

Lukas Slotala

# Ökonomisierung der ambulanten Pflege

Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste

ARBEIT GRENZEN POLITIK HANDLUNG METHODEN GEWALT SPRACHE WISSEN  
SCHAFT DISKURS SCHICHT MOBILITÄT SYSTEM INDIVIDUUM KONTROLLE  
ZEIT ELITE KOMMUNIKATION WIRTSCHAFT GERECHTIGKEIT STADT WERTE  
RISIKO ERZIEHUNG GESELLSCHAFT RELATION UMWELT SOZIALISATION  
RATIONALITÄT VERANTWORTUNG MACHT PROZESS LEBENSSTIL DELIN



**GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT**

Lukas Slotala

Ökonomisierung der ambulanten Pflege

# Gesundheit und Gesellschaft

Herausgegeben von  
Ullrich Bauer  
Uwe H. Bittlingmayer  
Matthias Richter

Der Forschungsgegenstand Gesundheit ist trotz reichhaltiger Anknüpfungspunkte zu einer Vielzahl sozialwissenschaftlicher Forschungsfelder – z. B. Sozialstrukturanalyse, Lebensverlaufsforschung, Alterssoziologie, Sozialisationsforschung, politische Soziologie, Kindheits- und Jugendforschung – in den Referenzprofessionen bisher kaum präsent. Komplementär dazu schöpfen die Gesundheitswissenschaften und Public Health, die eher anwendungsbezogen arbeiten, die verfügbare sozialwissenschaftliche Expertise kaum ernsthaft ab.

Die Reihe „Gesundheit und Gesellschaft“ setzt an diesem Vermittlungsdefizit an und systematisiert eine sozialwissenschaftliche Perspektive auf Gesundheit. Die Beiträge der Buchreihe umfassen theoretische und empirische Zugänge, die sich in der Schnittmenge sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Forschung befinden. Inhaltliche Schwerpunkte sind die detaillierte Analyse u. a. von Gesundheitskonzepten, gesundheitlicher Ungleichheit und Gesundheitspolitik.

Lukas Slotala

# Ökonomisierung der ambulanten Pflege

Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über  
<<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

1. Auflage 2011

Alle Rechte vorbehalten

© VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2011

Lektorat: Katrin Emmerich

VS Verlag für Sozialwissenschaften ist eine Marke von Springer Fachmedien.

Springer Fachmedien ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.

[www.vs-verlag.de](http://www.vs-verlag.de)



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

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg

Satz: Anke Vogel, Essenheim

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in Germany

ISBN 978-3-531-18168-4

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</b> .....	7
<b>Vorwort</b> .....	9
<b>1 Einleitung</b> .....	11
<b>2 Ökonomische Bedingungen der häuslichen Pflegeversorgung in Deutschland</b> .....	17
2.1 Situation und Probleme im ambulanten Pflegesektor .....	18
2.1.1 Entwicklung der Infrastruktur.....	18
2.1.2 Versorgungsangebote und Versorgungserfordernisse .....	24
2.2 Die Finanzierungsbedingungen der ambulanten Pflegedienste.....	27
2.2.1 Leistungsfinanzierung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung .....	28
2.2.2 Leistungsfinanzierung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.....	38
2.3 Versorgungsforschung im Spiegel einer ökonomisch induzierten Transformation im (ambulanten) Versorgungssektor .....	42
2.3.1 Ökonomisierung und die Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen – erste systematische Forschungsbefunde..	43
2.3.2 Ambulante Pflegedienste unter Marktdruck – ein Forschungsdesiderat .....	48
<b>3 Ökonomisierung der Pflege – eine theoriegeleitete Annäherung</b> .....	57
3.1 Grundpositionen der Public-Health-Forschung .....	58
3.1.1 Ökonomisierung als Vorgang der marktwirtschaftlichen Rationalisierung.....	59
3.1.2 Ökonomisierung als Verkehrung der Mittel-Zweck-Beziehung.....	63
3.2 Pierre Bourdieus Feldkonzept.....	66
3.2.1 Grundlogiken der Felder.....	67
3.2.2 Verdrängung des Ökonomischen.....	69
3.2.3 Grade der Ökonomisierung.....	71

3.3	Forschungsperspektive und Reformulierung der Fragestellung.....	74
<b>4</b>	<b>Methodisches Vorgehen</b> .....	<b>79</b>
4.1	Forschungsdesign und Begründung der Methode.....	79
4.2	Entwicklung und Handhabung des Gesprächsleitfadens .....	84
4.3	Datenerhebung und Auswertung.....	86
4.4	Das Sample der Untersuchung.....	89
<b>5</b>	<b>Rekonstruktion der ökonomischen Rationalität im pflegerischen Handeln</b> .....	<b>91</b>
5.1	Wirtschaftliche Anforderungen im ambulanten Pflegefeld.....	92
5.1.1	Horizont gesetzliche Finanzierungsbedingungen .....	93
5.1.2	Horizont Marktanforderungen .....	100
5.1.3	Zusammenfassung .....	110
5.2	Ökonomische Steuerung der Pflegedienste – Handlungsstrategien des Leitungspersonals .....	112
5.2.1	Handlungspraxis I: Nähe zur ökonomischen Sphäre .....	113
5.2.2	Handlungspraxis II: Distanz zur ökonomischen Sphäre .....	143
5.3	Gestalt und Grenzen der ökonomischen Rationalisierung – eine vorläufige Bilanz.....	174
<b>6</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse</b> .....	<b>181</b>
6.1	Ambulante Pflegedienste im Spannungsfeld zwischen wirtschaftlichen Anforderungen und Versorgungsqualität.....	181
6.1.1	Ökonomischer Druck und die ökonomisch-integrative Selbstpräsentation der Leitungsakteure .....	182
6.1.2	Verbetrieblichung der pflegerischen Arbeit.....	185
6.1.3	„Darf’s ein bisschen mehr sein?“ – Heterogene Handlungspraxis im Spiegel von Zielkonflikten .....	187
6.2	Affirmation und Widerborstigkeit – feldtheoretische Schlussfolgerungen.....	192
6.2.1	Kernannahmen vorliegender Ökonomisierungsansätze.....	192
6.2.2	Heteronome Positionen im ökonomischen Strukturwandel.....	195
6.2.3	Feldinterne Kämpfe um die legitime Versorgungsgestaltung.....	198
<b>7</b>	<b>Schluss</b> .....	<b>201</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>207</b>

# Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i>	Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Leistungen der ambulanten Pflege. Quelle: Statistisches Bundesamt (2010c).....	29
<i>Abbildung 2:</i>	Ausgaben im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung für häusliche Krankenpflege. Quelle: Statistisches Bundesamt (2010c).....	39
<i>Abbildung 3:</i>	Fünf Grade der Ökonomisierung (eigene Darstellung nach Schimank/Volkman 2008).....	72
<i>Tabelle 1:</i>	Ambulante Pflegedienste und Pflegebedürftige im Zeitvergleich. Entwicklung zwischen 1999 und 2009. ....	20
<i>Tabelle 2:</i>	Ambulante Pflegedienste und Trägerschaft im Zeitvergleich. Entwicklung zwischen 1999 und 2009. ....	21
<i>Tabelle 3:</i>	Häusliche Krankenpflege/Behandlungspflege der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Leistungsfälle und Tage je Fall im Zeitvergleich. Entwicklung zwischen 1999 und 2007. ....	21
<i>Tabelle 4:</i>	Ambulante Pflegedienste und Personal im Zeitvergleich. Entwicklung zwischen 1999 und 2009. ....	22
<i>Tabelle 5:</i>	Ausgabenentwicklung in der ambulanten Pflege zwischen 2000 und 2008.....	33
<i>Tabelle 6:</i>	Ausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII im Zeitvergleich. Entwicklung zwischen 2003 und 2008. ....	34
<i>Tabelle 7:</i>	Veränderung der Sachleistungsbeträge in der ambulanten Pflege nach Einführung des PflWGes. Höchstbeträge pro Monat.....	36
<i>Tabelle 8:</i>	Pflegebefragung im Versorgungsbereich ambulante Pflege: Das Sample (Pk = Pflegekraft / Pdl = Pflegedienstleitung / Gf = Geschäftsführung / Sbst = Inhaber einer Stabsstelle / VPA = Verbandspolitischer Akteur).....	89
<i>Tabelle 9:</i>	Fall Pdl Meier: ökonomische Rationalisierung im Pflegedienst.....	115



<i>Tabelle 10:</i>	Fall Sbst Dietz: ökonomische Rationalisierung im Pflegedienst.....	134
<i>Tabelle 11:</i>	Typen der Handlungspraxis von Leitungsakteuren im Kontext des ökonomischen Steuerungshandelns .....	190

# Vorwort

„Ökonomisierung“ avanciert zu einem der Schlüsselbegriffe unserer Zeit. Er soll einen Bedeutungsgewinn der Ökonomie bis hin zu deren Primat markieren, und zwar dort, wo wirtschaftliche Gesetze bislang aufgrund wohlfahrtsstaatlicher Standards nur eine nachgeordnete Rolle gespielt haben: in der Wissenschaft, im öffentlichen Dienst, beim Militär oder im Bildungs- und Gesundheitswesen. Eine Kernthese der seit den 1990er Jahren geführten Ökonomisierungsdiskussion lautet, dass der an Schub gewinnende und sich immer deutlicher abzeichnende Wandel der ökonomischen Verhältnisse die davon betroffenen Institutionen und Akteure vor völlig andere Herausforderungen stellt. Die neuen Steuerungsinstrumente führen die Verknappung der öffentlichen Mittel fort und zielen auf mehr Wettbewerb, Effizienz und Marktdruck. Durch ihren Einsatz sollen Schulen, Krankenhäuser, Universitäten oder öffentliche Medienanstalten mehr und mehr demselben betriebswirtschaftlichen Paradigma unterliegen, das bisher nur für Unternehmen auf dem „freien Markt“ typisch war.

Anliegen des Buchs ist es, an dieser Entwicklung anzusetzen und am Beispiel der Umbrüche in der ambulanten Pflegeversorgung eine differenzierte Perspektive auf den wirtschaftlich induzierten Wandel und dessen Konsequenzen zu eröffnen. Die Idee zu dieser Forschungsarbeit steht eng verbunden mit meinem Doktorvater Ullrich Bauer, der mich und das vorliegende Projekt im Verlauf der zurückliegenden Jahre gewinnbringend gefördert und nachhaltig mitgeprägt hat. Danke für all dies! Bedanken möchte ich mich außerdem bei Doris Schaeffer für ihre wichtigen kritischen Eingaben. Zu Dank bin ich zudem den Verantwortlichen der Hans-Böckler-Stiftung verpflichtet, die mich in das Stipendienprogramm aufgenommen und mir den Zugang zu vielfältigen ideellen Unterstützungs- und Bildungsangeboten der Stiftung eröffnet haben. Andreas Büscher und Uwe Bittlingmayer haben mir dankeswerter Weise zusätzliches Interviewmaterial aus ihren eigenen Arbeitszusammenhängen zur Verfügung gestellt. Für die vielen gründlichen Korrekturarbeiten danke ich Sabine Kirschenhofer, Sabine Schäfer, Eva-Maria Gerlach und Kathrin Lottmann. Schließlich und ganz besonders möchte ich Anke Gerlach für die unverzichtbare fachliche und persönliche Unterstützung danken.

