

8. Häusliche Pflege in den alten und neuen Bundesländern (J. Heusinger)

Im vorangegangenen Kapitel wurden unsere Erwartungen über die Bedeutung der milieuspezifischen Lebenslagen und Sichtweisen für die Steuerung entwickelt. Die sozialen (Haupt-)Milieus der Älteren sind dabei bereits differenziert nach Ost und West vorgestellt worden, die Beschreibung der Systemunterschiede in der Versorgungslandschaft sowie der Vergleich der vorliegenden Informationen über häusliche Pflegearrangements stehen noch aus. Sie werden in den folgenden Abschnitten vorgenommen, denn sie bilden die Hintergründe für die Klärung der Frage nach den bekannten Unterschieden in der Ausgestaltung häuslicher Pflege in den alten und neuen Bundesländern. Der Umgang mit dem Pflegebedarf durch die Betroffenen selbst und ihr soziales Umfeld wird nur verständlich, wenn über die Rahmenbedingungen im Jahr 2000 hinaus auch jene Bedingungen für häusliche Pflege bekannt sind, die in den Jahren und Jahrzehnten zuvor die Vorstellungen vom Machbaren, Richtigen oder Möglichen geprägt haben.

8.1. Die Situation in den alten Bundesländern vor 1990

Nach 1945 waren Altenhilfe und Altenpflege in der BRD lange Jahre nur ein Bereich unter vielen in der allgemeinen Fürsorge. Erst Ende der 50er Jahre schärfte sich allmählich die Wahrnehmung für die soziale Problematik der älteren Generation, ersten Untersuchungen folgten gezielte sozialpolitische Maßnahmen, die sich vor allem auf die Verbesserung und den Ausbau stationärer Angebote konzentrierten (HOLZ 1987: 170f). Das Recht der Älteren auf altersspezifische Hilfen, die auch Problemen wie Einsamkeit begegnen sollten, rückte erst allmählich ins gesellschaftliche Bewusstsein, was sich nicht zuletzt im 1961 verabschiedeten Bundessozialhilfegesetz, insbesondere im §75 Altenhilfe, ausdrückt¹⁵. Damit war das Subsidiaritätsprinzip auch in der Altenhilfe verankert, das festlegt, dass der Staat bzw. allgemein übergeordnete Einheiten erst dann eingreifen sollen, wenn die untergeordneten Einheiten, also Individuen, Familien, Wohlfahrtsverbände und private Initiativen usw., nicht mehr allein zur Lösung der Probleme in der

¹⁵ Der § 75 BSHG zielt darauf ab, altersbedingte Schwierigkeiten zu verhüten, zu überwinden oder zu lindern und die gesellschaftliche Teilhabe alter Menschen zu sichern. Neben der individuellen Kostenübernahme für beispielsweise altersgerechte Wohnungsausstattung oder Umzug, Besuch von Kulturveranstaltungen etc. ist eine umfassende Beratungspflicht der Sozialhilfeträger ebenso wie die Planung, Bereitstellung und institutionelle Förderung von entsprechenden Angeboten eingeschlossen (KLIE 2001: 342f).

Lage sind. Bis heute bedeutet das, dass zunächst die Alten selbst, dann ihre Kinder bzw. Enkel und erst, wenn auch diese nicht mehr dazu in der Lage sind, staatliche Stellen finanziell einspringen müssen, um einen menschenwürdigen Lebensabend auch bei Pflegebedürftigkeit zu sichern.

Nach 1960 wuchs nicht nur die Zahl stationärer Hilfeinrichtungen von Heimen bis zu Tageseinrichtungen, sondern auch die der offenen Hilfen (von Altenclubs, Altenerholungsmaßnahmen bis zu Beratungsstellen). Ende der 60er Jahre nahmen die ersten Sozialstationen ihre Arbeit auf. Der lauter werdenden Forderung nach möglichst selbstständiger Lebensführung auch im Alter wurde in den 70er Jahren mit dem Bau zahlreicher neuer Altenwohnanlagen und kombinierter Alten- und Pflegeheime Rechnung getragen. Die damals nach landläufiger Vorstellung mit dem Alter wachsenden Defizite sollten aber auch durch ambulante Hilfen kompensiert werden. Gefördert durch Bund und Länder entstanden bundesweit Sozialstationen, die Haus-, Familien- und Krankenpflege anboten sowie Mittagessenlieferdienste (HOLZ 1987: 195). Auch wenn die reinen Versorgungsangebote zunehmend durch Betreuungsangebote ergänzt wurden, blieb die Altenhilfe ein Konglomerat aus Dienstleistungen, das für die Betroffenen kaum Mitgestaltungsmöglichkeiten offen ließ. Sie blieben HilfeempfängerInnen und KonsumentInnen (HOLZ 1987: 197).

