

Lena Schürmann¹

Unternehmerische Akteure auf Wohlfahrtsmärkten: Private ambulante Pflegedienste im Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Wettbewerb

Abstract: Im Zusammenhang mit der Einführung wettbewerblicher Strukturen in Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens steht ein Anstieg der privaten Anbieter wohlfahrtsstaatlicher Leistungen. Der vorliegende Artikel richtet den Fokus auf die ambulante Pflege und untersucht, gestützt auf qualitatives Interviewmaterial, die hier anzutreffende unternehmerische Praxis privater Dienste vor dem Hintergrund des durch die Pflegeversicherung gesetzten Rahmens. Dabei wird deutlich, dass die privaten Dienste aus einer Zwischenstellung heraus agieren: Einerseits handeln sie auf Basis von Versorgungsverträgen und bieten Pflege als Versicherungsleistung nach politisch definierten Standards an; andererseits befinden sie sich als Marktakteure im Wettbewerb, wobei der selbständige Erwerb mit Risiken behaftet ist. Beobachten lässt sich ein heterogen strukturiertes Feld sowie ein Nebeneinander von Markt- und Fürsorgeorientierungen.

Die Einführung wettbewerblicher Strukturen in Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens hat vielfältige Veränderungen hervorgebracht. Wohlfahrtsstaatliche Leistungen werden vermehrt von privaten Anbietern erbracht und neben die bestehenden, durch die öffentliche Hand getragenen Versorgungssysteme sind sogenannte „Wohlfahrtsmärkte“ (Nullmeier 2001) getreten – jene der sozialpolitischen Regulierung unterliegenden Märkte, welche als Anbieterwettbewerbe organisiert sind und mit Wahlfreiheiten auf der Nutzerseite assoziiert werden². Stehen in der Diskussion derartiger Strukturen wohlfahrtsstaatlicher Leistungserstellung die damit für die Bürger verbundenen Chancen und Risiken im Vordergrund (Blank 2011, Bode 2005), wird im vorliegenden Beitrag ein Perspektivenwechsel vollzogen und es werden die unternehmerischen Akteure derartiger Märkte in den Mittelpunkt gerückt. Mit Fokus auf den ambulanten Pflegemarkt soll der Frage nachgegangen werden, an welchen Handlungsmustern die unternehmerische Praxis der hier anzutreffenden privatwirtschaftlichen Dienste orientiert ist. Damit wird zugleich eine Forschungslücke besetzt: In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Pflegeversicherung werden entweder Fragen der ambulanten Versorgungsqualität (Bauer 2008; Blinkert/Klie 2008; Geller/Gabriel 2004; Slotala 2011) oder – in stärker arbeitssoziologisch ausgerichteten Untersuchungen – Fragen der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in der ambulanten Pflege diskutiert, wobei hier die Perspektive abhängiger Beschäftigung dominiert (Bellmann et al. 2013; IAW 2011; Isfort et al. 2004; Klie 1998; Kumbrock et al. 2010; Rumpf 2007; Senghaas-Knobloch 2008; Theobald et al. 2013). Wenig beachtet ist hingegen, welche Chancen und Risiken des selbständigen Erwerbs die Pflegegesetzgebung vermittelt. Wie lassen sich die durch die Pflegeversi-

¹ Dr. Lena Schürmann, Alice Salomon Hochschule Berlin. E-Mail: schuermann@ash-berlin.eu.

² Der von Nullmeier in die deutsche Debatte eingeführte Begriff des Wohlfahrtsmarktes bezeichnet „alle marktformigen wirtschaftlichen Strukturen [...], die auf die Produktion und Verteilung von Gütern und Diensten gerichtet sind, die traditionell unter dem Schutz des Sozialstaates als Leistungen zur Schaffung sozialer Sicherheit und sozialer Gerechtigkeit stehen oder standen und als Märkte weiterhin einer sozialpolitischen Regulierung unterliegen“ (Nullmeier 2001: 647).

cherung und das SGB XI gesetzten Handlungsbedingungen beschreiben, denen die selbständigen Anbieter von Pflegedienstleistungen unterliegen: Handelt es sich bei den auf dem ambulanten Pflegemarkt wirksamen institutionellen Regulierungen um Schutzbestimmungen, die vergleichbar mit den „exclusionary shelter“ (Freidson 1986) professioneller Märkte sind, sofern sie einer bestimmten Gruppe von Anbietern sozialer Dienstleistungen (beispielsweise niedergelassenen Ärzten) ein Dienstleistungsmonopol sowie einen geschützten Zugang zu den durch öffentliche Kostenträger (Kranken- und Pflegekassen) bereitgestellten Ressourcen bieten? Oder liegt hier ein zwar berufsfachlich strukturierter Markt vor, dessen Wettbewerbs- und Vergütungsstrukturen jedoch stark von der Konkurrenz zur familialen Pflege und der sozialen Zuschreibung von Pflege als Liebesdienst geprägt sind? Kurz: Wie lässt sich dieser Zwischenraum, den die privatwirtschaftlichen Pflegedienstleister im Spannungsfeld von Wohlfahrtsstaat, Familie und Markt besetzen, bestimmen? Und was zeichnet die hier anzutreffende unternehmerische Praxis aus? Wie interpretieren die Inhaber/innen ambulanter Pflegedienste den derart bemessenen Handlungsrahmen und wie gestalten sie das Verhältnis von Fürsorge- und Markterfordernissen?

Um diesen Fragen nachzugehen, folgt der Artikel folgendem Aufbau: Da der ambulante Pflegemarkt gewisse Übereinstimmungen mit professionellen Märkten aufweist – dies betrifft u. a. Fragen des Marktzugangs, Beschränkungen der unternehmerischen Autonomie in Bezug auf die Preisbildung der angebotenen Dienstleistung und das Vorhandensein eines professionellen Ethos –, werden im ersten Abschnitt die Kennzeichen professioneller Märkte dargestellt. Diese Darstellung dient im Weiteren als konzeptionelle Folie, mittels derer im zweiten Schritt anhand der konkreten Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege die Spielräume für die unternehmerische Praxis vermessen werden sollen, die sich zwischen den Polen der unternehmerischen Autonomie einerseits und der kleinteilig abzurechnenden Minutenpflege andererseits aufspannen. Der dritte Abschnitt befasst sich mit den Entwicklungsdynamiken und den Marktstrukturen in der ambulanten Pflege. Gestützt auf statistisches Datenmaterial lässt sich so ein erster Versuch unternehmen, den Charakter des Pflegemarktes zu bestimmen (vierter Abschnitt). Im fünften Kapitel werden die Handlungsmuster unternehmerischer Akteure in der ambulanten Pflege aus einer qualitativen Perspektive rekonstruiert. Diese verweisen u. a. auf die Problematik, Fürsorgeansprüche und Finanzierungsbedingungen in Einklang zu bringen. Abschließend wird zusammenfassend rekapituliert, was die unternehmerische Praxis auf dem Wohlfahrtsmarkt im Falle der ambulanten Pflege kennzeichnet und welche weiteren Untersuchungsperspektiven sich aus diesen hier vorgenommenen ersten Annäherungen³ an den Gegenstand ergeben.