L. S.

# 1 Einleitung

„In vielen Bereichen des öffentlichen Sektors unserer Gesellschaft finden gegenwärtig Veränderungen statt, die mit marktwirtschaftlichen Instrumenten gesteuert werden sollen. Das betrifft auch die Krankenversorgung. Grundlage der Krankenversorgung sind freilich immer ökonomische Determinanten. Doch wo sind die ökonomischen Grenzen, wo werden politische oder ethische Fragen gesellschaftsbestimmend?“

HANS-ULRICH DEPPE (2002)

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflegeversorgung zählt zu den zentralen Herausforderungen der deutschen Gesundheitspolitik. Stetig steigende Pflegebedarfszahlen sowie immer komplexer werdende Anforderungsprofile der Betroffenen machen die Notwendigkeit eines Auf- und Ausbaus entsprechender Versorgungsangebote seit Jahren offensichtlich. Moderne pflegerische Versorgungskonzepte sollten sich zugleich daran messen lassen können, inwiefern sie den Wunsch vieler Pflegebedürftiger nach einem Leben in den eigenen vier Wänden verwirklichen können. Ambulanten Pflegediensten kommt hierbei eine exponierte Stellung zu. Im Sinne der ihnen zuerkannten Schlüsselfunktion sollen sie durch präventive, beratende oder behandelnde Interventionen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen professionell unterstützen und deren Autonomie im häuslichen Umfeld bewahren. Mit der Vorhaltung einer ausreichenden Zahl leistungsfähiger ambulanter Pflegedienste kann zudem der (heim-)stationäre Versorgungsbereich entlastet und so der prognostizierte Anstieg der Gesamtkosten der Pflegeversorgung insgesamt abgeschwächt werden.

Einen wichtigen Wendepunkt in der jüngeren Geschichte der ambulanten Pflege markiert die Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995, mit Hilfe derer die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit neu geregelt und professionelle Pflege auf eine eigenständige wirtschaftliche Grundlage gestellt wurde. Durch diesen Aufbau einer fünften Säule im deutschen Sozialversicherungssystem konnte besonders auch die ambulante Pflege erstmalig aus ihrem Schattendasein befreit werden. Binnen weniger Jahre hat eine bemerkenswerte Expansion pflegerischer Versorgungseinrichtungen eingesetzt. Inzwischen existieren in Deutschland rund 12.000 ambulante Pflegedienste, in denen jährlich mehr als eine halbe Million pflegebedürftiger Menschen langfristig betreut werden. Hinzu kommen über zwei Millionen Fälle, die im selben Zeitraum ambulante Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem fünften Sozialgesetzbuch erhalten. Dementsprechend sind die Beschäftigtenzahlen in den zurückliegenden

Jahren rasant angestiegen. Heute arbeiten bereits rund 270.000 Personen in der ambulanten Pflege, ein Wachstum der Arbeitsplätze von 46 % gegenüber 1999.<sup>1</sup>

Obschon die ambulante Pflege heute sozialrechtlich und infrastrukturell längst aufgewertet scheint, zeigt die differenzierte Betrachtung, dass die Leistungs- und Finanzierungsprinzipien der Pflegeversicherung sehr deutlich von einem Kurswechsel in der Gesundheitspolitik gekennzeichnet und daher mit erheblichen Konsequenzen für die an der Versorgung Beteiligten verbunden sind. Dieser Wechsel ist Ausdruck einer wohlfahrtsstaatlichen Wende, bei der die Steuerung und Verteilung bislang staatlich garantierter Güter und Dienstleistungen mehr und mehr an die Logik des Marktes angepasst werden. Der ökonomisch induzierte Strukturwandel spiegelt sich im pflegerischen Versorgungsbereich vor allem in der Limitierung der öffentlichen Finanzierung von Pflegeleistungen wider. Anders als im Krankenversicherungsrecht wurde die Pflegeversicherung lediglich als eine Grundversicherung angelegt und mit der Intention verknüpft, einen „nachfrageorientierten Pflegemarkt“ (vgl. BMG 2001: 59) zu befördern, in dem Leistungsanbieter und Pflegebedürftige Fragen zum Preis und Leistungsumfang untereinander regeln sollten. Sie ist damit Ausdruck einer „Abkehr [vom Prinzip] einer solidarischen Absicherung von Lebensrisiken“ (Gerlinger/Röber 2009: 21) und dient letztlich vor allem einer Begrenzung der öffentlichen Ausgaben im Pflegebereich (Dammert 2009; Simon 2003a). Mit anderen Worten, Pflegedienste sind auf die Zuzahlungsbereitschaft und -fähigkeit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen angewiesen – und dies in einem inzwischen erheblichen Maß. Die Zuzahlungsquote bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen – ein zentraler Indikator des marktwirtschaftlichen Wandels – liegt bei der Langzeitpflege heute bei rund 30 % und ist damit weitaus größer als innerhalb des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung. Allein in der ambulanten Pflege übertrifft der Anstieg bei den privaten Ausgaben den üblichen Erwartungshorizont um ein Vielfaches: Die Wachstumsrate der privaten Ausgaben für ambulante Pflege lag zwischen 2000 und 2008 bei 133 % und damit um mehr als das Achtfache höher als der Ausgabenzuwachs in der Pflegeversicherung im gleichen Zeitraum.<sup>2</sup>

