



Max-Planck-Institut
für Gesellschaftsforschung · Köln

**Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstands
in der Bundesrepublik**

Jens Alber

90/3

MPIFG Discussion Paper

Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstands in der Bundesrepublik

Jens Alber

90/3

90/1213
Max-Planck-Institut
für Gesellschaftsforschung
Bibliothek
PLA-7/9003
2060502

Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung
Lothringer Str. 78
D-5000 Köln 1
Federal Republic of Germany
Telephone 0221/ 336050
Fax 0221/ 3360555

MPIFG Discussion Paper 90/3
ISSN 0933-5668
Mai 1990

Abstract

According to current political opinion, the health system of the Federal Republic of Germany is characterized by a dramatic shortage of nursing personnel. How much personnel is actually missing and in what sectors of service delivery the shortage is greatest, remains an open empirical question, however. The analytical problem of which mechanisms produce a shortage also needs clarification. Both, the empirical and the analytical question, are pursued in this article. A systematic scrutiny of the available empirical evidence shows that the number of nursing positions has considerably grown in recent years, but that the supply in personnel is not only lower than in other comparable countries, but also insufficient to meet the growing demand for nursing services. The persistent shortage in nursing personnel is related to institutional characteristics of the two social security institutions which are responsible for financing nursing services: the social assistance scheme and the statutory sickness insurance scheme. Both institutions are organized in a way which gives interests in cost containment preponderance over interests in an adequate provision of services with wide access, as the production of services is contingent upon the readiness to pay among corporate actors who are not immediately affected by an insufficient supply.

* * * * *

Im Gesundheitswesen der Bundesrepublik herrscht nach weit verbreiteter Meinung ein Pflegenotstand. Wie groß der Personalmangel tatsächlich ist und in welchen Bereichen er primär besteht, bleibt aber ebenso wenig präzise geklärt wie die Frage, welche Mechanismen für die Entstehung des Problems verantwortlich sind. Beiden Fragen geht dieser Beitrag nach. Die systematische Sichtung des empirischen Materials für den Bereich der Krankenhauspflege, der Pflege in Heimen und der ambulanten Pflege ergibt, daß die Zahl der Pflegestellen in den letzten Jahren zwar beträchtlich zugenommen hat, aber immer noch geringer ist als in vergleichbaren anderen Ländern und in keinem der untersuchten Bereiche zur Deckung des täglichen Pflegezeitbedarfs ausreicht. In der analytischen Betrachtung wird der Pflegenotstand auf institutionelle Charakteristika der beiden für die Finanzierung von Pflegeleistungen primär zuständigen Einrichtungen - Sozialhilfe und gesetzliche Krankenversicherung - zurückgeführt. Beide Einrichtungen sind so organisiert, daß Kostendämpfungsinteressen über Bedarfsdeckungsinteressen dominieren, weil die Leistungsproduktion an die Zahlungsbereitschaft von Akteuren gekoppelt wird, die von einer unzureichenden Bedarfsdeckung selbst nicht unmittelbar betroffen sind.

Aber: Pflegenotstand	3
Inhalt*	
Abstract	2
Einleitung	5
1. Die politische Diskussion um den Pflegenotstand	5
2. Empirische Klärung der Problemlage	7
2.1 Der Krankenhausbereich	11
2.2 Heime	15
2.3 Ambulante Pflegedienste	17
3. Hindernisse eines bedarfsgerechten Personalausbaus	20
4. Einige politikrelevante Schlußfolgerungen	27
Anhang: Verzeichnis der Grafiken	33
Literatur	40

* Dieser Aufsatz ist im Rahmen laufender Arbeiten zur vergleichenden Analyse von Gesundheitssystemen am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung entstanden. Für technische Hilfen bin ich Andreas Hustadt zu Dank verpflichtet. Für hilfreiche Kritik einer früheren Fassung danke ich insbesondere meinen Kollegen Dietmar Braun und Uwe Schimank.

Einleitung

Der Beitrag gliedert sich in vier Abschnitte. Zunächst wird die politische Diskussion um den Pflegenotstand in der Bundesrepublik kurz umrissen. Dann soll eine empirische Klärung der Ausmaße des Problems versucht werden. Daran knüpft sich ein stärker analytischer Teil, in dem institutionelle und organisatorische Gegebenheiten herausgearbeitet werden, die zur Entstehung eines Pflegeproblems in der Bundesrepublik beitragen. Zum Schluß werden kurz einige Thesen zur Beurteilung politischer Reformvorschläge entwickelt.

1. Die politische Diskussion um den Pflegenotstand

Klagen über einen Mangel an Pflegepersonal werden in der Bundesrepublik schon seit dem Anfang der sechziger Jahre geführt. Bereits 1961 war öffentlich von einem "katastrophalen Schwesternmangel" die Rede; 1963 erschien eine erste Personaldefizitschätzung im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft; 1966 machte die Sozialenquete auf die prekäre Sicherung langfristig Leidender aufmerksam, und 1969 brachte die einflußreiche Ökonomin Elisabeth Liefmann-Keil die Situation explizit auf den Begriff, indem sie von einem "Pflegenotstand" sprach (vgl. dazu den Literaturüberblick bei Kötz 1970: 106ff sowie Herder-Dorneich und Kötz 1972).

In den siebziger Jahren ebten die öffentlichen Klagen zunächst wieder etwas ab. Allerdings waren die Expertenstäbe in Verbänden und Ministerialbürokratien nun hinreichend auf das Thema aufmerksam geworden, um eine Reihe von Studien zu erarbeiten. So veröffentlichte das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1977 einen ersten Bericht über die "Pflegebedürftigkeit älterer Menschen" (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1977). Im gleichen Jahr wurde eine Bund/Länder-Arbeitsgruppe zum Thema "Aufbau und Finanzierung ambulanter und stationärer Pflegedienste" eingesetzt, die im April 1980 ihren (unveröffentlicht gebliebenen) Arbeitsbericht vorlegte. Nachdem der Deutsche Bundestag die Bundesregierung dazu aufgefordert hatte, dem Parlament über die

politischen Schlußfolgerungen aus diesem Report zu berichten, legte die Regierung 1984 ihren amtlichen "Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit" vor (Deutscher Bundestag 1984). Sie unterstrich darin den Reformbedarf im Pflegebereich insbesondere in bezug auf die häusliche Pflege.

In der Folgezeit griffen auch die Medien das Thema wieder in verstärktem Maße auf. In der zweiten Hälfte der achtziger Jahre verging kaum ein Tag ohne Dramatisierungen des ungedeckten Bedarfs an Pflegeleistungen in der Presse (als Überblick vgl. Oltmanns und Martin 1989). An Bedarfsschätzungen und Gesetzgebungsvorschlägen einzelner Parteien, Gruppen oder Bundesländer herrscht kein Mangel (vgl. dazu die Überblicke in Heinemann-Knoch/ von Kardorff 1989, Schulz 1989, Seffen 1989 sowie für neuere Bedarfsschätzungen Prognos/ Dornier 1989).

Wachsender Pflegebedarf und Mangel an Pflegepersonal sind also seit langem als bearbeitungsbedürftige Probleme erkannt. Dennoch ist bislang wenig geschehen. Das hängt u.a. damit zusammen, daß sich die Interessengruppen im Gesundheitswesen weder über eine genaue Definition des Problems noch über die anzustrebenden Lösungen einig sind. Folgt man den Interessenverbänden der Pflegeberufe, so ist die Bundesrepublik von einem Pflegenotstand betroffen, dessen Ausmaß einer entwickelten Industrie- und Wohlstandsgesellschaft unwürdig ist.¹ Die Krankenkassen sperren sich dagegen gegen einen Stellenausbau und verweisen auf den rasanten Beschäftigungsanstieg im Pflegebereich in den vergangenen zwei Jahrzehnten (vgl. dazu den Überblick über die Geschichte der sog. "Personalanzahlzahlen" bei Kaufmann und Mohr 1989).

¹ Die Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr errechnete Anfang Dezember 1989 ein Defizit von 91.000 Stellen in Krankenhäusern und Pflegeheimen (vgl. Frankfurter Rundschau, 4.12.1989, S. 4). Trotz wiederholter Schreiben und Telefonate sowie vielversprechender Zusagen war es dem Verfasser bis Ende Februar 1990 nicht möglich, in den Besitz dieser Studie zu gelangen.

Es stellt sich nun die Frage, ob wir es bei der Dramatisierung des "Pflegenotstands" nur mit den üblichen "ups and downs" eines politischen "issue attention cycle" (Downs 1972) bzw. dem Getrommel von Interessengruppen zu tun haben oder ob tatsächlich ein ernsthaftes und zu lange von der Politik unbearbeitet gebliebenes Problem vorliegt. Hier ist vor allem die empirische Sozialforschung herausgefordert, einen Beitrag zur Versachlichung politischer Debatten zu leisten. Eine Beantwortung der Frage, ob der Pflegepersonalmangel Fakt oder Fiktion ist, setzt sowohl eine konzeptionelle Klärung des Begriffs "Pflegenotstand" wie eine empirische Identifizierung der tatsächlichen Problemlage voraus. Im folgenden soll versucht werden, dieser doppelten Aufgabe nachzugehen.

2. Empirische Klärung der Problemlage

In den öffentlichen Diskussionen wird der Begriff "Pflegenotstand" meist recht undifferenziert sowohl auf die Personalsituation der Krankenhäuser bezogen wie auch auf die Pflege langfristig Hilfebedürftiger angewendet. Um verorten zu können, wo genau ein Personal-mangel gegebenenfalls besteht, sollte der Begriff zunächst einmal klarer bestimmt werden. Grundsätzlich kann von einem Mangel an Pflegepersonal dann gesprochen werden, wenn das zur Verfügung stehende Angebot an Helfern nicht zur Deckung des Bedarfs an Pflegeleistungen ausreicht. Das Problem ist nun, wie das Angebot und insbesondere der Bedarf genau zu operationalisieren und zu messen sind.

Zunächst sollte man einmal zwei Dimensionen unterscheiden, nämlich die *Art* der Pflege und den *Ort* der Pflege. In der ersten Dimension ist dann zwischen der Pflege für vorübergehend Kranke oder dauerhaft Pflegebedürftige zu differenzieren, in der zweiten zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich. Daraus ergibt sich konzeptionell eine Vierfeldertafel (vgl. Übersicht 1). Bei den ambulanten Diensten erlauben es die verfügbaren Daten allerdings nicht, zwischen dem Angebot für akut Kranke und langfristig Pflegebedürftige zu unterscheiden. Deshalb sind faktisch nur drei Felder der Tafel

Übersicht 1: Typologie zur Verortung des Pflegenotstands

Art der Pflege

		Vorübergehende Krankenpflege	Dauerhafte Pflege Hilfebedürftiger
Ort der Pflege	Stationärer Bereich	(Akut-) Krankenhäuser	Heime
	Ambulanter Bereich	Gemeindeschwestern, Sozialstationen, ambulante Pflegedienste	

zu besetzen. Benutzt man diese Kreuztabelle dann als Raster für die empirische Klärung der Problemlage, so ist zu eruieren, was wir über den gesellschaftlichen Bedarf und über das zur Verfügung stehende Personal im Bereich der Krankenhäuser, Heime und häuslichen Pflege wissen.

Zuvor ist allerdings noch ein kurzes Wort zur *Datenlage* angebracht. Wer empirisch zu klären versucht, wie es um eine bedarfsgerechte Versorgung der Pflegebedürftigen in der Bundesrepublik bestellt ist, sieht sich zunächst einmal mit einem Datennotstand konfrontiert. Weder über die Zahl der Pflegebedürftigen noch über die Menge, Qualifikation oder Arbeitsbelastung der Pflegenden wissen wir exakt Bescheid. Im Rahmen der amtlichen Statistik gibt es darüber weder umfassende noch regelmäßige Erhebungen (zur Charakterisierung der unbefriedigenden Datenlage von seiten der

Bundesregierung vgl. Deutscher Bundestag 1984: 6). Deshalb tappen wir auch bei scheinbar elementaren Fragen weitgehend im dunkeln. Die amtliche Statistik vermag z.B. nicht genau zu sagen, wieviele Personen in Berufen des Gesundheitswesens tätig sind. Darüber wurden lediglich bis 1984 Nachweise bei den Gesundheitsämtern geführt. Die aufgrund des Melderechtsrahmengesetzes des Bundes von 1980 erlassenen Meldegesetze der Länder sehen eine Erfassung der Berufe inzwischen nicht mehr vor. Das Statistische Bundesamt muß sich für aktuellere Angaben deshalb u.a. auf die EG-Arbeitskräftestichprobe von 1986 stützen (vgl. Statistisches Bundesamt 1988: 385, 394; 1989: 382, 392).

Gegenwärtig stehen für Informationen zur Personalstruktur des Gesundheitswesens nur zwei fortlaufend erhobene amtliche Statistiken zur Verfügung: der wissenschaftlicher Auswertung nicht frei zugängliche *Mikrozensus* und die bei der Bundesanstalt für Arbeit geführte *Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten*. Der Mikrozensus birgt neben der beschränkten Zugänglichkeit das Problem, daß er lediglich eine recht grobe Gliederung der Erwerbstätigen nach Wirtschafts- oder Berufszweigen enthält. So gibt es bei den Wirtschaftszweigen für die Feingliederung des Dienstleistungssektors - anders als etwa in den USA oder in Schweden - hierzulande keinen Bereich "Sozialpflege" (vgl. dazu Riede/ Schott-Winterer/ Woller 1988). Die Berufe sind als sog. "Dreisteller" nur grob nach der *Berufsordnung*, nicht aber als sog. "Viersteller" nach der *Berufsklasse* klassifiziert. Das bedeutet z.B., daß das Krankenpflegepersonal nur im Aggregat zusammen mit Hebammen ausgewiesen wird und nicht nach Funktionsbereichen differenziert werden kann.

