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen wurden aus den Bundesländern mitgeteilt:

**Tabelle 2:** Tagespflegeeinrichtungen und -plätze 1992

Land	Einrichtungen (abweichendes Jahr)	Plätze (abweichendes Jahr)
Baden-Württemberg	keine Angaben	ca. 830
Bayern	29 (91)	318 (91)
Berlin (West)	6	ca. 100
Bremen	6	85
Hamburg	8	ca. 100
Hessen	15	198
Niedersachsen*)	20	ca. 280
Nordrhein-Westfalen	40	524
Rheinland-Pfalz	3	65
Saarland	3	28
Schleswig-Holstein	10 (90)	145 (90)

\*) Bis 1992 in der Landesförderung.

Außerdem wurde aus Baden-Württemberg mitgeteilt, daß dort etwa weitere 1 600 Tagespflege-Plätze in Behinderteneinrichtungen oder -Wohnheimen zur Verfügung stehen.

**Tabelle 3:** Kurzzeitpflegeeinrichtungen und -plätze 1992

Land	Einrichtungen (abweichendes Jahr)	Plätze (abweichendes Jahr)
Baden-Württemberg	keine Angaben	ca. 900
Bayern	133 (91)	834 (91)
Berlin (Gesamt)	8	
Bremen	5	97
Hamburg	1	30
Hessen	48	136
Niedersachsen*)	44 (91)	396 (91)
Nordrhein-Westfalen	keine Angaben	967
Rheinland-Pfalz	ca. 70	ca. 700
Saarland	20	91
Schleswig-Holstein	27 (90)	188 (90)

\*) Bis 1991 aus Landesmitteln gefördert.

In Behinderteneinrichtungen und -wohnheimen bestehen nach Angaben aus Baden-Württemberg weitere ca. 200, nach Angaben aus Rheinland-Pfalz weitere ca. 130 Kurzzeitpflegeplätze.

Diese Angaben sind untereinander nur eingeschränkt vergleichbar, da teilweise nur spezielle Einrichtungen der Tages- oder Kurzzeitpflege erfaßt sind, teilweise auch die an andere Einrichtungen angebotenen Einheiten; in der Regel sind nur ganzjährig zweckgebundene, z. T. auch die nur saisonal zur Verfügung stehenden Plätze mitgeteilt worden.

In den neuen Ländern sind Einrichtungen der Tages- und Kurzzeitpflege im Aufbau begriffen. Teilweise werden diese Dienste von bestehenden Einrichtungen schon angeboten.

Genauere Angaben über die Zahl der Einrichtungen und Plätze können nicht gemacht werden.

Zur Verbesserung des krankenpflegerischen Berufsbildes und des gesellschaftlichen Ansehens der Pflegekräfte hat die Bundesregierung durch verschiedene Maßnahmen zur Aufwertung der Krankenpflegeausbildung, zur Verbesserung der Stellenpläne sowie flankierend auf weiteren Gebieten einen wichtigen Beitrag geleistet.

Durch das Krankenpflegegesetz vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 893) sowie die auf diesem Gesetz beruhende Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 16. Oktober 1985 (BGBl. I S. 1973), beide

zuletzt geändert durch das Gesetz vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885, 1078 f) zum Einigungsvertrag, ist die Ausbildung der Berufe in der Krankenpflege auf den Stand der für alle Mitgliedstaaten der EG geltenden Richtlinien über die Anerkennung der Diplome und über die Koordinierung der Ausbildung in der Krankenpflege 77/452/EWG und 77/453/EWG vom 27. Juni 1977 (ABl. Nr. L 176/1 vom 15. Juli 1977) angehoben worden und entspricht in Dauer und Qualität der Ausbildung dem europäischen Niveau. Die Weiterbildung in der Krankenpflege, die Angelegenheit der Länder ist, wird z. Z. von den Ländern neu geregelt und z. T. auf Fachhochschul- oder Universitätsniveau angehoben.

Zum 1. Januar 1990 wurde die Verordnung zur Anrechnung der Auszubildenden in der Krankenpflege auf den Stellenplan der Krankenhäuser auf 7:1 verbessert, wodurch etwa 5 000 neue Stellen geschaffen worden sind. Die Verordnung zur Personalbemessung in der stationären Psychiatrie, die auf einem leistungsorientierten Konzept beruht, hat seit ihrem Inkrafttreten zum 1. Januar 1991 auch zu einer Verbesserung der Situation der Pflegekräfte in diesem wichtigen Teilbereich geführt. Durch die Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung werden etwa 5 000 zusätzliche Stellen in den alten Bundesländern und rund 1 500 zusätzliche Stellen in den neuen Bundesländern geschaffen, die im Schwerpunkt dem therapeutischen Personal und dem Pflegepersonal zugute kommen. Die Arbeiten an der Pflege-Personalregelung sind in einem kurzen Zeitraum von zwei Jahren abgeschlossen worden. Nachdem die Finanzierung gesichert ist, wird sie als Teil des Gesundheitsstrukturgesetzes zum 1. Januar 1993 in Kraft treten. Im Vorgriff auf die Regelung wurden den Krankenhäusern bereits 13 000 zusätzliche Stellen für 1992 von den Krankenkassen zugestanden.

Weitere leistungsorientierte Stellenplanerweiterungen sind nach dem Inkrafttreten der Regelung vorgesehen.

Neben der leistungsorientierten Verbesserung der Stellenpläne sind zusätzlich flankierende Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegenden notwendig. Deshalb fördert das Bundesministerium für Gesundheit die Herausgabe eines Leitfadens, der Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation und Absicherung der Pflegequalität in zusammengefaßter Form darstellt und den Pflegedienstleitungen und Verwaltungsleitungen bundesweit noch vor Ablauf dieses Jahres zur Verfügung gestellt werden soll.

Zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe sind auch entsprechende Werbemaßnahmen erforderlich, die den Inhalt des Berufsbildes in zeitgemäßer Form vermitteln. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert daher die unter Federführung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und unter Beteiligung der Krankenkassen und der Bundesanstalt für Arbeit durchgeführte Werbeaktion „Berufe fürs Leben“, die eine Vielzahl von Initiativen insbesondere auch auf kommunaler Ebene bündelt.

Im sozial- und gesundheitspflegerischen Bereich des „Modellprogramms zur Wiedereingliederung von Frauen nach der Familien-

phase in das Erwerbsleben mit Hilfe von Einarbeitungsmaßnahmen und unter Berücksichtigung des ländlichen Raumes“ haben sich bis zum 1. April 1992 27 Krankenhaus-Träger mit insgesamt 57 Einrichtungen beteiligt und Einarbeitungsmaßnahmen für ehemalige Krankenschwestern angeboten. Alle Teilnehmerinnen dieser Maßnahmen, mit Ausnahme einer Abbrecherin, arbeiten inzwischen als Vollzeit- oder Teilzeitmitarbeiterinnen auf den Krankenstationen bzw. in den jeweiligen Fachabteilungen. Mit fast der Hälfte der Berufsrückkehrerinnen sind Teilzeitarbeitsverträge abgeschlossen.

Die nach Beendigung der Einarbeitungsmaßnahme befragten Krankenpflegeeinrichtungen sind zu 90 % der Ansicht, daß mit Hilfe der Einarbeitungsmaßnahmen für Berufsrückkehrerinnen eine Möglichkeit geschaffen werde, zusätzliches Personal zu gewinnen. Besonders vor dem Hintergrund des Mangels an Fachpersonal mit Berufs- und Lebenserfahrung sind die Berufsrückkehrerinnen auch mit langen Unterbrechungszeiten gefragte Mitarbeiterinnen. Immerhin stimmen 79 % der befragten Pflegedienstleitungen der Aussage zu, daß Berufsrückkehrerinnen aufgrund ihrer sozialen Kompetenz besonders willkommene Fachkräfte seien. Wie erste Zwischenergebnisse zeigen, integrieren sich die Berufsrückkehrerinnen, die an einer Maßnahme teilgenommen haben, schneller und besser als Frauen, die diese Möglichkeit nicht hatten. Grundsätzlich wurde auch festgestellt, daß sich die Berufsrückkehrerinnen für alle anfallenden fachlichen Tätigkeiten eignen, besonders geschätzt werden ihre pflegerischen Fähigkeiten. Da das Modellprogramm noch nicht abgeschlossen ist und weitere Einarbeitungsmaßnahmen laufen bzw. in Planung sind, können die bislang erzielten Ergebnisse lediglich Tendenzen aufzeigen.

Auch nach dem Arbeitsförderungsgesetz besteht die Möglichkeit, durch Einarbeitungszuschüsse oder Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen Pflegefachkräfte, u. a. Berufsrückkehrerinnen, zu gewinnen.

Die Bundesregierung hat ein Forschungsprojekt „Arbeitsmarkt für Pflegefachkräfte“ vergeben, durch das Anhaltspunkte für politisches Handeln zur Gewinnung von mehr Pflegefachkräften erarbeitet werden sollen.

4. Welche im Bericht der Bundesregierung von 1984 vorgeschlagenen Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen Pflege hat die Bundesregierung im Ergebnis des Berichtes auf dem Gebiet des Wohnungswesens eingeleitet?

Welche Ergebnisse sind seit 1984 feststellbar?

Welche finanziellen Mittel wurden jährlich eingesetzt?

Wie im Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit vom 5. September 1984 (Drucksache 10/1943) angekündigt, ist mit dem Gesetz zur Vereinfachung wohnungsrechtlicher Vorschriften (Wohnungsrechtsvereinfachungsgesetz 1985) vom 11. Juli 1985 (BGBl. I. S. 1277) das Wohnen mehrerer Generationen unter einem Dach erleichtert worden.

Bei der Eigenheimförderung nach dem Zweiten Wohnungsbau-gesetz (II. WoBauG) wird auf Antrag ein sog. „Familienzusatzdar-lehen“ gewährt, wenn Kinder oder Eltern(-teile) des Bauherrn oder seines Ehegatten dem Familienhaushalt angehören (§ 45 II. WoBauG). Die Generation der Großeltern des Bauherrn kann nach dieser Regelung bei der Bemessung des Familienzusatzdar-lehens nicht berücksichtigt werden. Um jedoch das Wohnen meh-erer Generationen unter einem Dach weiter zu erleichtern, wird zur Zeit in Abstimmung mit dem Bundesminister der Finanzen eine Gesetzesänderung geprüft, durch die u. a. ermöglicht werden soll, daß auch die „Großeltern“ in diese Regelung mit einbezogen werden können. Darüber hinaus soll diese Regelung so erweitert werden, daß generell Verwandte in gerader Linie bei der Bemessung eines Familienzusatzdarlehens berücksichtigt werden können.

Der Betrag, um den sich die Einkommensgrenzen gemäß § 25 II. WoBauG für einen dritten und jeden weiteren Familien-angehörigen des Wohnungsuchenden, z. B. Eltern(-teile), erhöht, wurde durch das Wohnungsrechtsvereinfachungsgesetz 1985 auf 8 000 DM angehoben.