Bislang fehlen empirische Untersuchungen, die sich mit den Auswirkungen der „neuen“ wirtschaftlichen Rahmenbedingungen auf das Versorgungsgeschehen in der ambulanten Pflege beschäftigen. Welche Implikationen der Grundversicherungscharakter der Pflegeversicherung auf das Leistungsgeschehen in der häuslichen Pflege hat, inwieweit das Vorhaben der Marktkonformität pflegerischer Dienste in die Praxis umgesetzt ist und welche neuen Herausforderungen sich für die Beschäftigten im Zuge einer wachsenden Abhängigkeit der Pflegeangebote von den privaten Zuzahlungen der Pflegebedürftigen ergeben, bleiben

---

1 Eigene Berechnungen nach dem Statistischen Bundesamt (2010a; 2011).

2 Eigene Berechnungen nach dem Statistischen Bundesamt (2002; 2010b).

damit weithin offene Fragen. Tatsächlich ist vor dem Hintergrund derart veränderter Versorgungsstrukturen ein solcher Mangel an empirischen Erkenntnissen zur Begleitung und Überprüfung als hoch problematisch einzuschätzen. Ein wichtiger Beitrag der Public-Health-Forschung zur Optimierung der Versorgungsstrukturen bleibt damit fast gänzlich ungenutzt. Dabei sind marktkonforme Steuerungsprinzipien keineswegs allein auf die ambulante Pflege beschränkt. Längst hat der gesellschaftliche Mega-Trend Ökonomisierung auch die anderen Bereiche des deutschen Gesundheitswesens erreicht und nach Meinung vieler Experten<sup>3</sup> zu massiven Veränderungen in der Versorgungspraxis geführt. Dazu zählen Entwicklungen wie die steigende Kostenprivatisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Einführung vielfältiger rigider Finanzierungsinstrumente zur Ausgabenbegrenzung auf Seiten der Leistungsanbieter, die Deregulierung von Vertragsstrukturen oder die Privatisierungswelle im Krankenhausbereich (z.B. Bauer 2006; Elsner/Gerlinger/Stegmüller 2004). Eine wichtige These dieser bisher nur an den Rändern der Versorgungsforschung geführten Diskussion beinhaltet die Vermutung, dass die seit den 1990er Jahren voranschreitende wohlfahrtsstaatliche Transformation Fragen nach ihren Konsequenzen für die Versorgungspraxis immer virulenter macht. Eine Intensivierung der Marktlogik im Gesundheitssystem bedeutet, dass Geld als Steuerungsmedium einen immer größeren Einfluss auf den Versorgungszugang, die Bedingungen und Beschränkungen der gesundheitlichen Versorgungsangebote und letztlich auf das Handeln der Health Professionals haben könnte. Aber stimmt das?

In dem Maße, in dem heute von der Vorstellung Abschied genommen werden muss, Geld spiele in der Praxis der gesundheitlichen Versorgung keine Rolle, wird das Thema Ökonomisierung gleich in vielfacher Weise für die gesundheits- und sozialwissenschaftlich orientierte Forschung relevant. Eine systematische Kostenprivatisierung steht beispielsweise unverbunden dem Anspruch gegenüber, dass jedem Kranken und Hilfsbedürftigen unabhängig von seinem sozialen beziehungsweise ökonomischen Status eine bedarfsgerechte und an den je aktuellen Möglichkeiten orientierte Gesundheitsversorgung garantiert werden soll. Nicht weniger dringliche Fragen dürften an der beruflichen Praxis der Health Professionals ansetzen. Einerseits sind Ärzte und Pflegende an die Aufgabe gebunden, im Sinne des sachlichen Bedarfsprinzips zum Wohle des Kranken und Hilfsbedürftigen zu handeln und dabei jedwede ökonomischen Interessen dezidiert außen vor zu lassen. Andererseits soll die Versorgungsarbeit in zusehends nach betriebswirtschaftlichen Maßstäben ausgerichteten Einrichtungen stattfinden. Wie also wird die betriebswirtschaftliche Logik in der Versorgungspraxis überhaupt sichtbar? Wie verträgt sich diese systemfremde Logik mit dem traditionellen Berufsverständnis des Gesundheitspersonals? Welche Konse-

---

3 Im Sinne der Lesbarkeit wird in der Arbeit auf eine männlich/weiblich Formulierung verzichtet.

quenzen haben die ökonomischen Bedingungen für die Versorgungsentscheidungen seitens der Akteure?

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit ist es, dieses Forschungsdesiderat aufzugreifen und nach dem Ausmaß und den Folgen der Ökonomisierung auf der Ebene des pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege zu fragen. Damit sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, in welchem Maße die „neuen“ Finanzierungsbedingungen Einfluss auf die Qualität der professionellen Pflegeversorgung nehmen. Der Zusammenhang zwischen der zunehmenden Marktausrichtung und der Versorgungspraxis in der ambulanten Pflege wird im Folgenden im Mittelpunkt stehen. Ausgangspunkt der qualitativen Untersuchung bildet die Frage nach den Folgen der derzeitigen ökonomischen Bedingungen in der häuslichen Pflegeversorgung auf das Leistungsgeschehen der ambulanten Pflegedienste. Bevor jedoch der empirische Teil der Arbeit in den Vordergrund gestellt wird, sollen in einem ersten Arbeitsschritt zunächst die ökonomischen Bedingungen der ambulanten Pflege in Deutschland einer differenzierten Analyse unterzogen werden (Kapitel 2). Ausgehend von einer kritischen Betrachtung der quantitativen und qualitativen Entwicklungsschritte, die der Versorgungsbereich in Deutschland bislang genommen hat, werden die beiden aus Sicht der ambulanten Pflegedienste wichtigsten gesetzlichen Finanzierungsquellen für Leistungen der häuslichen Pflege in den Analysefokus rücken, nämlich die soziale Pflegeversicherung und die gesetzliche Krankenversicherung. In diesem Kontext steht die Zusammenstellung von Befunden der Public-Health-Forschung, die erste Hinweise auf etwaige Effekte der Ökonomisierung auf die professionelle Versorgungspraxis liefern können. Das Ergebnis dessen wird einem Forschungsdesiderat zusammengefasst: Abgesehen von wenigen Teilbefunden, die auf einen hohen ökonomischen Druck auf Seiten der Pflegedienste hindeuten, fehlen immer noch differenzierte Befunde zu den ökonomisch bedingten Anpassungsprozessen der Pflegedienste und ihren Konsequenzen für die Versorgungspraxis.

