

## Diskussionspapier Nr. 6



Künftige Herausforderungen der Langzeitpflege in Deutschland:  
Ordnungspolitische Anmerkungen

von Dirk Sauerland

April 2006

Diskussionspapiere der WHL Wissenschaftliche Hochschule Lahr

<http://www.whl-lahr.de/diskussionspapiere>

Adresse des Verfassers:

Prof. Dr. Dirk Sauerland  
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre /  
Gesundheits- und Institutionenökonomik  
WHL Wissenschaftliche Hochschule Lahr  
Hohbergweg 15-17  
D-77933 Lahr

Herausgeber:

WHL Wissenschaftliche Hochschule Lahr  
Hohbergweg 15-17  
D-77933 Lahr

Phone +49-(0)7821-9238-50  
Fax +49-(0)7821-9238-63

[www.whl-lahr.de](http://www.whl-lahr.de)

1. Vorbemerkungen.....	1
2. Normative Überlegungen: Rahmenbedingungen funktionsfähiger Märkte für Pflegeleistungen .....	3
3. Positive Analyse: Der Pflegesektor in Deutschland.....	7
Marktstruktur: Anbieter, Nachfrager und Finanzierung .....	7
Die Rahmenbedingungen des Pflegesektors .....	12
4. Künftige Herausforderungen und Lösungsansätze .....	16
5. Fazit.....	20
Literatur .....	21

## **Zusammenfassung**

Im Mittelpunkt dieses Beitrags steht die Frage, welche Rahmenbedingungen gegeben sein müssen, damit sich funktionsfähige Märkte für Pflegeleistungen bilden können, um so insbesondere das Ziel einer präferenzgemäßen Versorgung mit Pflegeleistungen zu erreichen. Ausgangspunkt des Beitrags ist die Überlegung, dass der Bereich der ambulanten und stationären Pflege aufgrund der demographischen Entwicklung in Deutschland zukünftig an Bedeutung gewinnen wird.

Anhand von ordnungspolitischen Kriterien wird eine solche Rahmenordnung skizziert, die einen funktionsfähigen Qualitäts-Wettbewerb im Markt für Pflegeleistungen ermöglicht. Dem so hergeleiteten Referenzrahmen wird der Status quo in Deutschland gegenübergestellt. Aus der demographischen Entwicklung werden Projektionen über die zu erwartende Zahl der pflegebedürftigen Personen, der Ausgaben für Pflege aber auch des notwendigen, qualifizierten Personals im Pflegebereich abgeleitet. Es zeigt sich, dass Engpässe im Personalbereich auftreten können, welche die Erreichung des oben genannten Versorgungsziels deutlich erschweren.

JEL: I11, I18, H11

# Künftige Herausforderungen der Langzeitpflege in Deutschland: Ordnungspolitische Anmerkungen \*

## 1. Vorbemerkungen

Der Pflegesektor, in dem ambulante und stationäre Pflegeleistungen bereitgestellt werden, stand in Deutschland lange Zeit im Schatten des Gesundheitssektors. Erste größere Aufmerksamkeit bekam das Thema der Langzeitpflege erst Anfang der 90er Jahre, bis die Versicherungspflicht im Jahr 1995 auf die Pflegeversicherung ausgeweitet wurde. Auch danach bleibt der Akutbereich des Gesundheitswesens aufgrund steigender Ausgaben und immer höherer Beitragssätze zur Gesetzlichen Krankenversicherung in den Schlagzeilen – die finanzielle Entwicklung der sozialen und privaten Pflegeversicherung blieb hingegen stabil. In den letzten beiden Jahren hat sich jedoch die finanzielle Situation der Pflegeversicherung drastisch verschlechtert – aus den Einnahmeüberschüssen der Vergangenheit wurden Defizite. Diese finanzielle Entwicklung, gepaart mit der allfälligen Diskussion um die demographische Entwicklung in Deutschland rückte auch den Pflegesektor wieder stärker in das öffentliche Interesse.

Die OECD weist in ihrer aktuellen Untersuchung der Langzeitpflege für ältere Menschen darauf hin, dass – aus Sicht der potentiellen Leistungsempfänger – in diesem Bereich zwei Problemfelder existieren: Zum einen bemängeln die Betroffenen sehr unterschiedliche Möglichkeiten in den OECD-Ländern, Zugang zu Pflegeleistungen zu erhalten. Zum anderen monieren sie die Schwankungen und Unterschiede in der Qualität der bereitgestellten Pflegeleistungen.<sup>1</sup>

Hinter diesen beiden Problemfeldern stehen konsensfähige Ziele interpretieren, aus denen sich im Bereich der Allokation staatliche Aufgaben im Pflegesektor ableiten lassen. Ein erstes Ziel besteht darin, den *Zugang zu Pflegeleistungen sicherzustellen*. Dieses Ziel wird in Deutschland durch die Pflegeversicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung erreicht. Sub-

---

\* Der vorliegende Beitrag wird erscheinen unter dem Titel „Chancen und Probleme des Wettbewerbs im Pflegesektor“ in dem Sammelband von Martin Dabrowski und Detlef Aufderheide (Hrsg./2006), *Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft*, Duncker & Humblot, Berlin.

Ich danke allen Diskutanten der gleichnamigen Tagung in Münster, insbesondere den Korreferenten, für ihre konstruktiven Anmerkungen. Einige davon habe ich in die vorliegende Fassung des Beitrags übernommen. Ansgar Wübker danke ich für die Unterstützung bei der Zusammenstellung der Zahlen.

<sup>1</sup> Vgl. OECD (2005), S. 10.

sidiär greift die Sozialhilfe, wenn die finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung – zusammen mit der individuellen Finanzierungsfähigkeit der Betroffenen – nicht ausreichen, um adäquate Pflegeleistungen zu erhalten.

Das zweite Ziel besteht in der *Sicherstellung einer präferenzgemäßen Versorgung* der Betroffenen *mit ambulanten und stationären Pflegeleistungen*. Hier spielt die Qualität der bereitgestellten Leistungen eine ebenso wichtige Rolle wie die Effizienz der Erbringung einer gegebenen Qualität. Wie im Bereich der akuten Gesundheitsversorgung ist somit auch im Pflegebereich nach einer adäquaten Strategie zu fragen, mit der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Pflege in Deutschland sichergestellt und verbessert werden können.<sup>2</sup>

Im Mittelpunkt dieses Beitrags steht nicht die Frage der adäquaten (nachhaltigen) Finanzierung von Pflegeleistungen. Vielmehr geht es um die Frage, welche Rahmenbedingungen gegeben sein müssen, damit sich funktionsfähige Märkte für Pflegeleistungen bilden können, um so insbesondere das zweite genannte Ziel zu erreichen. Ausgangspunkt des Beitrags ist die Überlegung, dass der Bereich der ambulanten und stationären Pflege aufgrund der demographischen Entwicklung in Deutschland zukünftig an Bedeutung gewinnen wird. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die Zahl der Nachfrager von Pflegeleistungen als auch für das Finanzierungsvolumen und den Umsatz im Pflegesektor (Anteil am Bruttoinlandsprodukt). Angesichts der aktuellen gesamtwirtschaftlichen Lage kann schließlich auch die mögliche Beschäftigungsentwicklung im Pflegesektor von Relevanz sein, denn in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit werden neue „Wachstumsbranchen“ ebenso gesucht wie neue „Job Machines“.

Der vorliegende Beitrag stellt im Abschnitt B) zunächst die Frage, welche Eigenschaften Pflegeleistungen im ambulanten und stationären Bereich haben, die für die Funktionsweise eines Marktes für diese Leistungen relevant sind. Anschließend werden auf dieser Basis die Rahmenbedingungen für funktionsfähige Märkte skizziert. Im Abschnitt C) wird der Status quo des deutschen Pflegesektors skizziert und in Teil D) ein Ausblick auf seine künftige Entwicklung gegeben bevor abschließend die daraus resultierenden Herausforderungen sowie Lösungsansätze für diese Herausforderungen dargestellt werden.

---

<sup>2</sup> Vgl. dazu Sauerland (2001) sowie (2005).

## **2. Normative Überlegungen: Rahmenbedingungen funktionsfähiger Märkte für Pflegeleistungen**

Der Titel des Beitrags suggeriert, dass ein Wettbewerb der Leistungserbringer im Pflegesektor zu unerwünschten Ergebnissen führen kann und dass es (möglicherweise) eine Alternative zur Bereitstellung von Pflegeleistungen über Märkte gibt. Aus der Theorie des Marktversagens sind unterschiedliche Ursachen dafür bekannt, dass die Koordination von Angebot und Nachfrage auf wettbewerblich organisierten Märkten zu solchen unerwünschten Resultaten führt. Da man die Existenz natürlicher Monopole im Pflegesektor ebenso vernachlässigen kann wie die Eigenschaft von Pflegeleistungen als öffentliche Güter, bleibt das Vorhandensein externer Effekte der Pflege ebenso zu prüfen wie mögliche Informationsdefizite, die zu Marktversagen führen können.