Bei Eigenheimen, Eigensiedlungen und eigengenutzten Eigen-tumswohnungen sind aufgrund des Wohnungsrechtsvereinfachungsgesetzes 1985 in den Fällen vorzeitiger Rückzahlung oder Ablösung der öffentlichen Mittel die achtjährigen Bindungs-nachwirkungsfristen entfallen (§ 16 Abs. 5 Wohnungsbindungs-gesetz – WoBindG). Damit können Eltern(-teile) unabhängig von der Höhe ihres Einkommens in die entsprechenden Wohnungen aufgenommen werden.

Darüber hinaus ist mit dem Gesetz zur Änderung des Wohnungs-bindungsgesetzes (WoBindÄndG) vom 17. Mai 1990 (BGBl. I. S. 934) das Wohnen mehrerer Generationen unter einem Dach auch für Sozialmietwohnungen erleichtert worden. In Fällen der Unterbelegung größerer Sozialmietwohnungen wird der Woh-nungstausch unabhängig vom Einkommen des Tauschwilligen er-möglicht (§ 5 Abs. 1 und 2 WoBindG). Auf diese Weise können ältere Menschen leichter eine Wohnung in der Nähe ihrer Kinder erhalten. Dabei kann die für den Tauschwilligen angemessene Wohnungsgröße um einen zusätzlichen Raum überschritten wer-den, was die Pflege älterer Menschen besonders erleichtert.

Der Anregung im Bericht der Bundesregierung von 1984 zu prü-fen, einen Familienfreibetrag für den Fall der Aufnahme von Eltern des Wohngeldberechtigten oder dessen Ehegatten in die Wohnung des Wohngeldberechtigten einzuführen, wurde durch die 6. Wohngeldnovelle vom 11. Juli 1985 (BGBl. I. S. 1318) Rechnung getragen: § 15 Abs. 4 Wohngeldgesetz (WoGG) sieht einen Freibetrag von 2 400 DM vor für Familienmitglieder, die das 62. Lebensjahr vollendet haben. Voraussetzung dafür ist, daß sie mit Verwandten oder Verschwägerten in gerader absteigender Linie, von denen einer das 25. Lebensjahr vollendet hat, einen Familienhaushalt führen. Als Verwandte in gerader Linie gelten nicht nur die leiblichen Abkömmlinge, sondern auch Pflegeeltern und Pflegekinder.

Die Entscheidung, einen pflegebedürftigen Angehörigen in die Wohnung aufzunehmen, wird schließlich durch folgende mit der 8. Wohngeldnovelle vom 10. August 1990 (BGBl. I. S. 1522) eingeführte Regelung erleichtert, die eine deutliche Leistungsverbesserung gegenüber der bis dahin bestehenden Regelung beinhaltet: Je nach dem Grad der Behinderung wird bei der Ermittlung des Jahreseinkommens eines Schwerbehinderten ein Betrag von 3 000 DM oder 2 400 DM abgesetzt (§ 16 Abs. 2 WoGG).

Da in den neuen Bundesländern von einem Einkommensniveau in Höhe von etwa 50 % des in den alten Bundesländern vorhandenen Durchschnittseinkommens auszugehen war, wurden bis zur Einführung des Wohngeld-Sondergesetzes – WoGSoG – (1. Oktober 1991) die Freibeträge nach § 15 Abs. 4 und § 16 Abs. 2 WoGG nur zur Hälfte gewährt (§ 3 Nr. 3, § 4 Nr. 2 der Überleitungsverordnung zum Wohngeldgesetz – ÜVWoGG – vom 17. Juni 1990, BGBl. I. S. 2830).

Im Wohngeld-Sondergesetz (WoGSoG) vom 20. Juni 1991 (BGBl. I. S. 1250) sind bisher keine besonderen Freibeträge vorgesehen; vielmehr ist das Leistungsniveau der Wohngeldtabellen gegenüber dem westlichen Wohngeld insgesamt erhöht.

Ein der Regelung des § 16 Abs. 2 Nr. 1 WoGG entsprechender Freibetrag von 3 000 DM bei einem Grad der Behinderung von 100 oder von wenigstens 80, wenn der Schwerbehinderte im Sinne von § 69 Abs. 3 Satz 1 Bundessozialhilfegesetz – BSHG – häuslich pflegebedürftig ist, wird nunmehr auf Vorschlag des Bundesrates durch Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes zur Änderung des Wohngeldsondergesetzes und des Wohngeldgesetzes vom 23. Juli 1992 (BGBl. I S. 1380) – neuer § 11 a Abs. 1 Nr. 2 WoGSoG – mit Wirkung vom 1. Januar 1993 eingeführt.

Im Rahmen des Steueränderungsgesetzes 1992 (BGBl. I. S. 297) wurde mit § 10 h Einkommensteuergesetz (EStG) ein Fördertatbestand in das Einkommensteuergesetz aufgenommen, der die Herstellung von Wohnungen im selbstgenutzten Gebäudebestand steuerlich begünstigt, die unentgeltlich an nahe Angehörige überlassen werden (Abzugsbetrag vergleichbar der Grundförderung des § 10 e EStG). Mit dieser Maßnahme wird das Wohnen mehrerer Generationen unter einem Dach gefördert und die häusliche Pflege von Angehörigen erleichtert.

In den ebenfalls im Bericht der Bundesregierung von 1984 erwähnten mehrfach durchgeführten Bundeswettbewerben „Familienwohnungen und Familienheim“ waren Lösungsvorschläge für das Zusammenleben von Generationen und hier insbesondere von älteren Mitbürgern in der Familie stets ein herausragender Bewertungspunkt. Die Ergebnisse dieser Wettbewerbe sind der Öffentlichkeit bekanntgemacht und in Projekten – so z. B. beim Bau von Mehrgenerationenhäusern – umgesetzt worden.