Ähnliches gilt auch für die Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Bundesanstalt für Arbeit. Sie verrät zwar, wieviele Arbeitslose und offene Stellen es für einzelne Berufsklassen wie Altenpfleger oder Krankenpflegehelfer gibt, denn diese Statistik wird als sog. "Viersteller" geführt, aber die Zahl der Berufstätigen vermag auch sie nur in der Grobgliederung der "Dreisteller" zu nennen. Überdies läßt sie definitionsgemäß offen, wie viele selbständig, bzw. nicht-sozialversicherungspflichtig Beschäftigte es in der jeweiligen Berufsordnung gibt. Auch eine Aufschlüsselung nach Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung ist ihr nicht möglich. Wesentlich besser ist die Datenlage nur im Bereich des Krankenhauspersonals, über das die Krankenhausstatistik regelmäßige Nachweise liefert.

Auf diesen Datennotstand ist aus zwei Gründen aufmerksam zu machen. Zum einen ist es an der Zeit, daß die Sozialwissenschaften, ähnlich wie die

Historiker, eine *professionelle Quellenkritik* entwickeln. Zum zweiten liegt hier ein spezifisches Problem der Sozialpolitik. Zu einer *rationalen Sozialpolitik*, die dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes Rechnung trägt, gehört die zuverlässige Ermittlung gesellschaftlicher Bedarfslagen ebenso wie die präzise Identifizierung von Versorgungslücken. Beides ist nur möglich, wenn die entsprechenden Informationen regelmäßig im Rahmen einer gesellschaftlichen Dauerbeobachtung produziert werden. Das ist in der Bundesrepublik aber in weiten Bereichen nicht der Fall. Warum wir aufgrund der amtlichen Statistik über den Pflanzenbestand in Baumschulen oder die Zahl von Mähreschern so viel besser Bescheid wissen als über die Zahl pflegebedürftiger Menschen oder das Angebot berufstätiger Pfleger, wäre eine eigenständige verwaltungswissenschaftliche Analyse wert.

Was wir gegenwärtig über die Situation im Pflegebereich wissen, stammt im wesentlichen aus *Einzelehebungen*, die in der Regel im Auftrag von Ministerien erstellt werden und häufig lediglich als "graue Literatur" zirkulieren. Zu nennen sind vor allem fünf Studien², nämlich:

- die auf Daten des Jahres 1985 beruhende "Bestandsaufnahme der ambulanten sozialpflegerischen Dienste" im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 1987);
- die auf Daten des Jahres 1978 basierende sog. Socialdata-Studie über die "Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger" (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1980);
- der "Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit" von 1984 (Deutscher Bundestag 1984);
- der Regierungsbericht über die "Pflegebedürftigkeit älterer Menschen" aus dem Jahr 1977 (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1977);
- die vorwiegend prognostisch orientierte Studie zum "Angebot und Bedarf an Krankenpflegepersonal bis zum Jahr 2010", die 1989 im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vorgelegt wurde (Prognos/ Dornier 1989).

² Darüber hinaus hat das BASYS-Institut in Augsburg im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung einen Bericht zur Situation der Pflege in vergleichender Perspektive in Arbeit, den der Verfasser aber bislang nicht einsehen konnte.

Im folgenden wird zusammenfassend dargestellt, was wir aufgrund dieser Erhebungen und einiger zusätzlicher Informationsquellen der amtlichen Statistik, wie etwa der Statistik zur Hilfe der Pflege im Rahmen der Sozialhilfe, über den Bedarf und die Versorgung pflegebedürftiger Bürger in den Feldern der oben vorgestellten Kreuztabelle wissen.

2.1 Der Krankenhausbereich

Zur Personalsituation im Krankenhausbereich stehen relativ gute Daten zur Verfügung. Eine empirische Einschätzung der Lage kann daher auf drei Wegen erfolgen. Zunächst können wir fragen, wie sich das Personalangebot der Bundesrepublik im internationalen Vergleich darstellt. Sollte sich zeigen, daß die bezüglich Altersstruktur und Ressourcen vergleichbaren Nachbarländer des Westens über ein sehr viel ausgebauteres Angebot an Pflegepersonal verfügen, so wäre ein erster Hinweis darauf gegeben, daß der Pflegenotstand in der Bundesrepublik nicht nur ein Hirngespinnst interessierter Gruppen ist. Zweitens können wir die Entwicklung des Pflegepersonals im langfristigen Vergleich untersuchen und fragen, ob sich Mangellagen im Lauf der Zeit verschärft oder entspannt haben. Drittens, schließlich, können wir versuchen, der empirisch ungleich schwerer faßbaren Frage nachzugehen, inwieweit der vorhandene Personalbestand ausreicht, um der gegebenen Aufgabenstruktur zu genügen.

Für den *internationalen Vergleich* steht eine Datensammlung der OECD zur Verfügung (OECD 1985). Sie birgt allerdings noch erhebliche Probleme der Vergleichbarkeit, die an anderer Stelle genauer herausgearbeitet wurden (Alber 1990). Sofern man den Daten der OECD trauen darf, fällt die Bundesrepublik trotz überproportional hoher Gesundheitsausgaben durch ein äußerst niedriges Beschäftigungsvolumen im Krankenhaus-Pflegebereich auf. Das gilt sowohl bezüglich der Zahl der Schwestern und Pfleger pro belegtem Bett wie auch hinsichtlich der Zahl der Pflegepersonen pro 10.000 Einwohnern. In beiden Fällen belegt die Bundesrepublik hintere Rangplätze (vgl. Grafik 1 und 2 im Anhang). Ähnliche Ergebnisse erbringt auch der Vergleich der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft publizierten Daten

(vgl. Klitzsch 1987 sowie Alber 1990 für einen Vergleich beider Datenquellen). Das ist ein erster Hinweis darauf, daß in der Bundesrepublik tatsächlich ein Mangel an Pflegepersonal herrscht, der das in anderen Ländern übliche Maß an Problemen übersteigt.

Die zweite Frage ist nun, ob sich die Personalsituation in den Krankenhäusern im *langfristigen Vergleich* der Nachkriegszeit verbessert oder verschlechtert hat. Die Daten der amtlichen Statistik sprechen hier eine recht klare Sprache: Seit den fünfziger Jahren hat sich die Lage deutlich verbessert. Das gilt sowohl bezüglich der Absolutzahl der Pflegepersonen wie bezüglich der Relativzahlen pro Bett und pro 10.000 Einwohnern (vgl. die Grafiken 3-5 im Anhang).

Bemerkenswert ist, daß sich der Personalausbau vor allem in den siebziger und den achtziger Jahren und damit im Rahmen weitgehend unveränderter Stellenschlüssel vollzog. Die sog. "Anhaltzahlen" für die Personalausstattung der Kliniken sind seit 1969 lediglich in Anpassung an die Arbeitszeitverkürzungen fortgeschrieben worden (vgl. Kaufmann und Mohr 1989). Das stand einer deutlichen Stellenexpansion zumindest im Bereich der qualifizierten Schwestern offenbar nicht im Wege. Nur bei den Pflegehelfern und den Pflegekräften ohne staatliche Prüfung zeigen sich seit 1975 deutliche Stagnations- bzw. sogar Schrumpfungstendenzen.

Das unterschiedliche Entwicklungsmuster der Pflegeberufe verschiedener Qualifikationsstufen ist eine nähere Untersuchung wert. Die Tatsache, daß sich abrupte Trendwenden mit dem Beginn der Austeritätszeit Mitte der siebziger Jahre nur bei den Pflegehelfern und den Pflegekräften ohne staatliche Prüfung zeigten, läßt sich als Indiz für Segmentierungstendenzen auf dem Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen deuten. Die staatliche Sparpolitik wäre demnach primär auf dem Rücken minderqualifizierter und wenig konfliktfähiger Berufsgruppen ausgetragen worden. Daneben mag die Bildungsexpansion aber auch zu Rekrutierungsproblemen für minderqualifizierte Berufe beigetragen haben. Schließlich haben die verbesserten Weiterbildungsmöglichkeiten Abwanderungen aus den Pflegehilfsberufen im Rahmen von Höherqualifizierungen sicherlich begünstigt.

Sieht man von der Betrachtung einzelner Berufsgruppen ab und betrachtet das Pflegepersonal insgesamt, so bleibt festzuhalten, daß sich die Zahl der von einer Pflegekraft zu betreuenden Betten in den Krankenhäusern deutlich reduziert hat. Entfielen in den fünfziger Jahren noch sechs Betten auf eine Pflegeperson, so waren es in den achtziger Jahren nur noch zwei. Für die examinierten Schwestern und Pfleger ergibt sich ein ähnliches Bild. Mitte der fünfziger Jahren hatte eine Schwester noch acht Betten zu versorgen, 1985 aber nur noch drei.

Die Problemlage hat sich nach diesen Daten also zumindest nicht verschärft. Verfehlt wäre es allerdings, im günstigen Trendverlauf ein eindeutiges Indiz für eine adäquate *Bedarfsdeckung* zu sehen. Das folgt allein schon daraus, daß wir es in den amtlichen Statistiken nur mit Personenzahlen zu tun haben, ohne zu wissen, wie sich das Personal auf Vollzeit- und Teilzeitstellen verteilt. Darüber hinaus gilt es, die Implikationen für den Grad der Bedarfsdeckung genauer zu bedenken.

Mehrere Faktoren sind hier zu berücksichtigen. Zum einen hat sich der Pflegeaufwand in den letzten Jahren bedeutend intensiviert. Das hängt - bei relativ konstanter Belegquote der Betten - mit der steigenden Zahl der Patienten bei erheblich verkürzter Verweildauer zusammen. Die Zahl der jährlich aufgenommenen Patienten erhöhte sich zwischen 1970 und 1985 von 9,3 auf 12,6 Millionen, die durchschnittliche Verweildauer sank im gleichen Zeitraum von 25 auf 18 Tage (Sachverständigenrat 1989: 335, 336). Damit mußten in kürzerer Zeit immer mehr Patienten versorgt werden. Anders formuliert: Der Pflegeaufwand pro Bett ist erheblich gewachsen. Dazu trug auch der zunehmende Anteil alter Patienten bei. Etwa die Hälfte aller Krankenhaustage geht gegenwärtig auf das Konto der über 65jährigen (Reiners 1989: 21). Zum steigenden Pflegebedarf gesellten sich noch tarifvertraglich bedingte Arbeitszeitverkürzungen von rd. 20 Prozent. Bis 1958 galt die 48-Stunden-Woche. Zwischen 1958 und 1974 wurde die wöchentliche Arbeitszeit dann schrittweise von 45 auf 40 Stunden gesenkt. Seit 1989 werden noch 39 Stunden, ab dem 1.4.1990 nur noch 38,5 Stunden gearbeitet (Marburger Bund 1989: Tabelle 6). Der erheblich gestiegene Verwaltungsaufwand sowie die Ausweitung diagno-

stisch-technischer Verrichtungen haben schließlich die für die Pflege zur Verfügung stehende Zeit beträchtlich verkürzt (vgl. dazu Dreßler 1989, Prognos/ Dornier 1989: 4, 41).

Wieviel Zeit für die Pflege bettlägeriger Patienten tatsächlich zur Verfügung bleibt, vermag eine Modellrechnung zu erläutern. Im Durchschnitt hatte eine Schwester 1985 drei Betten zu versorgen. Pro Tag standen ihr unter Berücksichtigung der jährlichen Ausfallzeiten nach den Berechnungen der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung 271 Arbeitsminuten zur Verfügung (Schulz 1989: 222). Berücksichtigt man, daß pflegefremde Aufgaben rd. 40 Prozent der Arbeitszeit in Anspruch nehmen (Schulz ebd.), so bleiben zur Betreuung eines Patienten - also für Körperpflege, Speisung, medizinische Hilfsdienste, persönliche Hilfeleistungen oder Auskünfte und Gespräche - pro Tag nur 54 Minuten. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) geht dagegen, gestützt auf eine Modelluntersuchung ausgewählter Kliniken, von einem täglichen Pflegezeitbedarf von rd. 116 Minuten pro Patient aus (Mohr 1989: 484). Alleine für den sog. "Pflegegrundwert", der sich auf die unabhängig vom Erkrankungsgrad des Patienten anfallende Pflegezeit bezieht, stellt sie 63 Minuten in Rechnung (Kaufmann und Mohr 1989: 539).

Würden die pflegefremden Aufgaben für das Personal entfallen, so ergäben sich bei drei Betten und 271 Arbeitsminuten immerhin anderthalb Stunden täglicher Pflegezeit pro Bett und Patient. Die Differenz macht deutlich, daß der Personalmangel im Pflegebereich nicht nur auf eine unzureichende Personalausstattung, sondern auch auf unzulängliche Formen der Arbeitsteilung im Krankenhaus zurückgeht. Würden administrative Tätigkeiten vermehrt an Sachbearbeiter delegiert, so könnte auch eine Einstellung von Bürokräften dazu beitragen, den Pflegepersonalmangel zu entschärfen.