³ Dieser Beitrag fasst erste Zwischenergebnisse des laufenden Forschungsprojekts „Berliner Forum private ambulante Pflegedienste. Unternehmerische Akteure im Gesundheitssektor zwischen Wirtschaftlichkeit und guter Pflege“ unter der Leitung von Prof. Claudia Gather (HWR Berlin) und Prof. Maria Castro Varela (ASH Berlin) zusammen (Laufzeit: 15.07.2015 bis 30.06.2017, Mittelgeber: IFAF).

1 Kennzeichen professioneller Märkte

Maßgebliches Kennzeichen professioneller Erwerbstätigkeit ist ein privilegierter Marktzugang, welcher den Professionsangehörigen eine geschützte freiberufliche Existenz und weitgehende Autonomie im beruflichen Handeln sichert. Darin unterscheidet sich die professionelle freiberufliche Selbständigkeit von der sogenannten neuen Selbständigkeit, die zumeist als Soloselbständigkeit realisiert wird und deren Kernproblem in dem „marktkonformen Einsatz der eigenen Arbeitskraft“ besteht (Pongratz/Abbenhardt 2015). Die Professionsangehörigen zugestandene professionelle Autonomie erstreckt sich nicht nur auf die Berufsausübung im engeren Sinne, sondern schließt eine relativ eigenständige Organisation von Belangen des Berufsstandes, wie die Kontrolle über die Berufsausbildung und den Markteintritt, ein. Parsons beschrieb Professionen in Bezug auf ihre herausgehobene Bedeutung für die Gesellschaft, da sie – auf der Basis hochspezialisierten Wissens – gesellschaftliche Werte wie Gerechtigkeit, Gesundheit und Wahrheit treuhänderisch verwalten, indem sie als Experten für Laien bestimmte Aspekte von deren persönlicher Lebenswelt bearbeiten (Parsons 1964). Hingegen führte die machtanalytische und wissenssoziologische Kritik, wie sie etwa von Freidson (1979), Rüschemeyer (1972) und Abbott (1988) entwickelt wurde, die professionelle Autonomie und das hohe Sozialprestige, das professionellen Tätigkeiten zugewiesen wird, auf erfolgreiches Interessenhandeln gegenüber staatlichen Instanzen und anderen Berufsgruppen sowie auf damit einhergehende Wissensproduktionen über die (beruflichen) Handlungsgegenstände zurück. Die in funktionalistischer Perspektive Professionen zugeschriebenen Merkmale wie die Gemeinwohlorientierung, die professionelle Selbstkontrolle, das professionelle Ethos und Dienstideal werden stattdessen als Rechtfertigungs- sowie Legitimationsstrategien betrachtet, die Berufsgruppen einsetzen, um ein Dienstleistungs- und Deutungsmonopol, ein „exclusionary shelter“ (Freidson 1986), zu erlangen. In Auseinandersetzung mit der angelsächsischen Professionsforschung und deren Deutungsrahmen von Professionalisierungsprojekten als „professional wars“ (Abbott 1988) wurde dagegen für Deutschland das Muster einer Professionalisierung von oben beschrieben. Hier waren die staatlichen Instanzen ihrerseits stärker an der Etablierung eines professionellen Standes beteiligt (vgl. Siegrist 1988) und sind nach wie vor zentrale Instanzen für die Organisation und Überwachung der Qualifikationsprozesse (Littek et al. 2005). Anschließend an diese Betrachtungsweise lassen sich professionelle Märkte folgendermaßen charakterisieren:

Professionelle Märkte verfügen über Zugangsbeschränkungen, welche sich auf individuell erworbene Qualifikationen stützen und den Markteintritt an den Besitz von Lizenzen zur Ausübung der Tätigkeit knüpfen. Diese werden durch die Organe der professionellen Selbstkontrolle, die in Deutschland kammerförmig als Körperschaften öffentlichen Rechts gestaltet sind, vergeben und ggf. sanktioniert. Die jeweiligen Kammern, die der staatlichen Aufsicht unterliegen, gestalten wesentliche Bedingungen der Erwerbstätigkeit. Sie sind zuständig für die Kontrolle und Überwachung der Berufsausübung und der Dienstleistungsqualität sowie deren Vergütungsstrukturen. Als berufsständische Interessenvertretungen vertreten die Kammern die Interessen

der jeweiligen Berufsangehörigen nach außen, was ggf. die Verhandlung von Gebührenordnungen für professionelle Dienstleistungen mit öffentlichen Kostenträgern (Krankenkassen) einschließt. Ihre Zuständigkeit erstreckt sich auf alle Berufsangehörigen, diese sind Pflichtmitglieder. Kammern haben teilweise eigene Ethikkommissionen, Schlichtungsstellen und Sozialeinrichtungen. Gegenüber anderen, nicht verkammerten freiberuflich Selbständigen erscheint der Zugang zu den berufsständischen Versorgungswerken daher als weiteres Privileg der etablierten Professionen. Im Vergleich zu anderen Dienstleistungs- und Gütermärkten stellt diese Form der regulierten Konkurrenz und des beschränkten Erwerbsrisikos, vor allem auch hinsichtlich sozialer Risiken, ein wichtiges Merkmal professioneller Märkte dar. Durch die Aufhebung eines zentralen Marktprinzips, der Preiskonkurrenz, wird die Ungewissheit in Bezug auf das Verhalten der Mitbewerber und potentieller Klienten reduziert. Aus der Standardisierung des Leistungsangebots und entsprechend festgesetzten Vergütungen, aber auch aus den von den Freiberuflern durchlaufenen Qualifikationsprozessen, welche als Prozesse der sekundären Sozialisation das Einüben einer professionellen Rollenidentität bzw. eines professionellen Habitus beinhalten, resultiert eine hohe Informationsdichte über das Verhalten der Konkurrenz. Die Marktteilnehmer professioneller Märkte begegnen sich dementsprechend immer auch als Teil einer Diskursgemeinschaft, insofern – darauf hat die wissenssoziologische Kritik verwiesen – sie sich in ihrem beruflichen Handeln und ihrem Expertenstatus auf die in fachlichen Diskursen produzierten und zirkulierenden Wirklichkeits- sowie Wahrheitskonstruktionen stützen und an diesen exklusiven Diskursarenen partizipieren. Die gesellschaftlichen Zuschreibungen an professionelles Handeln, die diesem eine nicht- profitorientierte Handlungsrationalität zuweisen, werden durch die institutionellen, d. h. politisch gesetzten, Bedingungen professioneller Märkte wie die Begrenzung der Konkurrenz durch verbindliche Gebührenordnungen und Zugangsbeschränkungen gestützt. Wie stellen sich vor diesem theoretischen Hintergrund der Markt der ambulanten Pflege und die durch die Pflegegesetzgebung gesetzten Rahmenbedingungen dar?