Darüber hinaus werden heute bei der Planung und Umsetzung von Mehrgenerationenhäusern viele Detaillösungen gewählt, die in diesen Wettbewerben erarbeitet wurden.

Das Spektrum weiterführender Ansätze von Wohnformen für alte, kranke, behinderte und auf Betreuung und Pflege angewiesene

Menschen, die Kontakte fördern, soziale Bindungen erhalten, ein möglichst selbständiges und angenehmes Wohnen erlauben und zugleich die Betreuung und Pflege sichern, wird auch in der Studie „Wohnen alter und pflegebedürftiger Menschen – beispielhafte Lösungen“ im Auftrag des Bundesministers für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau dargestellt. Alle dokumentierten Beispiele tragen zur Verbesserung der von der individuellen Bedarfssituation der Interessenten abhängigen Wohnsituation Pflegebedürftiger bei und verdeutlichen im übrigen die Bedeutung ergänzender quartiernaher dezentraler Pflegeeinrichtungen, damit alte und pflegebedürftige Menschen in ihren Wohnungen, zumindest in ihrem gewohnten Stadtteil oder in ihrer Gemeinde verbleiben können. Die Studie ist veröffentlicht als Band 486 der Schriftenreihe „Forschung“ des Bundesministers für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (1991).

Umfassende, differenzierte Daten zum Mitteleinsatz und zu den Ergebnissen der seit 1984 eingeleiteten Maßnahmen auf den Ebenen des Bundes, der Länder und Gemeinden zur Unterstützung der häuslichen Pflege auf dem Gebiet des Wohnungswesens liegen nicht vor. Lediglich Wohngeldfreibeträge werden statistisch entsprechend differenziert erfaßt: Danach erhielten 1990 rd. 15 000 Haushalte oder knapp 1 % der Wohngeldempfänger den Freibetrag nach § 15 Abs. 4 WoGG für ältere Familienangehörige.

5. Welche Mittel setzte die Bundesregierung seit 1984 für die Erhaltung, Sanierung und den Ausbau von Einrichtungen im Pflegebereich in den alten Bundesländern pro Jahr ein?

Welche Beträge sind aus dem „Gemeinschaftswerk Aufschwung Ost“ im Pflegebereich seit dem 3. Oktober 1990 investiert worden, für welche Maßnahmen und in welchen Einrichtungen?

Welche Möglichkeiten räumte die Bundesregierung den Einrichtungen der Volkssolidarität in den neuen Bundesländern ein?

In welchem Verhältnis zu den neuen Einrichtungen wurden die Einrichtungen der Volkssolidarität unterstützt und gefördert?

Wie hoch waren die Mittel?

Welche Maßnahmen kann die Bundesregierung konkret benennen?

Nach der Zuständigkeitsordnung des Grundgesetzes kann die Bundesregierung nur Modellprojekte und Vorhaben von überregionaler Bedeutung fördern.

Für überregionale Maßnahmen und Modelleinrichtungen, die den Bedürfnissen der Bewohner nach einem gesicherten Zuhause auch im Pflegefall, durch Kombination von Wohn- und Pflegeeinrichtungen, entsprechen, wurden für die Erhaltung bzw. Modernisierung i. S. einer Anpassung an neueste wissenschaftliche Erkenntnisse aufgebracht:

1984:	3 493 000 DM
1985:	3 947 820 DM
1986:	5 161 460 DM
1987:	5 025 000 DM
1988:	4 067 000 DM
1989:	4 300 000 DM
1990:	5 436 000 DM
1991:	5 463 150 DM.

Für 1992 sind 7 800 000 DM vorgesehen.

Nach den vorliegenden Informationen aus den Ländern wurden rd. 5 % der Mittel des insgesamt mehr als 5 Mrd. DM umfassenden Kommunalinvestitionsprogramms für die Sanierung von Alten- und Behinderteneinrichtungen verwendet.

Im Rahmen des Soforthilfe-Programms der Bundesregierung für die Alten- und Behindertenhilfe wurden seit 1990 insgesamt rd. 200 Mio. DM aufgebracht. Auf den Auf- und Ausbau von ambulanten Diensten (insbesondere Sozialstationen und Mahlzeiten-Dienste) durch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege entfielen davon rd. 32 Mio. DM. Für 1992 sind weitere 15 Mio. DM im Rahmen der Soforthilfe für die Alten- und Behindertenhilfe vorgesehen.

Die Mittel zum Auf- und Ausbau ambulanter Einrichtungen wurden den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege zentral zugewiesen. Über die weitere Verteilung der Mittel an ihre Mitglieder entschieden die Verbände entsprechend der Zielsetzung des Soforthilfe-Programms.

Als Mitglied eines Spitzenverbandes der Freien Wohlfahrtspflege wurde die Volkssolidarität am Soforthilfe-Programm beteiligt.

Der Bundesregierung liegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht alle Unterlagen über die Verwendung der Mittel aus dem Soforthilfe-Programm vor. Eine Differenzierung der Verwendung der Mittel nach unterschiedlicher Trägerschaft kann daher noch nicht getroffen werden.

Entsprechend der Zielsetzung des Soforthilfe-Programms für die Alten- und Behinderteneinrichtungen wurden im stationären Bereich neben der Bereitstellung von Versorgungsmaterialien Ausstattungsgegenstände insbesondere im Bereich der Pflege und der Hauswirtschaftstechnik zur Verfügung gestellt. Weiterhin wurden dringliche kleinere Instandsetzungs- und Modernisierungsarbeiten gefördert.

Im ambulanten Bereich wurde der Auf- und Ausbau von Sozialstationen und Mahlzeitendiensten sowie Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeiter der ambulanten Dienste gefördert.

6. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, das System der ambulanten Versorgung in vielgestaltiger, pluralistischer Form für eine echte und dauerhafte Lösung des Pflegeproblems zu entwickeln?

Welche finanziellen Mittel (in welcher Höhe) wurden seit 1984 jährlich für den Ausbau der ambulanten Pflegeleistungen seitens der Bundesregierung aufgewandt?

Wie ist der Stand beim Ausbau (alte Bundesländer) und beim Aufbau (neue Bundesländer) von Sozialstationen, Tagesstätten, Kurzpflegemöglichkeiten und eines Netzes abgestufter Dienstleistungen bei Pflegebedürftigkeit?

Welche Entwicklung hat sich in diesem Bereich seit 1984 in den alten Bundesländern vollzogen?

Wie bewertet die Bundesregierung den erreichten Stand unter Bezugnahme auf den Bedarf an pflegerischen Leistungen?

Hält die Bundesregierung den erreichten Stand für ausreichend, um den pflegebedürftigen Menschen echte Wahlmöglichkeiten und Selbstbestimmung zu garantieren?

Auf welche Erkenntnisse stützt sich die Bundesregierung bei ihrer Bewertung?

Zur Weiterentwicklung des Systems ambulanter Versorgung trägt die Bundesregierung, wie bereits einleitend dargestellt, im Rahmen ihrer Zuständigkeiten durch ihre Politik der Förderung von Modellprojekten und Forschungsvorhaben bei.

Im Rahmen der Vorbereitung und Einführung einer Pflegeversicherung hat die Bundesregierung im Jahr 1991 das Modellprogramm „Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen“ initiiert. Ziel des Modellprogramms ist es, zur Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen eine Pflegeinfrastruktur zu fördern und zu unterstützen, die im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich ein pluralistisches Angebot von ineinandergreifenden Maßnahmen und Einrichtungen bedarfsgerecht sicherstellen kann. Dabei geht Rehabilitation vor Pflege, ambulante vor teilstationäre, und diese vor stationäre Pflege. Im Rahmen des Modellprogramms soll dazu beigetragen werden, daß

- Lücken in der pflegerischen Versorgung insbesondere im teilstationären und Kurzzeitpflegebereich geschlossen werden können,
- der Einsatz reaktivierender und rehabilitativer Hilfen und Maßnahmen frühzeitig und in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann,
- die durchgängige Nutzung von Pflegeeinrichtungen des ambulanten, des teilstationären und stationären Bereichs mit dem Ziel der Rehabilitation verbessert werden kann.

Im Jahr 1991 sind 12,1 Mio. DM aus Mitteln des Modellprogramms zur Verfügung gestellt worden, im Jahr 1992 stehen 60 Mio. DM für Vorhaben zur Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen zur Verfügung.

Im übrigen wird auf die Antworten zu Fragen 1 bis 3 verwiesen.

7. Wie beurteilt die Bundesregierung das wachsende Bedürfnis unter Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen, sich ihre/ seine Betreuer/Begleiter/Helfer/Pfleger selbst auszusuchen, anzuleiten, nach Bedarf einzusetzen und diese Menschen dafür angemessen zu entlohnen sowie alle sozialen Abgaben (Steuern, Kranken-, Arbeitslosen-, Unfall- und Rentenversicherungsbeiträge) ordnungsgemäß zu entrichten?

Wie sieht die Bundesregierung den Fakt, daß die Betroffenen aus eigenen Kräften dazu finanziell mehrheitlich nicht in der Lage sind?

Ist für die Bundesregierung der Zustand zufriedenstellend, daß Menschen mit Behinderungen, die nur mit Hilfe zur Pflege einer Erwerbstätigkeit nachgehen können, ein Einkommen erzielen, das selten ausreicht, um die Kosten für die Assistenzperson zu bestreiten?

Welche Vorstellungen hat die Bundesregierung, um diese wenig motivierende Lage von Menschen mit Behinderungen zu verändern?

Die Bundesregierung unterstützt die Bestrebungen behinderter Menschen, ihrer Angehörigen und ihrer Selbsthilfeorganisationen, Hilfeformen und Dienste zu erproben und weiterzuentwickeln, die eine möglichst selbständige Lebensführung ermöglichen.

In ihrem 2. Bericht über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation vom 27. April 1989 (Drucksache 11/4455) betont die Bundesregierung als das eigentliche Ziel aller Rehabilitationsbemühungen die volle Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft. Behinderte Menschen sollen durch Rehabilitationsmaßnahmen, Sozialleistungen und sonstige Hilfen in die Lage versetzt werden, „ein Leben so normal wie möglich“ zu führen. Im Rahmen des BSHG wird deshalb offenen Hilfen der Vorrang eingeräumt vor stationären Hilfen (§ 3 a BSHG). Denn der Grundsatz „ambulant oder stationär“ ist eine wesentliche Voraussetzung für selbständige Lebensführung.

Zu einer selbständigen Lebensführung sollen auch die gesamten Maßnahmen der Eingliederungshilfe hinführen, deren Aufgabe es ist, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern. Die auf die Besonderheit des Einzelfalles, vor allem auf Art und Schwere der Behinderung, abgestellte Hilfe wird mit dem Ziel gewährt, dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihm die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder ihn soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

In der Praxis wird die Vermittlung von Helferinnen und Helfern unterschiedlich behandelt. Die Mehrzahl der Betroffenen wendet sich an vor Ort vorhandene ambulante Hilfsdienste freier gemeinnütziger Träger, an Wohlfahrtsverbände oder an das Sozialamt, um eine Pflegekraft zu finden. Andere organisieren sich die erforderlichen Hilfen selbst und treffen entsprechende Vereinbarungen mit den Helfern oder Helferinnen. Welcher Weg jeweils bevorzugt wird, richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten und sollte den Betroffenen und ihren Angehörigen selbst überlassen bleiben.