Externe Effekte bei der Pflege durch Dritte bestehen in der Entlastung der sonst pflegenden Angehörigen; sie sind jedoch typischerweise in den Preisen der Pflegeleistungen enthalten und damit nicht weiter zu berücksichtigen. Informationsprobleme bestehen jedoch: Die Erbringer von Pflegeleistungen sind in aller Regel besser über die Qualität der von ihnen bereitgestellten Leistungen informiert als die Nachfrager dieser Leistungen.

Pflegeleistungen sind im Sinne der ökonomischen Terminologie typische Erfahrungsgüter.<sup>3</sup> Kennzeichen dieser Güterkategorie ist die bestehende Qualitätsunsicherheit der Nachfrager bei der ersten Inanspruchnahme dieser Leistungen. Erst nach Nutzung kann der Nutzer die Qualität der Leistung beurteilen, weil er dann entsprechende Erfahrungen gemacht hat.<sup>4</sup> Qualitätsunsicherheit wird in der Literatur als einer der einschlägigen Gründe für mögliches Marktversagen aufgeführt.

Nun könnte man argumentieren, dass der Staat das potentielle Marktversagen über eine „starke“ Lösung heilen kann, indem er die Bereitstellung der Pflegeleistungen selbst übernimmt. Vorstellbar wäre als Alternative zur marktlichen Versorgung auch ein staatliches Pflegesystem, das über Steuern finanziert wird und die Pflegeleistungen in staatlichen Einrichtungen produziert. Beispiele für solche Lösungen finden sich etwa in Großbritannien.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Vgl. Nelson (1970).

<sup>4</sup> Ist die Qualität nur nach wiederholter oder längerfristiger Nutzung zu erkennen, handelt es sich um Vertrauensgüter, die von Darby/Karni (1973), S. 68f. beschrieben werden.

<sup>5</sup> Vgl. dazu OECD (2005), S. 21ff.

Doch solche extremen Lösungen sind nicht zwingend notwendig: Spätestens mit der grundlegenden Arbeit von Akerlof ist nämlich klar geworden, dass Informationsunsicherheit nicht zu Marktversagen führen muss und dass es vielmehr private Lösungen, d.h. solche ohne staatliche Eingriffe, gibt, die helfen können die Informationsunsicherheit zu verringern oder gar zu überwinden.<sup>6</sup> Grundsätzlich ist dann der Wettbewerb – unter adäquat gestalteten Rahmenbedingungen – in der Lage, die präferenzgemäße Bereitstellung der Leistungen sicherzustellen. So können etwa die Anbieter, die im Wettbewerb stehen, glaubhafte Qualitätssignale aussenden, um etwa durch Gewährung von Garantien die ex ante Informationsunsicherheit abzubauen und ihre Wettbewerbsposition zu verbessern.

Doch auch diese Lösung ist nicht so einfach zu erreichen, wie es auf den ersten Blick erscheinen mag. Zur Gewährleistung von Garantien muss es Kriterien geben, an denen die Garantien anknüpfen. Letztlich braucht man also messbare Qualitätsindikatoren. Sind solche Lösungen aber im Pflegebereich vorstellbar? Lässt sich die Qualität von Pflegeleistungen überhaupt messen?

Betrachtet man den Bereich der medizinischen Leistungen, in denen ähnliche Informationsunsicherheiten existieren<sup>7</sup>, so lautet die Antwort: prinzipiell ja.<sup>8</sup> Analog zur Messung der Qualität im Gesundheitswesen lassen sich auch Pflegeleistungen nach den Kriterien ihrer Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beurteilen.<sup>9</sup> Die letztlich vom Nachfrager „erfahrbare“ Ergebnisqualität wird von den vorgelagerten Qualitätsdimensionen determiniert.

Die *Strukturqualität* wird insbesondere durch die Eigenschaften der Leistungserbringer der Pflege determiniert. Sie knüpft etwa an den Qualifikationen der in der Pflege Beschäftigten an. Dabei wird – plausibel – unterstellt, dass ausgebildete Pflegekräfte c. p. eine bessere Leistungsqualität bereitstellen und besser auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen eingehen können als ungelernete Mitarbeiter. Die Ausbildung der Pflegekräfte spielt somit in der ambulanten und stationären Pflege eine wichtige Rolle. Im stationären Bereich der Pflegeheime kommt auch der „Infrastruktur“ eine wichtige Bedeutung zu. So ist die Wahrung der Privatsphäre ein wesentliches Kennzeichen einer guten Pflegequalität. Da diese bei einer Unterbringung in 1- oder 2-Bett-Räumlichkeiten besser realisiert werden kann als in Mehrbettzimmern,

---

<sup>6</sup> Vgl. dazu Akerlof (1970).

<sup>7</sup> Z. B. Kuchinke (2000).

<sup>8</sup> Vgl. etwa Ikegami/Hirdes/Carpenter (2002).

<sup>9</sup> Vgl. dazu grundlegend Donabedian (1980) sowie für den Bereich der Pflege MDK (1996), S. 20 ff.

ist die Personenkapazität der stationären Unterbringungsmöglichkeiten ebenfalls ein Indikator für die Strukturqualität.

Bei der *Prozessqualität* steht die Art und Weise der Leistungserbringung im Mittelpunkt. Indikatoren bzw. Messgrößen für diese Qualitätsdimension sind die Einhaltung von medizinisch-pflegerischen und ethischen Standards. Hier lassen sich Leitlinien für die Pflege in Analogie zu evidenzbasierten Leitlinien in der akuten medizinischen Versorgung vorstellen, sowie sie in Deutschland<sup>10</sup> und anderen Ländern bereits entwickelt und angewandt werden.<sup>11</sup>

Die *Ergebnisqualität* bezieht sich schließlich auf das Resultat der Pflegeleistungen. Hier können Indikatoren wie etwa die gewonnene Zeit der eigenständigen Lebensführung ebenso herangezogen werden wie die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen (und ihrer Angehörigen) mit den erbrachten Pflegeleistungen.

Die Qualität der Pflege ist also durchaus messbar.<sup>12</sup> Die reine Messbarkeit hilft aber nicht weiter. Notwendig ist vielmehr eine Strategie zur Sicherung und Verbesserung der Qualität in der Pflege – wie sie auch im Bereich der medizinischen Versorgung gebraucht wird. Im Rahmen einer solchen ordnungspolitischen Strategie geht es darum, *adäquate Instrumente* zur Erreichung des Ziels „Qualitätssicherung und -verbesserung“ zu implementieren und *geeignete Aufgabenträger* mit der Anwendung dieser Instrumente zu betrauen.

Das US-amerikanische Institute of Medicine (IOM) unterscheidet drei mögliche Ansätze, um dieses Ziel zu erreichen: Erstens, eine verstärkte Überwachung der Leistungserbringer durch Regulierungsbehörden und/oder Finanzierungsträger. Zweitens, eine Stärkung des Qualitätsbewusstseins der Leistungserbringer und ihrer Fachkräfte. Drittens, eine Verbesserung des Informationsstands der Nachfrager und eine darauf basierender Wettbewerb der Leistungserbringer.<sup>13</sup> Aus ordnungspolitischer Sicht kann die Kontrollfunktion in bezug auf die Qualität somit zwei unterschiedlichen Akteursgruppen zugeordnet werden: Zum einen können die Pflegebedürftigen selbst (oder ihre Angehörigen) zum Träger der Kontrollmechanismen Exit und Voice werden (Lösung 3). Wenn das nicht möglich erscheint, kann die Kontrollfunktion subsidiär auf Dritte (z.B. die Finanzierungsträger) übertragen werden. Diese werden dann als

---

<sup>10</sup> Vgl. Mohrmann et al. (2005).

<sup>11</sup> Vgl. dazu OECD (2005), S. 71. Vorstellbar ist hier auch eine Zertifizierung der Pflegeeinrichtungen, wie sie aus dem Bereich der DIN-ISO 9000er Normen bekannt ist.

<sup>12</sup> Die genannten Kriterien orientieren sich z.T. an technischen Definitionen von Qualität. Letztlich ist aber immer die Qualität entscheidend, die von den Nachfragern erwünscht wird.

<sup>13</sup> Vgl. dazu IOM (2001), sowie ähnlich Mattke (2004) für den Bereich der Akutversorgung.