2 Rahmenbedingungen der Selbständigkeit im Pflegesektor

Mit der Einführung der Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung in den Jahren 1995/1996 wurde die pflegerische Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen neu geregelt und auf eine neue Finanzierungsgrundlage gestellt. Es kam zu einer politischen Definition von Versorgungsansprüchen und zur sozial- sowie leistungsrechtlichen Bewertung einer Tätigkeit, die vorrangig als familiär (und unentgeltlich) zu erbringende Aufgabe angesehen wurde bzw. immer noch wird. Anders als in der ambulanz-ärztlichen Versorgung ist die Pflegeversicherung für die gesetzlich Versicherten nicht als bedarfsdeckende Versorgung ausgelegt. Das öffentlich finanzierte Leistungsspektrum ist dementsprechend begrenzt und an standardisierten Bedarfen der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung orientiert. Nach dem Prinzip der *Teilfinanzierung* ist eine Ergänzung der Versicherungsleistung durch familiäre Pflege, durch weitere privat zu finanzierende Dienstleistungen oder durch

zusätzliche Sozialleistungen notwendig (Theobald 2010)⁴. Insgesamt folgt die Pflegeversicherung einer politischen Strategie der Kostendeckelung im Gesundheitswesen. Neben Maßnahmen wie der Bündelung von Pflegeleistungen zu Leistungskomplexen, deren Bewilligung gemäß einer Einordnung der Pflegebedürftigkeit in Pflegestufen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) erfolgt, womit also eine Strukturierung der Nachfrage erfolgt, die sich somit dem unmittelbaren Einfluss der Pflegebedürftigen, der Pflegedienste oder der behandelnden Ärzte entzieht, sollte dieses Ziel der Kostendeckelung durch mehr Wettbewerb, d. h. durch die Öffnung des Marktes für privatwirtschaftliche Anbieter, erzielt werden. Während sich professionelle Märkte dadurch auszeichnen, dass Instrumente der Marktschließung zum Einsatz kommen und die Teilnahme am Wettbewerb um Klienten begrenzen, beinhaltet die Pflegegesetzgebung dezidiert eine Marktöffnungsklausel (§ 72 SGB XI). Diese besagt, dass die Zulassung von Pflegeeinrichtungen nicht mehr vom Bedarf abhängig gemacht wird. Die Klausel verpflichtet hingegen die Pflegekassen, mit allen fachlich geeigneten, leistungsfähigen und wirtschaftlich arbeitenden Anbietern einen Zulassungsvertrag, nun auch über den tatsächlichen Versorgungsbedarf hinaus, abzuschließen. Die vor der Einführung der Pflegeversicherung bestehenden monopolähnlichen Angebotsstrukturen der freien Wohlfahrtsverbände⁵ wurden hierdurch zerschlagen (Senghaas-Knobloch 2010).

Wie auf professionellen Märkten kennzeichnend begrenzen die engmaschigen Regelungen der Pflegegesetzgebung die unternehmerischen Freiheiten und den zwischenbetrieblichen Wettbewerb: Dies betrifft einmal die Preissetzung, insofern die Vergütung weitestgehend standardisiert anhand von Pflegestufen erfolgt. Abrechnungsgrundlage bilden die sogenannten Versorgungsverträge, welche zwischen den Einzelbetrieben und dem Pflegekassenverband abgeschlossen werden. Im Rahmen sogenannter Pflegesatzverhandlungen werden die Zusammensetzung der jeweiligen Leistungskomplexe sowie die finanzielle Bewertung von (Einzel-)Leistungen, beispielsweise Wegegeldpauschalen, bestimmt. Diese Verhandlungen können prinzipiell auf einzelbetrieblicher Ebene erfolgen, jedoch ist die Aushandlung von entsprechenden Rahmenverträgen zentrales Aufgabenfeld der verschiedenen Verbände. Dies hat zur Folge, dass bei einer relativ einheitlichen Vergütungsstruktur über den gesamten ambulanten Pflegebereich hinweg kleinere Differenzen zwischen den Verbänden auftreten können. Weitere Vergütungsdifferenzen treten auf Ebene des einzelnen Betreuungsvertrags nach SGB XI, den die Betriebe mit den Pflegebedürftigen über das konkret zu realisierende Leistungsspektrum abschließen und der einer Bewilligung durch den MDK unterliegt, hervor.

Die Möglichkeiten der betrieblichen Leistungsanbieter auf das Preisniveau zu wirken, um hierdurch Wettbewerbsvorteile zu erzielen, sind begrenzt. Rabatte oder

⁴ In Deutschland ist der Anteil an privat zu leistenden Eigenkosten für die pflegerische Versorgung im Vergleich mit anderen europäischen Ländern vergleichsweise hoch (Ehrentraut et al. 2016). Die Zuzahlungsquote bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen liegt bei der Langzeitpflege bei 30 Prozent (Slotala 2011: 12).

⁵ Aus dem Status der (Frei-)Gemeinnützigkeit, die sich aus einer Orientierung auf das allgemeine Wohl, mildtätigen oder kirchlichen Zwecken ergibt, sofern dabei keine eigenen Interessen in materieller und wirtschaftlicher Hinsicht verfolgt werden, resultieren Steuervorteile. Die Pflegestatistik fasst unter dem Begriff „freigemeinnützige Träger“ die Träger der freien Wohlfahrtspflege zusammen.