Für die absehbare Zukunft steht eine Besserung der Lage nicht in Aussicht, denn es beginnen sich schon jetzt erhebliche *Rekrutierungsprobleme* im Pflegebereich abzuzeichnen. Ein Blick auf die Entwicklung der Pflegeschülerzahlen macht das deutlich. Die Zahl der Schüler ist zwischen 1970 und 1986 von rd. 30.000 auf rd. 68.000 gestiegen, ging aber im Jahr 1987 um gut 2.000 zurück (vgl. die in der Dokumentati-

on zu Grafik 6 genannten amtlichen Quellen). Die Rekrutierungsquote, bezogen auf die Bevölkerung im pflegeschulfähigen Alter, stagniert seit 1975 (vgl. *Grafik 6*). Das blieb so lange bedeutungslos, wie die in Frage kommenden Alterskohorten zahlenmäßig zunahmen. Von 1985 bis 2000 wird das Reservoir der 17-28jährigen aber aufgrund der gesunkenen Geburtenzahlen um 4,6 Millionen Personen schrumpfen. Das bedeutet, daß die Zahl der Pflegeschüler bei konstanter Rekrutierungsquote von rd. 68.000 auf rd. 40.000 zurückgehen wird. Anders formuliert: Eine konstante Zahl an Pflegeschülern wird nur dann zu erreichen sein, wenn die Rekrutierungsquote um gut zwei Drittel auf einen nie zuvor erreichten Spitzenwert von 10 pro 1.000 gesteigert wird. Daß dies gelingen könnte, scheint äußerst zweifelhaft. Damit zeichnet sich für die Zukunft ein gravierender Pflegenotstand im Krankenhausbereich ab, der weit über das Ausmaß der gegenwärtigen Probleme hinausgeht. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Zahl der besonders krankheitsanfälligen Senioren im Alter von über 65 Jahren weiter wächst.

Betrachten wir nun, wie es um die Versorgung der dauerhaft Pflegebedürftigen in Heimen und Privathaushalten bestellt ist. Leider stehen für diesen Bereich nur sehr viel weniger systematische Daten als für den Krankenhaussektor zur Verfügung.

2.2 Heime

Die Zahl der in *Heimen* lebenden pflegebedürftigen Menschen ist nicht genau bekannt. Schätzungen schwanken zwischen 260.000 und 320.000 (vgl. Schulz 1989: 205). Die erste, im "Pflegerbericht der Bundesregierung" (Deutscher Bundestag 1984: 6) genannte Zahl dürfte unterschätzt sein, denn aus der Sozialhilfestatistik ist bekannt, daß 1987 allein schon 266.000 Menschen in Einrichtungen Hilfe zur Pflege erhielten (Statistisches Bundesamt 1989: 413). Wieviele Menschen Bedarf an einem Platz in Pflegeheimen hätten, liegt völlig im dunkeln. Vorhandene Schätzungen sprechen für den Anfang der achtziger Jahre von einem Fehlbestand von 100.000 Plätzen (Priester 1989: 143). Angesichts der wachsenden Zahl hochbetagter Menschen ist von einem steigenden Bedarf auszugehen. Die Zahl der über 75jährigen

hat sich seit 1965 von 2,1 auf 4,3 Millionen verdoppelt. Fünf Prozent dieser Altersgruppe gelten als pflegebedürftig im Sinne der Abhängigkeit von ständiger Hilfe (Heinemann-Knoch/ Kardorff 1989:184 mit Bezug auf Lehr 1987). Das entspräche allein in dieser Altersgruppe etwa 215.000 Menschen mit intensivem Pflegebedarf.

Zu berücksichtigen ist hier, daß die Kosten der Heimunterbringung zur Zeit zwischen 3.000 und 4.000 DM schwanken, während die *Standardrente* der Gesetzlichen Rentenversicherung nach 40 Versicherungsjahren im Jahr 1989 nur bei 1.535 DM lag (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1989b: Tabelle 7.11; zu den Heimkosten vgl. Heinemann-Knoch/ Kardorff 1989: 186; Dreßler 1989). Die durchschnittlichen Versichertenrenten der Arbeiter- und Angestelltenversicherung liegen mit 890 bzw. 1.276 DM (1988) sogar deutlich niedriger (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1989b: Tab. 8.4, 8.7). Das bedeutet, daß eine Heimunterbringung auch nach einem Leben voller Erwerbstätigkeit nur mit Hilfe der Sozialhilfe erschwinglich wird. Gegenwärtig dürfte das mit dem Sozialhilfebezug verbundene Stigma noch einen wesentlichen Hemmschuh einer größeren Nachfrage nach Heimplätzen darstellen. Künftige Generationen, die ihre Sozialrechte vermutlich unbefangener in Anspruch nehmen, werden dagegen wohl einen höheren Bedarf geltend machen.

Über die Zahl der Personalstellen in Pflegeheimen ist nichts genaues bekannt (für Daten zur Zahl der insgesamt in Altenheimen tätigen Personen vgl. Priester 1989: 142). Allerdings geben einzelne Untersuchungen Auskunft über die in bestimmten Regionen geltenden Stellenschlüssel. In der Regel schwanken die Stellenschlüssel demnach zwischen 1:2 und 1:3 (Schulz 1989: 223). Berücksichtigt man die täglich zur Verfügung stehende Arbeitszeit pro Pflegekraft (271 Minuten eingedenk der Ausfallzeiten und 60 Prozent Zeit für die Pflege wie oben unter Krankenhäusern), so ergibt sich daraus eine tägliche Betreuungszeit von 54 bis 82 Minuten.

Die für die Pflege zur Verfügung stehende Zeit bewegt sich damit im Rahmen des von der DKG für die Akut-Krankenhäuser ermittelten Aufwands für die Grundpflege. Zu berücksichtigen ist aber, daß es in den Heimen um die Betreuung von Menschen geht, die entsprechend

der im BSHG (§ 69 Abs. 3) verwendeten Definition von Pflegebedürftigkeit "so hilflos (sind), daß (sie) für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Hilfe anderer dauernd (bedürfen)" (zitiert nach Schulz 1989: 223). Hier wird eine Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit offenkundig, die es m.E. rechtfertigt, von einem eklatanten Pflegenotstand im Heimbereich zu sprechen.

Die mangelhafte Personalausstattung der Heime hat den Gesetzgeber bislang nicht dazu veranlaßt, Regelungen zur Menge und Qualifikation des Personals zu erlassen. Das 1974 erlassene Gesetz über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime hätte dafür durchaus eine Handhabe geboten, denn es erhielt Vorschriften, die zum Erlaß entsprechender Verordnungen ermächtigten. Einige Regelungen sind auch tatsächlich ergangen, so z.B. Verordnungen über die Mitwirkungsrechte von Heimbewohnern oder über bauliche Mindestanforderungen. Die bereits 1974 anvisierte bundeseinheitliche Verordnung über personelle Mindestanforderungen ist dagegen bis heute nicht in Kraft getreten, weil die Länder den vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit vorgesehenen Stellenschlüssel von 1:4 als zu großzügig bzw. kostspielig erachten (vgl. Schulz 1989: 221). Ist die beschränkte Personalausstattung der Heime damit zunächst einmal zementiert, so bleibt die Frage, wie es um die ambulanten Pflegedienste zur Unterstützung der Privathaushalte bestellt ist.

2.3 Ambulante Pflegedienste

Zur Einschätzung der Lage im ambulanten Bereich können wir auf die oben erwähnten beiden Studien im Auftrag des Bundesgesundheitsministers zurückgreifen, nämlich die "Socialdata-Studie" (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1980, im folgenden zitiert als "Socialdata") und die "Bestandsaufnahme der ambulanten sozialpflegerischen Dienste" von 1987 (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 1987). Der Socialdata-Studie zufolge ist von etwa 2,5 Mio. pflegebedürftigen Personen in Privathaushalten auszugehen. Gut 1,5 Mio. Personen unter ihnen haben einen über leichte bzw. gelegentliche Hilfen hinausgehenden Bedarf an Pflegelei-

stungen. Eine für das Kuratorium Deutsche Altershilfe durchgeführte Studie (Rückert 1984) ergab die Zahl von 2,5 Mio. pflegebedürftigen Personen allein unter den über 60jährigen (Schulz 1989: 205, 207).

Der "Socialdata-Studie" zufolge wird die häusliche Pflege zum ganz überwiegenden Teil von Haushaltsmitgliedern geleistet. In der Hälfte der Fälle gewähren sie sogar ausschließlich die Hilfe (Socialdata 1980: 67). Meistens handelt es sich bei den Pflegepersonen um Angehörige, nämlich Ehefrauen, Mütter, Töchter oder Schwiegertöchter der Betreuten (Socialdata 1980: 253). Pflegearbeit ist also überwiegend Frauenarbeit. Das gilt in 75 Prozent aller Fälle (Socialdata 1980: 252; vgl. auch Institut für Demoskopie 1983). Ein Drittel der Pflegepersonen ist selbst schon im Rentenalter (Socialdata 1980: 64). Die häusliche Pflege ist mit hohen Belastungen verbunden. In der Hälfte der Fälle läuft sie auf eine Halbtags­tätigkeit hinaus, die überdies mit schweren körperlichen Anstrengungen einhergeht. Ein starkes Drittel der Pflegepersonen berichtet Gesundheitsschäden, die u.a. durch das häufige Heben der Pflegebedürftigen verursacht werden (Socialdata 1980: 261).

Angesichts dieser Befunde gehen auch regierungsamtliche Schriften davon aus, daß einer Ausdehnung familiärer Pflegeleistungen enge Grenzen gesetzt sind. Im Vierten Familienbericht heißt es dazu treffend: "Viele Familien stehen an der Grenze ihrer Belastbarkeit" (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1986: 172). Dennoch ist die Politik der Bundesregierung weiter darauf ausgerichtet, die häusliche Pflege zu fördern (Deutscher Bundestag 1984: 19-20; Deutscher Bundestag 1986: 9-10). Die entscheidende Frage ist dann, wie funktionsfähig die ambulanten sozialpflegerischen Dienste zur Unterstützung der Familien sind.

Die im Auftrag des Gesundheitsministeriums durchgeführte "Bestandsaufnahme" ermittelte für 1985 eine Zahl von 36.354 Pflegekräften im ambulanten Dienst (Deutscher Verein 1987: 43). Davon waren 36 Prozent vollzeitbeschäftigt, 24 Prozent teilzeittätig und 40 Prozent in stundenweisem Einsatz. Umgerechnet auf Vollzeitkräfte ergab sich die Zahl von 21.894 Pflegekräften, darunter 60 Prozent mit einem staatlich anerkannten Examen. Eine private Studie (Priester 1989: 142) ermittelte für 1987 einen ähnlichen Personalbestand von

30.525 Beschäftigten, bei einer Vollzeitbeschäftigtenquote von 57 Prozent. Sie ergab überdies einen Beschäftigungszuwachs von 44 Prozent seit 1970.

Auch im ambulanten Bereich *wächst* also die Zahl der Pflegepersonen. Das bedeutet aber nicht, daß von einer adäquaten Bedarfsdeckung geredet werden könnte. Die "Bestandsaufnahme" im Auftrag der Bundesregierung ermittelte eine Zahl von 3,6 Vollzeitkräften pro 10.000 Einwohnern (Deutscher Verein 1987: 69). Das entspräche rd. 2.800 Einwohnern pro Pflegeperson. Priester (1989: 147) berichtet dagegen ein Schätzungsverhältnis von 1:4.500 bis 1:5.000 und verweist auf wesentlich günstigere Relationen in westeuropäischen Nachbarländern (vgl. ähnlich Rückert 1987: 15). Bezieht man die in der "Bestandsaufnahme" berichtete günstigere Zahl auf die besonders pflegebedürftigen älteren Jahrgänge, so entspricht sie einem Verhältnis von 191 Personen über 75 Jahren pro Pflegeperson. Eingedenk einer Pflegebedürftigkeitsquote von 5 Prozent in dieser Altersgruppe ergibt sich, daß auf eine in ambulanten Pflegediensten stehende Vollzeitskraft 9,5 hochbetagte Pflegebedürftige über 75 Jahren kommen.

Unter Berücksichtigung der von der Kommunalen Gemeinschaftsstelle ermittelten täglichen Arbeitszeit von 271 Minuten ergibt sich daraus ohne Abzug für Fahrzeiten eine tägliche potentielle Pflegezeit von 29 Minuten pro Pflegefall. Berücksichtigt man die Fahrzeiten sowie die Tatsache, daß es ja auch viele Pflegebedürftige unter 75 Jahren sowie zu betreuende akut Kranke gibt, so dürften pro Fall kaum mehr als 15 Minuten übrig bleiben (für eine noch wesentlich pessimistische Modellrechnung vgl. Rückert 1987: 16). Der tatsächliche Bedarf liegt nach den Ermittlungen der "Socialdata-Studie" (1980: 255) aber in über zwei Drittel der (klassifizierbaren) Fälle bei mehr als drei *Stunden* pro Tag, in der Hälfte der Fälle sogar bei über sechs Stunden. Daraus folgt, daß die von der Bundesregierung betriebene Politik des Vorrangs häuslicher Pflege ganz überwiegend zu Lasten der Familien und hier insbesondere zu Lasten der Frauen geht.

Als *Fazit* dieser empirischen Klärungsversuche ist folgendes festzuhalten: Über das Thema "Pflegenotstand" wird in der Bundesrepublik seit den sechziger Jahren eine Dauerdiskussion geführt. Der Personalbe-

stand in den Pflegeberufen ist seither zwar unübersehbar gewachsen, reicht aber dennoch bei weitem nicht aus, um den Pflegebedarf zu decken. Der Bedarfsdeckungsgrad bewegt sich trotz des Stellenausbau vielmehr nach wie vor an der unteren Grenze des für die Betroffenen Zumutbaren. Die Frage ist nun, warum es trotz des objektiven und in der Öffentlichkeit auch als Problem thematisierten Personalmangels bislang nicht zu einem bedarfsgerechten Stellenausbau gekommen ist.