Agenten der pflegebedürftigen Prinzipale tätig (Lösung 1). Aus ökonomischer Sicht stellt sich allerdings die Frage, wie das vom IOM als zweite Lösung vorgeschlagene Qualitätsbewusstsein hervorgerufen und gestärkt werden kann. Eine Möglichkeit besteht im schon erwähnten Wettbewerbsdruck, dem die Leistungserbringer auf funktionsfähigen Märkten ausgesetzt sind. Aus einer ordnungspolitischen Perspektive betrachtet stehen damit im Bereich der Qualitätssicherung und -verbesserung zwei Arten von *Instrumenten* zur Verfügung, um das Problem der Informationsunsicherheit zu lösen: Zum einen gibt es private Lösungen, die im Wettbewerb der Leistungserbringer zustande kommen und beispielsweise die klassische Lösung der Garantie beinhalten. Zum andern kann der Staat im Wege der Regulierung eingreifen und das Informationsproblem lösen helfen, wenn entweder private Lösungen nicht zustande kommen oder aber die privaten Lösungen aus Sicht der Nachfrager kein befriedigendes Ergebnis hervorrufen. In diesem Fall wird der Staat unmittelbar im Bereich des Verbraucherschutzes tätig. Die Voraussetzungen dafür, dass private Lösungen zustande kommen können, sind vielfältig. So müssen zunächst die Anbieter von Pflegeleistungen miteinander im Wettbewerb stehen. Hier lässt sich – je nachdem, welcher Aufgabenträger mit der Kontrollfunktion betraut ist – ein Wettbewerb um die Pflegebedürftigen selbst von einem Wettbewerb um Finanzierungsverträge, d.h. letztlich um Finanzierungsträger unterscheiden.<sup>14</sup> In beiden Fällen gilt: Gibt es ein Monopol oder ein Kartell der Anbieter, so sind die Anreize, die Qualität als Wettbewerbsparameter einzusetzen, um sich so von den Konkurrenten abzuheben, gering. Darüber hinaus müssen die Anbieter Möglichkeiten haben, die Qualität – ebenso wie den Preis – als Wettbewerbsparameter einzusetzen; dies bedeutet, staatliche Fixierungen dieser Größe behindern einen funktionsfähigen (Qualitäts-)Wettbewerb. Gleiches gilt für Beschränkungen der Angebotskapazität. Schließlich müssen die oben genannten Informationen über die Qualität verfügbar sein, was insbesondere im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität nicht ohne weiteres gegeben ist.

Funktioniert der Qualitätswettbewerb, so gibt es – wie bereits erwähnt – zwei mögliche *Träger* der genannten Instrumente: Grundsätzlich können und sollten die pflegebedürftigen Nachfrager die Souveräne der Entscheidung darüber sein, welche Leistungen sie bei welchem Anbieter in Anspruch nehmen. Sie selbst (oder ihre Vertreter) können über Exit und Voice diejenigen Anbieter, die keine präferenzgemäßen Leistungen bereitstellen, sanktionieren. Alternativ (und subsidiär) können die Finanzierungsträger die Interessen der Pflegebedürftigen ge-

---

<sup>14</sup> Vgl. dazu etwa Sauerland (2003), S. 306ff.

genüber den Leistungserbringern wahrnehmen. Diese Lösung funktioniert immer dann besonders gut, wenn a) die Finanzierungsträger einen besseren Informationsstand haben und sie b) gute Agenten der Pflegebedürftigen sind.

Angesichts dieser notwendigen Voraussetzungen für den funktionierenden Qualitätswettbewerb bietet es sich an, eine Kombination von Regulierung und Wettbewerbslösungen zu implementieren, um das Teilziel der Qualitätssicherung und -verbesserung zu erreichen. So kann der Staat im Wege adäquater Regulierungen der Strukturqualität dafür sorgen, dass nur qualifizierte Anbieter in den Markt eintreten können und somit eine Mindestqualität im Bereich der Pflegeleistungen gewährleistet ist. Darauf aufbauend sollte der Staat die Rahmenregeln des Marktes für Pflegeleistungen so gestalten, dass sich ein funktionierender Qualitätswettbewerb entfalten kann. Dazu kann auch die Verpflichtung gehören, Qualitätsdaten zu erheben, aufzubereiten und für die Nachfrager verständlich zugänglich zu machen. Funktioniert der Wettbewerb im skizzierten Sinn, werden die Anbieter – wie bei Akerlof beschrieben – unter dem Wettbewerbsdruck ‚freiwillig‘ solche Informationen bereitstellen.

### **3. Positive Analyse: Der Pflegesektor in Deutschland**

Der Markt für Pflegeleistungen in Deutschland scheint prinzipiell zu funktionieren. Plätze in Pflegeheimen werden im Rahmen der stationären Pflege ebenso bereitgestellt wie Leistungen durch ambulante Pflegedienste. Allerdings gibt es auch immer wieder Studien, in denen über Qualitätsmängel im Bereich der Pflege berichtet wird.<sup>15</sup>

#### **Marktstruktur: Anbieter, Nachfrager und Finanzierung**

Der Markt für Pflegeleistungen hat sich seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 stark verändert. Zunächst hat sich durch die Versicherungspflicht das Beziehungsgeflecht der relevanten Akteure verändert: Die grundlegende Vertragbeziehung zwischen dem Pflegebedürftigen und dem Erbringer der Pflegeleistungen hat sich zu einer Dreiecksbeziehung (Abbildung 1) erweitert. In dieser spielt der Finanzierungsträger „Pflegeversicherung“ eine wesentliche Rolle.

Durch die kompliziertere Struktur und die mit der Pflegversicherung verbundenen Leistungsansprüche hat sich aber auch der Markt für Pflegeleistungen verändert. Zunächst ist mehr Geld in den Sektor geflossen und daher das Umsatzvolumen des Pflegesektors stark angestiegen: Die Ausgaben für Pflege stiegen von 15,73 Mrd. Euro im Jahr 1995 auf 22,48 Mrd.

---

<sup>15</sup> Vgl. dazu etwa Schneekloth/Müller (2000), Roth (2002) sowie BMFSFJ (2004).

(+43%) Euro im Jahr 2004. Diese Ausgaben wurden in erster Linie durch die soziale und private Pflegeversicherung finanziert; darüber hinaus sind die Sozialhilfe, die Gesetzliche Krankenversicherung und die privaten Haushalte an der Finanzierung von Pflegeleistungen beteiligt. Im genannten Zeitraum erhöhten sich die Ausgaben der sozialen (privaten) Pflegeversicherung von 4,97 Mrd. (0,30 Mrd.) Euro auf 17,69 Mrd. (0,51 Mrd.) Euro.<sup>16</sup> Im Sinne der beabsichtigten Umfinanzierung der Pflegeleistungen sanken die Ausgaben der Sozialhilfe von 8,93 Mrd. (1995) auf 3,00 Mrd. Euro im Jahr 2004 (-66%). Bedingt durch den per Saldo genannten Ausgabenanstieg nahm die Zahl der Anbieter von Pflegeleistungen stark zu.

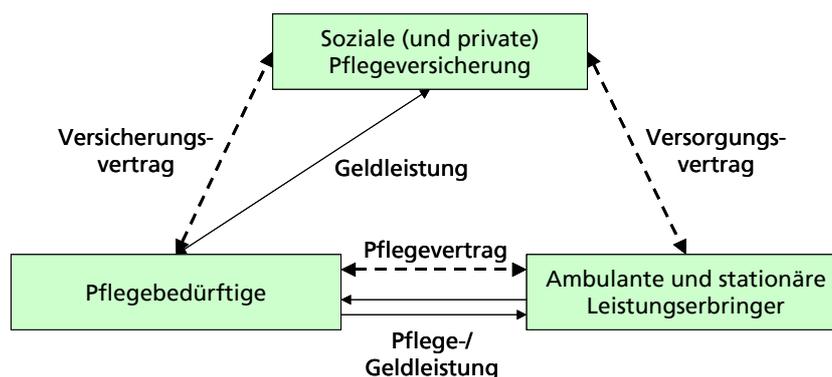


Abbildung 1: Das Beziehungsgeflecht im deutschen Pflegesektor

Gab es im Jahr 1996 erst 10.824 zugelassene Pflegedienste und 13.669 zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, so stiegen diese Zahlen bis zum Jahr 2003 auf 12.120 Pflegedienste und 17.639 Pflegeeinrichtungen an. Dies entspricht einem Wachstum der Anbieterzahl von 12 bzw. 29 Prozent. Allein von 1999 bis 2003 stieg die Zahl der verfügbaren Pflegeplätze im stationären Bereich von 645.546 auf 713.195 an (+10%).

Zurückzuführen ist der Anstieg der Ausgaben und das Wachstum der Anbieterzahl und der Kapazität letztlich auf die Veränderungen (der Rahmenbedingungen) auf der Nachfrageseite: Die Zahl der pflegebedürftigen Personen nahm in Deutschland von etwa 1,6 Mio. im Jahr 1995 auf ca. 2,1 Mio. im Jahr 2004 zu (Tabelle 1). Zu vermuten ist, dass ein Teil dieses 31-prozentigen Anstiegs auf die veränderten Finanzierungsmöglichkeiten für Pflegeleistungen und die daraus resultierenden Anreize (Verlagerung von privater, informeller Pflege zu externer, formeller Pflege) zurückzuführen ist. Diese Vermutung wird bestätigt, wenn man mit den in der letzten Spalte von Tabelle 1 angeführten Anteilswerten die Zahl der potentiell Pflege-

---

<sup>16</sup> Die Wachstumsraten betragen +25% bzw. +70%. Die Angaben der privaten Pflegeversicherung beziehen sich auf die Jahre 1996 und 2003.

bedürftigen im Jahr 1995 zurückrechnet.<sup>17</sup> Dabei ergibt sich eine Zahl von 1,9 Mio. potentiellen Pflegebedürftigen schon im Jahr 1995.<sup>18</sup> Allein auf die Einführung der Pflegeversicherungspflicht wären damit etwa 300.000 zusätzliche erfasste Pflegebedürftige zurückzuführen; dies allein entspricht einem Wachstum von 19 Prozent.