In den 70er Jahren kumulierten zwei Probleme, die ein Umdenken in der Organisation der häuslichen Pflege erforderten (HEINEMANN-KNOCH et al. 1985: 88ff). Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen, besonders im stationären Bereich, erforderte eine Trendwende hin zur Förderung der ambulanten Pflege. Diese lag bis dato allerdings vor allem in den Händen von Krankenpflege- oder Dorfhelferstationen, die an Kirchengemeinden angebunden und in der Regel von Ordensschwestern geleitet waren. Sie wurden von ehrenamtlichen oder gering bezahlten HelferInnen unterstützt. Da sie große Probleme hatten, Personal zu finden, ging die Zahl dieser Stationen ständig zurück. Die Kirchen waren zudem nicht bereit, professionelles und entsprechend bezahltes Personal auf eigene Kosten einzustellen. In der Folge entschlossen sich die staatlichen Stellen, vor allem die Bundesländer, schließlich zur Einführung von Sozialstationen, getreu dem Subsidiaritätsprinzip möglichst in Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden. Dies erreichten sie im Laufe der 70er Jahre durch den Erlass entsprechender Förderrichtlinien, die auch finanzielle Anreize boten. Die Bedeutung der Gemeindeschwestern als in der Gemeinde verwurzelte AnsprechpartnerInnen für alle Fragen rund um die Pflege ist im Laufe dieses Prozesses immer weiter zurückgegangen.

Ende der 80er Jahre war schließlich in den alten Bundesländern ein (nicht überall flächendeckendes) Netz von Sozialstationen entstanden, das dazu beitrug, dass Pflegebedürftige zu Hause versorgt werden konnten. Neben Krankenschwestern/-pflegern arbeiten in den Sozialstationen seitdem auch Alten- und wenige FamilienpflegerInnen sowie nicht oder gering formal qualifizierte HelferInnen, oft auf Teilzeitbasis. Die Sozialstationen waren in Trägerschaft von kirchlichen und frei gemeinnützigen Wohlfahrtsverbänden, so dass die Pflegebedürftigen häufig auch andere Angebote desselben Trägers nutzen konnten.

Allerdings zeigten Untersuchungen (DIECK et al. 1987, HEINEMANN-KNOCH/DE RIJKE 1987, HEINEMANN-KNOCH et al. 1985), dass trotz dieser Angebotspalette auch die häusliche Situation an sich und die häufige Überlastung der Pflegenden Ursachen für Probleme darstellten, die durch die immer wieder beobachteten Mängel im professionellen Tätigkeitsspektrum, besonders im psychosozialen Bereich verschärft wurden.

Verantwortlich für eine ausreichende und rechtzeitige Versorgung waren vor Einführung der Pflegeversicherung die Kommunen als Träger der Sozialhilfe. Sie förderten deshalb u. a. die Sozialstationen finanziell (Investitionskosten, Beteiligung an Defiziten, Personalkostenbezuschung, Festbeträge...). Auch die Bundesländer griffen in die Organisation der häuslichen Pflege auf verschiedene Weise ein: Mit der Festlegung eines Stellenschlüssels pro Einwohnerzahl legten sie den Bedarf fest, von dem abhing, ob weitere Sozialstationen einen Versorgungsvertrag bekamen. Weiterhin beteiligten sie sich ebenfalls an der Finanzierung der Sozialstationen. Trotz dieser Wettbewerbsvorteile der Sozialstationen konnten sich seit Beginn der 90er Jahre insbesondere im städtischen Raum zunehmend privatgewerbliche Anbieter häuslicher Pflege etablieren (HOERSCHELMANN 1997:146).¹⁶ Die Heimquote (Anteil der in stationären Pflegeeinrichtungen Lebenden über 65-jährigen) lag bei rund 4% (KRUG 1992: 27).