3. Hindernisse eines bedarfsgerechten Personalausbaus

Einem bedarfsgerechten Ausbau des Personalvolumens im Pflegebereich stehen sicherlich mehrere Hindernisse im Wege. Im folgenden soll das Augenmerk primär auf institutionelle Bedingungen gelenkt werden. Im einzelnen geht es um die Untermauerung der folgenden These: *Spezifische institutionelle Regelungen* der bundesrepublikanischen Sozialpolitik wirken darauf hin, daß das Interesse der Pflegebedürftigen an einer bedarfsgerechten Versorgung regelmäßig gegenüber dem Interesse der Kostenträger an einer Beschränkung der Ausgaben zu kurz kommt.

Die Vorstellung grundlegender institutioneller Weichenstellungen soll nicht bedeuten, daß der Einfluß anderer Ursachen des Personalmangels geleugnet wird. So ist für die aktuellen Probleme vermutlich auch von Bedeutung, daß die Pflegeberufe primär von *Frauen* ausgeübt werden und daß im konfessionell gemischten Deutschland *religiöse Orden* in der Krankenpflege lange Zeit eine dominante Rolle spielten. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die überwältigende Mehrheit der Pflegepersonen Mitglied katholischer oder evangelischer Mutterhäuser. Selbst im Jahr 1965 gehörten noch etwa 40 Prozent aller Krankenpflegepersonen konfessionellen Schwesterngemeinschaften an (Kötz 1970: 65).

Die lange Dominanz der religiösen Gemeinschaften hatte mehrere Folgen. Sie bewirkte erstens, daß das traditionelle Rekrutierungsfeld der Pflegeberufe mit der im Säkularisierungsprozeß der Nachkriegs-

zeit nachlassenden Anziehungskraft der Kirchen zum Versiegen kam. Sie brachte zweitens eine organisatorische Zersplitterung des Pflegepersonals in rivalisierende weltliche und kirchliche Verbände mit jeweils eigenständigen organisatorischen Interessen mit sich. Der gewerkschaftliche Organisationsgrad blieb gering, und die Vielfalt konkurrierender Organisationen mit unterschiedlichen beruflichen Leitbildern schwächte die Schlagkraft der Pflegeberufe im Kampf um Stellenschlüssel und Beschäftigungsbedingungen (vgl. dazu Kötz 1970). Drittens, schließlich, wirkte die kirchliche Betätigung lange Zeit als funktionales Äquivalent und damit aber auch als Hemmschuh verstärkter staatlicher Initiativen. So kam es in Deutschland erst 1938 zum ersten reichseinheitlichen Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege und erst in der Bundesrepublik 1965 zur Einführung des neuen Berufs des Krankenpflegehelfers (Kötz 1970; Herder-Dorneich und Kötz 1972; Deutscher Bundestag 1964). England hatte entsprechende Gesetze dagegen bereits 1919 und 1943 erlassen (Abel-Smith 1960).

Die gut zwanzigjährige Verzögerung gegenüber der englischen Entwicklung hatte zur Folge, daß die Herausbildung eines neuen und primär von weiblichen Arbeitskräften besetzten Berufsfeldes hierzulande in den Kontext der allgemeinen sozialen Mobilisierung der Frauen geriet. Das bedeutete, daß sich zunehmend auch außerhalb traditioneller Frauenberufe attraktive Aufstiegs- und Beschäftigungsmöglichkeiten boten. Die verbesserten Gelegenheitsstrukturen auf dem Arbeitsmarkt für Frauen brachten für den Pflegebereich wachsende Rekrutierungsprobleme in seinem traditionellen Arbeitskräftereservoir mit sich.

Während die Rekrutierung von Pflegenachwuchs im Gefolge von Säkularisierung und weiblicher Mobilisierung zunehmend schwerfällt, gelingt es auch immer seltener, die vorwiegend weiblichen Pflegekräfte nach der Ausbildung für längere Zeit im Beruf zu halten. Die hohe Fluktuationsrate - einem Expertenurteil zufolge scheiden fast 50 Prozent aller Pflegepersonen nach nur fünf Jahren aus dem Beruf aus (Dreßler 1980) - hängt wohl nicht nur mit der bescheidenen Bezahlung und den starken Belastungen am Arbeitsplatz zusammen, sondern auch mit den besonderen *Hindernissen der Erwerbstätigkeit verheirateter Frauen* in der Bundesrepublik.

Die Ausbildung zur Krankenschwester endet im günstigsten Fall mit dem 20. Lebensjahr, im Falle der Fortbildung von Pflegehelfern sogar erst mit dem 23. Lebensjahr. Das durchschnittliche Heiratsalter lediger Frauen liegt bei 25 Jahren. Damit stehen weibliche Pflegepersonen schon kurz nach vollendeter Ausbildung vor der Schwierigkeit, Familie und Beruf miteinander zu verbinden. In einem Land wie der Bundesrepublik, wo Kindergartenplätze rar sind, Ganztagschulen fehlen und Behörden wie Geschäfte an enge Ladenschlußzeiten gebunden sind, fällt das besonders schwer. Von daher kann die notorisch kurze Verweildauer im Beruf, die typischer Weise nur für das weibliche, nicht aber für das männliche Pflegepersonal festgestellt wurde, kaum überraschen (vgl. Kötz 1970: 212; Prognos/ Dornier 1989: 80 sowie zusammenfassend Oltmanns und Martin 1989).

Noch wichtiger als diese allgemeinen Faktoren gesellschaftlichen Wandels sind aber vermutlich die spezifischen institutionellen Weichenstellungen in den für die Absicherung des Pflegerisikos vorgesehenen Einrichtungen. Hier ist zunächst die *Sozialhilfe* zu nennen. Sie muß für einen Großteil der älteren Menschen und in wachsendem Maße für Pflegeleistungen aufkommen. Das schlägt sich nicht nur in steigenden Empfängerzahlen der Hilfe zur Pflege, sondern auch in Heller und Pfennig nieder. 1987 bezogen über eine halbe Million Menschen Leistungen der Hilfe zur Pflege, die mit 8,2 Mrd. DM etwa ein Drittel des gesamten Sozialhilfeeats beanspruchte. Zehn Jahre zuvor mußten dafür erst 3,8 Mrd. DM veranschlagt werden (Statistisches Jahrbuch 1981: 399; 1989: 413). Der steile Ausgabenanstieg vollzieht sich nun in einem Kontext, in dem die Sozialämter zusätzlichen Belastungen durch die berühmten "3 A" - Arbeitslosigkeit, Aussiedler und Asylanten - ausgesetzt sind. Deshalb wächst das Interesse der Behörden an einer Beschneidung der Pflegelast. Im Bundesrat findet dieses Interesse der Kostenträger ein wirksames Sprachrohr.

Schon seit jeher gilt für die Sozialhilfe das Subsidiaritätsprinzip, d.h. Sozialhilfeleistungen werden nachrangig nur dann gewährt, wenn andere Hilfsquellen erschöpft sind. Im Pflegebereich galt überdies schon immer ein Vorrang häuslicher vor stationärer Pflege (Igl 1987: 221). Darüber hinaus hat der Gesetzgeber unter starkem Druck des

Bundesrates im Haushaltsbegleitgesetz 1984 zwei wichtige Neuerungen im Interesse der Kostenträger durchgesetzt, die den Sozialhilfeträgern die Möglichkeit eröffnen, sowohl die Nachfrage wie das Angebot an Pflegeplätzen zu dämpfen. Die Nachfrage kam durch die Neufassung des § 3 bzw. die Hinzufügung des § 3a BSGH in den Griff. Wünschen der Hilfeempfänger nach Heimunterbringung ist seither nur noch in besonders begründeten Einzelfällen zu entsprechen (vgl. Schulz 1989: 229, 231).

Die Möglichkeit zur kostendämpfenden Kontrolle des Angebots wurde durch die Neufassung des § 93 (Abs. 2) geschaffen. Sie bestimmt, daß der Sozialhilfeträger zur Übernahme der Kosten nur verpflichtet ist, "wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über die Höhe der zu übernehmenden Kosten besteht" (Schulz 1989: 231). Da der Einrichtungsträger auf das Klientel der Sozialhilfeempfänger angewiesen ist, wird er bereit sein, beim Abschluß von Kostenvereinbarungen hinsichtlich des Pflegesatzes Konzessionen zu machen. Da überdies die Personalkosten den überwiegenden Teil der Pflegekosten ausmachen, liegt es nahe, Streichungen zu Lasten des Personaletats vorzunehmen. Damit ist ein institutioneller Bremsmechanismus gegeben, der den Ausbau professioneller Pflegedienste in stationären Einrichtungen hemmt.

Hier zeigt sich, daß mit der Ausdifferenzierung einer Funktion auf spezifische Institutionen keineswegs automatisch eine Tendenz zu ungebremstem Wachstum bzw. Hypostasierung der eigenen Funktion verbunden ist, wie das einige Systemtheoretiker annehmen (vgl. Luhmann 1983). Der Grad der Funktionserfüllung und des Wachstums hängt vielmehr ganz entscheidend von der Art und Weise ab, wie der Ressourcenbedarf gedeckt wird (vgl. Scharpf 1988). Wo die Leistungsproduktion der Anbieter institutionell an die Zahlungsbereitschaft von Kostenträgern gekoppelt ist, die von einer unzureichenden Deckung des Bedarfs nicht unmittelbar betroffen sind, geht auch Differenzierung eher mit einer Untererfüllung statt Übererfüllung spezifischer Funktionen einher.

Die Gestaltung des Sozialhilferechts bremst nicht nur den Ausbau der Heimversorgung, sondern setzt auch dem Ausbau *ambulanter* Dienste

enge Grenzen. Das zur Förderung häuslicher Pflege gewährte Pflegegeld ist im Zuge der Einsparungen durch das 2. Haushaltsstrukturgesetz und das Haushaltsbegleitgesetz auf Betreiben des Bundsrats von 1981 bis Mitte 1984 eingefroren worden (Schulz 1989: 215; vgl. auch Schulte/ Trenk-Hinterberger 1982: 406 sowie 274-281). Seither wird es zwar in zweijährigem Abstand entsprechend der Entwicklung der Renten aus der Rentenversicherung der Arbeiter angepaßt, aber auf eine jährliche Anpassung wurde aus Kostengründen ebenso verzichtet wie auf die Kopplung der Erhöhung an die tatsächliche Entwicklung der Pflegekosten. Materielle Anreize zur Gewährung häuslicher Pflege halten sich damit in engen Grenzen. Überdies kommen nur etwa 20 Prozent der Empfänger häuslicher Pflege in ihren Genuß (Schulte/ Trenk-Hinterberger 1986: 309). Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die im Sozialhilferecht vorgenommenen Neuregelungen darauf hinauslaufen, die Familien in verstärktem Maße in die Pflicht zu nehmen.

Daran ändern auch die kürzlichen Änderungen des *Krankenversicherungsrechts* durch die Gesundheitsreform nur wenig. Ein wesentliches Ziel dieser Reform war es, durch Einsparungen in einigen Leistungsbereichen Mittel für den Einstieg in die Absicherung des Pflegerisikos frei zu bekommen. Dieser Einstieg soll auf zweifache Weise geschehen. Zum einen erhielt die Krankenversicherung ab 1989 im Falle der häuslichen Pflege durch Angehörige die Möglichkeit, den Angehörigen einen Urlaub zu finanzieren. Die Krankenkasse übernimmt nun die Kosten häuslicher Ersatzpflege für bis zu vier Wochen und einer Obergrenze von 1.800 DM. Zweitens ist vorgesehen, ab 1991 die häusliche Pflegehilfe für Schwerpflegebedürftige bis zu einer Kostengrenze von 750 DM im Monat zu übernehmen (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1989a).

Bemerkenswert an dieser Neuregelung ist im Sinne der Bedarfsdeckung zweierlei. Erstens beziehen sich beide neuen Leistungsarten ausschließlich auf häusliche Pflegeleistungen, klammern die stationäre Pflege also, dem erklärten politischen Willen der Regierung folgend, aus. Zum zweiten liegt die Prüfung des neuen Leistungsanspruchs bei Schwerpflegebedürftigkeit beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung als der Nachfolgeorganisation des ehemaligen Vertrau-

ensärztlichen Dienstes. Berücksichtigt man, daß in der Selbstverwaltung der Krankenversicherung ausschließlich die Interessen der im Erwerbsleben stehenden Beitragszahler vertreten sind, so wird wahrscheinlich, daß die Krankenkassen im Kontext knapper Ressourcen ein hohes Interesse daran entwickeln, möglichst viele Pflegefälle aus ihrer Finanzierungspflicht auszugrenzen. Die neue Aufgabe wird also an eine Organisationsstruktur gekoppelt, die einer optimalen Bedarfsberücksichtigung nicht dienlich ist.

In der korporatistischen Organisation der deutschen Krankenversicherung liegt m.E. das *zweite zentrale institutionelle Hindernis* einer bedarfsgerechten Entwicklung der Pflegepersonalstellen. Von ihren Ursprüngen im Bismarck-Reich her ist unsere Krankenversicherung eine Arbeiterversicherung. Auch heute ist sie noch dominant Arbeitnehmersversicherung, in deren Zentrum die Reproduktion der Arbeitskraft steht. In ihren Selbstverwaltungsorganen sind ausschließlich Bezahler- bzw. Erwerbstätigeninteressen repräsentiert. Das bedeutet, daß die Interessen nicht-erwerbstätiger Klientengruppen in ihr weitgehend unberücksichtigt bleiben. Das hängt nicht nur mit der spezifischen Organisation der Selbstverwaltung zusammen, sondern darüber hinaus auch mit zwei typischen Merkmalen von Krankenversicherungen, deren zentrale Finanzierungsquelle Beitragszahlungen der Erwerbstätigen sind.