Darauf aufbauend wird die theoretische Rahmung der Ökonomisierungstendenzen im Gesundheitswesen ausgearbeitet (Kapitel 3). Dazu werden verschiedene Interpretationsansätze diskutiert, die innerhalb der gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Diskussion Aktualität für sich beanspruchen und den Stand der Theorieentwicklung für den Gegenstand „Ökonomisierung von Gesundheit“ insgesamt abbilden können. Ökonomisierung muss hiernach als ein systematischer Transformationsprozess eingeordnet werden, der die Unterordnung des Gesundheitswesens unter die Regeln des Markts bedeutet und die Handlungsgrundlagen der Health Professionals nachhaltig an ökonomische Gesetze bindet. Hierauf aufbauend erfolgt die Spezifizierung der Forschungsperspektive und Reformulierung der Fragestellung.

Nachdem der methodische Rahmen der empirischen Untersuchung ausgearbeitet und das Sample der Befragten präsentiert wurde (Kapitel 4), folgt die Er-

gebnisdarstellung (Kapitel 5). Die Befunde bestätigen die theoretischen Vorannahmen und zeigen, dass die Versorgungspraxis der ambulanten Pflegedienste überaus deutlich durch die herrschenden wirtschaftlichen Bedingungen strukturiert wird. Besonders das Leitungspersonal ist gefordert, die Pflegedienste zu wirtschaftlich erfolgreichen Betrieben umzubauen und daher zum Teil restriktive Sparmaßnahmen umzusetzen. Davon ausgehend kann mit den Untersuchungsergebnissen jedoch ein differenziertes Bild offen gelegt werden, das sich teilweise im Gegensatz zu den theoretischen Vorannahmen befindet. Die Anpassungsdynamiken an die marktwirtschaftlichen Anforderungen sind demnach auch von Unruhen, Konflikten und Widerständen gekennzeichnet, die in den Pflegeteams auftreten. Die Handlungspraxis des Leitungspersonals ist keineswegs „durchökonomisiert“, sondern zum Teil von der Bemühung geprägt, wirtschaftliche Zumutungen zurückzuweisen, wenn diese die Qualität der pflegerischen Versorgung zu beschädigen drohen.

Im sechsten Kapitel folgt die Diskussion der Ergebnisse. Aufbauend auf der Zusammenführung der empirischen Befunde erfolgt ihr konzeptioneller Rückbezug. Hierbei sollen die Annahmen über die Auswirkungen der zunehmenden Steuerung des Gesundheitswesens über Geldanreize mit den vorliegenden Ergebnissen verglichen werden. Im Rahmen der feldtheoretischen Perspektive Pierre Bourdieus wird dazu ein konzeptioneller Kontrapunkt in die Diskussion eingebracht, demgemäß Ökonomisierung nicht als ein linearer Prozess der ökonomischen Affirmation einzuordnen ist, sondern der vielmehr die Vielschichtigkeit und die Ambivalenzen der Vermarktlichung unterstreicht. Die Arbeit endet mit einer summierenden Betrachtung der gewonnenen Analyseergebnisse (Kapitel 7).

## 2 Ökonomische Bedingungen der häuslichen Pflegeversorgung in Deutschland

„Jeder kann, oft überraschend, pflegebedürftig werden. Bereits heute gibt es in Deutschland rund 2,2 Millionen pflegebedürftige Menschen. Aufgrund des zunehmenden Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung ist die Tendenz steigend. Da die gesetzliche Pflege-Pflichtversicherung nur die Grundversorgung absichert, ist eine zusätzliche private Vorsorge sinnvoll. Denn auch in Zukunft werden die tatsächlichen Pflegekosten in der Regel den Pflegekassenanteil übersteigen.“

BMG (2010A) – AUSZUG AUS DER WEBSEITE DES  
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT v. 18. Januar 2010 -

„Damit orientiert sich die Leistungsgewährung in der sozialen Pflegeversicherung – im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung – stark am Konzept der Subsidiarität. ... Insofern verkörpert die Pflegeversicherung auch eine Abkehr vom Solidarprinzip.“

GERLINGER/RÖBER (2009)

Die Entwicklung der Versorgungsinfrastruktur in der ambulanten Pflege steht eng verbunden mit dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahr 1995, mit dem die Finanzierung der Pflege langfristig sichergestellt und die Versorgung an den gewandelten Problemlagen der Bevölkerung und deren Präferenzen angepasst werden sollte (vgl. ex. BMA 1997). Eine qualitative Betrachtung der seitdem entstandenen Versorgungsangebote legt jedoch zahlreiche Schwächen bloß. Diese liegen vor allem in den Bereichen der Leistungsprofile der Pflegedienste, die immer noch nicht am Bedarf und den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen angepasst sind (Hasseler/Görres 2005; Schaeffer 2002; Schaeffer et al. 2008). Um den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen gerecht zu werden, ist deshalb eine qualitative Weiterentwicklung des, in seiner derzeitigen Größenordnung noch recht jungen, Versorgungsfelds unabdingbar. In diesem Zusammenhang ist auch die Bedeutung der Finanzierungsbedingungen für ambulante Pflegedienste grundlegend zu überprüfen, in deren Rahmen die Absicherung und Gewährleistung einer bedarfsdeckenden Pflege teilweise den freien Marktkräften überlassen ist.