Vor der Einführung der Pflegeversicherung 1995 finanzierten sich die Sozialstationen überwiegend aus Zuschüssen, weniger aus den Entgelten, die sie für ihre Arbeit von den Krankenkassen und Sozialämtern bekamen (nach FÜLGRAFF 1982 nur 25 % der Gesamtkosten, zit. n. HEINEMANN-KNOCH et al. 1985: 94f). Pflegebedürftige konnten

¹⁶ Die Zuständigkeiten von Ländern und Kommunen führten zu regional unterschiedlichen Entwicklungen, die an dieser Stelle auszuführen zu weit ginge (vgl. HEINEMANN-KNOCH et al. 1985; HOERSCHELMANN 1997).

sich Leistungen von Sozialstationen und Pflegediensten aus folgenden Quellen bezahlen lassen:

- Vom Arzt verordnete Häusliche Krankenpflege nach § 185 Reichsversicherungsordnung (RVO), die aber voraussetzt, dass Behandlungs- und nicht nur Grundpflege erforderlich ist, oder § 185 b RVO Haushaltshilfe, die wiederum nur zusammen mit der häuslichen Krankenpflege gewährt werden darf,
- bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen, vor allem niedrigem Einkommen, Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz und
- aus eigenem Einkommen und Vermögen bzw. aus privat abgeschlossenen Versicherungen („Selbstzahler“).

Welche Leistungen im Einzelnen verordnet werden konnten, war in Rahmenvereinbarungen zwischen Bundesausschüssen der Ärzte und den Versicherungs- bzw. Sozialhilfeträgern einerseits, zwischen letzteren und den Trägern der Wohlfahrtsverbände (also der Sozialstationen) andererseits geregelt. Die Entscheidung über den Umfang des jeweils verordneten Hilfspaketes lag also im Wesentlichen in den Händen der Ärzte und war allenfalls durch das Verhandlungsgeschick der PatientInnen oder der sie unterstützenden (professionellen) Pflegepersonen zu beeinflussen.

Abgesehen von den sozialhilferechtlichen Regelungen, die nur vergleichsweise wenigen zugute kamen und zusätzlich von vielen Berechtigten gar nicht erst beantragt wurden, konnten viele Pflegebedürftige nach diesen Finanzierungsmodellen keine Leistungen bekommen. Die Unterstützung im „Pflegefall“ war aus der Krankenversicherung (RVO) ausdrücklich ausgenommen – und eine andere Versicherung hatte kaum jemand. Durch großzügige Ermessensregelungen der SachbearbeiterInnen wurden die entstehenden Versorgungslücken oft geschlossen, aber eine Dauerlösung war das nicht. Gleichzeitig vervielfachten sich in wenigen Jahren die Kosten, die die Sozialhilfeträger, also die Kommunen, für die stationäre Pflege in Alten- und Pflegeheimen aufbringen mussten. Den Vorschlag für eine eigene Pflegeversicherung legte schon 1980 eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe vor. Welche Regelungen mit der Einführung dieser Versicherung 15 Jahre später in Kraft traten, ist im Kapitel 6 nachzulesen.

8.2. Versorgung älterer Pflegebedürftiger in der DDR

Die Darstellung der Situation in der ehemaligen DDR bewegt sich heute stets zwischen den Versuchungen, entweder einen Mythos von sozialer Sicherheit, Wärme und gegenseitiger Unterstützung zu entwerfen oder aber ein Schreckgespenst von Bspitzelung,

Isolierung und Mangel zu zeichnen. Diese Problematik wird dadurch verschärft, dass die Ergebnisse einer weitgehend politisch gesteuerten, oft "in Regale und Schubladen verbannten DDR-Sozialwissenschaft, ... (deren) mangelnde Breite und Tiefe zusätzliche Barrieren aufbaut" (DIECK 1994: 657), nicht ohne weiteres übernommen werden können. Das gilt nicht nur bis 1990, auch die Produkte der Transformationsforschung zeichnen ein zum Teil sehr widersprüchliches Bild. Zudem besteht die Gefahr, dass die Defizite im bundesdeutschen Sozialsystem im Vergleich mit Mängeln und Notlagen in der DDR aus dem Blick geraten und die Diskussion um notwendige Verbesserungen auch in den alten Bundesländern angesichts des in verschiedenen Bereichen zweifellos bestehenden Nachholbedarfs an Schwung verliert.