Die zentrale Entscheidungsarena für solche Systeme ist, anders als im Fall steuerfinanzierter nationaler Gesundheitsdienste, nicht die Politik, sondern die kollektive Gruppenverhandlung zwischen Leistungsanbietern und Kassen. Damit entfällt die Rückkoppelung an allgemeine Interessen, wie sie im Falle politischer Entscheidungen der Wahlmechanismus bietet. Zum Zuge kommen in den Gruppenverhandlungen nur die Sonderinteressen der am Verhandlungstisch sitzenden Gruppen. Sind auf der Abnehmerseite nur die Bezahler-, nicht aber die Verbraucherinteressen repräsentiert, so ist wahrscheinlich, daß Kostendämpfungsinteressen über Bedarfsdeckungsinteressen dominieren. Das kommt insbesondere in denjenigen Leistungssegmenten zum Tragen, die vorwiegend oder überproportional von Nicht-Erwerbstätigen genutzt werden.

Eine zweite Begleiterscheinung der Beitragsfinanzierung ist, daß die Arbeitgeber ihr im Kontext der Internationalisierung der Wirtschaftsbeziehungen geschärftes Interesse an Standortvorteilen und der Senkung von Lohnnebenkosten unmittelbar in die Gesundheitspolitik einbringen können. Auch den Gewerkschaften kann man aber kein uneingeschränktes Interesse an einem Leistungsausbau unterstellen. Da sie vom Mitgliederschwund bedroht sind und sich zunehmend über die für Mitglieder erbrachten Leistungen legitimieren müssen (Streeck 1981), werden sie in einem Kontext stagnierender Reallöhne vermutlich ein Interesse daran entwickeln, die Expansion der ihren Handlungsspielraum einengenden Sozialabgaben zu begrenzen. Dafür sprechen zwei Gründe. Zum einen verkleinern steigende Lohnnebenkosten die Verhandlungsmasse in den Tarifauseinandersetzungen, über die sich die Gewerkschaftsführer gegenüber ihren Mitgliedern legitimieren, und zum anderen werden über die Sozialabgaben Leistungen finanziert, für die nicht die Gewerkschaften, sondern die Politiker Kredit an ihrer Basis beanspruchen können. Die Sozialleistungen taugen also in ungleich schwächerem Maße als Lohnsteigerungen zum Instrument gewerkschaftlicher Loyalitätssicherung. Zumindest Leistungsausweitungen auf Gebieten, die nicht primär ihrer Kernklientel zugute kommen, begegnen die Gewerkschaften daher mit Reserve. An einem Personalausbau im weit überproportional von den über 65jährigen genutzten Heim- oder Krankenhaussektor erwächst ihren Vertretern in der Krankenversicherung bestenfalls ein geringes Interesse. Es kann daher nicht überraschen, daß sich die paritätische Selbstverwaltung der Krankenkassen einer Fortschreibung der Personal-Anhaltzahlen von 1969 bislang immer wieder erfolgreich widersetzt hat.

Dem Staat - bzw. genauer formuliert: der Bundesregierung - erwächst im deutschen System ein Interesse an der Senkung der Krankenversicherungsbeiträge, weil dies eine Erhöhung der Beiträge zur Rentenversicherung ermöglicht, ohne die Gesamtbelastungsquote der Arbeitnehmerinkommen in die Höhe zu treiben. Höhere Beitragszahlungen in der Rentenversicherung sind im Interesse der Regierung, weil sie es ermöglichen, die Bundeszuschüsse zur Rentenversicherung zu reduzieren und damit den Staatshaushalt zu entlasten. Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung eine Fokussierung der Gesundheitspolitik auf Kostendämpf-

fungsaspekte ebenso begünstigt wie eine Unterberücksichtigung des Bedarfs aus dem Erwerbsleben ausgeschiedener Gruppen. Die Frage ist nun, welche Schlußfolgerungen sich aus den obigen Überlegungen für die Beurteilung politischer Reformvorhaben ergeben.

4. Einige politikrelevante Schlußfolgerungen

Das lange Zeit unbearbeitet gebliebene Problem der unzureichenden Versorgung mit Pflegeleistungen drängt in jüngster Zeit mit Macht auf die Prioritätenliste politischer Reformvorhaben. Mit dem Gesundheitsreform-Gesetz wurde ein erster Schritt zur Entschärfung des Problems unternommen. In der 10. Legislaturperiode haben diverse Bundesländer sowie die Fraktion DIE GRÜNEN darüber hinaus Gesetzesanträge zur sozialen Absicherung des Pflegerisikos eingebracht (vgl. zusammenfassend Seffen 1989; Deutscher Bundestag 1986). Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung berief im Dezember 1988 eine Bundespflegekonferenz ein. Darüber hinaus vergibt die Bundesregierung in jüngster Zeit in verstärktem Maße Forschungsaufträge zu Fragen der Pflegebedürftigkeit. Im Bundesministerium für Forschung und Technologie wird im Rahmen des Bundesprogrammes "Arbeit und Technik" ab Frühjahr 1990 ein Förderschwerpunkt "Pflegebedürftigkeit" eingerichtet. Das Land Baden-Württemberg hat einen Gesetzentwurf in Vorbereitung, der eine Verpflichtung aller Bürger über 45 Jahren zum Abschluß einer privaten Pflegeversicherung vorsieht und Anfang Mai in den Bundesrat eingebracht werden soll (Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 48, 26.2.1990, 17). Die Anzeichen mehren sich also, daß das Problem nicht nur politisch (an)erkannt ist, sondern nunmehr auch einer Lösung zugeführt werden soll.

Die verstärkten politischen Aktivitäten nach langer Latenzphase gehen vermutlich auf die Verknüpfung zweier Entwicklungen zurück. Zum einen hat sich der Problemdruck, wie er sich in der wachsenden Zahl hochbetagter Menschen, steigenden Sozialhilfeausgaben für die Hilfe zur Pflege und wachsenden Überstundenzahlen für das Pflegepersonal

manifestiert,³ in den letzten Jahren verschärft. Zum anderen ist eine wachsende Mobilisierung der von den Problemen betroffenen Gruppen feststellbar. Das gilt für die Hilfebedürftigen ebenso wie für die Leistungserbringer und die Kostenträger. Auf der Seite der Hilfebedürftigen trifft das Risiko der Pflegebedürftigkeit nicht nur arme und organisationsschwache Gruppen, sondern bedroht quer zur sozialen Schichtungsstruktur auch privilegierte und konfliktfähige Gruppen. Darüber hinaus stellen die besonders gefährdeten alten Menschen einen ständig wachsenden Teil der Wahlbevölkerung, so daß das politische Gewicht ihrer Forderungen wächst. Auf der Seite der Leistungserbringer begreift das zunehmend religiös ungebundene, dafür jetzt aber gewerkschaftlich organisierte Pflegepersonal seine Arbeit nicht mehr als Liebesdienst, sondern als Beruf und macht bezüglich Arbeitsplatzbedingungen und Bezahlung entsprechende Forderungen geltend. Schließlich drängen die von den Kosten der Pflege betroffenen Kommunen und Bundesländer auf eine Abdeckung des Risikos mit bundesweiter Umlage der Kosten. Die Verknüpfung wachsender funktionaler Probleme mit zunehmenden Forderungen verschiedener einflußstarker kollektiver Akteure führt zu einem wachsenden politischen Reformdruck. Die Frage ist dann, wie die politische Lösung aussehen soll.

In der Diskussion sind gegenwärtig drei hauptsächliche Modelle, nämlich die Förderung privater Vorsorge, die Einführung einer eigenständigen Absicherung des Pflegerisikos durch eine Pflegeversicherung oder ein bundeseinheitliches Pflegegesetz (analog zum Wohngeldgesetz) und schließlich der Ausbau der Pflegeleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Zu fragen ist dann, wo die Vor- und Nachteile der verschiedenen politischen Lösungsmodelle zu sehen sind.

Alle Reformüberlegungen gehen davon aus, daß die Grenzen der Belastbarkeit der Familien erreicht sind. Die Bundesregierung setzt allerdings nach wie vor auf das Subsidiaritätsprinzip und versucht

³ Die Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr schätzt die Zahl der von Pflegekräften im Jahr 1989 geleisteten Überstunden auf 90 Millionen (Frankfurter Rundschau, 4.12.1989, 4).

lediglich, die Familien durch ein Bündel von Einzelmaßnahmen zu entlasten. Dazu zählen die neuen Pflegeleistungen im Rahmen des Gesundheits-Reformgesetzes sowie Steuererleichterungen durch einen absetzbaren Pflegepauschbetrag und erhöhte Freibeträge im Falle der Beschäftigung von Pflegehilfen. Ob das für eine wirksame Entlastung der Familien ausreicht, muß als fraglich gelten. Aus demographischen Gründen gerät die Konzentration der Pflegeverpflichtungen auf die Familie immer mehr in Widerspruch zur gesellschaftlichen Realität. Wegen der sinkenden Kinderzahl pro Familie und der überdies steigenden Erwerbstätigkeit der Frauen stehen immer weniger enge Verwandte für Pflegedienste zur Verfügung. Damit konzentriert sich der Pflegeaufwand auf immer weniger Personen. Als Fazit folgt, daß das Hilfspotential der Privathaushalte schrumpft und dringend der Kompensation durch funktionale Äquivalente bedarf.

An diesem Gedanken orientieren sich auch die diversen Modelle zur Einführung einer privaten Haftpflicht für Pflegeleistungen. Der bereits erwähnte Gesetzentwurf des Landes Baden-Württemberg sieht vor, daß alle Bürger vom 45. Lebensjahr an nachzuweisen haben, daß sie für den Fall der Pflegebedürftigkeit versichert sind. Träger der Versicherung sollen, analog zur Haftpflicht im Kraftfahrzeugbereich, private Unternehmen sein. Damit wäre der beschränkten Leistungsfähigkeit der Familien Rechnung getragen, gleichzeitig aber sichergestellt, daß das von Finanzierungsproblemen geplagte kollektive Sicherungssystem nicht noch mit den Kosten für die Pflege im Alter belastet wird.

Andere, insbesondere in Kreisen der Opposition populäre Reformvorschläge sehen die Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung im Rahmen der Sozialversicherung - so der Entwurf des Landes Hessen in der 10. Legislaturperiode - oder ein von den Gebietskörperschaften zu verwaltendes und aus allgemeinen Steuern finanziertes Pflegegesetz des Bundes analog zum Wohngeldgesetz vor (so ein Gesetzentwurf der Grünen - vgl. Deutscher Bundestag 1986; Seffen 1989). Dem letztgenannten Vorschlag hat die Bundesregierung allerdings aus finanzpolitischen Gründen eine klare Absage erteilt (Deutscher Bundestag 1984: 13; 1986: 9).

Die Einführung einer Pflegeversicherung böte die Chance, mit institutionellen Innovationen zu experimentieren, die im starren Rahmen der historisch gewachsenen Sozialversicherung nicht möglich sind. So könnten etwa neue Formen der Selbstverwaltung oder der Leistungserbringung - wie etwa HMOs⁴ - ausprobiert werden. Die gemeinsame Schwäche der verschiedenen Vorstöße zugunsten einer eigenständigen Pflegeversicherung ist allerdings, daß sie die institutionelle Zuständigkeit für Krankheit und Pflegebedürftigkeit trennen. Das bedeutet, daß der in der Praxis meist fließende und graduelle Übergang von einem Stadium zum anderen einer sozialrechtlich starren Grenzziehung unterworfen wird, die Streitigkeiten um die finanzielle Zuständigkeit verschiedener Kostenträger gerade dann wahrscheinlich macht, wenn den Betroffenen an größtmöglicher Flexibilität gelegen sein muß. Die Differenzierung institutioneller Zuständigkeiten stünde also der funktional erforderlichen Integration verschiedener medizinischer Dienste und Behandlungsweisen im Wege.