Im folgenden Abschnitt soll zunächst die bisherige Entwicklung und gegenwärtige Angebotsstruktur im Bereich der ambulanten Pflege differenziert beleuchtet und diese kritisch vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Herausforderungen im Bereich der pflegerischen Versorgung diskutiert werden (Kap. 2.1). Im Besonderen gilt der Analysefokus sodann den Finanzierungsbedingungen für



Leistungen der ambulanten Pflege, die sich in zentralen Punkten deutlich von den typischen Leistungsprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung unterscheiden (Kap. 2.2). Unter Berücksichtigung vorliegender Forschungsergebnisse soll dabei die Frage beantwortet werden, welche Steuerungswirkung von den derzeit herrschenden finanziellen Rahmenbedingungen für die Arbeit der Pflegedienste ausgeht. Dabei wird es darum gehen, ein Forschungsdesiderat herauszuarbeiten und die Auseinandersetzung in den breiteren gesundheitswissenschaftlichen Ökonomisierungsdiskurs zu stellen (Kap. 2.3).

## **2.1 Situation und Probleme im ambulanten Pflegesektor**

### *2.1.1 Entwicklung der Infrastruktur*

Die bisherige Nachkriegsgeschichte der ambulanten Pflege charakterisieren drei Entwicklungsphasen. Zunächst kam der ambulanten Pflege nur eine randständige Bedeutung in der gesundheitlichen Versorgung zu. Diese Situation, die bis in die 1970er Jahre anhielt, wurde mit der Aufnahme ausgewählter Leistungen der häuslichen Pflege in den Leistungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abgelöst. In der Folge begann ab Mitte der 1970er Jahre eine Aufbauphase pflegerischer Infrastruktur – meist handelte es sich dabei um private Pflegedienste und „Sozialstationen“ (Kreutzer 2009). Während zu Beginn der 1970er Jahre lediglich 3 Mill. DM für die häusliche Krankenpflege aufgewendet wurden, stiegen die Ausgaben im Zuge des Leistungsverbesserungsgesetzes (1973) zunächst bis 1975 auf 24 Mill. DM und bis 1980 auf 182 Mill. DM an. Durch das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz von 1981 wurde der Leistungskatalog im Bereich der ambulanten Pflege ausgeweitet. Infolge dessen sind 1992 aus den Budgets der Krankenkassen bereits 990 Mill. DM für häusliche Pflegeleistungen geflossen, die sich auf ein Netz von ca. 3.900 Sozial- und Gemeindestationen verteilt haben (Simon 2003b: 247f, 256f).

Ein zentrales Ziel der Leistungsausweitung in den 1970er und 80er Jahren bestand darin, die Krankenhäuser von der Versorgung Pflegebedürftiger zu entlasten und den gesamten Bereich der häuslichen Pflege aus seinem sozialversicherungsrechtlichen Schattendasein zu befreien. Orientierungspunkt beim Aufbau der Pflegeangebote bildete jedoch die medizinische Akutversorgung, gemäß derer lediglich medizinisch als krank eingestufte Personen kurzzeitige pflegerisch-ambulante Interventionen erfahren konnten. Diese Beschränkung auf akute Krankheitsfälle entpuppte sich jedoch alsbald als nicht zielführend, um den zunehmenden Bedarf an längerfristiger Pflege abdecken zu können. Der bei den älteren Personengruppen vorhandene Pflegebedarf konnte zumeist nämlich kaum durch an der Akutversorgung orientierten ambulanten Pflegeleistungen abge-

deckt werden, weil die betroffenen Personengruppen weniger eine kompensatorisch-defizitorientierte Kurzzeitpflege als vielmehr ressourcenorientierte kontinuierliche Pflege in Form von Anpassung und Unterstützung zur Bewältigung ihres Alltags benötigten (Beikirch/Korporal 2003: 611ff; Schaeffer 2002: 23f).

Darüber hinaus entwickelte sich das Phänomen der Pflegebedürftigkeit in Deutschland zusehends zu einer steigenden Belastung für die Sozialhilfeträger:

„Pflegebedürftigkeit war ein wirtschaftliches Risiko ersten Ranges, da es im Rahmen des sozialstaatlichen Sicherungssystems erst dann aufgefangen wurde, wenn der Pflegebedürftige sein Ersparnis oder Vermögen für die Finanzierung der ambulanten oder stationären Pflege aufgebraucht hatte und zum Sozialhilfeempfänger geworden war.“ (Simon 2003b: 258)

Eine grundlegende Neuordnung der pflegerischen Leistungs- und Finanzierungsstrukturen fand Mitte der 1990er Jahre im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung statt. Mit ihrer Inkraftsetzung zum 1. Januar 1995 wurde eine völlig neue Finanzierungsgrundlage geschaffen und damit der Zugang zu professionellen Pflegeleistungen erleichtert. Im Rahmen dieser Reform erfuhr der gesamte Versorgungsbereich der Pflege eine sozial- und leistungsrechtliche Aufwertung. So konnte auch die ambulante Pflege stärker an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen ausgerichtet werden. Nach und nach sollte die ambulante Pflege – im Sinne der beabsichtigten Ambulantisierung des Versorgungsgeschehens – eine exponierte Stellung in der pflegerischen Versorgung sowie auch in der insgesamt ambulant auszurichtenden Gesundheitsversorgung einnehmen (Rothgang 1997).