Zunächst aber zur Altenpolitik in der DDR:

1969 beschloss der DDR-Ministerrat "Grundsätze und Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen, sozialen und kulturellen Betreuung der Bürger im höheren Lebensalter und zur Förderung ihrer stärkeren Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sowie über die Hauptkomplexe der Altersforschung". Zu dieser – auch aus heutiger Sicht – recht modernen Gesamtkonzeption kam im selben Jahr noch eine Rahmenvereinbarung mit dem Ziel, alle gesellschaftlichen Initiativen zu bündeln für ein System vielfältiger, koordinierter und abgestimmter Maßnahmen nicht nur zur praktischen Sorge, sondern auch zur gesellschaftlichen Integration älterer Menschen. Zur Umsetzung dieser Beschlüsse wurden auf Kreis- und Bezirksebene Koordinierungsgruppen gebildet, in denen auch Vertreter der verschiedenen Ratsbereiche wie Wohnungspolitik, Bildung, Kultur, örtliche Versorgungswirtschaft, Finanzen etc. sowie ein beratender Arzt für Geriatrie und örtliche politische Vertreter aus Stadtverordnetenversammlungen und der Kommission für Gesundheit und Sozialwesen saßen (SCHWITZER 1993: 281f). Ob und wie die Betroffenen selbst beteiligt waren, ist uns nicht bekannt.

Vom Anspruch der Beschlüsse her, die älteren Bürger und Bürgerinnen nicht nur mit dem Lebensnotwendigen zu versorgen, sondern auch ihre Integration und Teilhabe an der Gesellschaft zu sichern, und von den aus allen relevanten Bereichen beschickten Institutionen her, wären also eine fortschrittliche und effektive Politik und entsprechende Forschung zu erwarten gewesen. Die Ursache für das unübersehbar weitgehende Scheitern dieser Pläne im Einzelnen zu analysieren, ginge an dieser Stelle zu weit. SCHWITZER (1993: 283) macht allgemein "systemimmanente Effizienzmängel in der Gesellschaft, in der sich Wirtschaft, Politik und Soziales zu einem unflexiblen und sich letztlich selbst bremsenden System verwandelten, (das) zudem noch belastet (war) durch

ein abartiges Sicherheitsdenken,“ verantwortlich. Jedenfalls verschlechterte sich die soziale Lage der älteren Menschen trotz der guten Konzepte und anders lautender offizieller Anerkennung ihrer Leistungen, bis in den 80er Jahren die Renteneinkommen trotz festgelegter Mindestrenten am unteren Rand der DDR-Einkommenskala lagen. Die Grundversicherung, die die Pflichtversicherung, kostenlose gesundheitliche und soziale Betreuung, die Subventionierung der Waren des Grundbedarfs, der Wohnungen und anderer wesentlicher Dienstleistungen wie z. B. der Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit umfasste, schützte vor absoluter Armut. Mängel in der Versorgung und Verarmungstendenzen gab es dennoch.¹⁷

Die ambulante medizinische Versorgung gewährleisteten in der DDR die Polikliniken, bei denen auch Gemeindeschwestern angestellt waren, die die ambulante Krankenpflege leisteten. Außerdem deckten kirchliche Einrichtungen einen Teil des Bedarfs. Auf dem Land gab es in nahezu jedem Dorf einen Praxisraum, in dem ein Arzt wöchentliche Sprechstunden für die Dorfbevölkerung abhielt. Er wurde dabei von einer Gemeindeschwester unterstützt, die in der Regel selbst in dem Dorf lebte und bei gesundheitlichen Problemen auch außerhalb der Sprechstunden für die Menschen erreichbar war. Sie war auch für die häusliche Krankenpflege zuständig. Institutionelle Angebote für pflegende Angehörige gab es nicht.