Zuzahlungen bei den vertraglich vereinbarten Pflegeleistungen sind ausdrücklich durch den Rahmenvertrag verboten (§ 17 (6) Rahmenvertrag Berlin). Auch die Abrechenbarkeit zusätzlicher und privat zu finanzierender Pflegeleistungen erscheint angesichts der allgemeinen Verpflichtung zur Beteiligung an den Kosten für die Pflege nur bei einem kleinen Kundensegment möglich zu sein. Die unternehmerischen Freiheiten werden ebenfalls in Bezug auf die Grundsätze der Personalrekrutierung und des Arbeitskräfteeinsatzes durch die Regularien der Pflegegesetzgebung weitgehend geordnet. Im Zentrum steht hierbei die Sicherung der Versorgungsqualität. Zwar existiert für die ambulante Pflege keine gesetzlich verankerte Fachkraftquote. Diese wird auf Länderebene als Zulassungsbedingung für den Zugang zum Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse festgelegt. Damit fachliche Ansprüche an die Versorgungsqualität gewährleistet sind, ist der Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den jeweiligen Pflegekassen auf Betriebe beschränkt, die einen Mindestanteil an fachlich qualifiziertem und sozialversicherungspflichtig beschäftigtem Personal vorhalten, welches mit der fachlichen Leitung des ambulanten Dienstes und der pflegerischen Versorgung befasst ist. Die Betriebe müssen sicherstellen können, dass sie „unabhängig vom Bestand ihrer Mitarbeiter in der Lage sind, eine ausreichende, gleichmäßige und konstante pflegerische Versorgung eines wechselnden Kreises von Pflegebedürftigen in ihrem Einzugsgebiet zu gewährleisten“ (§ 71 Abs. 1 SGB XI). Mit dem Konstrukt einer „Personalmindestvorhaltung“ von 501 Stunden sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung monatlich, wie in Berlin (in anderen Bundesländern werden ähnlich umfangreiche Stundenvolumina gefordert), werden zugleich Soloselbständige vom Abschluss eines derartigen Versorgungsvertrages mit der Pflegekasse ausgeschlossen. Neben gesetzlichen Bestimmungen über die Öffnungszeiten der obligatorischen Geschäftsräume der ambulanten Dienste sind auch die Abrechnungsvorschriften kleinteilig und detailliert ausformuliert und beinhalten Anforderungen des Qualitätsmanagements wie Dokumentationspflichten nach jedem Einsatz in der häuslichen Umgebung des Pflegenehmers. Es gibt genaue Bestimmungen darüber, wie der zeitliche Umfang für einzelne Pflegeleistungen anzusetzen ist (und welche Ausnahmen hiervon, auch bezüglich des Personalschlüssels möglich sind), so dass Betriebe in Abhängigkeit von der Abrechenbarkeit der durch sie geleisteten Arbeit ihre Einsatzplanung an diesen Vorschriften ausrichten. In der pflege- und arbeitswissenschaftlichen Diskussion dieser kleinteiligen Verregelung der Pflege wurde der Begriff der „Minutenpflege“ geprägt. Mit diesem Begriff wird einerseits die minutengenaue Standardisierung und Vergütung für einzelne, am Körper des Pflegebedürftigen zu verrichtende Tätigkeiten bezeichnet (Körperpflege, Ankleiden) und andererseits kritisiert, dass diese modellhafte Zerstückelung des Arbeitsprozesses und seine Zergliederung in unterschiedlich zu verrechnende Einzelteile der Tendenz einer Taylorisierung der Pflegearbeit Vorschub leiste und einem ganzheitlichen Pflegeansatz, welcher Pflege als Beziehungsarbeit verstehe, entgegenlaufe (Kumbruck et al. 2010: 3). Ungeachtet dieser Kritik bleibt es empirisch zu klären, welche Spielräume ambulanten Pflegediensten in Bezug auf den Personaleinsatz und die Arbeitsorganisation verbleiben.

Unternehmerische Spielräume bestehen hingegen in der Ausrichtung des Leistungsangebots. Durch die Kombination von medizinischen – über die Krankenkassen zu finanzierenden – Leistungen, bei denen das Prinzip der bedarfsdeckenden Vollfinanzierung gilt (die aber verordnungspflichtig sind und durch die MDKs bewilligt werden müssen), und jenen nur als budgetierte Leistung abrechenbaren Pflegeleistungen nach SGB XI, die einen Eigenanteil der Pflegennehmer erfordern, sind erstens die Spezialisierung auf bestimmte Marktsegmente und Kundenbereiche und zweitens unterschiedliche Ertragslagen möglich. Dabei darf jedoch nicht vergessen werden, dass für die Anbieter ambulanter Pflegeleistungen – wie im gesamten Gesundheitssektor – das Gebot der Wirtschaftlichkeit (GKV § 29) gilt. Gemäß § 11 Rahmenvertrag müssen die Leistungen wirksam und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Dies widerspricht dem üblichen Zweck kapitalistischer Unternehmungen: der Gewinnerzielung.

Weitere Handlungsspielräume auf Seiten der Betriebe betreffen Fragen des Personals. Hier bestehen erstens Anforderungen an den Personalvorbehalt und den Einsatz von Fachpersonal und sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung (s. o.). Zweitens ist der Umfang geringfügiger Beschäftigung gesetzlich auf maximal 20 Prozent begrenzt. Entlang der Differenzierung von hauswirtschaftlichen und pflegerischen Tätigkeiten zeichnen sich Spielräume zur internen Tätigkeits- und Entlohnungsdifferenzierung ab und eröffnen Möglichkeiten zum Lohndumping (vgl. Oschmiansky 2013), denn obwohl es eine Mindestlohnregelung gibt, kann diese durch eine niedriger angesetzte Eingruppierung von pflegerisch Tätigen in den hauswirtschaftlichen Bereich und durch Arbeitsverdichtung umgangen werden (vgl. Bellmann et al. 2013).

Eine weitere wichtige Marktbedingung, die nicht allein die ambulante, sondern auch die stationäre Altenpflege betrifft, besteht in der hohen Personalfuktuation (Behrens et al. 2008). Die Verweildauer ausgebildeter Pflegekräfte in dem von ihnen erlernten Ausbildungsberuf liegt deutlich unterhalb des Durchschnittswertes ausgebildeter Beschäftigung. Die Erwerbstätigkeit bietet als klassischer Frauenberuf (Ostner/Krutwa-Schott 1981) bei hohen Belastungen nur begrenzte Einkommens-, Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten (Bellmann et al. 2013; Theobald et al. 2013). Vor dem Hintergrund des wachsenden Pflegebedarfs wird ein drohender Fachkräftemangel in der Altenpflege prognostiziert (vgl. BA 2012: 9 f.). Bezogen auf die Selbständigkeit bedeutet diese Situation, dass nicht nur von einem Wettbewerb um Kunden, sondern auch um Arbeitskräfte auszugehen ist. Ferner stellt dieser Aspekt eine Besonderheit der Pflege dar, dahingehend, dass den selbständigen Anbietern pflegerischer Leistungen die abhängige Beschäftigung als Erwerbsperspektive verbleibt. Anders als in vielen anderen Bereichen, wo die solselbständige Erwerbstätigkeit infolge betrieblicher Restrukturierungs- und Outsourcingprozesse (d. h. einem Abbau stabiler Beschäftigungsverhältnisse) stark zugenommen hat, erscheint eine Verstetigung prekärer Selbständigkeit in diesem Tätigkeitsfeld eher unwahrscheinlich. Im Unterschied zu den verkammerten Freien Berufen existieren in der Pflege keine Organe professioneller Selbstkontrolle, Ausnahme bilden die Landespflegekammern in

Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein. Als berufsständische Interessenvertretungen existieren unterschiedliche Verbände, welche an den Pflegesatzverhandlungen auf Landesebene teilnehmen und die Muster-Versorgungsverträge mit dem Pflegekassenverband abschließen, an denen sich die Mitgliedsbetriebe orientieren. Für die selbständigen Anbieter ambulanter Pflege stehen keine eigenständigen Versorgungswerke bereit. Obwohl eine Rentenversicherungspflicht für Selbständige in Pflegeberufen⁶ existiert, sind selbständig Erwerbstätige in der Altenpflege hiervon ausgenommen.