Altersgruppe	Pflegebedürftige	davon ambulant	davon in Pflegeheimen	Anteil der Pflegebedürftigen in der Altersklasse
0-15	64.715	64.447	268	0,5 %
15-60	236.545	207.673	28.872	0,5 %
60-65	85.988	66.124	19.864	1,6 %
65-70	132.517	100.888	31.629	2,7 %
70-75	177.959	134.956	43.003	5,1 %
75-80	287.339	206.039	81.300	9,8 %
80-85	426.873	281.312	145.561	20,6 %
85-90	309.601	185.321	124.280	39,9 %
90-95	276.486	151.850	124.636	60,4 %
95+	78.912	38.036	40.876	56,1 %
<b>insgesamt</b>	<b>2.076.935</b>	<b>1.436.646</b>	<b>640.289</b>	<b>2,5 %</b>

*Tabelle 1: Pflegebedürftige und Pflegequoten nach Altersgruppen 2003<sup>19</sup>*

Betrachtet man als Grundgesamtheit die Gruppe der Pflegebedürftigen, so stellen die über 90-jährigen einen Anteil von 17 Prozent aller Pflegebedürftigen dar. Etwa zwei Drittel aller Pflegebedürftigen sind älter als 75 Jahre; die Gruppe der über 80-jährigen Personen stellt mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen dar. Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden – und damit Pflegeleistungen in Anspruch nehmen zu müssen – steigt mit dem Alter an: Die unter 60-jährigen stellen nur einen Anteil von 14 Prozent der Pflegebedürftigen.

Die höhere Nachfrage nach Pflegeleistungen spiegelt sich auch in der Entwicklung der Beschäftigtenzahlen im Pflegesektor wider. Die Langzeitpflege ist sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich sehr personalintensiv. Arbeit durch den Faktor Kapital zu substituieren ist nur sehr begrenzt möglich. So waren die ersten Jahre nach Einführung der Pflege-

<sup>17</sup> Im Jahr 1995 wurden zunächst per 1.4. die Leistungen für ambulante Pflege durch die Pflegeversicherung eingeführt; stationäre Leistungen werden erst seit dem 1.7.1996 finanziert.

<sup>18</sup> Zur Bevölkerungsstruktur im Jahr 1995 vgl. StatBA (2003a).

<sup>19</sup> Vgl. dazu StatBA (2005).

versicherung nicht nur durch einen Anstieg der Anbieterzahl gekennzeichnet, sondern insbesondere auch durch eine hohe Nachfrage nach Pflege(fach)kräften auf dem Arbeitsmarkt.

Die Zahl der Beschäftigten im Pflegesektor stieg von 560.328 im Jahr 1999 um 15 Prozent auf 646.397 im Jahr 2003.<sup>20</sup> Von diesen Beschäftigten entfielen im Jahr 2003 auf den ambulanten Bereich 135.540, während 510.857 Personen im stationären Bereich beschäftigt waren. Im stationären Bereich wurden mithin 1,25 Pflegebedürftige pro Beschäftigten versorgt, im ambulanten Bereich hingegen 10,60 Pflegebedürftige. Im Jahr 1999 betrug die entsprechenden Betreuungsrelationen 1,30 (stationär) bzw. 12,09 (ambulant). Die Pflege ist also im Laufe der Zeit noch personalintensiver geworden. Auffällig ist auch der hohe Anteil von teilszeitbeschäftigten Personen im Bereich der ambulanten und stationären Pflege. Die Beschäftigtenzahl von 711.754 Personen entsprach im Jahr 2003 lediglich 523.263 vollzeitäquivalenten Stellen (Tabelle 2).

<b>Beschäftigte im ambulanten Bereich (Pflegedienste)</b>		<b>Beschäftigte in Pflegeheimen</b>	
insgesamt	<b>200.897</b>	insgesamt	<b>510.857</b>
zu 100%	35.974	Vollzeit	216.510
75 bis 100%	54.451	über 50 %	140.488
50 bis 75 %	60.823	50 % und weniger	71.066
25 bis 50 %	23.191	geringfügig Beschäftigte	49.179
unter 25 %	26.458	Praktikanten/Zivildienstleistende	33.614
<b>Vollzeitäquivalente</b>	<b>134.514</b>	<b>Vollzeitäquivalente</b>	<b>388.749</b>

*Tabelle 2: Beschäftigtenstruktur im Pflegesektor 2003*

Daher bleibt festzuhalten, dass aufgrund der hohen Personalintensität (und der fehlenden Substitutionsmöglichkeiten von Arbeit durch Kapital) bei steigender Zahl von Pflegebedürftigen auch eine steigende Zahl von Beschäftigten im Bereich der Pflege zu erwarten ist. Das Beschäftigungswachstum wird dabei auch durch die Verlagerung vom Bereich der ambulanten in die stationäre Pflege getrieben. Diese Entwicklung, die etwa auch in Luxemburg beobachtet werden kann, wird in beiden Ländern durch die Einführung der Pflegeversicherung unterstützt.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Vgl. dazu und im Folgenden StatBA (2001), (2003b) sowie (2005).

<sup>21</sup> Vgl. OECD (2005), S. 41.

Hier lässt sich feststellen, dass die Zahl der stationär versorgten Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung von 488.281 im Jahr 1997 auf 650.833 im Jahr 2003 um 33 Prozent anstieg, während das Wachstum der ambulant versorgten bei lediglich 8 Prozent (1997: 1.260.805; 2003: 1.361.429) lag (Tabelle 3).

	<b>Leistungsempfänger</b>	<b>stationär versorgt</b>	<b>ambulant versorgt</b>
1995	1.061.418*		1.061.418*
1996	1.635.853*	384.562*	1.162.184*
1997	1.749.087	488.281	1.260.806
1998	1.835.086	538.713	1.296.373
1999	1.929.309	577.709	1.351.600
2000	1.928.813	594.066	1.334.747
2001	1.950.582	612.253	1.338.329
2002	2.003.432	634.954	1.368.478
2003	2.012.262	650.833	1.361.429
2004	1.925.703*	628.892*	1.296.811*

*Tabelle 3: Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung*

Entsprechend stiegen – wie Tabelle 4 zeigt – die Ausgaben der Pflegeversicherung für ambulante Leistungen von 8,97 Mrd. Euro auf 9,40 Mrd. Euro (+5%), während die Ausgaben für stationäre Pflegeleistungen um 31 Prozent zunahmen (1997: 6,62 Mrd.; 2003: 8,86 Mrd. Euro).

Betrachtet man diese Strukturen und Zahlen, so scheint die Versorgung mit Pflegeleistungen – zumindest was den Umfang der bereitgestellten Leistungen betrifft –, den Präferenzen der Nachfrager zu entsprechen: Dauerhafte Warteschlangen und Leistungsrationierungen im Pflege-sektor sind nicht erkennbar.<sup>22</sup>

Hier zeigt sich ein Vorteil der deutschen Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Da diese Geldleistungen zur Verfügung stellt, kann das Geld im System tatsächlich dahin fließen, wo die Nachfrage am höchsten ist. Steigt die Nachfrage nach bestimmten Leistungen, können in diesem Bereich die Kapazitäten angepasst werden, um so die Nachfrage zu befriedigen.

---

\* Angaben in den Jahren 1995, 1996 sowie 2004 jeweils nur für die soziale Pflegeversicherung.

<sup>22</sup> Vgl. dazu DCV (2005).

	<b>Ausgaben</b>	<b>stationär</b>	<b>ambulant</b>
1995	4,97	k.A.	k.A.
1996	11,16	8,33	2,83
1997	15,59	8,97	6,62
1998	16,34	9,28	7,05
1999	16,81	9,41	7,40
2000	17,14	9,44	7,70
2001	17,36	9,37	7,98
2002	17,86	9,62	8,24
2003	18,08	9,40	8,68
2004	17,69	k.A.	k.A.

*Tabelle 4: Ausgaben der sozialen und privaten Pflegeversicherung (in Mrd. Euro)*

So hat sich die Verschiebung der Nachfrage vom ambulanten in den stationären Bereich offensichtlich nicht nur bei den Ausgaben niedergeschlagen, sondern auch bei den Anbieter- und den Beschäftigtenzahlen. Fraglich ist jedoch angesichts der oben zitierten Studien, ob die Qualität der Leistungen immer den Vorstellungen der Betroffenen entspricht. Damit aber stellt sich die Frage nach den Instrumenten und den Trägern, die im Bereich der Qualitätssicherung und -verbesserung in Deutschland eingesetzt werden.