Die am weitesten verbreitete Form formeller ambulanter Unterstützung Pflegebedürftiger war die Haushaltshilfe. Sie wurde von 38.600 (Stand 1989) ehrenamtlichen und gering bezahlten Hauswirtschaftspflegerinnen der Volkssolidarität¹⁸ kostenlos oder gegen geringes Entgelt geleistet und erlangte in Anbetracht der Infrastrukturmängel und Wohnstandards eine hohe Bedeutung (DIECK 1994: 656). Nicht erwerbstätige Pflegepersonen wurden zum Teil als Hauswirtschaftshelferinnen unter anderem für den eigenen Haushalt angestellt und bekamen so ein zusätzliches kleines Einkommen. Die Hinzuziehung von außerfamiliären, formellen HelferInnen war also weit verbreitet. Eine wichtige Rolle für die gesellschaftliche Einbindung der Älteren spielten auch die betrieblichen Angebote: RuheständlerInnen konnten i.d.R. weiter am Kantinenessen und der

¹⁷ Da es in der DDR offiziell keine Armut gab, war auch die Forschung, die sich für die Folgen interessierte, unerwünscht. Sie musste entweder inoffiziell betrieben werden oder ihre Ergebnisse blieben unveröffentlicht (SCHWITZER 1993).

¹⁸ Die Volkssolidarität war eine Massenorganisation, in der RuheständlerInnen die Mehrheit der 2,1 Millionen Mitglieder stellten. Sie war in ca. 15 000 Ortsgruppen gegliedert, unterhielt 656 Klubs und 286 Treffpunkte und stellte einen großen Teil der Angebote für die ältere Bevölkerung (ALTENREPORT 1990: 17). Neben zahllosen kulturellen Veranstaltungen organisierte sie die Mittagessenversorgung („Essen auf Rädern“) und nicht-medizinische ambulante Betreuung. Die Volkssolidarität finanzierte ihre Aktivitäten aus staatlichen Zuwendungen und regelmäßigen Sammlungen in den Wohngebieten.

betriebsärztlichen Betreuung teilnehmen, dazu kam eine Politik, die für die "Veteranen der Arbeit" weitere soziale und kommunikative Angebote bereitstellte.

Der schlechtere Standard der Wohnungen, besonders der von den Älteren und Alten bewohnten, erhöhte den Hilfebedarf. Er war auch nicht selten Grund für die Übersiedlung in ein Feierabend- oder Pflegeheim (DIECK 1994: 648). Die Institutionalisierungsquote der RuheständlerInnen in der DDR lag 1990 bei 5,2% (DALLINGER/NAEGELE 1993: 311). Der Bedarf an Heimplätzen war aber nicht gedeckt, 1989 lagen noch 159.860 offene Anträge vor (ALTENREPORT 1990: 17), obwohl der Ruf besonders der Pflegeheime mit ihren Mehrbettzimmern und mangelhafter Ausstattung schlecht war. Allerdings erwähnt der ALTENREPORT 1990 auch Untersuchungen, aus denen hervorgeht, dass die Mehrheit der Antragsteller ambulante Betreuungsformen dem Heim vorgezogen hätten, wenn sie erhältlich gewesen wären, wobei offen bleibt, an welcher Art der Versorgung es mangelte. Jedenfalls war es nicht ohne weiteres möglich, im Bedarfsfall eine altersgerechte oder auch eine größere Wohnung zu bekommen, wenn eine Familie ältere Angehörige in ihrem Haushalt aufnehmen wollte¹⁹.

Pflegepersonen in der DDR mussten nicht befürchten, dauerhaft arbeitslos zu werden, wenn sie pflegebedingte Einschränkungen ihrer Erwerbstätigkeit in Kauf nahmen. Eine im Auftrag des DDR-Gesundheitsministeriums 1989 in Potsdam durchgeführte Untersuchung ergab, dass 9,7% der pflegenden Angehörigen wegen der Pflege verkürzt arbeiteten, weitere 9,3% ihre Berufstätigkeit deswegen unterbrochen hatten. Teilzeitarbeitsverhältnisse wurden zwar grundsätzlich nicht gern gesehen, nach GABRIEL (1992) waren Kranken- und Altenpflege aber ein häufig genanntes Motiv für den Wunsch nach Teilzeitarbeit. Neben den 71% der pflegenden Frauen, die weiter berufstätig waren (DALLINGER/NAEGELE 1993: 308), dürften etliche auch bereits das Rentenalter erreicht haben, weil erheblicher Pflegebedarf überwiegend bei Hochbetagten besteht. Der ALTENREPORT 1990 (S. 13) weist außerdem darauf hin, dass die pflegenden Frauen in der Regel wegen des frühen Erstgeburtsalters bereits Großmütter mit entsprechenden zusätzlichen Hilfeerwartungen ihrer Kinder waren. Zusammengefasst geben die DDR-Forschungsarbeiten zur Situation der Frauen aber nur wenige Hinweise auf die Motive für die Pflege und ihre Ausgestaltung.