### *Trägerstruktur*

Die gesundheitspolitische Aufwertung des pflegerischen Leistungsbereichs spiegelte sich alsbald auch in quantitativer Dimension wider. So ist die Zahl der Pflegedienste und Sozialstationen innerhalb von nur wenigen Jahren rasant angestiegen. 1991 standen nur knapp 4.000 ambulante Dienste den Pflegebedürftigen zur Verfügung. Ende 1996 gab es schon mehr als 11.000 ambulante Dienste (vgl. Statistisches Bundesamt 1998). Somit hat die Versorgungsdichte, und hierbei insbesondere in städtischen Gebieten, deutlich zugenommen (BMFSFJ 2001). Eine im Vergleich mit der Entwicklung in der ambulanten Pflege weitaus geringere Expansion konnte hingegen in dem nicht minder bedeutsamen teilstationären Pflegebereich (Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege) verzeichnet werden, wengleich auch hier ein Ausbau erfolgt ist (Schaeffer 2002: 27). Der Ausbau der Infrastruktur im Bereich der häuslichen Pflege hat es insgesamt vielen Pflegebedürftigen überhaupt erst möglich gemacht, ihren persönlichen Präferenzen zu folgen und länger in ihrer gewohnten Umgebung zu verbleiben.

Betrachtet man die Entwicklung der Pflegedienste seit der Etablierung der Pflegeversicherung bis heute, so fällt auf, dass der quantitative Ausbau der Angebote immer weiter vorangegangen ist. Die relativ hohen Wachstumsraten seit den späten 1990er Jahren beziehen sich jedoch weniger auf die absolute Anzahl der Pflegedienste, als vielmehr auf deren Kapazitäten. Der Trend geht zu größeren Pflegediensten, die größere Patientenzahlen bewältigen können (vgl. Tabelle 1).

*Tabelle 1:* Ambulante Pflegedienste und Pflegebedürftige im Zeitvergleich. Entwicklung zwischen 1999 und 2009.

	<i>Ambulante Pflegedienste</i>	
<i>Jahr</i>	<i>ambulante Pflegedienste absolut</i>	<i>durch ambulante Pflegedienste versorgte Pflegebedürftige</i>
1999	10820	415289
2009	12026	555198
Trend	<b>+ 11 %</b>	<b>+ 34 %</b>

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach dem Statistischen Bundesamt (2011)

Bemerkenswert ist darüber hinaus die Entwicklung und Verteilung der Trägerchaften in der ambulanten Pflege. Viel stärker als beispielsweise im Krankenhaussektor ist das Verhältnis zwischen freigemeinnützigen und privaten Pflegediensten inzwischen zugunsten der Privaten ausgeschlagen. Der Marktanteil privater Pflegedienste lag 1999 bei 51 % und ist bis 2009 auf 61 % angewachsen. Der Anteil der freigemeinnützigen Pflegedienste betrug 2009 hingegen 37 %. Öffentliche Träger hatten im gleichen Jahr – entsprechend dem Vorrang der freigemeinnützigen und privaten Träger nach dem SGB XI – einen Anteil von lediglich rund 2 % (eigene Berechnungen nach dem Statistischen Bundesamt 2011).

Bei einer Bewertung nach der Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen sind hingegen die freigemeinnützigen Träger immer noch größter Anbieter. 51 % der Pflegebedürftigen werden von ihnen versorgt, 47 % durch private Pflegedienste und 2 % durch öffentlich getragene Pflegedienste (eigene Berechnungen nach dem Statistischen Bundesamt 2011). Betrachtet man allerdings den Trend in den zurückliegenden Jahren, lassen die deutlichen Zuwachsraten bei den Privaten durchaus die Schlussfolgerung zu, dass die Privaten auch gemessen an der Anzahl der Pflegebedürftigen bald zum „Marktführer“ aufsteigen könnten (vgl. Tabelle 2, Abbildung 1 u. 2).

*Tabelle 2: Ambulante Pflegedienste und Trägerschaft im Zeitvergleich. Entwicklung zwischen 1999 und 2009.*

Jahr	ambulante Pflegedienste Träger insgesamt		nicht-private ambulante Pflegedienste		private ambulante Pflegedienste	
	ambulante Pflegedienste	Pflegebedürftige	ambulante Pflegedienste	Pflegebedürftige	ambulante Pflegedienste	Pflegebedürftige
1999	10820	415289	5316	267485	5504	147804
2009	12026	555198	4628	293657	7398	258930
Trend	+ 11 %	+ 34 %	- 13%	+ 10 %	+ 34 %	+ 75 %

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach dem Statistischen Bundesamt (2011); Rundungsfehler aufgrund unterschiedlicher Datensätze.

*Durch ambulante Pflegedienste versorgte Pflegebedürftige und Empfänger von Leistungen der häuslichen Krankenpflege*

Im Jahr 2009 wurden insgesamt 555.198 pflegebedürftige Personen im Sinne SGB XI durch ambulante Pflegedienste versorgt. Das entspricht einem Zuwachs von 34 % zum Vergleichsjahr 1999 (vgl. Tabelle 2). Von den durch ambulante Pflegedienste betreuten Pflegebedürftigen waren etwas mehr als die Hälfte (rund 55 %) der Pflegestufe I zugeordnet, 34 % der Pflegestufe II und 11 % der Pflegestufe III (eigene Berechnungen nach dem Statistischen Bundesamt 2011).

*Tabelle 3: Häusliche Krankenpflege/Behandlungspflege der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Leistungsfälle und Tage je Fall im Zeitvergleich. Entwicklung zwischen 1999 und 2007.*

Jahr	Häusliche Krankenpflege/Behandlungspflege				
	1999	2001	2003	2005	2007
Leistungsfälle	2.047.231	1.779.348	1.895.648	1.914.739	2.306.640
Leistungstage je Fall	65,14	63,87	65,99	58,53	61,67

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach dem Statistischen Bundesamt (2010d).