Festzuhalten bleibt: Die hohe Regulierungsdichte und die Tatsache, dass es sich bei der Pflege um einen Mangelberuf handelt, hat zur Folge, dass typische Unabwägbarkeiten und Unsicherheiten von Märkten, welche das wirtschaftliche Handeln allgemein und den selbständige Erwerb typischerweise kennzeichnen, hier nicht so stark gegeben sind. Es besteht eine hohe Informationsdichte bezüglich der betrieblichen Organisationsstrukturen und des Preisniveaus der Konkurrenz. Der Gesetzgeber hat neben dem Interesse am Wettbewerb zur Kostendeckelung der pflegerischen Versorgung ein Interesse an der Einhaltung von Standards im pflegerischen Handeln zur Sicherung des Versorgungsniveaus. Dienstleistungen in der ambulanten Pflege sind einerseits ein Wachstumsmarkt aufgrund der demographischen Entwicklung. Andererseits ist die ambulante Pflege durch Unsicherheiten hinsichtlich der Dauer des Pflegevertrags strukturiert („Heimsog“, Mortalität). Der gesamte Pflegebereich unterliegt einem starken Kostendruck, der durch die politische Strategie der Kostendeckelung im Gesundheitssektor hervorgerufen wird (vgl. Geller/Gabriel 2004, Theobald 2010, Rumpf 2007, Senghaas-Knoblauch 2010). Ferner stehen ambulante Pflegedienste in Konkurrenz zu anderen Pflegeformaten: Neben der familialen Pflege, die nach wie vor das zahlenmäßig bedeutsamste Format der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung in Deutschland bildet, und der in ihrem Umfang schwer abzuschätzenden informellen Pflege tritt mit fortgeschrittenem Pflegebedarf auch die stationäre Pflege als Versorgungsoption und Konkurrenz zur ambulanten Pflege in Erscheinung. Für den selbständigen Erwerb in der ambulanten Pflege ist insofern von ambivalenten Marktbedingungen auszugehen: Trotz der Existenz von qualifikationsbezogenen Zugangsbeschränkungen besteht kein umfassender Konkurrenzschutz. Die Anbieter verfügen mit den Versorgungsverträgen zwar über eine Dienstleistungskonzession, tragen selbst jedoch das unternehmerische Risiko der Auslastung (Meyer 2008: 124). Auch hinsichtlich der Preisgestaltung kann nicht von unternehmerischer Autonomie ausgegangen werden, hier zeichnet sich eine tendenzielle Abhängigkeit von den MDKs und deren Bewilligungspraxis ab. Spielräume bestehen, wenn auch nur in begrenztem Maße, bei Fragen des Personaleinsatzes. Wie hat sich unter diesen Bedingungen die ambulante Pflege entwickelt?

3 Entwicklungsdynamiken und Marktstrukturen in der ambulanten Pflege

Der Pflegestatistik zufolge gab es im Jahr 2011 ca. 12.300 ambulante Pflegedienste in Deutschland, die insgesamt 576.000 pflegebedürftige Personen betreuten. Die pri-

⁶ Hierbei handelt es sich um solche selbständigen Angehörigen der Gesundheitsberufe, die überwiegend auf ärztliche Anordnung handeln, wie beispielsweise Logopäden, Krankenpfleger, Ergo- oder Physiotherapeuten.

vaten ambulanten Pflegedienste decken mittlerweile einen großen Anteil an der ambulanten pflegerischen Versorgung ab: Mittlerweile werden 49 Prozent der Pflegebedürftigen von den insgesamt 8.140 privaten ambulanten Pflegediensten versorgt (Statistisches Bundesamt 2013, Pflegestatistik 2011). Die folgende Tabelle gibt Auskunft über die quantitative Entwicklung der ambulanten Dienste zwischen 1999 und 2013, differenziert nach Trägerart.

| Jahr | 1999 | 2001 | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 | 2013 |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Privat | 5.504 | 5.493 | 5.649 | 6.327 | 6.903 | 7.398 | 7.772 | 8.140 |
| Freigemeinnützig | 5.103 | 4.897 | 4.587 | 4.457 | 4.435 | 4.433 | 4.406 | 4.422 |

Tabelle 1: Entwicklung der ambulanten Dienste 1999 bis 2013, differenziert nach Trägerart
(Quelle: Eigene Darstellung; Daten: Pflegestatistik 1999 bis 2015)

Bei der Interpretation dieser Daten ist es wichtig zu wissen, dass es bereits vor der Einführung der Pflegeversicherung private ambulante Dienste gegeben hat. Faßmann schätzt deren Anzahl für das Jahr 1995 auf ca. 1.000 (Faßmann 1996: 309 f., zitiert nach Rothgang et al. 2015: 9). Einer Untersuchung von TNS Infratest im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums zufolge, die sich im Wesentlichen auf die Pflegedatenbank der BKK stützt (und somit ausschließlich Betriebe mit einem Versorgungsertrag umfasst), wurde fast die Hälfte der Dienste in privater Trägerschaft seit 1998 gegründet (TNS Infratest 2011: 72). Deutlich wird, dass sich seit Einführung der Pflegeversicherung zwei ineinander verzahnte Entwicklungen im Bereich der ambulanten Pflegedienste abzeichnen: Zum einen steigt die Zahl der privaten Dienste kontinuierlich an, zum anderen geht die Anzahl der durch freigemeinnützige Träger betriebenen Dienste kontinuierlich zurück, wenn auch nicht ganz so stark wie das Wachstum der privaten Dienste. Der Eindruck einer wachsenden Bedeutung der privaten Pflegedienste lässt sich mittels Einbezug von Daten zur Verteilung von Personal und Pflegebedürftigen untermauern.