Nach dem Lastenausgleichsgesetz erhalten alte oder erwerbsunfähige Geschädigte Unterhaltshilfe unter Anrechnung sonstiger Einkünfte. Pflegebedürftigen Empfängern von Unterhaltshilfe wird als Sockelbetrag eine Pflegezulage in Höhe von 50 DM monatlich, bei Heimunterbringung von 20 DM monatlich, gewährt. Der Sockelbetrag von 50 DM erhöht sich um z. Z. 254 DM auf 304 DM, wenn vergleichbare Leistungen nach anderen Vorschriften nicht gewährt werden. Neben dem Sockelbetrag wird bei Bezug anderer Einkünfte ein Freibetrag von 75 DM gewährt, wenn der vorgenannte Erhöhungsbetrag nicht zusteht.

Gewährt die Krankenkasse den Geldbetrag von 400 DM nach § 57 SGB V, wird wegen Gleichartigkeit der Leistungen der vorgenannte Erhöhungsbetrag zur Pflegezulage nach dem LAG von derzeit 254 DM um den 200 DM übersteigenden Betrag (auf somit 200 DM) gekürzt. Insgesamt stehen somit dem Berechtigten an Pflegezulage nach dem LAG und Geldleistungen nach dem SGB V derzeit i. d. R. 650 DM monatlich zur Bezahlung von Pflegeleistungen zur Verfügung.

Nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) ist es das erklärte Ziel des Gesetzgebers, die häusliche Pflege dort, wo sie fachlich in

Betracht kommt, zu ermöglichen. Um die Pflegebereitschaft zu fördern, sind in § 69 BSHG eine Reihe von Leistungen – abgestuft nach der Schwere der Pflege – vorgesehen. In § 69 Abs. 2 Satz 1 BSHG ist zu diesem Zweck ausdrücklich festgelegt, daß der Sozialhilfeträger darauf hinwirken soll, daß die Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen wird.

Kann die häusliche Pflege im Einzelfalle durch die vorgenannten Personen nicht oder nicht in vollem Umfange sichergestellt werden, kommt auch – evtl. ergänzend – die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft in Betracht. Die angemessenen Kosten für den Einsatz solcher Kräfte sind zu übernehmen (§ 69 Abs. 2 Satz 3 BSHG). Besondere Pflegekräfte können sowohl ausgebildete Kräfte (z. B. Hauspflegerinnen, Krankenschwestern) als auch sonstige (hierfür nicht besonders ausgebildete) Personen sein, die nicht zum Kreis der nahestehenden Personen und Nachbarn gehören, wenn sie sich zur Pflege hilfloser Menschen bereitfinden und hierfür geeignet sind.

Der Einsatz einer besonderen Pflegekraft kann – je nach den Umständen des Einzelfalles – dadurch erfolgen, daß der Träger der Sozialhilfe die Pflegekraft unmittelbar beauftragt oder ihren Einsatz bei einer anderen Stelle (z. B. bei einer Hauspflegeorganisation) veranlaßt oder daß der Pflegebedürftige selbst sie bestellt. Für den letzteren Fall ist allerdings zu beachten, daß die Kosten der Pflegekraft nur übernommen werden, soweit sie angemessen sind. Die angemessenen Kosten können ggf. im Einzelfall auch Steuern und Sozialversicherungsbeiträge für die Pflegekraft umfassen.

Die Hilfe zur Pflege ist einkommens- und vermögensabhängig. Als Hilfe in besonderen Lebenslagen ist das Einkommen aber nur im Rahmen bestimmter Einkommensgrenzen einzusetzen. Je nach Schweregrad der Hilflosigkeit gelten besonders hohe Einkommensgrenzen (§ 81 BSHG). Das Einkommen unterhalb der im Einzelfall anzuwendenden Einkommensgrenze bleibt in der Regel anrechnungsfrei. Soweit das zu berücksichtigende Einkommen die maßgebende Einkommensgrenze übersteigt, ist dem Hilfesuchenden die Aufbringung der Mittel in angemessenem Umfang zuzumuten. Der pflegebedürftige Behinderte, der zur Finanzierung einer besonderen Pflegeperson Sozialhilfe in Anspruch nimmt, braucht also das aus einer etwaigen Erwerbstätigkeit erzielte Einkommen nicht oder nicht voll einzusetzen.

8. Wie bewertet die Bundesregierung das Modell der „persönlichen Assistenz“?

Welches sind ihre Bewertungskriterien?

Hält die Bundesregierung das Modell der „persönlichen Assistenz“ für geeignet, einem größeren Kreis von Menschen mit Behinderungen den Weg zu einem weitgehend selbstbestimmten Leben zu eröffnen?

Wie hoch ist die Zahl der Arbeitsplätze, die über das Modell der „persönlichen Assistenz“ geschaffen wurden?

Wie viele Arbeitsplätze könnten nach Auffassung der Bundesregierung nach diesem Modell geschaffen werden?

Wie hoch schätzt die Bundesregierung das aus solchen Arbeitsverhältnissen hervorgehende Steueraufkommen (insgesamt; pro Arbeitsplatz)?

Mit welchen Behindertenorganisationen und wann hat die Bundesregierung dieses Modell beraten?

Was war das Beratungsergebnis?

Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Kosten für die Realisierung eines solchen Modells, wenn es über ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz (Pflege-Assistenz-Gesetz) finanziert wird?

Wie hoch wäre die zu erwartende Entlastung des Sozialhilfe-Etats?