### **Die Rahmenbedingungen des Pflegesektors**

Die wesentlichen „Spielregeln“ für den Pflegesektor in Deutschland sind im Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI) fixiert, das die Soziale Pflegeversicherung regelt. Diese ist mit einem Anteil von etwa 80 Prozent der dominierende Träger von Ausgaben für Pflegeleistungen in Deutschland. Das SGB XI enthält neben den Regelungen der Leistungen (4. Kapitel) auch organisatorische Vorschriften (5. Kapitel), es regelt die Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern (7. Kapitel) und es enthält Vorschriften zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (7. Kapitel, 4. Abschnitt, 8. Kapitel, 11. Kapitel). Damit sind nahezu alle Bereiche der im Abschnitt B skizzierten notwendigen Rahmenbedingungen im SGB XI angesprochen.

Prinzipiell sind aufgrund der großen Anbieterzahl im ambulanten und stationären Bereich der Pflege die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb im Pflegesektor gege-

ben.<sup>23</sup> Diese Voraussetzungen werden auch dadurch geschaffen, dass § 11 Abs. 2 des SGB XI die Aktivitäten von staatlichen Anbietern im Sinne des Subsidiaritätsprinzips begrenzt: „Frei-gemeinnützige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern.“ Diese Stärkung nicht-öffentlicher Anbieter lässt darauf schließen, dass ein Wettbewerb der Leis-tungserbringer im Pflegesektor (politisch) erwünscht ist und den nicht-öffentlichen Trägern eher zugetraut wird, einen solchen Wettbewerb – und seinen erwünschten Wirkungen in den Bereichen Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung – auch zu bestreiten.<sup>24</sup> Tatsächlich waren im Jahr 2003 nur 7,5 Prozent aller 9.743 Pflegeheime im stationären Be-reich in öffentlicher Trägerschaft; 37 Prozent wurden von in privaten, 55,5 Prozent von frei-gemeinnützigen Trägern betrieben (Tabelle 5).

Pflegebedürftige je Pflegeheim	Pflegeheime	Trägerschaft		
		privat	öffentlich	freigemeinnützig
1 bis 10	545	284	30	231
11 bis 20	1.060	525	47	488
21 bis 30	973	553	49	371
31 bis 40	890	456	51	383
41 bis 50	813	364	62	387
51 bis 60	826	291	61	474
61 bis 80	1.556	443	130	983
81 bis 100	1.174	265	94	815
101 bis 150	1.431	309	127	995
151 bis 200	330	86	50	194
201 bis 300	127	32	22	73
301 und mehr	18	2	5	11
<b>insgesamt</b>	<b>9.743</b>	<b>3.610</b>	<b>728</b>	<b>5.405</b>

Tabelle 5: Größe der stationären Einrichtungen

Für die Erbringung von Pflegeleistungen, die von der Pflegeversicherung finanziert werden, sind nur Leistungserbringer zugelassen, die einen Versorgungsvertrag mit dem Finanzierungsträger abgeschlossen haben (§ 72, Abs. 2 SGB XI). Solche Leistungserbringer müssen gesetz-

<sup>23</sup> Trotz der auf die gesamte Bundesrepublik bezogenen hohen Anbieterzahl kann man davon ausgehen, dass es auf lokaler Ebene durchaus zu Monopolstellungen einzelner Anbieter und zu engen Oligopolen kommen kann.

<sup>24</sup> Vgl. OECD (2005), S. 119. Zu möglichen Wettbewerbsverzerrungen zu Gunsten der freigemeinnützigen Einrichtungen vgl. Meyer (2003a).

lich fixierte Mindestanforderungen hinsichtlich der Strukturqualität erfüllen (§ 71). Dort wird in den Absätzen 1 und 2 die Verantwortung einer „ausgebildeten Pflegefachkraft“ für die Pflege betont. Wer im Sinne des Gesetzes zu diesen Pflegefachkräften zählt, ist in § 71 Abs. 3 festgelegt. Die Qualität wird damit über Markteintrittsbarrieren im Bereich der Strukturqualität zu sichern versucht. Werden diese Anforderungen erfüllt, besteht faktisch ein Zulassungsanspruch seitens der Leistungserbringer.

Der Gesetzgeber weist in § 28 Abs. 3 den Pflegekassen und Leistungserbringern die Verantwortung dafür zu, dass die Pflegeleistungen nach dem „allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden“. Er verweist damit auf ein Kriterium der Prozessqualität. In § 29 wird dahingehend ergänzt, dass die erbrachten Leistungen „wirksam und wirtschaftlich“ sein müssen und sie das „Maß des Notwendigen“ nicht übersteigen dürfen. Diese ebenfalls auf die Prozessqualität abstellende Vorschrift ist dann problematisch, wenn kaum anerkannte Definitionen für eine notwendige Pflege bestehen.<sup>25</sup> Generell ist aber der Versuch des Gesetzgebers erkennbar, das Ziel einer präferenzgemäßen Versorgung mit Pflegeleistungen in den Ausprägungen „Qualität“ und „Wirtschaftlichkeit“ im Gesetz zu verankern und den verantwortlichen Akteuren entsprechende Vorgaben zu machen.

Um die Zielerreichung zu kontrollieren, ist im § 79 Abs. 1 SGB XI festgelegt, dass die Landesverbände der Pflegekassen (mithin die Finanzierungsträger) die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung durch Sachverständige prüfen lassen können. In § 80 Abs. 1 wird den Finanzierungsträgern und Leistungserbringern die Aufgabe zugewiesen „Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege“ zu entwickeln. Darüber hinaus sollen sie an der „Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist“ arbeiten.

Damit wird letztlich den Finanzierungsträgern eine Kontrollfunktion übertragen, die sie an Stelle der eigentlichen Leistungsempfänger wahrnehmen sollen. Die Finanzierungsträger schließen auch die „Leistungs- und Qualitätsvereinbarung“ mit den Pflegeheimen im Bereich der stationären Pflege (§80a, Abs. 1). Darin werden Komponenten der Strukturqualität (personelle und fachliche Ausstattung, incl. Qualifikation der Mitarbeiter) fixiert. Darüber hinaus

---

<sup>25</sup> Aus der Literatur zur Messung der Qualität im Bereich der medizinischen Versorgung ist die Unterscheidung eines angemessenen Versorgungsumfangs und eines notwendigen Umfangs bekannt. Letzterer beschreibt eine Untergrenze an sinnvollen Behandlungsmaßnahmen, ersterer eine Obergrenze. Vgl. dazu Donaldson (1999), S. 5 ff.

sind die Träger von zugelassenen Pflegeeinrichtungen gem. § 113 Abs. 1 SGB XI verpflichtet, regelmäßige Qualitätsnachweise zu erbringen, und zwar gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen (Finanzierungsträger). Diese Nachweise sind nur von öffentlich legitimierten Stellen zu erteilen (§ 113 Abs. 2).

Die Finanzierungsträger sollen damit (auf Basis der Vorschriften des SGB XI) als Agenten der Pflegebedürftigen (Prinzipale) fungieren – mit den im Prinzipal-Agenten-Beziehungen möglichen Interessenkonflikten: Die Verantwortung wird von den unmittelbar Betroffenen verlagert, so dass die Souveränität der Konsumenten hier zu Gunsten des staatlichen Verbraucherschutzes verringert wird.

Festzuhalten bleibt an dieser Stelle, dass das Ziel der präferenzgemäßen Versorgung in Deutschland im wesentlichen mit dem Instrument der staatlichen Regulierung verfolgt wird. Aber auch verschiedene Elemente wettbewerblicher Lösungen sind in den Vorschriften des SGB XI zu finden.<sup>26</sup> So schreibt § 112 Abs. 2 vor, dass die zugelassenen Pflegeeinrichtungen „in regelmäßigen Abständen die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen“ haben – dies allerdings gegenüber den Finanzierungsträgern. Eine Veröffentlichungspflicht von Basisinformationen über die Qualität, wie sie aktuell etwa im Bereich der stationären Versorgung im Krankenhausbereich geplant ist, ist im Pflegebereich nicht vorgesehen. Betrachtet man jedoch die Zahl der Zertifizierungen und andere Qualitätssiegel, mit denen insbesondere die Erbringer stationärer Leistungen die von ihnen bereitgestellte Qualität der Pflege signalisieren (Gerste/Schwinger/Rehbein, 2004), so deutet dies darauf hin, dass die Qualität durchaus auch stärker als Wettbewerbsparameter eingesetzt werden könnte, wenn die Qualitätsinformationen entsprechend „verbraucherfreundlich“ aufbereitet werden.