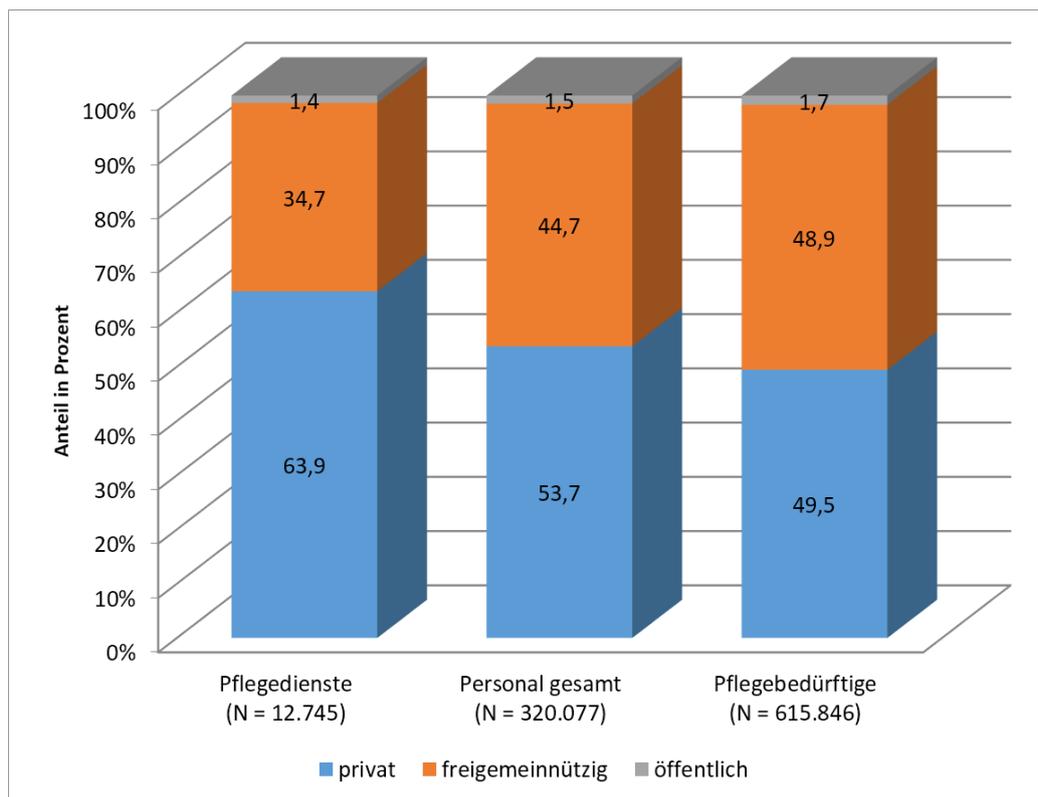


Abbildung 1: Ambulante Pflege in Deutschland: Pflegedienste, Personal und Pflegebedürftige, differenziert nach Art der Trägerschaft (Stand 2013)

(Quelle: Statistisches Bundesamt 2015 (Pfleigestatistik 2013); Darstellung in Anlehnung an Rothgang et al. 2015)

Das Schaubild veranschaulicht den Anteil der privaten Dienste an der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger in 2013. Die erste Säule bildet den Anteil der privaten Dienste an allen ambulanten Diensten ab. Dieser beträgt 63,9 Prozent. Die mittlere Säule zeigt an, welcher Anteil den privaten Diensten an der Beschäftigung in der ambulanten Pflege zukommt: Etwas mehr als die Hälfte aller Beschäftigten im ambulanten Bereich arbeiten bereits bei privaten Diensten. Bezogen auf die Pflegebedürftigen zeigt sich ein leicht anderes Bild, da diese zu einem höheren Anteil (und zwar ungefähr hälftig) durch freigemeinnützige Dienste versorgt werden, als es deren Anteil an der Gesamtzahl der Pflegedienste vermuten lässt.

Betriebsgrößen

Private Pflegedienste sind gemessen an der von ihnen betreuten Personenzahl kleiner als die Sozialstationen freigemeinnütziger Träger. Sie versorgen im Durchschnitt 36 Pflegebedürftige, wohingegen die Dienste freigemeinnütziger Träger durchschnittlich 65 Personen versorgen (Statistisches Bundesamt 2015). Dieser anhand der durchschnittlichen von einem Dienst betreuten Personenzahl gewonnene Eindruck wird bestätigt, wenn die Verteilungen innerhalb der jeweiligen Gruppe (nur private Anbieter, nur freigemeinnützige Anbieter) miteinander verglichen werden.

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Anzahl betreute Personen | 30 | 31 | 61 | 91 | 121 | 151 | 181 | 211 | 241 | + |
| | | - | - | - | - | - | - | - | - | 271 |
| | | 60 | 90 | 120 | 150 | 180 | 210 | 240 | 270 | |
| Privat | 1.872 | 2.595 | 1.662 | 850 | 423 | 235 | 123 | 59 | 36 | 80 |
| Freigemeinnützig | 162 | 589 | 791 | 692 | 467 | 301 | 228 | 154 | 92 | 310 |

Tabelle 2: Ambulante Dienste nach Trägerart und Pflegebedürftigen

(Quelle: Eigene Darstellung; Daten: BKK, zitiert nach Rothgang et al. 2015: 20)

Während bei den freigemeinnützigen Trägern ambulante Dienste mit einer Versorgungsgröße von 60 bis 90 bzw. 90 bis 120 betreuten Pflegepersonen gehäuft auftreten, insgesamt aber eine gleichmäßigere Verteilung im gesamten Größenspektrum vorliegt, konzentrieren sich die privaten ambulanten Dienste deutlich im unteren Segment. Hier überwiegen eher kleine Betriebsgrößen. Auch wenn die Betriebsgröße in Beschäftigtenzahlen ausgewiesen wird, treten auf Seiten der privaten ambulanten Dienste deren Heterogenität und Differenz zu jenen in gemeinnütziger Trägerschaft hervor. Bei einer durchschnittlichen Betriebsgröße ambulanter Dienste von 14 Mitarbeitern (gemessen in Vollzeitstellen) zeigt sich hinsichtlich der Trägerschaft folgender Größeneffekt: Die überwiegende Mehrheit der Pflegedienste mit unter zehn Beschäftigten befindet sich in privater Hand, wohingegen die Dienste freigemeinnütziger Träger zu zwei Dritteln mehr als zehn Beschäftigte umfassen. Die besondere Bedeutung der kleinbetrieblichen Strukturen für den privaten ambulanten Dienst lassen sich anhand der folgenden Zahlen verdeutlichen: Knapp drei Viertel der Dienste mit einem bis vier Beschäftigten befinden sich in privater Trägerschaft. Auch bei den Diensten mit fünf bis neun Beschäftigten gilt dies für zwei Drittel aller Betriebe. Werden ausschließlich die privaten Dienste betrachtet, so tritt das Merkmal der kleinen Betriebsgröße ebenfalls deutlich hervor: 54 Prozent der privaten ambulanten Pflegedienste beschäftigen nur bis zu zehn Mitarbeiter (TNS Infratest 2011: 74). Gleichwohl gibt es auch unter den privaten ambulanten Diensten beschäftigungsstarke Unternehmen. Diese sind jedoch deutlich seltener als die größeren Sozialstationen freigemeinnütziger Träger.

Das Leistungsangebot

Wie beschrieben, bestehen Spielräume für die privaten Anbieter ambulanter Pflege vorrangig in dem Leistungsmix, d. h. der Frage, wie sie Krankenkassen- und Pflegekassenleistungen miteinander so kombinieren, dass sie einträglich wirtschaften können. Denn im Unterschied zur Pflegeversicherung besteht für die Krankenversicherung der Anspruch auf Vollfinanzierung durch die Krankenkasse.

In der aktuellen Veröffentlichung des Pflege-Thermometers (Isfort et al. 2016) wird dem durch ambulante Dienste realisierten Leistungsmix Beachtung geschenkt. Danach bieten 90 Prozent der befragten ambulanten Dienste (n=1653, darunter

55 Prozent Dienste in privater Trägerschaft) neben SGB XI-Leistungen⁷ auch SGB V-Leistungen an (ebd.: 50). Mehr als 60 Prozent der befragten Dienste finanzieren sich ebenfalls über SGB XII-Leistungen. Auch sonstige ambulante Hilfeleistungen wie ein mobiler sozialer Dienst, familienentlastende Dienste oder ein Mahlzeiten-Service werden von 45 Prozent der ambulanten Dienste angeboten. Dienste, die ausschließlich Leistungen nach SGB XI anbieten, sind als Ausnahme (ein Prozent) zu betrachten. In arbeitsorganisatorischer Hinsicht wird der Leistungsmix von 40 Prozent der befragten Dienste als zeitgleiche Leistung nach SGB XI und SGB V ausgeführt (ebd.: 54). Einsätze, die nur eine Form des Leistungsrechts beinhalten, sind dagegen seltener, und wenn, dann mit einem Vorsprung der Hauskrankenpflege (32 Prozent gegenüber 26 Prozent von ausschließlich Altenpflegerischen Leistungen).