Ein Vergleich des Versorgungsgrades in der DDR mit dem in der BRD fällt schwer, da die unterschiedlichen Systeme verschiedene Schwerpunkte setzten, die sich kaum ver-

gleichen lassen. Die Zahl der Heimplätze ist beispielsweise wenig aussagekräftig, wenn berücksichtigt wird, dass die Fehlbelegung mit psychisch oder körperlich geschädigten Jüngeren und Suchtmittelabhängigen in einigen Bezirken weit über 30% lag (ALTEN-REPORT 1990:17). DALLINGER/NAEGELE (1993) und DIECK (1994) kommen jeweils zu dem Schluss, dass die Versorgungsdichte im Großen und Ganzen der in der BRD entsprach.

Zusammengefasst führte die häusliche Pflege in der DDR in der Öffentlichkeit ein Schattendasein. Sie dennoch zu gewährleisten, war eine private bzw. familiäre Aufgabe. Es gab aber eine Reihe (halb-)staatlicher Dienstleistungsangebote, die zur Sicherung der Pflege beitrugen, sowie eine verglichen mit der BRD größere Flexibilität bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.

8.3. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der häuslichen Altenpflege in den alten und neuen Bundesländern nach 1990

Sehr bald nach 1990 starteten zahlreiche Forschungsvorhaben, die häufig vergleichend die Veränderungen in den neuen Bundesländern zum Gegenstand hatten. Fast alle dieser Forschungsvorhaben stehen vor dem Problem, dass sich der Umbruch in der ehemaligen DDR auf alle Lebensbereiche auswirkt, so dass die Wechselwirkungen schwer zu erfassen sind. Das gilt natürlich auch für das Umfeld der häuslichen Pflegearrangements. Im folgenden Abschnitt werden zusammengefasst die wichtigsten Ergebnisse der Transformationsforschung für die vorliegende Fragestellung vorgestellt. Zugleich werden die Rahmenbedingungen von Pflegearrangements in beiden Teilen der Bundesrepublik vergleichend vorgestellt.

Für die Menschen in der DDR, die 1990 bereits das Rentenalter erreicht hatten, stand zunächst die Sorge um die soziale Sicherheit im Vordergrund (MICHEL et al. 1993: 298f), zumal sie nicht mehr die Chance hatten, ihre Erwerbsbiographien den neuen Anforderungen anzupassen. Mit den Rentenüberleitungsgesetzen 1991 und 1992 wurde aber ein Rentenniveau erreicht, das für die meisten einen gesicherten Lebensstandard bedeutete. Die Frauen profitieren seitdem besonders von ihrer langjährigen Erwerbstätigkeit, ihrem vergleichsweise hohen Bildungsniveau und den Hinterbliebenenrenten. Die ökonomische Situation der RentnerInnen in den neuen Bundesländern hat sich seit 1990

¹⁹ Altersgerechte Wohnungen gab es kaum, der in der DDR knappe Wohnraum war weitgehend für junge Familien und Erwerbstätige reserviert (SCHMIDT 1998: 70f).

verbessert, die Durchschnittsversichertenrenten lagen Ende 1995 für Frauen bei 1057,-DM, für Männer bei 1837,-DM (SCHMIDT 1998: 69). Damit können sie in der Regel ihr Leben innerhalb eines nicht sehr weit gesteckten finanziellen Rahmens weitgehend selbstbestimmt gestalten und haben sich die Fähigkeit zur Reziprozität²⁰ in gewissem Umfang bewahrt. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die RuheständlerInnen in der ehemaligen DDR, anders als die in den alten Bundesländern, in der Regel über kein Vermögen verfügen. Angesichts der Arbeitslosigkeit und der unsicheren Arbeitsverhältnisse sind die Renten heute in den neuen Bundesländern ein vergleichsweise sicherer Teil des (Familien-)Einkommens.