In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass das prinzipielle Wahlrecht der Pflegebedürftigen („Selbstbestimmung“) in Bezug auf die Leistungen und Leistungserbringer gesetzlich gesichert ist (§ 2 Abs. 2). Bei der Wahrnehmung dieses Wahlrechts soll die zuständige Pflegekasse (als Agent) dem Pflegebedürftigen gem. § 7 Abs. 3 Informationen zur Verfügung stellen. Diese beziehen sich im Wesentlichen auf den Leistungsumfang der verfügbaren Leistungserbringer sowie deren Preise (Leistungs- und Preisvergleichsliste). Diese Liste soll aber auch die Qualitätsvereinbarung nach § 8a enthalten. Die Vorschrift des § 7 Abs. 2 soll explizit dazu dienen, den Wettbewerb der Leistungserbringer ebenso zu fördern wie die

---

<sup>26</sup> Einähnlicher Befund ergibt sich bei Analyse der Qualitätssicherungsstrategie, die im SGB V für den Teil des deutschen Gesundheitssystem fixiert ist, der durch die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert wird. Vgl. dazu Sauerland (2005).

Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots.<sup>27</sup> Zielgröße ist hier aber eher ein Preiswettbewerb als der unter B skizzierte Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer.

#### 4. Künftige Herausforderungen und Lösungsansätze

Die größten künftigen Herausforderungen im Bereich der Langzeitpflege resultieren aus dem absehbaren und demographisch bedingten Wachstum der (potentiell) Pflegebedürftigen. Dieses Nachfragewachstum fordert zum einen eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeleistungen durch die Pflegeversicherung (und andere Quellen). Sie stellt aber auch die Anbieter der ambulanten und stationären Pflegeleistungen vor die Herausforderung, eine hinreichende Zahl qualifizierter Mitarbeiter zu finden und so die Quantität und Qualität der Pflege auch langfristig gewährleisten zu können.

Legt man die Zahlen der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zugrunde<sup>28</sup>, so steigt die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2040 auf 3.740.559 und damit um 80 Prozent im Verhältnis zum Jahr 2003 an (Abbildung 2).<sup>29</sup>

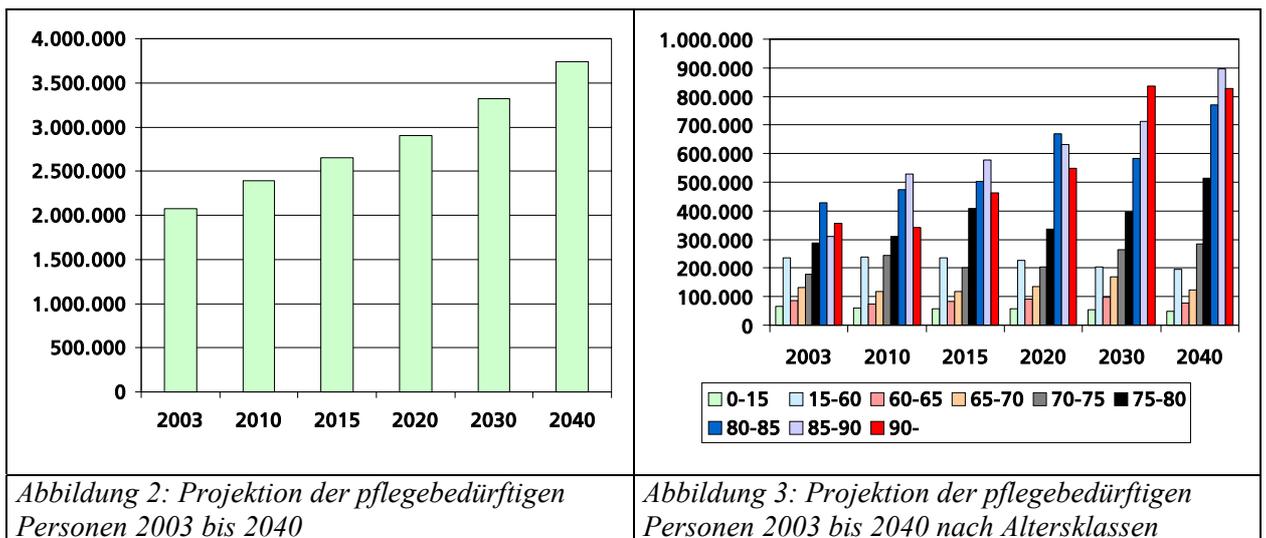


Abbildung 2: Projektion der pflegebedürftigen Personen 2003 bis 2040

Abbildung 3: Projektion der pflegebedürftigen Personen 2003 bis 2040 nach Altersklassen

Diese Zahlen basieren auf der Fortschreibung der Anteile von Pflegebedürftigen nach Altersklassen aus dem Jahr 2003 (vgl. Tabelle 1). Die demographische Entwicklung der kommenden Jahrzehnte verschiebt die Altersstruktur in die höheren Lebensalter, die wiederum mit einer höheren Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit belegt sind (Abbildung 3).

<sup>27</sup> Der § 7 Abs. 2 ist übrigens die einzige Stelle im SGB XI, an der das Wort „Wettbewerb“ zu finden ist.

<sup>28</sup> Vgl. dazu StatBA (2003a). Hier wurde das mittlere Szenario der Bevölkerungsentwicklung zugrunde gelegt.

<sup>29</sup> Ähnliche Zahlen prognostiziert bei gleicher Vorgehensweise StatBA (2003c), S. 41.

Aus der steigenden Zahl der Pflegebedürftigen resultieren dann a) die in Abbildung 4 dargestellten steigenden Ausgaben für die Pflege sowie b) eine zu erwartende Nachfrageerhöhung auf dem Arbeitsmarkt für qualifizierte Pflegekräfte.

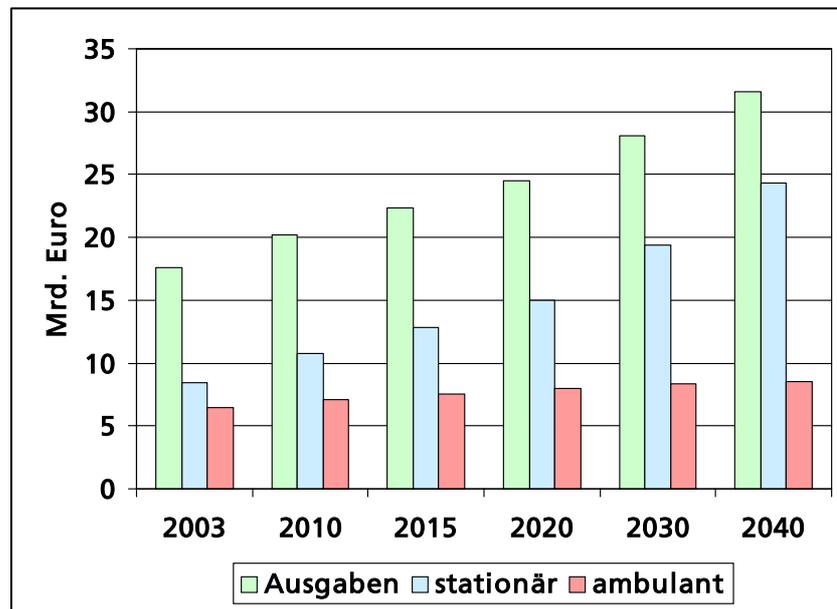


Abbildung 4: Projektion der Ausgaben für Pflege 2003 bis 2040

Bei den Berechnungen der Zahlen in Abbildung 4 wurden die Ausgaben pro Kopf im Bereich der ambulanten und stationären Pflege aus dem Jahr 2003 zugrunde gelegt.<sup>30</sup> Darüber hinaus wurde mit einer konstanten Trendverschiebung von der ambulanten zur stationären Pflege gerechnet: Während im Jahr 2003 der Anteil der stationär versorgten Personen 31 Prozent betrug, steigt dieser Anteil in den Berechnungen auf 49 Prozent im Jahr 2040.

Aufgrund dieser Verschiebung zwischen den Sektoren steigt auch der Personalbedarf im stationären Bereich deutlich stärker an als im ambulanten. Legt man auch hier die Parameter des Jahres 2003 zugrunde (Pflegebedürftige pro Beschäftigter bzw. Vollzeitäquivalent), ergibt sich eine Erhöhung des Personalbedarfs im stationären Pflegebereich um 188 Prozent bis zum Jahr 2040. Im Bereich der ambulanten Pflege resultiert c.p. lediglich ein zusätzlicher Bedarf von 32 Prozent. Auf Grundlage dieser Berechnungen werden im Jahr 2040 etwa 1,7 Mio. Personen im Pflegesektor Beschäftigung finden (im Vergleich 2003: 0,7 Mio.), das entspricht etwa 1,3 Mio. vollzeitäquivalenten Beschäftigungsverhältnissen (2003: 0,5 Mio.).<sup>31</sup> Damit könnte der Pflegesektor tatsächlich zu einem beschäftigungspolitisch wichtigen Wachstumssektor werden. Bezogen auf die Zahl der potentiell Erwerbsfähigen im Alter von 15 bis 65

<sup>30</sup> Erhöhungen der Löhne bzw. des Preisniveaus wurden nicht berücksichtigt.