Ferner berichtet die Isfort-Studie von der finanziellen Bedeutung, den die einzelnen Leistungen an der Umsatzsituation ambulanter Dienste haben. Danach haben Leistungen nach SGB XI einen Anteil von 48,62 Prozent am Gesamtumsatz, gegenüber einem Anteil von 44 Prozent, den Leistungen nach SGB V umfassen. Zusätzlich privat zu finanzierende Leistungen haben Isfort et al. zufolge nur eine untergeordnete Bedeutung mit 7,39 Prozent (Isfort et al. 2016: 62).

4 Chancen und Risiken auf dem semiprofessionellen Markt – Versuch einer Bestimmung

Wie lassen sich diese Marktstrukturen der ambulanten Pflege vor dem Hintergrund der eingangs skizzierten Merkmale professioneller Märkte interpretieren? Vorgeschlagen wird, für die ambulante Pflege von einem semiprofessionellen Markt zu sprechen. Diesen kennzeichnet erstens eine höhere Risikolage in Bezug auf die Ertrags- und Einkommenssituation der selbständig Tätigen als bei professionellen, geschützten Märkten. Zwar wird der Marktzugang in Bezug auf die Qualifikationserfordernisse kontrolliert (Personalmindestvorbehalt), aufgrund der Abwesenheit von Angebots- und Funktionsmonopol (Konkurrenz zu familialer und informeller Pflege) und den Finanzierungsbedingungen der ambulanten Pflege ist die selbständige Erwerbstätigkeit in der Pflege dennoch mit weitaus höheren Risiken behaftet als bei klassisch professionellen Anbietern von Gesundheitsleistungen, deren Leistungen krankenkassenfinanziert sind. So berichten Isfort et al. von den Schwierigkeiten ambulanter Dienste, dass nicht alle nach pflegerischen Gesichtspunkten durchgeführten Leistungen auch adäquat abgerechnet werden können (Isfort et al. 2016: 3). Dies betrifft einerseits Betreuungszeiten in Krisensituationen oder in Phasen des Sterbens, andererseits aber auch die Versorgung von Pflegenden mit einem Anfahrtsweg von mehr als 25 Kilometern (ebd.).

Zweitens ist die Pflege der medizinischen Profession nach wie vor untergeordnet. In der ambulanten Pflege ist eine professionelle Autonomie nicht gegeben. Ambulante Dienste sind deswegen auf die Kooperation mit anderen Akteuren angewiesen, beispielsweise um ärztliche Verordnungen für die Abrechnung bestimmter Leistungen

⁷ Leistungen nach dem SGB XI sind Leistungen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung. Leistungen nach dem SGB V sind solche, die im Rahmen der Krankenversicherung erbracht werden. Leistungen nach dem SGB XII sind „Hilfen zur Pflege“, aus dem Leistungskatalog der Sozialhilfe.

gen zu erhalten. Hinzu kommt eine Abhängigkeit von den Kostenträgern: Es werden nicht alle (ärztlich) verordneten Leistungen von den Krankenkassen anerkannt.

„In der Relation kommt auf 4,6 widerspruchsfrei anerkannte Verordnungen eine vollständige Ablehnung einer Verordnung seitens der Kostenträger“ (Isfort et al. 2016: 6).

Ein weiteres Merkmal der fehlenden/nicht zugestandenen Professionalität ist, dass berufsständische Körperschaften wie Kammern mit eigenständigen Versorgungswerken für die freiberuflich erwerbstätigen Berufsangehörigen nicht existieren. Im Unterschied zu anderen Dienstleistungsmärkten kennzeichnet die ambulante Pflege gleichwohl eine sehr hohe Informationsdichte, die daraus resultiert, dass die Leistungsangebote standardisiert sind und ebenso wie die Muster der betrieblichen Arbeitsorganisation an den Finanzierungsbedingungen und Dokumentationspflichten der Pflegeversicherung ausgerichtet werden müssen. So entsteht der Eindruck eines relativ risikoarmen Fürsorgemarktes, auf dem eine selbständige Erwerbstätigkeit innerhalb stabiler Erwartungslagen gut kalkulierbar angelegt werden kann.

5 Hingabe oder Investment – Handlungsmuster von Pflegeunternehmer/innen

Märkte sind, wie institutionelle Regulierungen auch, interpretationsoffene Gebilde, die durch die handelnden Akteure als Bedingungen ihres Handelns unterschiedlich wahrgenommen werden. Ich stütze mich im Folgenden auf zwei Interviews (aus einer Gruppe von 20 Interviews mit Selbständigen im Pflegebereich), die im Rahmen des BMBF-Forschungsprojektes „Der Erfolg selbständiger Frauen“ (vgl. Gather et al. 2014) im Jahr 2012 erhoben und für diese Publikation erneut ausgewertet wurden. Mit der Gegenüberstellung von Hingabe oder Investment werde ich zwei Handlungsmuster in den Vordergrund rücken, die eine zentrale Trennlinie zwischen unterschiedlichen Formen des selbständigen Erwerbs bilden, welche wir anhand der Untersuchung rekonstruieren konnten.

Exemplarisch für die Gruppe der aus Hingabebereitschaft bzw. Fürsorgemotiven heraus handelnden Selbständigen möchte ich Frau A. vorstellen, die ihre Selbständigkeit zur Ausübung eines professionellen Ethos betreibt.

Frau A. ist 49 Jahre alt und hat 17 Jahre als Krankenschwester auf Station gearbeitet, überwiegend in Teilzeit, viel davon im Schichtdienst. Vor Eintritt in die Selbständigkeit war sie in einem größeren Pflegedienst tätig. Wie auch bei anderen Fällen unseres Samples, die wir dieser Gruppe zurechnen, erfolgte die Entscheidung zur Eröffnung eines eigenen Pflegedienstes aufgrund von Unzufriedenheit über die Beschäftigungssituation und initiierte eine Dynamik der Selbstermächtigung. Gemeinsam mit einer Kollegin gründet sie einen ambulanten Pflegedienst, der vorrangig Pflegeleistungen nach SGB XI (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) sowie Wundversorgung und Medikamentengaben vornimmt.