Die Abdeckung des Pflegerisikos im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung würde derartige Schwierigkeiten vermeiden. Allerdings brächte auch sie spezifische Probleme mit sich. So gilt die Krankenversicherungspflicht nicht umfassend für alle Wohnbürger, sondern nur bis zu einer Einkommensgrenze. Der Versicherungsschutz wäre also nicht umfassend. Darüber hinaus wäre das Repräsentationsmonopol der Beitragszahler in der Selbstverwaltung und die damit angelegte Dominanz der Interessen organisationsstarker und erwerbstätiger Gruppen einer adäquaten Bedarfsdeckung im Pflegebereich nicht dienlich. Eine solche Bedarfsdeckung wäre nur dann zu erwarten, wenn die Versicherungspflicht verallgemeinert würde und auch die nicht-erwerbstätigen Versicherten in der Selbstverwaltung zum Zuge kämen. Dafür wäre eine weitergehende Strukturreform der GKV erforderlich, welche die korporatistische Sozialpartnerschaft zugunsten umfassenderer Repräsentationsformen erweitert. Ob das politisch machbar sein wird, muß als fraglich gelten. Es genügt aber nicht,

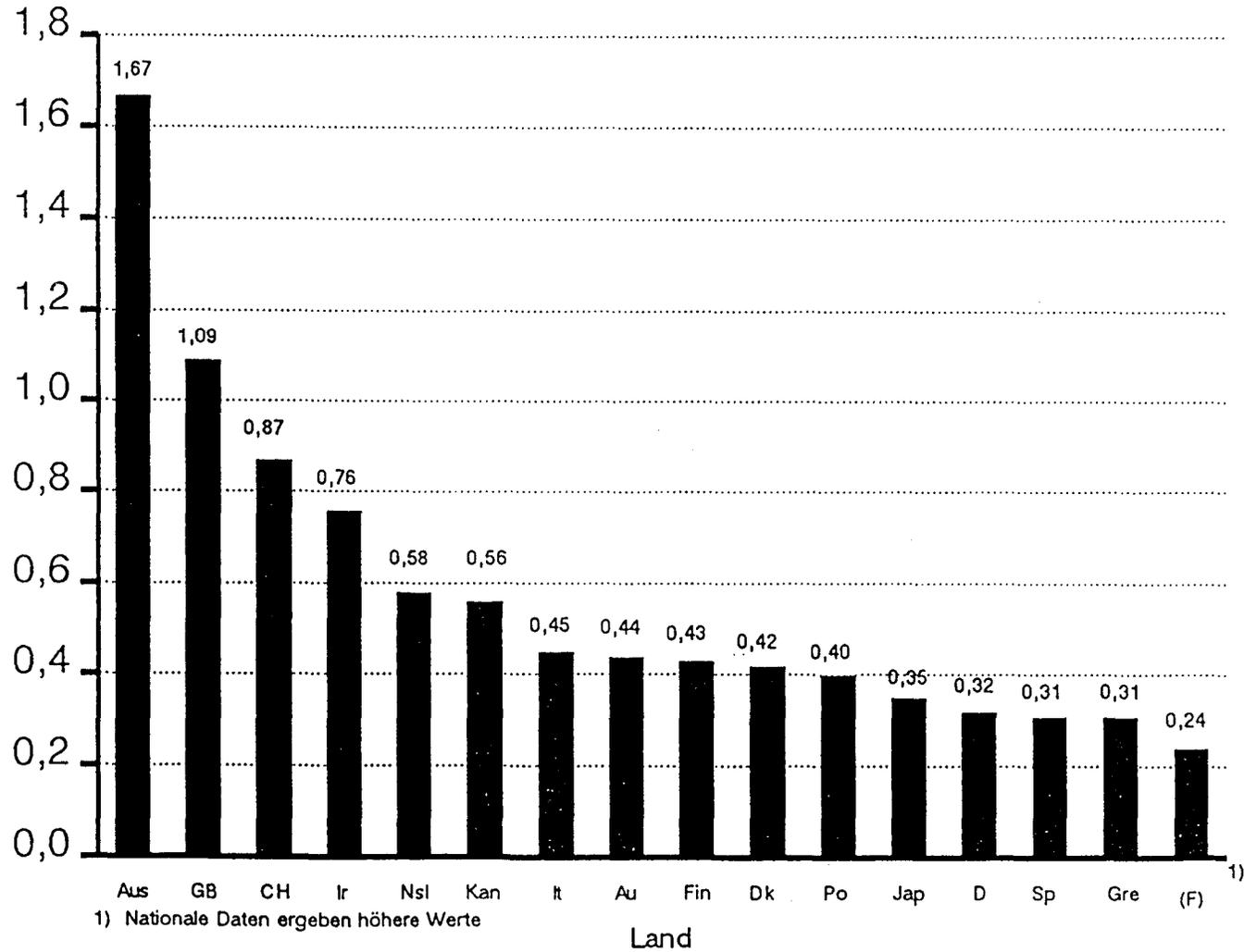
⁴ In den sog. Health Maintenance Organizations sind die institutionellen Zuständigkeiten für die Finanzierung und Erbringung von Leistungen fusioniert, so daß der Kostenträger gleichzeitig auch als Leistungsanbieter fungiert.

lediglich den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erweitern, sondern es sind darüber hinaus auch Strukturreformen zu bedenken, die eine adäquate Bedarfsdeckung im Bereich der neuen Leistungen fördern. Solange nicht für eine institutionelle Ausbalancierung von Bedarfsdeckungs- und Kostendämpfungsinteressen in der GKV gesorgt wird, laufen die Interessen einer großen und numerisch wachsenden Gruppe von Pflegebedürftigen Gefahr, im Wettstreit mit den Kostensenkungsinteressen organisationsstarker und im Erwerbsleben stehender Gruppen zu kurz zu kommen.

Anhang: Verzeichnis der Grafiken

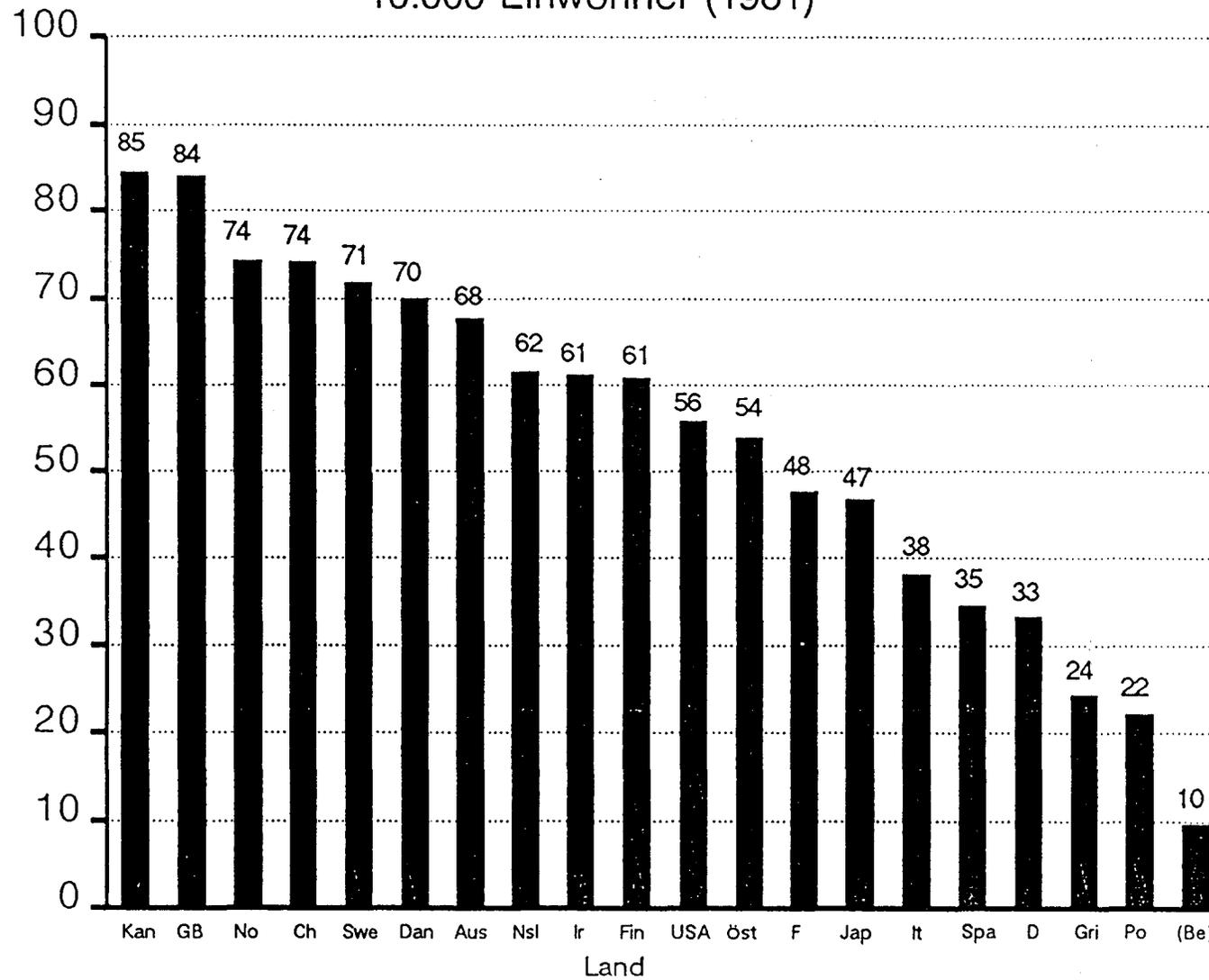
- Grafik 1: Pflegepersonal pro belegtes Bett 1980**
Quelle: OECD (1985: 115; "nurses per occupied bed"); Belgien, Island, Luxemburg, Niederlande, Schweden, Türkei, USA ohne Daten.
- Grafik 2: Anzahl der Pflegekräfte pro 10.000 Einwohner (1981)**
Quelle: Eigenberechnungen auf der Basis von OECD (1985), Tabellen D-8 (Number of professional nurses, auxiliary nurses and midwives) und H-1 (Total population). Irland: 1975; Luxemburg und Niederlande ohne Daten, Island (62) und Türkei (12) unberücksichtigt. Die belgischen Werte - die niedriger sind als die für die Türkei - beruhen vermutlich auf unvollständigen Daten.
- Grafik 3: Krankenhauspersonal**
Quellen: 1953-83 Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 1 (Ausgewählte Zahlen für das Gesundheitswesen 1983): 69; 1984-1986 Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Tabelle "Krankenhauspersonal", verschiedene Jahrgänge; Pflegekräfte: Summe aus "Krankenschwestern und -pfleger", "Krankenpflegehelfer" und "sonstige Pflegekräfte ohne staatliche Prüfung".
- Grafik 4: Krankenhauspersonaldichte (pro 10.000 Bev.)**
Quellen für das Pflegepersonal wie Grafik 3, für die Bevölkerung Statistisches Jahrbuch, Tabelle "Bevölkerung nach dem Alter" (verschiedene Jahrgänge). Schwesternäquivalente: Gewichtete Summe der folgenden Kategorien (Gewichtungsfaktor in Klammern): "Krankenschwestern und -pfleger" (3/4), "Krankenpflegehelfer" (2/3), "sonstige Pflegekräfte ohne staatliche Prüfung" (1/2).
- Grafik 5: Krankenhausbetten pro Pflegekraft**
Eigenberechnungen basierend auf folgenden Quellen: für Pflegepersonal wie Grafik 3; für Krankenhausbetten: 1953-83 Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 1 (Ausgewählte Zahlen für das Gesundheitswesen): 60; 1984-86 Statistisches Jahrbuch, Tabelle "Krankenhäuser und Betten" (verschiedene Jahrgänge).
- Grafik 6: Das Rekrutierungsfeld der Pflegeschüler**
Quellen: Bevölkerung 17-28: Statistisches Jahrbuch (wie Grafik 5); Rekrutierungsquote (d.h. Pflegeschüler pro 1000 Personen in der Altersgruppe 17-28, entsprechend Angaben in Wirtschaft und Statistik 1/1986: 59); Eigenberechnung basierend auf Pflegeschülerzahlen in Wirtschaft und Statistik 1/1986: 57 (für den Zeitraum 1966-1984), für restliche Jahre: mit Brief vom 20.7.1989 übermittelte Materialien des Statistischen Bundesamtes (Gesch.Z. VII C -3 - 19).

Grafik 1: Pflegepersonal pro belegtes Bett 1980



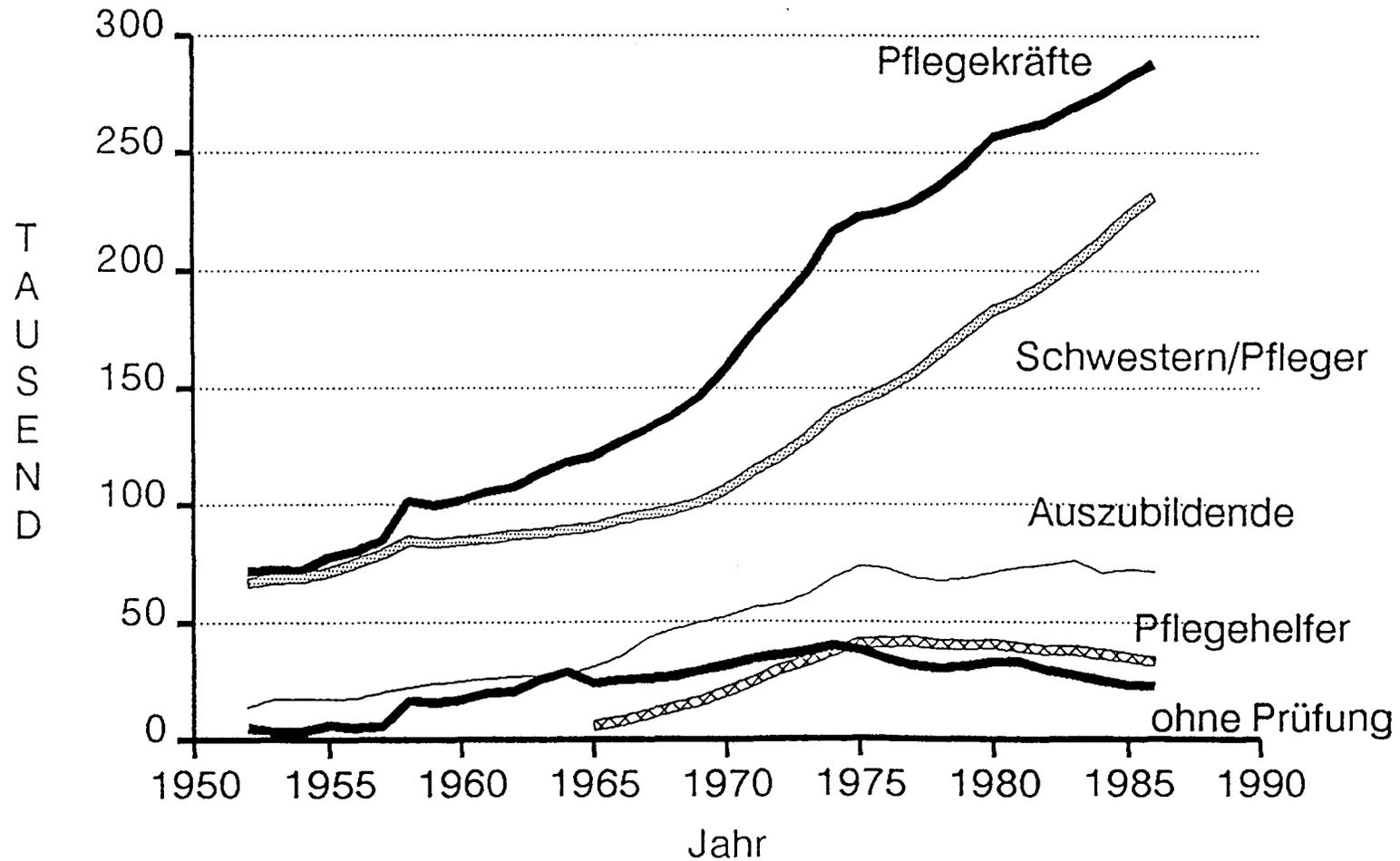
Grafik 2:

Anzahl der Pflegekräfte pro 10.000 Einwohner (1981)



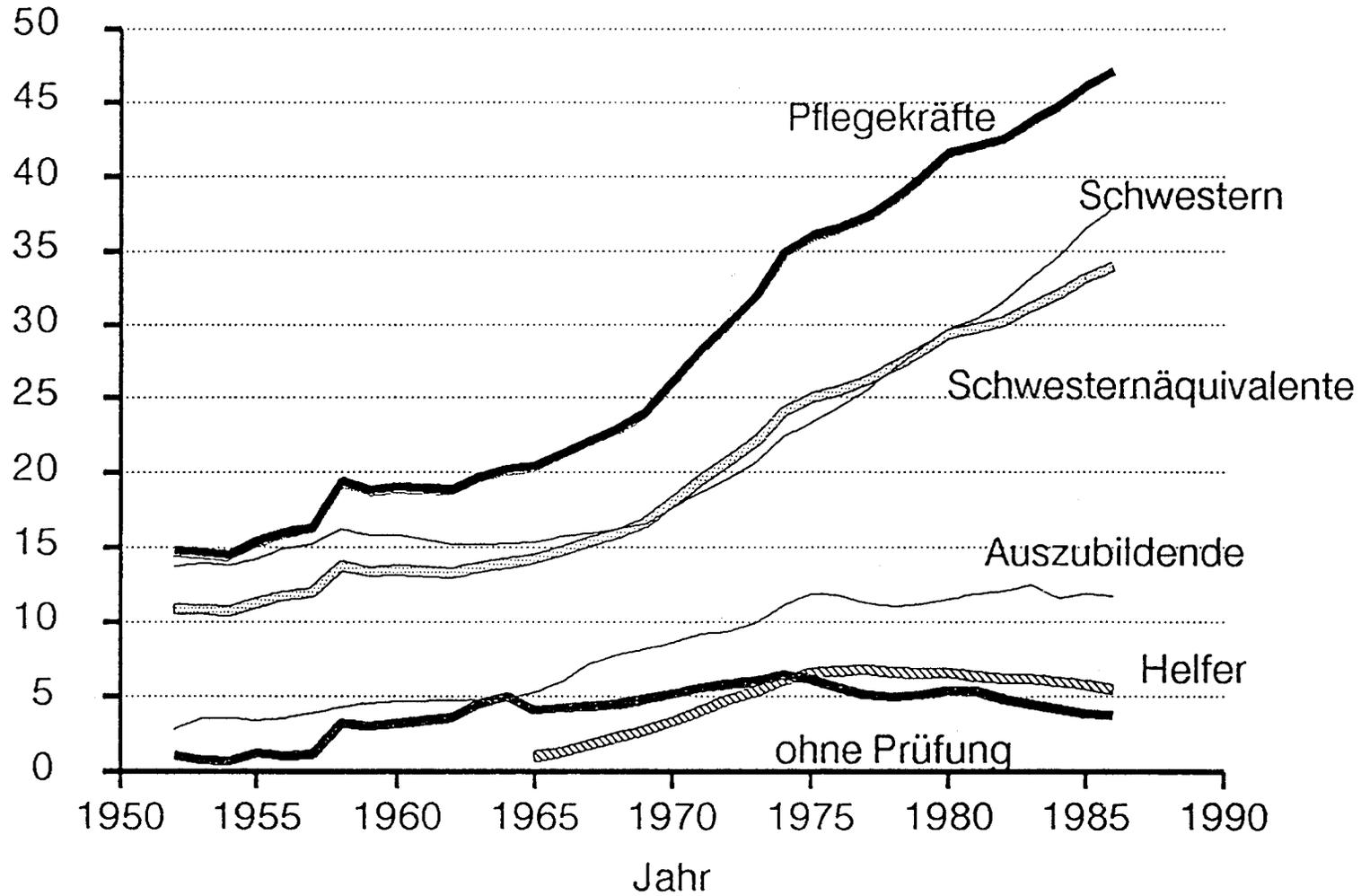
Grafik 3:

Krankenhauspersonal



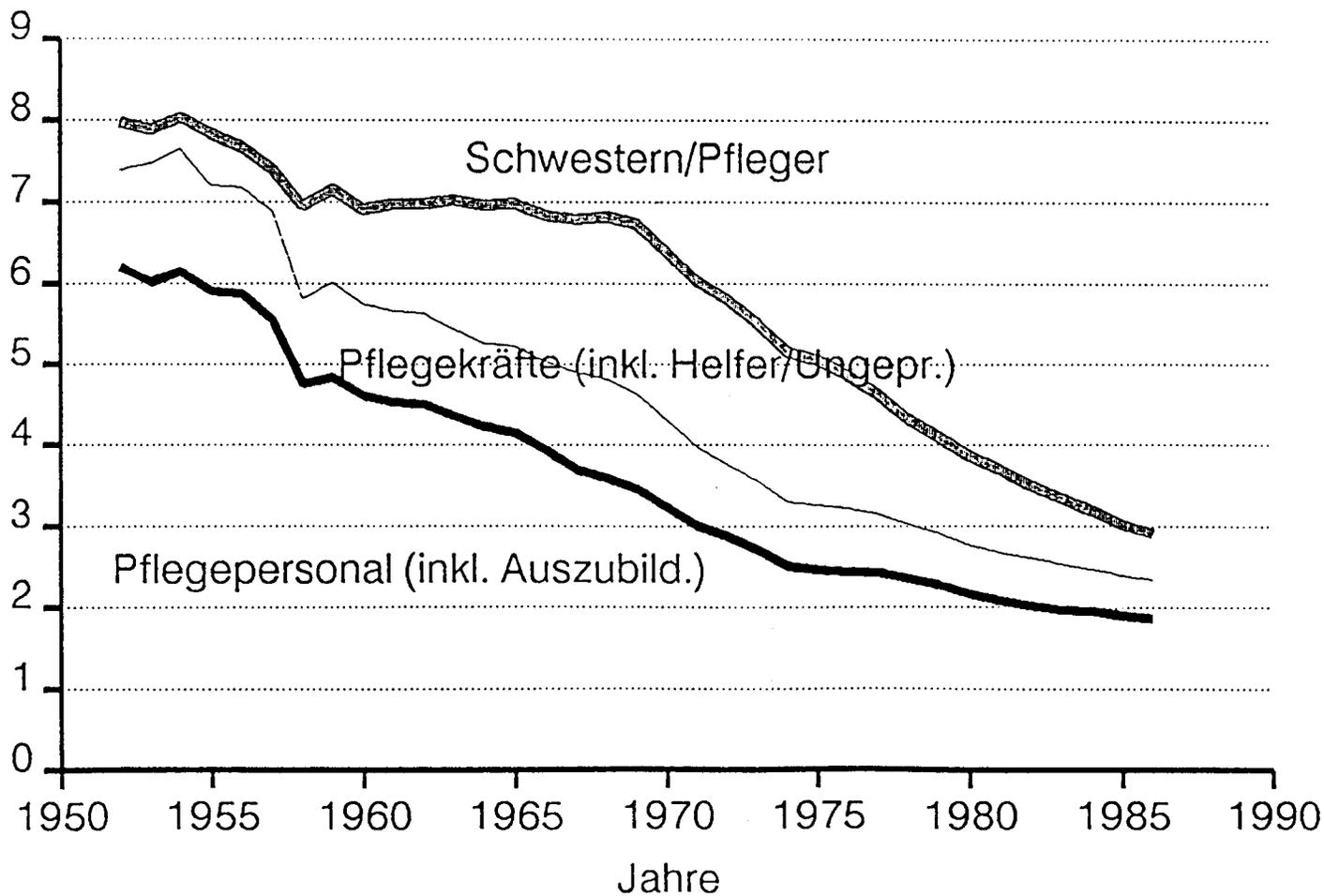
Grafik 4:

Krankenhauspersonaldichte (pro 10.000 Bev.)



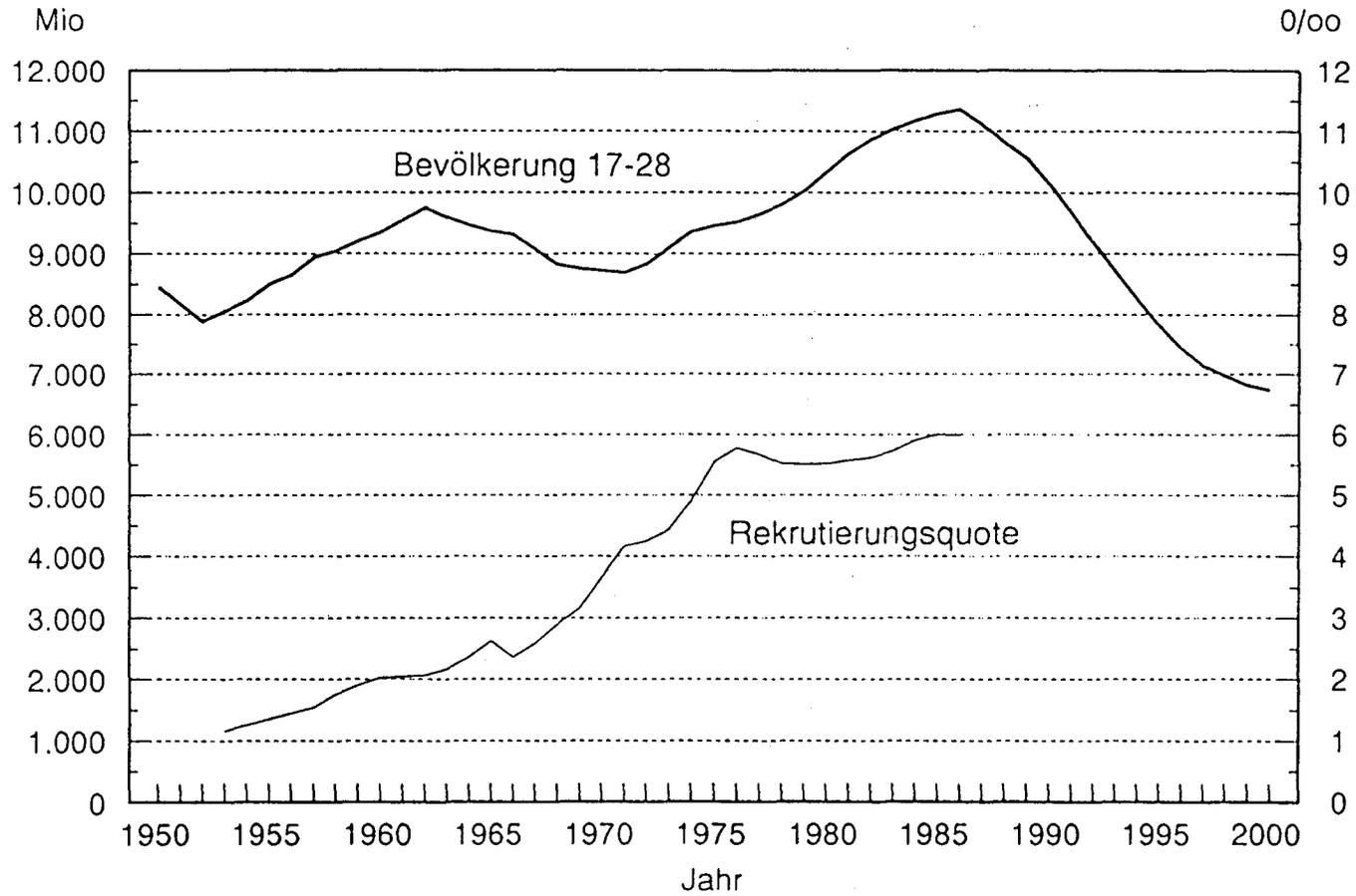
Grafik 5:

Krankenhausbetten pro Pflegekraft



Grafik 6:

Das Rekrutierungsfeld der Pflegeschüler



Literatur

- Abel-Smith, Brian, 1960: A History of the Nursing Profession. London: Heinemann.
- Alber, Jens, 1990: Gesundheitspolitische Entwicklungen in OECD-Ländern: Zur Einordnung der bundesrepublikanischen Erfahrung. In: Zeitschrift für Sozialreform 36, 1990, 126-138.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), 1989a: Die Gesundheitsreform. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), 1989b: Statistisches Taschenbuch. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1977: Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.), 1980: Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit 80. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, 1986: Vierter Familienbericht. Die Situation der älteren Menschen in der Familie. Bonn: Deutscher Bundestag Drucksache 10/6145.
- Deppe, Hans-Ulrich u.a. (Hrsg.), 1989: Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung. Frankfurt/Main: Campus.
- Deutscher Bundestag, 1964: Entwurf eines Krankenpflegegesetzes (Vorlage der Bundesregierung). Bonn: Deutscher Bundestag Drucksache IV/2550.
- Deutscher Bundestag, 1984: Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit. Bonn: Deutscher Bundestag Drucksache 10/1943.
- Deutscher Bundestag, 1985: Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. (Antwort der Bundesregierung). Bonn: Deutscher Bundestag Drucksache 10/3374.
- Deutscher Bundestag, 1986: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Leistungen bei Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegeverbesserungsgesetz). Bonn: Deutscher Bundestag Drucksache 10/6134.

- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 1987: Bestandsaufnahme der ambulanten sozialpflegerischen Dienste (Kranken- und Altenpflege, Haus- und Familienpflege) im Bundesgebiet. Bearbeitet von Reiner Höft-Dzemski. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 195. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dieck, Margret, 1983: Sicherung älterer Menschen gegen Pflegebedürftigkeit und chronische Krankheit in 18 Ländern - Informationen und internationaler Vergleich. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit 43. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Downs, Anthony, 1972: Up and Down with Ecology. The "Issue Attention Cycle". In: The Public Interest 28, 38-50.
- Dreßler, Rudolf, 1989: Wenn schlecht bezahlte Pfleger in Überstunden Patienten verwahren. In: Frankfurter Rundschau, 22.9.1989.
- Ferber, Christian von (Hrsg.), 1989: Die demographische Herausforderung: Das Gesundheitssystem angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 23. Gerlingen: Bleicher.
- Herder-Dorneich, Philipp/ Werner Kötz, 1972: Zur Dienstleistungsökonomik. Systemanalyse und Systempolitik der Krankenhauspflegedienste. Berlin: Duncker & Humblot.
- Heinemann-Knoch, Marianne/ Ernst von Kardorff, 1989: Sozialpolitische Aspekte der Pflegebedürftigkeit. In: Barbara Riedmüller/ Marianne Rodenstein (Hrsg.), Wie sicher ist die soziale Sicherung? Frankfurt/ Main: Suhrkamp, 182-209.
- Igl, Gerhard, 1987: Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Recht der Sozialen Sicherheit: Eine rechtsvergleichende Untersuchung für die Bundesrepublik Deutschland und Frankreich. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Institut für Demoskopie, 1983: Jeder sechste pflegt einen älteren Menschen. Allensbacher Berichte Nr. 24. Allensbach: Selbstverlag.
- Kaufmann, Werner/ Friedrich W. Mohr, 1989: Neuer Weg zur Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser. In: Das Krankenhaus Nr. 10, 534-541.
- Klitzsch, Wolfgang, 1987: USA - Traumland oder Trugbild? In: Das Krankenhaus Nr. 6, 220-230.
- Kötz, Werner, 1970: Maßnahmen und Vorschläge zur Behebung des Mangels an Krankenhauspflegediensten. Dissertation an der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät. Dissertation. Köln.

- Lehr, Ursula, 1987: Kompetenz im Alter - Sind wir ein Land der Hilfebedürftigen. In: Universitas Nr. 9, 879-890.
- Luhmann, Niklas, 1983: Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: Philipp Herder-Dorneich/ A. Schuller (Hrsg.), Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt? Stuttgart: Kohlhammer, 28-49.
- Männer, Leonhard/ Günter Sieben (Hrsg.), 1987: Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 11. Gerlingen: Bleicher.
- Marburger Bund (Hrsg.), 1989: Ärztlicher Personalbedarf im Krankenhaus. Köln: Heider.
- Mayntz, Renate/ Hans-Ulrich Derlien, 1977: Die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsforschung 17. Bonn: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Meifort, Barbara (Hrsg.), 1987: Gesundheits- und sozialpflegerische Arbeit im Umbruch. Berufliche Bildung im Schnittpunkt einer veränderten Gesundheits- und Sozialpolitik. Hochschule & Berufliche Bildung Band 3. Alsbach/Bergstraße: Leuchtturm-Verlag.
- Mohr, Friedrich W., 1989: Die Personalsituation im Krankenpflegedienst und in den Schulen für Krankenpflegeberufe in Nordrhein-Westfalen. In: Das Krankenhaus Nr. 9, 534-541.
- OECD, 1985: Measuring Health Care 1960-1983. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Oltmanns, Torsten/ Andreas Martin, 1989: Krankenhäuser - kurz vor dem Kollaps. In: Vorwärts Nr. 4, 22-25.
- Pinding, Maria (Hrsg.), 1972: Krankenpflege in unserer Gesellschaft. Aspekte aus Praxis und Forschung. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Priester, Klaus, 1989: Ambulant oder stationär? Möglichkeiten und Grenzen der Entlastung des Krankenhaussektors durch ambulante sozialpflegerische Dienste und häusliche Pflege. In: Hans-Ulrich Deppe u.a. (Hrsg.), a.a.O., 134-152.
- Prognos/Dornier, 1989: Angebot und Bedarf an Krankenpflegepersonal bis zum Jahr 2010. Köln, Friedrichshafen: Selbstverlag.
- Reiners, Hartmut, 1989: Die stationäre Versorgung im Zeichen der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik der Gesetzlichen Krankenversicherung - Zum Verhältnis von Krankenhaus und Krankenkasse. In: Hans-Ulrich Deppe u.a. (Hrsg.), a.a.O., 9-40.

- Riede, Thomas/ Andrea Schott-Winterer/ Alfred Woller, 1988: Soziale Dienstleistungen und Wohlfahrtsstaat. Vergleichende Analysen zur Beschäftigung im Arbeitssegment "Soziale Dienstleistungen" in der Bundesrepublik Deutschland und den USA. In: Soziale Welt 39, 232-314.
- Rückert, Wolfgang, 1984: Pflegebedürftigkeit als vordringliches soziales Problem. In: Caritas - Zeitschrift für Caritasarbeit und Caritaswissenschaft 85 (6), 275-285.
- Rückert, Wolfgang, 1987: Der Bedarf an ambulanten Diensten und die vorhandenen Hilfen. Eine kritische Bestandsaufnahme. In: Barbara Meifort (Hrsg.), a.a.O., S. 13-39.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Schaper, Hans-Peter, 1987: Krankenverwaltung und Krankenpflege. Tendenzen der Verberuflichung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Sozialwissenschaftliche Studien Heft 22. Opladen: Leske + Budrich.
- Scharpf, Fritz W., 1988: Verhandlungssysteme, Verteilungskonflikte und Pathologien der politischen Steuerung. In: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), Staatstätigkeit. Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 19. Opladen: Westdeutscher Verlag, 61-87.
- Schipperges, Heinrich, 1975: Medizinische Dienste im Wandel. Analysen, Strukturen, Tendenzen der Berufe im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Witzstrock.
- Schulte, Bernd/ Peter Trenk-Hinterberger, 1982: Sozialhilfe. Eine Einführung. Königstein/Ts.: Athenäum (2. Auflage 1986).
- Schulz, Joachim, 1989: Armut und Sozialhilfe, Stuttgart: Kohlhammer.
- Seffen, Achim, 1989: Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit. Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik - Institut der deutschen Wirtschaft 167. Köln: Deutscher Instituts-Verlag.
- Statistisches Bundesamt, 1981: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1987: Fachserie 12: Gesundheitwesen, Reihe 5: Berufe des Gesundheitswesens, Stuttgart: Kohlhammer.
- Statistisches Bundesamt, 1988: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer.

- Statistisches Bundesamt, 1989: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Streeck, Wolfgang, 1981: Gewerkschaftliche Organisationsprobleme in der sozialstaatlichen Demokratie. Königstein: Athenäum.
- Streeck, Wolfgang, 1987: Vielfalt und Interdependenz. Überlegungen zur Rolle von intermediären Organisationen in sich ändernden Umwelten. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 39, 471-495.
- Weiß, Fritz Joachim, 1986: Besuch von Krankenpflegeschulen. In: Wirtschaft und Statistik Nr. 1, 57-61.
- Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, 1983: Personalentwicklung im Gesundheitswesen 1976 bis 1980. WIdO-Materialien 19, Bearbeiterin: Gudrun Eberle. Bonn: Selbstverlag.
- Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, 1984: Ausgewogene Absicherung von Gesundheitsrisiken. Bonn: Selbstverlag.
- Zettel, Ortrud (Hrsg.), 1983: Gesundheitsberufe: Studien zu ihrer Entstehung und Veränderung. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Zöllner, Detlev, 1985: Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit in europäischen Nachbarländern - Eine Untersuchung der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt. In: Sozialer Fortschritt 34 (9), 193-197.

MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR GESELLSCHAFTSFORSCHUNG, KÖLN

- Publikationen -

MPIFG Discussion Papers (über das MPIFG erhältlich, Stichwort: Discussion Papers)

Jahr/Nr.	Autoren	Titel
87/1	Mayntz, Renate	* Soziale Diskontinuitäten: Erscheinungsformen und Ursachen Erschienen in: Klaus Hierholzer/ Heinz-Günther Wittmann (Hrsg.), 1988: Phasensprünge und Stetigkeit in der natürlichen und kulturellen Welt. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 15-37.
88/1	Scharpf, Fritz W.	* Verhandlungssysteme, Verteilungskonflikte und Pathologien der politischen Steuerung Erschienen in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), 1988: Staatstätigkeit: International und historisch vergleichende Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 61-87.
88/2	Alber, Jens	* Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich Erschienen in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), 1988: Staatstätigkeit: International und historisch vergleichende Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 116-150.
88/3	Scharpf, Fritz W.	* Decision Rules, Decision Styles, and Policy Choices Erschienen in: Journal of Theoretical Politics 1989, Vol. 1, No. 2, 149-176.
88/4	Schneider, Volker / Werie, Raymund	* Regime oder korporativer Akteur? Die EG in der Telekommunikationspolitik Erschienen in 2 Aufsätzen: 1. Die Eroberung eines Politikfeldes. Die Europäische Gemeinschaft in der Telekommunikationspolitik. In: Thomas Ellwein u.a. (Hrsg.), 1989: Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft, Band 3/1989. Baden-Baden: Nomos, 247-289 (Schwerpunkt Telekommunikation); 2. Vom Regime zum korporativen Akteur. Zur institutionellen Dynamik der Europäischen Gemeinschaft. In: Beate Kohler-Koch (Hrsg.), 1989: Regime in den internationalen Beziehungen. Baden-Baden: Nomos, 409-434 (Schwerpunkt Regime).
88/5	Schimank, Uwe	Wissenschaftliche Vereinigungen im deutschen Forschungssystem: Ergebnisse einer empirischen Erhebung
88/6	Reinke, Herbert	Die Einführung und Nutzung des Telefons in der Industrie des Deutschen Reiches, 1880-1939. Eine Untersuchung westdeutscher Großunternehmen
88/7	Schimank, Uwe	Institutionelle Differenzierung und Verselbständigung der deutschen Großforschungseinrichtungen
89/1	Häusler, Jürgen	Industrieforschung in der Forschungslandschaft der Bundesrepublik: ein Datenbericht
89/2	Feick, Jürgen / Jann, Werner	Comparative Policy Research - Eclecticism or Systematic Integration?
89/3	Mayntz, Renate	Föderalismus und die Gesellschaft der Gegenwart
89/4	Scharpf, Fritz W.	* Der Bundesrat und die Kooperation auf der "dritten Ebene" Erschienen in: Bundesrat (Hrsg.), 1989: Vierzig Jahre Bundesrat. Baden-Baden: Nomos, 121-162.
89/5	Mayntz, Renate	Social Norms in the Institutional Culture of the German Federal Parliament

* als Discussion Paper vergriffen; siehe andere Veröffentlichungsquelle
no longer available as discussion paper; see other source

MPIFG Discussion Papers (Forts.)

Jahr/Nr.	Autoren	Titel
89/6	Boudon, Raymond	Subjective Rationality and the Explanation of Social Behavior (guest lecture)
89/7	Flam, Helena	Emotional Man: A Third Perspective on Collective and Corporate Action
89/8	Hohn, Hans-Willy	Forschungspolitik als Ordnungspolitik. Das Modell Fraunhofer-Gesellschaft und seine Genese im Forschungssystem der Bundesrepublik Deutschland
89/9	Scharpf, Fritz W.	Games Real Actors Could Play: The Problem of Complete Information
89/10	Ryll, Andreas	Die Spieltheorie als Instrument der Gesellschaftsforschung
89/11	Stichweh, Rudolf	Computer, Kommunikation und Wissenschaft: Telekommunikative Medien und Strukturen der Kommunikation im Wissenschaftssystem
90/1	Häusler, Jürgen	Zur Gegenwart der Fabrik der Zukunft: Forschungsaktivitäten im bundesdeutschen Maschinenbau
90/2	Wiesenthal, Helmut	Unsicherheit und Multiple-Self-Identität: Eine Spekulation über die Voraussetzungen strategischen Handelns
90/3	Alber, Jens	Ausmaß und Ursachen des Pflegeotstands in der Bundesrepublik
90/4	Hollingsworth, J. Rogers	The Governance of American Manufacturing Sectors: The Logic of Coordination and Control

Schriften des MPIFG (erschienen im Campus-Verlag, Frankfurt/Main; nur über den Buchhandel erhältlich)

Band	Autoren	Titel (Jahr)
1	Mayntz, Renate/ Rosewitz, Bernd/ Schimank, Uwe/ Stichweh, Rudolf	Differenzierung und Verselbständigung: Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme (1988)
2	Mayntz, Renate/ Hughes, Thomas P. (eds.)	The Development of Large Technical Systems (1988)
3	Schumacher-Wolf, Clemens	Informationstechnik, Innovation und Verwaltung: Soziale Bedingungen der Einführung moderner Informationstechniken (1988)
4	Schneider, Volker	Technikentwicklung zwischen Politik und Markt: Der Fall Bildschirmtext (1989)
5	Rosewitz, Bernd/ Webber, Douglas	Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen (1990)
6	Hohn, Hans-Willy/ Schimank, Uwe	Konflikte und Gleichgewichte im Forschungssystem: Akteurkonstellationen und Entwicklungspfade in der staatlich finanzierten außeruniversitären Forschung (1990)

* als Discussion Paper vergriffen; siehe andere Veröffentlichungsquelle
no longer available as discussion paper; see other source