<sup>31</sup> Vgl. zu ähnlichen Ergebnisse auch Schulz/Leidl/König (2001).

Jahren entsprechen die genannten Beschäftigtenzahlen nämlich einem Anteil von 3,7 Prozent im Jahr 2040 während es im Jahr 2003 erst 1,3 Prozent waren. Fraglich ist nur, ob überhaupt genügend qualifiziertes Personal für die zu erbringenden Leistungen gefunden werden kann.

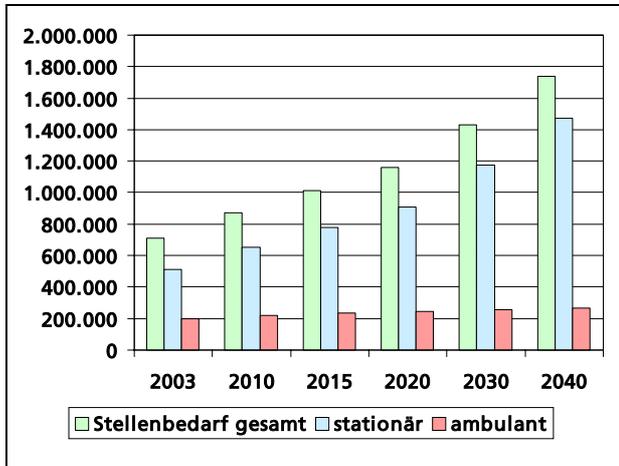


Abbildung 5: Projektion der beschäftigten Personen im Pflegesektor 2003 bis 2040

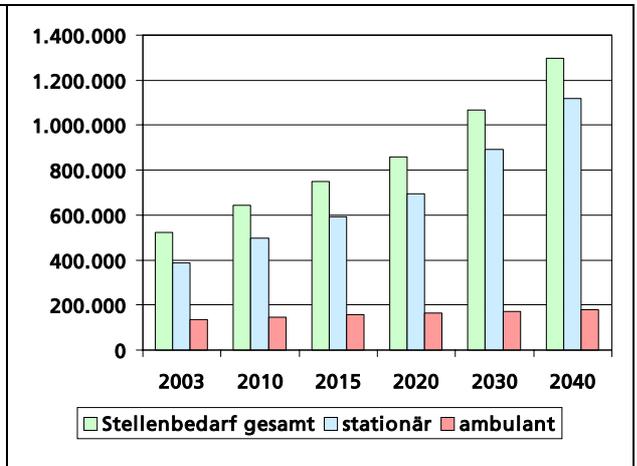


Abbildung 6: Projektion der vollzeitäquivalenten Stellen im Pflegesektor 2003 bis 2040

Um diesen Bedarf mit inländischen Arbeitskräften zu decken, bedarf es primär attraktiver Berufschancen im Pflegesektor.<sup>32</sup> Diese sind umso eher zu erwarten, wenn die gestiegene Arbeitskräftenachfrage sich in höheren Einkommen der Pflegekräfte niederschlägt.<sup>33</sup> Gleichzeitig werden aber auch adäquate berufliche Ausbildungsgänge benötigt, um den Anforderungen an das Pflegepersonal gerecht zu werden und die Qualität der Pflege sicherzustellen.<sup>34</sup> Problematisch ist bei der Deckung des Pflegekräftepersonals die bekannt lange Ausbildungsdauer, die zu einer (temporären) Unterversorgung mit Arbeitskräften führen kann (Stichwort Schweinezyklus) sowie die demographiebedingte Verknappung des Arbeitskräftepotentials.

Eine andere Möglichkeit, um eine solche Fachkräftelücke in Deutschland zu schließen, besteht darin, ausländische Pflegekräfte zu attrahieren und sie mit der Erbringung von Pflegedienstleistungen zu beauftragen. Insbesondere Dienstleister aus den Ländern der Europäischen Union könn(t)en – im Rahmen des Binnenmarkts – auf dem deutschen Markt ihre Leistungen erbringen, und das möglicherweise sogar zu niedrigen Kosten (d.h. Löhnen) als das inländische Leistungserbringer tun können.<sup>35</sup> Ob sie das im Bereich der Pflege auch tatsäch-

<sup>32</sup> Vgl. dazu auch Meyer (2003b), S. 78f.

<sup>33</sup> Dies hätte natürlich (negative) Auswirkungen auf die Ausgaben für die Pflege und zeigt noch einmal deutlich die Notwendigkeit einer nachhaltigen Finanzierung der Pflegeausgaben.

<sup>34</sup> Vgl. zu den Anforderungen an das Berufsbild der Pflegekräfte z.B. Becker et al. (2002).

<sup>35</sup> Mit solchen „kostengünstigen“ Leistungserbringern könnte auch der Ausgabenanstieg für die Pflege gebremst werden.

lich tun dürfen, ist in Deutschland Gegenstand einer politischen Diskussion, die unter dem Schlagwort „Dienstleistungsrichtlinie“ geführt wird.

Durch die von der europäischen Kommission im Jahr 2004 vorgelegte Dienstleistungsrichtlinie soll die Freizügigkeit von Dienstleistern innerhalb der EU erleichtert werden. Dieser Entwurf betont das Herkunftslandprinzip im Bereich der Dienstleistungserbringung und dient der Vollendung des Binnenmarkts. Allerdings hat der Europäische Rat im Jahr 2005 ebenfalls beschlossen, dass „insbesondere auch das europäische Sozialmodell zu wahren ist“.<sup>36</sup> Diese Forderung wird in Deutschland dahingehend präzisiert, dass Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich – zu denen auch die Langzeitpflege gehört – besonders geschützt werden müssen. Begründet wird diese Forderung zum einen damit, dass „die in den Mitgliedsstaaten jeweils geltenden Qualitäts- und Sicherheitsstandard in diesem Bereich gewahrt werden“ müssen.<sup>37</sup> Ein weiterer Grund, der genannt wird, ist die Sorge vor „Sozialdumping oder Dumping bei der Entlohnung“.<sup>38</sup> Vor dem Hintergrund der Überlegungen zur Qualität der Versorgung mit Pflegeleistungen erscheint zumindest die erstgenannte Begründung für Ausnahmen von der Dienstleistungsfreiheit nicht abwegig zu sein.<sup>39</sup>

Neben diesen eher politischen Diskussionen gibt es aber auch noch eine andere Sichtweise, die einen Einsatz ausländischer Dienstleister im Bereich der inländischen Pflege schwierig erscheinen lässt. So gehört zu einer qualitativ guten Versorgung im Bereich der Pflege auch die Möglichkeit, sich mit dem Pflegepersonal verständigen und so seine Wünsche artikulieren zu können. Es ist bekannt, dass fehlende oder mangelnde Sprachkenntnisse ausländischer Leistungserbringer aus Sicht der Nachfrager von Gesundheitsleistungen ein erhebliches Hindernis dafür darstellen, Gesundheitsleistungen im Ausland nachzufragen.<sup>40</sup> Es ist daher nicht unplausibel anzunehmen, dass diese Barrieren auch im Bereich der Pflege aus Sicht der Nachfrager eine wesentliche Rolle spielen dürften. Somit lässt sich neben der fachlichen Qualifikation (Ausbildung) der Pflegekräfte auch die sprachliche Qualifikation auf einem bestimmten Niveau als Kriterium der Strukturqualität benennen, das die Einschätzungen der Pflegebedürftigen (im Bereich der Ergebnisqualität) beeinflusst.

---

<sup>36</sup> Deutscher Bundestag (2005a), S. 1.

<sup>37</sup> Deutscher Bundestag (2005a), S. 2.

<sup>38</sup> Deutscher Bundestag (2005b), S. 2.

<sup>39</sup> Vorstellbar wäre hier etwa die einfache Anwendung der Vorschriften des § 71 auf ausländische Anbieter.

<sup>40</sup> Vgl. dazu DIW (2001) S. 150.

## 5. Fazit

Aufgrund der demographisch bedingten Zunahme von potentiell pflegebedürftigen Personen in Deutschland ist es notwendig, eine möglichst präferenzgemäße Versorgung der betroffenen Bevölkerungsteile mit Leistungen der ambulanten und stationären Pflege nachhaltig sicherzustellen. Während ein Konsens über dieses Ziel besteht, wird über die Frage des adäquaten Instruments zur Erreichung dieses Ziel sowie die Zuordnung des Instruments auf passende Träger nach wie vor diskutiert – insbesondere zwischen Ökonomen und Wissenschaftlern anderer Professionen.