Dazu kommen 2.306.640 Leistungsfälle, die 2007 im Rahmen des SGB V häusliche Krankenpflege erhalten haben. Gegenüber dem Vergleichsjahr 1999 ist die absolute Anzahl der Leistungsfälle um 12 % gestiegen. Die durchschnittliche Leistungsdauer betrug dabei rund 62 Leistungstage (vgl. Tabelle 3).

### *Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten*

Der quantitative Ausbau ambulanter Pflegedienste und die Zuwächse bei den versorgten Pflegeempfängern spiegeln sich auch in der Entwicklung der Beschäftigtenzahlen wider. 2009 waren 268.891 Menschen in der ambulanten Pflege berufstätig. Das sind rund 46 % mehr Beschäftigte als noch 1999. Auffällig ist dabei, dass die Zuwächse vor allem den Bereich der Teilzeitbeschäftigung betreffen. So haben knapp zwei von drei Angestellten in der ambulanten Pflege einen Teilzeitvertrag. Die Entwicklung bei den Beschäftigtenzahlen kann der Tabelle 4 entnommen werden.

*Tabelle 4:* Ambulante Pflegedienste und Personal im Zeitvergleich.  
Entwicklung zwischen 1999 und 2009.

<i>Jahr</i>	<i>Personal</i>		
	<i>absolut</i>	<i>Vollzeit</i>	<i>Teilzeit</i>
1999	183782	56914	117069
2009	268891	71964	189827
Trend	+ 46 %	+ 26 %	+ 62 %

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach dem Statistischen Bundesamt (2011); Praktikanten, Auszubildenden und Zivildienstleistende sind nur bei der Summe der Beschäftigten insgesamt berücksichtigt.

Die Einsatzbereiche der Beschäftigten verteilen sich wie folgt:

- 69,8 % der Beschäftigten hatten ihren Arbeitsschwerpunkt in der direkten Pflege.
- 10,7 % der Beschäftigten waren in einer Leitungs- oder Verwaltungsposition tätig.
- 13,6 % der Beschäftigten erbrachten hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen.
- 5,8 % der Beschäftigten verteilten sich auf „sonstige Bereiche“ wie Ausbildung, Praktikum, Zivildienst etc. (Statistisches Bundesamt 2011).

### *Pflegebedarfsprognosen*

Ausgehend vom bemerkenswerten quantitativen Ausbau der Kapazitäten im Bereich der ambulanten Pflegedienste seit den 1990er Jahren muss mit Blick auf die prognostizierte Pflegebedarfsentwicklung in Deutschland dennoch von einem weiter steigenden Bedarf an ambulanten Pflegeangeboten ausgegangen werden. So weisen entsprechende Prognosen darauf hin, dass der Bedarf an professionellen ambulanten Pflegeangeboten ansteigen wird. Insbesondere infolge des demographischen Umbaus hin zu einer älter werdenden Bevölkerung, neben den sich verändernden Familienstrukturen, wird der Pflegebedarf in den nächsten Jahrzehnten mengenmäßig überaus deutlich ansteigen, wenngleich die jeweiligen Vorausberechnungen im Einzelnen von unterschiedlichen Wachstumsraten ausgehen.<sup>4</sup> Während beispielsweise Rothgang (2001: 19ff) davon ausgeht, dass innerhalb des Zeitraums zwischen den Jahren 2000 bis 2040 die Anzahl der pflegebedürftigen Person im Sinne der derzeit gültigen sozialrechtlichen Definition von Pflegebedürftigkeit um knapp 61 % zunehmen wird, prognostiziert das Statistische Bundesamt (zitiert nach Rothgang 2001: 21) innerhalb des gleichen Zeitraums einen Anstieg von etwa 76 %. Auf der Grundlage eines optimistischen theoretischen Modells über die allgemeine Morbiditätsentwicklung<sup>5</sup> in der Bevölkerung kann wiederum ein Anstieg von knapp 40 % angenommen werden (vgl. Enquête-Kommission 2002: 235).<sup>6</sup>

Bei der Zielgruppe der hochbetagten und multimorbiden Menschen muss aller Voraussicht nach im Falle von Pflegebedürftigkeit eine Präferenz der Versorgung in der gewohnten häuslichen Umgebung prognostiziert werden. Aktuelle Umfragen legen zumindest offen, dass ungefähr zwei von drei Personen ein Pflegearrangement im häuslichen Umfeld einem (teil-)stationären Pflegesetting vorziehen (vgl. Deutscher Altenpflege-Monitor 2007).

„Und wenn wir die Menschen fragen, dann wird deutlich, dass die häusliche Versorgung auch immer noch als Idealform der Versorgung betrachtet wird. Demgegenüber wird die Versorgung durch ein Pflegeheim eher negativ beurteilt und gilt als Ersatzlösung.“ (Blinkert/Klie 2008: 239).

---

4 Es soll weiterhin darauf hingewiesen werden, dass hier nicht von einer quasi unveränderbaren Kausalkette zwischen dem demographischen Wandel und einem Anstieg beim pflegerischen Versorgungsbedarf gesprochen werden muss. So werden Interventionsansätze diskutiert, wonach jener Anstieg des Versorgungsbedarfs zumindest abgeschwächt werden kann (vgl. Schwartz/Walter 2003: 172f; Winter 2003: 21).

5 Gemeint ist das Modell der „komprimierten Morbidität“ (Fries 1983; zitiert nach Schwartz/Walter 2003: 172).

6 Für einen umfassenderen Überblick über die verschiedenen Prognosen vgl. Enquête-Kommission (2002: 235-237).