Wie hoch schätzt die Bundesregierung den Anteil an Familienangehörigen, die bisher unentgeltlich und ohne Sozialabgaben diese schwere Arbeit unermüdlich leisten, die über dieses Modell eigenes Einkommen und eigene Anwartschaften erwerben könnten?

Beim Modell der persönlichen Assistenz handelt es sich um ein noch relativ neues Konzept, das in der Bundesrepublik Deutschland auf breiter Basis aus den Erfahrungen der ambulanten Hilfsdienste entwickelt wurde und das bereits seit einigen Jahren auf den verschiedenen Ebenen der Selbsthilfegruppen und -initiativen, der Behindertenorganisationen sowie in den entsprechenden Fachbereichen der Universitäten diskutiert und weiterentwickelt wird. Ziel ist ein selbstbestimmtes Leben für möglichst viele behinderte Menschen, auch unabhängig von Art und Schwere der Behinderung. Durch ein flexibles Angebot ambulant zu erbringender Hilfen, eine ausreichende Zahl geschulter und persönlich anzuleitender Helferinnen und Helfer bzw. Assistenten und durch entsprechende Finanzierungsmöglichkeiten im Rahmen privater Arbeitsverhältnisse soll der einzelne Behinderte in die Lage versetzt werden, im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Nach der Situation des Einzelnen können bei Vorliegen der Voraussetzungen die Kosten der persönlichen Assistenz im Rahmen der Eingliederungshilfe oder der Hilfe zur Pflege vom Sozialhilfeträger übernommen werden (vgl. dazu im übrigen die Antwort zu Frage 7). Eine institutionelle Förderung des Modells der persönlichen Assistenz besteht derzeit nicht.

In der heutigen Praxis wird dabei auf langjährige internationale Erfahrungen, z. B. der Independent-Living-Zentren in Kanada, USA und in den skandinavischen Ländern zurückgegriffen.

Die Forderung nach mehr Selbstbestimmung im Alltag behinderter Menschen richtet sich vorrangig auf die Lebensbereiche Wohnen, Ausbildung, Arbeit und Freizeit. Auf der Suche nach Alternativen zur lebenslangen stationären Versorgung mit weitgehend vorgegebenen Organisationsstrukturen hat sich in den einzelnen Bundesländern eine Vielfalt von Organisationsformen entwickelt, mit denen versucht wird, Konzepte der selbständigen Lebensführung und des selbstbestimmten Lebens zu verwirklichen. Wenn auch diese Konzepte, vor allem das der persönlichen Assistenz, derzeit noch mehr von körperbehinderten Menschen vorgestellt und umgesetzt werden, so gibt es doch zunehmend Bestrebungen, diese Diskussion auch für die Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung und ihrer Angehörigen nutzbar zu machen.

Die Entwicklung ist derzeit noch zu sehr in Fluß, um bereits jetzt eine abschließende Bewertung geben zu können. Die Bundes-

regierung fördert seit vielen Jahren durch ideelle und finanzielle Unterstützung die Entwicklung von Konzepten des selbstbestimmten Lebens im Rahmen wissenschaftlicher Begleitung von Praxismodellen oder als Erfahrungsaustausch über Inhalte, Organisationsformen und Finanzierungsmöglichkeiten im Rahmen von Arbeitstagen, Seminaren und Veröffentlichungen.

Um die Voraussetzungen für persönliche Assistenz zu verbessern, führt die Bundesanstalt für Arbeit derzeit einen modellhaften Lehrgang durch, mit dem Arbeitssuchende im Rahmen einer einjährigen Umschulung zum Behinderten-Assistenten ausgebildet werden. Das Angebot hat auf der örtlichen Ebene großes Interesse gefunden. Die zukünftigen Klienten, d. h. im eigenen Haushalt lebende Behinderte, sind in die Planung und Erprobung des Projektes voll einbezogen, um eine bedarfsgerechte, am Alltag der Behinderten orientierte Ausbildung zu sichern. Die Absolventen dieser Modellmaßnahme werden im Frühjahr 1993 ihre Tätigkeit als Assistenten aufnehmen können. Die Vergütung wird dem Niveau der Altenpflegehelfer angeglichen sein.

Beim jetzigen Erfahrungs- und Diskussionsstand kann noch nicht abschließend beurteilt werden, für wie viele betroffene Menschen und unter welchen Bedingungen das Modell der persönlichen Assistenz in Betracht kommt. Die zunehmende Breite der Diskussion und die Erfahrungen in den ambulanten Hilfsdiensten weisen jedoch auf eine stetig wachsende Nachfrage hin. Auch aus den hier vorliegenden Mitteilungen einzelner Bundesländer und Verbände geht hervor, daß ein erheblicher Bedarf an Helferinnen und Helfern im Bereich der ambulanten Hilfen besteht.

Im Hinblick auf eine mögliche Modellförderung ist der Abstimmungsprozeß noch nicht abgeschlossen. Konzeptionelle Grundsatfragen wurden und werden mit einer Reihe von Selbsthilfeorganisationen und -gruppen erörtert. Die Gespräche werden fortgesetzt.

9. Erkennt die Bundesregierung die Tatsache an, daß Zivildienstleistende vielerorts große Leistungen bei der Betreuung und Begleitungshilfe erbringen und gravierende Pflegeengpässe ausgleichen?

Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung unternommen bzw. eingeleitet, um den Menschen, die auf Betreuung, Begleitung, Hilfe und/oder Pflege angewiesen sind, auch weiterhin die Garantie zu geben, daß bisherige Unterstützungen weiter geleistet werden können?

Wie will die Bundesregierung die Zivildienstleistenden stärker als bisher für solche Aufgaben gewinnen?