Die in Deutschland gewählte Lösung besteht darin, die Versorgung über einen Wettbewerb privater und freigemeinnütziger Leistungserbringer sicherzustellen. Dieser Wettbewerb funktioniert im Hinblick auf die bereitgestellten Mengen gut. Das Problem der Qualitätssicherung und -verbesserung, das ebenfalls zur Gewährleistung einer präferenzgemäßen Versorgung gehört, wird in Deutschland im wesentlichen über das Instrument der Regulierung (Verbraucherschutz) zu lösen versucht. Träger der Kontrollfunktion sind in dieser Regulierungslösung nicht die betroffenen Pflegebedürftigen selbst, sondern in erster Linie die Finanzierungsträger, die als Agenten der Nachfrager fungieren. Hier gäbe es allerdings Möglichkeiten, stärker auf einen Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer zu setzen und damit die Souveränität der Pflegebedürftigen im Hinblick auf die Wahl der Leistungserbringer zu stärken. Voraussetzung dafür ist aber eine verstärkte Forschung im Bereich der Qualitätsindikatoren, um über die Bereitstellung adäquat aufbereiteter Informationen den Nachfrager einen „aufgeklärte“ Entscheidung zu ermöglichen.

Die künftige Entwicklung der Nachfrage von Pflegeleistungen lässt den Pflegesektor zu einem volkswirtschaftlich bedeutsamen Beschäftigungsbereich werden. Da ein möglicher Fachkräftemangel nicht ohne weiteres über ausländische Anbieter abgedeckt werden kann, bleibt hier abzuwarten, wie sich die Berufsbilder der Pflegefachkräfte entwickeln. In dem Maße, wie die Arbeitsplätze im Pflegesektor aufgrund von niedrigen Löhnen und/oder unattraktiven Arbeitszeiten wenig reizvoll erscheinen, sind Unterversorgungssituationen, wie sie heute bereits regional im ärztlichen Bereich der Gesundheitsversorgung bestehen, nicht auszuschließen. Dann aber wird das Ziel der präferenzgemäßen Versorgung mit Pflegeleistungen nicht mehr erreicht.

## Literatur

- Akerlof, G.A. (1970): The Market for „Lemons“: Quality Uncertainty and the Market Mechanism, in: *Quarterly Journal of Economic* 84, S.488–500
- Becker, W. et al. (2002), Personenbezogene Dienstleistungen im Spannungsfeld von Markt, Staat und Gesellschaft, Forenbeiträge des 4. BIBB-Fachkongresses "Berufsbildung für eine globale Gesellschaft - Perspektiven im 21. Jahrhundert" vom 23.-25.10.2002 in Berlin, <http://www.bibb.de/de/2549.htm> (abgerufen 08.11.2005).
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stellungnahme zur Pressemitteilung des Sozialverbands Deutschland über Pflegefehler in Heimen vom 17.09.2004, Berlin, <http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=20484.html> (abgerufen 03.11.2005).
- Darby, M.R. und E. Karni (1973), Free Competition and the Amount of Fraud, in: *Journal of Law and Economics*, 88, S. 67–88.
- DCV – Deutscher Caritasverband (2005), Einschätzung der wirtschaftlichen Lage der Rechtsträger der Caritas. Auswertung für die Piloterhebung „Altenhilfe“, Ms.
- Deutscher Bundestag (2005a), Unterrichtung durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit zum Vermerk des Generalsekretariats des Rates für die Gruppe "Wettbewerbsfähigkeit und Wachstum"; Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt - Ergänzung zu dem Bericht vom 14. März 2005, Ausschuss für Wirtschaft und Arbeit Ausschussdrucksache 15(9)1853 vom 12.April 2005, Berlin.
- Deutscher Bundestag (2005b), Arbeit schaffen – Sozialen Zusammenhalt und wirtschaftliche Dynamik im europäischen Binnenmarkt für Dienstleistungen verbessern, Antrag der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drucksache 15/5832 vom 29.06.2005, Berlin.
- DIW – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2001), Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen, Berlin.
- Donabedian, A. (1980), Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume 1: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Ann Arbor.
- Gerste, B., A. Schwinger und I. Rehbein (2004), Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen: ein Marktüberblick, Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn.
- Ikegami, N., J.P. Hirdes und I. Carpenter (2002), Measuring the quality of long-term care in institutional and community settings, in: OECD (Hrsg.), *Measuring up: improving health system performance in OECD countries*, Paris, S. 277–293.
- IOM – Institute of Medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington DC, National Academy Press.
- Kuchinke, B. (2000), Sind vor- und vollstationäre Krankenhausleistungen Vertrauensgüter? Eine Analyse von Informationsasymmetrien und deren Bewältigung, Diskussionspapier Nr. 19, Technische Universität Ilmenau, Institut für Volkswirtschaftslehre.
- Mattke, S. (2004), "Monitoring and Improving the Technical Quality of Medical Care: A New Challenge for Policymakers in OECD Countries", *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies*, OECD Health Project Series, Paris.
- MDK – Medizinischer Dienst der Krankenkassen (1996), MDK-Konzept zur Qualitätssicherung der Pflege nach SGB XI, <http://www.mdk-sh.de/downloads/konzmds.pdf> (abgerufen 12.11.2005)
- Meyer, D. (2003a), Wettbewerbliche Diskriminierung privat-gewerblicher Pflegeheimbetreiber, in: *Sozialer Fortschritt*, 52(10), S. 261–265.
- Meyer, D. (2003b), Für mehr Wettbewerb im stationären Altenhilfesektor, Duncker & Humblot, Berlin.

- Mohrmann, M. et al. (2005), Der Pflegeprozess als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege: Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in Baden-Württemberg., in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement: Klinik und Praxis, Wirtschaft und Politik 10, S. 245–251.
- Nelson, Ph. (1970): Information and Consumer Behavior, in: Journal of Political Economy, 78, S. 311–329.
- OECD (2005), Long-term Care for Older People, Paris.
- Roth, G. (2001), Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.
- Roth, G. (2002), Qualität in Pflegeheimen, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dortmund,  
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/PRM-24077-Expertise--Qualitat-in-Pflegeh,property=pdf.pdf> (abgerufen 03.11.2005).
- Sauerland, D. (2001), The German strategy for quality improvement in health care: still to improve, in: Health Policy 56(2), S. 127–147.
- Sauerland, D. (2003), Sauerland, D. (2003), Gesundheitspolitik in Deutschland, 2. Aufl., Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Sauerland, D. (2005), Strategien zur Sicherung und Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung – GKV und PKV im Vergleich, WHL Diskussionspapier Nr. 3, Lahr 2005.
- Schneekloth, U. and U. Müller (2000), Wirkungen der Pflegeversicherung, Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Schulz, E., R. Leidl und H.H. König (2001), Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle –Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050, DIW Diskussionspapier Nr. 240, Berlin,  
<http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/diskussionspapiere/docs/papers/dp240.pdf> (abgerufen 08.11.2005).
- StatBA – Statistisches Bundesamt (2001), Bericht: Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Bonn.
- StatBA – Statistisches Bundesamt (2003a), Bevölkerung Deutschlands von 2002 bis 2050, 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.
- StatBA – Statistisches Bundesamt (2003b), Bericht: Pflegestatistik 2001 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Bonn.
- StatBA – Statistisches Bundesamt (2003c), Sozialhilfe in Deutschland – Entwicklung, Umfang, Strukturen, Wiesbaden.
- StatBA – Statistisches Bundesamt (2005), Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Bonn.

## Gesetze

Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI)

## **Diskussionspapiere der WHL – Wissenschaftliche Hochschule Lahr**

- 1 Dirk Sauerland: *Medizinische Dienstleistungen und Qualitätswettbewerb*, 2004.
- 2 Günther Seeber, Sabine Boerner, Helmut Keller und Peter Beinborn: *Strategien selbstorganisierten Lernens bei berufstätigen Studierenden. Ausgewählte Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*, 2004.
- 3 Dirk Sauerland: *Strategien zur Sicherung und Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung – GKV und PKV im Vergleich*, 2005.
- 4 Ansgar Wübker: *Beurteilung der Qualität eines Gesundheitssystems – Die Entwicklung und Prüfung eines Bewertungsrahmens am Beispiel des Krankheitsbildes der koronaren Herzkrankheit*, 2005.
- 5 Dirk Sauerland: *Gesundheitsreformgesetze und ihre Auswirkungen auf Ausgaben und Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenversicherung*, 2005.
- 6 Dirk Sauerland: *Künftige Herausforderungen der Langzeitpflege in Deutschland: Ordnungspolitische Anmerkungen*, 2006.
- 7 Günther Seeber: *Ökonomische Bildung – Notwendigkeiten und Handlungsbedarfe*, 2006.
- 8 Robert J. Zaugg: *Fallstudien als Forschungsdesign der Betriebswirtschaftslehre – Anleitung zur Erarbeitung von Fallstudien*, 2006.
- 9 Robert J. Zaugg: *Work-Life Balance. Ansatzpunkte für den Ausgleich zwischen Erwerbs- und Privatleben aus individueller, organisationaler und gesellschaftlicher Sicht*, 2006.

Abrufbar unter:

**<http://www.whl-lahr.de/diskussionspapiere>**