Untersuchungen über die Beziehungen und den Austausch zwischen den Generationen belegen, dass finanzielle Transferleistungen von den Großeltern vor allem an die Enkel, aber auch an die Kinder gesamtdeutsch weit verbreitet sind (MARBACH 1994: 192ff). Die Zahlungen an die erwachsenen Kinder haben zwischen 1991 und 1996 im Westen von 10,6% auf 10,2% geringfügig abgenommen, während sie im Osten von 11,6% auf 13,4% zugenommen haben (SZYDLIK/SCHUPP 1998: 301). Die Generationenbeziehungen in den neuen Bundesländern sind auch insgesamt enger als in den alten, wie SZYDLIK /SCHUPP (1998) in einer Auswertung der sozioökonomischen Panels 1991 und 1996 feststellen. Dazu mag die Nischenfunktion, die die Familie in der DDR u. a. hatte, beigetragen haben. Auch ist ein Rückzug in die Vertrautheit der Familie angesichts der Umwälzung der sozialen Beziehungen in Berufsleben und Freizeit nachvollziehbar. Die Bedeutung der Eltern für die erwachsenen Kinder hat also zugenommen. Die Untersuchung zeigt, dass die Familien in den neuen Bundesländern im Umbruch eine wichtige stabilisierende Funktion für die Menschen haben, die intergenerationelle Solidarität ist ausgeprägter als im Westen. Allerdings führen ökonomische Probleme sowie drohende oder bereits eingetretene Arbeitslosigkeit in Ost und West signifikant häufig zu flüchtiger werdenden Generationenbeziehungen, ein Problem, das sich möglicherweise in den neuen Bundesländern erst im Laufe der Zeit bemerkbar macht.

In beiden Teilen Deutschlands werden Pflegebedürftige vor allem durch Familienangehörige, meist Töchter oder EhepartnerInnen, versorgt. Die hochbetagten Ehemänner bleiben im Osten länger an der Pflege beteiligt, außerdem sind entferntere Angehörige alleinstehender Pflegebedürftiger eher bereit, die Pflege zu übernehmen (SCHMIDT 1998: 72f). Der Anteil pflegender Männer ist mit 12,6% in den neuen Bundesländern

²⁰ Reziprozität bedeutet Gegen- oder Wechselseitigkeit, hier ist die materielle Fähigkeit zu Gegenleistungen für erhaltene Hilfen gemeint.

gegenüber 9,8% in den alten höher, bei den erwerbstätigen Pflegepersonen beträgt ihr Anteil 24,1% in den neuen, 15% in den alten Bundesländern (DALLINGER 1997b: 153). SCHMIDT (1998) bestätigt, dass die Hauptpflegepersonen in den neuen Bundesländern häufiger durch andere Familienangehörige und Nachbarn unterstützt werden – ein Hinweis auf die größere Bedeutung der sozialen Netzwerke für die Pflege. Hier könnte auch eine Erklärung dafür liegen, dass die Pflege subjektiv weniger belastend wahrgenommen wird als in der ehemaligen BRD.

Wir erwarten, dass die bessere Netzwerkintegration der Pflegebedürftigen in den neuen Bundesländern deren Position in den Steuerungsprozessen stärkt.

Ob das Potential an pflegenden Angehörigen und unterstützenden Netzwerken aber durch die Ungewissheiten des Umbruchs und Abwanderungsbewegungen gerade der Jüngeren gefährdet ist, ist bislang nicht untersucht.

Wir erwarten, dass die Abwanderungsproblematik in den Aushandlungsprozessen über die Gestaltung der häusliche Pflege, insbesondere bei der Verfügbarkeit jüngerer Pflegepersonen, in den neuen Bundesländern eine Rolle spielt.