Wo können sich auf Betreuung, Begleitung, Hilfe und/oder Pflege angewiesene Menschen mit Behinderungen oder im Alter informieren, wie sie der Hilfe und Unterstützung durch Zivildienstleistende teilhaftig werden können?

Wo können sich analog dazu Selbsthilfe- und andere Organisationen informieren, die Zivildienstleistende für derartige Zwecke ambulant vermitteln und einsetzen wollen?

Welche finanziellen Mittel stellte die Bundesregierung für den Einsatz von Zivildienstleistenden in der Pflege seit 1984 jährlich zur Verfügung?

Wie hoch wären die Personalkosten bei Bezahlung von Tariflöhnen?

Zivildienstleistende werden in vielen Bereichen der Betreuung alter, kranker und behinderter Menschen eingesetzt. Sie erbringen dabei häufig aufgrund ihres Engagements beachtliche Leistungen und fördern damit das Ansehen des Zivildienstes. Für diese Leistung gebührt ihnen Dank.

Daraus, daß Zivildienstleistende in der Betreuung dieser Menschen eingesetzt werden, kann aber keine Gesamtverantwortung des Zivildienstes für bestimmte soziale Dienstleistungen abgeleitet werden.

Der Zivildienst stellt eine Ergänzung der sozialen Dienste dar, er kann aber keine Garantie für die Beibehaltung eines bestimmten Umfangs sozialer Dienste übernehmen. Aufgabe des Zivildienstes ist es, anerkannte Kriegsdienstverweigerer zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Dienstpflicht aufzunehmen. Er hat keine feste Sollstärke. Die Zahl der Dienstleistenden richtet sich vielmehr danach, wie viele wehrpflichtige Männer als Kriegsdienstverweigerer nach Artikel 4 Abs. 3 des Grundgesetzes anerkannt werden und als taugliche und verfügbare Dienstpflichtige zum Zivildienst einberufen werden.

Sowohl unter quantitativen als auch unter qualitativen Aspekten kann der Bedarf allein durch den Einsatz von Zivildienstleistenden nicht ausreichend gedeckt werden. Wegen der Verkürzung der Zivildienstzeit müssen behinderte Klienten eine hohe Fluktuation ihrer Helfer in Kauf nehmen, die sehr belastend ist. Schließlich ist der Einsatz von Zivildienstleistenden bei schwerbehinderten Frauen problematisch, die ein Recht auf Hilfe durch weibliche Helferinnen haben sollten.

In der Betreuung alter und behinderter Menschen sieht die Bundesregierung aber ein Einsatzfeld für Zivildienstleistende, das dem Wesen des Zivildienstes in besonderem Maße entspricht. Ihr ist deshalb aus zivildienstpolitischen Gründen daran gelegen, daß Zivildienstpflichtige, die zu einer solchen Dienstleistung allerdings freiwillig befreit sein müssen, auch tatsächlich in diesem Einsatzfeld tätig werden.

Das gilt besonders für den Bereich der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung. Damit Zivildienstpflichtige auf die Möglichkeit eines Einsatzes in diesem Bereich rechtzeitig aufmerksam werden, informiert das Bundesamt für den Zivildienst in besonderer Weise über dieses Einsatzfeld. Eine erste Information bietet ein Merkblatt, das alle jungen Männer mit ihrer Anerkennung als Kriegsdienstverweigerer vom Bundesamt erhalten. Ein zweites Mal erfolgt die Unterrichtung bei der Ankündigung der Heranziehung zum Zivildienst in Form eines ausführlichen Hinweises speziell auf die Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung. Darüber hinaus stellt das Bundesamt sicher, daß jeder im Bereich der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung eingesetzte Zivildienstleistende zu Beginn seines Dienstes an einem fachlichen Einführungslehrgang teilnimmt. Künftig werden Dienstleistende in der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung auch Sonderurlaub zum Ausgleich für die besondere Dienstbelastung erhalten.

Die Betreuung durch Zivildienstleistende in der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung wird von den anerkannten Beschäftigungsstellen des Zivildienstes organisiert und verantwortet. Die meisten dieser Beschäftigungsstellen gehören den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtsverbände an, die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (Franz-Lohe-Straße 17, 5300 Bonn 1) zusammengeschlossen sind. Diese Bundesarbeitsgemeinschaft unterhält eigens eine Koordinierungsstelle für Fragen der individuellen Betreuung von Schwerstbehinderten. Dort können Interessierte nähere Auskünfte über die Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung erhalten. Auch das Bundesamt für den Zivildienst (Sibille-Hartmann-Straße 2–8, 5000 Köln 51) gibt auf Anfrage Auskünfte über die anerkannten Beschäftigungsstellen, die Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung oder Mobile Soziale Hilfsdienste anbieten.

Selbsthilfe- und andere Organisationen können sich über die Möglichkeiten zur Anerkennung als Beschäftigungsstelle des Zivildienstes beim Bundesamt für den Zivildienst informieren.

Zivildienstleistende unterfallen nicht dem Geltungsbereich der Tarifverträge des öffentlichen Dienstes. Für sie gelten ebenfalls nicht die Regelungen des Arbeitsrechts. Daher stellt sich nicht die Frage einer Bezahlung von Tariflöhnen an Zivildienstleistende.

Die Mittel zur Durchführung des Zivildienstes sind im Bundeshaushalt im Kapitel 17 04 (Bundesamt für den Zivildienst) eingestellt. Nach der dort vorgegebenen Haushaltssystematik ist eine Berechnung der Kosten für den Einsatz von Zivildienstleistenden in der Pflege im Sinne einer Bereichszuordnung nicht möglich. Sie ist nach den hierfür maßgebenden zivildienstrechtlichen Kriterien auch nicht erforderlich.