Auffällig ist der große Anteil erwerbstätiger Pflegepersonen (an allen Pflegepersonen im Alter zwischen 16 und 64) in den neuen Bundesländern: 42,3% der Pflegepersonen von über 65jährigen arbeiten in Vollzeit, 5,9% in Teilzeit. Dem stehen im Westen 21,1% bzw. 11,5% gegenüber. Anders als in den alten Bundesländern ist in der ehemaligen DDR auch bei den Arbeiterinnen kein ausgeprägter Trend zur Einschränkung der Berufstätigkeit festzustellen als bei Angestellten (DALLINGER 1997b: 154). Bei den weiblichen Pflegepersonen setzt sich die höhere Erwerbsneigung der DDR-Frauen insgesamt fort, liegt aber mit 46,5% der erwerbstätigen Pflegenden weit unter der Gesamtquote. Allerdings entfallen in den neuen Bundesländern nur 27,5% des von Erwerbstätigen gedeckten Unterstützungsbedarfs gegenüber 36,5% in den alten Bundesländern auf regelmäßige Pflege, der hauswirtschaftliche Hilfebedarf überwiegt also noch stärker. Desgleichen wohnen in der ehemaligen DDR 71% der erwerbstätigen Pflegepersonen nicht mit den Unterstützungsbedürftigen zusammen, im Westen sind dies nur 59% (alle Angaben aus DALLINGER 1997b: 152ff).

Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen alten und neuen Bundesländern ist der in der ehemaligen DDR mit 32,7% aller Hilfe- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten kleinere Anteil der regelmäßig auf Pflege im engeren Sinne Angewiesenen (im Westen 42,8%). Der Anteil derjenigen, die „nur“ hauswirtschaftliche Hilfe benötigen, ist ent-

sprechend höher. Das bedeutet, dass Pflegebedürftige mit hohem Pflegebedarf im Osten etwas seltener zu Hause versorgt werden (alle Angaben bei DALLINGER 1997b: 152ff). Da hoher Pflegebedarf ein häufig genannter Grund für das Einschränken oder Aufgeben der Erwerbstätigkeit von Pflegepersonen ist, stützen diese Zahlen die o. g. große Bedeutung, die die Erwerbsarbeit gerade für die Frauen in den neuen Bundesländern hat.

Deshalb erwarten wir, dass die Frauen in den neuen Bundesländern angesichts ihrer hohen Arbeitslosenzahlen und ihrer anhaltend hohen Erwerbsneigung nicht bereit sind, für die Pflege die Erwerbsarbeit aufzugeben.

Andererseits vermuten wir, dass Pflegegeld und Rentenversicherung gerade bei arbeitslosen Frauen in den neuen Bundesländern die Pflegebereitschaft stärken.

Einen Hinweis auf unterschiedliche Vorstellungen von rein familiären und öffentlichen Aufgaben gibt auch die in den neuen Bundesländern erheblich häufigere Nutzung professioneller ambulanter Dienste: Im Osten kommen sie in 36,4% der Pflegearrangements zum Einsatz, im Westen nur in 18,9%. Die Berufstätigkeit der Pflegepersonen spielt dabei weder in Ost, noch in West eine Rolle (DALLINGER 1996: 20). Welche Rolle für diese Differenz die früheren Systemunterschiede im Versorgungssystem haben, ist bislang nicht untersucht.

Wir erwarten, dass die engere lebensweltliche Einbindung der Gemeindefrauen zumindest dort, wo sie noch heute in der ambulanten Pflege tätig sind, die Nutzung professioneller Angebote fördert.

Vermuten könnten wir weiterhin, dass die vergleichsweise große staatliche Fürsorge mentalität und die geringeren individuellen Entscheidungsspielräume in der DDR bis heute bei den Pflegebedürftigen und Pflegenden zu der Erwartung führen, dass die Probleme im Wesentlichen staatlicherseits gelöst werden. Dagegen spricht allerdings die Tatsache, dass häusliche Altenpflege auch in der DDR vor allem Privatangelegenheit war, und dass zehn Jahre nach dem Beitritt auch ehemalige DDR-BürgerInnen nicht mehr auf die ungefragte Fürsorglichkeit öffentlicher Stellen setzen dürften. Wie das im Einzelnen begründet wird, welche Normen und welches Verständnis von privaten und staatlichen Versorgungsaufgaben dabei eine Rolle spielen, muss weiterer Forschung vorbehalten bleiben.

Allerdings erwarten wir, dass gerade die älteren Pflegebedürftigen in den neuen Bundesländern Probleme bei der Informationssuche und Informati-

onsdefizite haben, weil die heutigen Institutionen und ihre Aufgaben ihnen weniger vertraut sind. Dadurch fehlen ihnen wichtige Voraussetzungen für Selbstbestimmung.