„Und wir waren beide von der Pflege da überhaupt nicht so begeistert, dass wir Anfang 2009 gesagt haben: So, jetzt reicht's, wir machen das jetzt besser, wir machen unseren eigenen Pflegedienst auf.“ (Frau A., Z. 23-25)

Die fachlichen Voraussetzungen erfüllten die beiden gelernten Krankenschwestern mit PDL-Schein (Ausbildung zur Pflegedienstleisterin) mühelos. Frau A. geht es mit dem Eintritt in die Selbständigkeit darum, die eigenen Arbeitsbedingungen zu verbessern und sich berufliche Handlungsspielräume für die Gestaltung der Pflegebeziehung zurückzuerobern: In der abhängigen Beschäftigung war sie einem hohen Zeitdruck ausgesetzt. Dieser hinderte sie ihren Schilderungen zufolge daran, ihre beruflichen Ansprüche an die Pflegequalität zu realisieren. Die Selbständigkeit bietet Frau A. ein höheres Maß an Kontrolle über ihre Erwerbstätigkeit. Als Inhaberin eines Pflegedienstes kann sie über den Stil der Pflege entscheiden, anstatt lediglich ein vorbestimmtes Handlungsmuster auszufüllen. Es ist ihr möglich, sich wieder mit ihrer Erwerbstätigkeit zu identifizieren.

„Und in dem Pflegedienst, wo ich war, [...]. Und die Patienten waren eben nur Nummern, und hopp hopp ging alles, und uns war jetzt ganz doll wichtig, dass wir und die Leute sich auch Zeit für die Patienten nehmen. Dass das alles ein bisschen familiär ist, dass die Leute sich wohlfühlen. Und nicht, dass da morgens jemand am Bett steht, Mund auf, Tabletten rein und auf Wiedersehen. Also das ist uns ganz, ganz wichtig. Und das ist uns auch sehr gut gelungen bis jetzt. Ja.“ (Frau A., Z. 309-318)

Während sie mit ihrem Pflegedienst, in dem neben ihrer Geschäftspartnerin noch eine weitere Vollzeitkraft und drei Teilzeitkräfte tätig sind, die Arbeit nach ihren Vorstellungen gestalten kann („Zeit nehmen“, „dass das familiär ist“), beklagt sie auf der anderen Seite die gestiegene Verantwortung und die Auflösung bewährter Grenzen zwischen Arbeit und Leben als Kehrseite der neu gewonnenen Kontrolle.

„Man macht sich mehr einen Kopf über alles, ist ja klar. Es ist ja die Existenz, die dranhängt. Früher bin ich nach Hause gegangen, dann war Feierabend und dann war Schluss. Und jetzt überlegt man noch, na ja, so und so, wie machst du das jetzt? Also man ist mit dem Kopf ... nicht jetzt körperlich mehr, sondern mit dem Kopf ist man halt mehr dabei.“ (Frau A., Z. 284-288)

Obwohl sie sich bereits im dritten Jahr ihrer Selbständigkeit befindet, fungieren die an den Angestelltenstatus geknüpften Ansprüche nach wie vor als Bewertungsmaßstab für ihre gegenwärtige Lebens- und Arbeitssituation. Sie beklagt sich über ausbleibenden Urlaub und berichtet von schwankenden Einkünften und von Monaten ohne jegliche Einkünfte in der Startphase. Deutlich wird: Die Selbständigkeit wird hier als Einschränkung erfahren. Frau A. ist da kein Einzelfall. Bei dieser Gruppe steht auch in der wirtschaftlichen Selbständigkeit der berufliche und berufsethische Selbstbezug im Mittelpunkt des Handelns und wird als Widerspruch zu wirtschaftlichen Rationalitäten erfahren. Diese werden als eine von außen auferlegte Anforderungsstruktur wahrgenommen, die notwendigerweise mehr oder weniger angeeignet werden muss, um beruflich handlungsfähig zu bleiben. Angesichts der wirtschaftlichen Unsicherheit, in der sich Frau A. seit Eintritt in die Selbständigkeit befindet, stellt die Perspektive des Wiedereintritts in den abhängigen Erwerb eine wichtige Sicherheitskonstruktion dar, die es ihr ermöglicht, die Selbständigkeit überhaupt aufrechtzuerhalten.

„Ab und zu denke ich, wenn hier wirklich alles schief läuft, denke ich auch, am besten alles hinschmeißen, ich gehe jetzt wieder, ich werde angestellt und dann mache ich meine Arbeit und habe dann Feierabend.“ (Frau A., Z. 329-331)

Versuche, mehr Patienten zu gewinnen, scheitern, obwohl der Betrieb, wie Frau A. angibt, bereits mehrere Tausend Euro in Marketingmaßnahmen investiert habe. An ihren Schilderungen wird deutlich, dass Frau A. über keine Erklärung für den ausbleibenden Unternehmenserfolg verfügt und dieser sie auch recht unvorbereitet trifft. Ihr mangelndes Verständnis von der Funktionsweise des Pflegemarktes und den Anforderungen, welche an die Einnahme einer betrieblichen Leitungsposition geknüpft sind, verdeutlicht, dass Frau A. ihre Selbständigkeit in erster Linie zur Weiterführung ihrer Berufstätigkeit betreibt. Sie hat ein Interesse an der selbstbestimmten Entfaltung ihrer professionellen Ansprüche und lehnt zugleich eine Erweiterung ihrer Berufsrolle um die Ausbildung kaufmännischer Kompetenzen und die Übernahme einer Arbeitgeberperspektive ab⁸. Bei ihr stehen die Patienten und ihre Bedürfnisse im Mittelpunkt. Sämtliches Verwaltungshandeln erscheint ihr lästig, in den Geschäftsräumen stapeln sich die Unterlagen. Diese zur Schau gestellte Marktferne lediglich als Desinteresse (und Versäumnis) der Inhaberin zu interpretieren, würde jedoch übersehen, dass Pflege gesellschaftlich als „Liebesdienst“ und Hingabe an die zu pflegende Person verstanden wird. Ähnlich wie aus Untersuchungen zu Künstlern und Kreativen (Manske 2015) bekannt, ist diese Demonstration von Marktferne Ausdruck und Code eines gesteigerten Berufsethos, der sich der Unterwerfung unter Marktlogiken explizit verweigert. Und in deren Zentrum, hier in der Pflege, steht nicht die Selbstverwirklichung, sondern die Selbstaufopferung.

Frau A. steht wie andere Inhaber/innen eher kleinerer Pflegedienste für jene Berufsangehörigen der Pflegebranche, die sich aus pflegerisch-ethischen Motiven heraus selbständig machen. Der Pflegemarkt erscheint dieser Gruppe wegen dessen Regulierung als ein sicheres Betätigungsfeld, das kaum Risiken birgt. Erst ausbleibender unternehmerischer Erfolg und Einbußen in der Einkommenssituation stoßen diese Akteure auf die Erfordernisse kaufmännischer Planung, welche angesichts der engen Kostenstrukturen in der Pflege eine Voraussetzung unternehmerischer Handlungsfähigkeit zu bilden scheinen.

Als Beispiel für eine Unternehmerin, die sich diesen Dienstleistungsbereich für den langfristigen Aufbau eines auf Wachstum ausgerichteten Unternehmens ausgesucht hat (Investment), möchte ich Frau U., eine Juristin, vorstellen. Frau U. ist zum Interviewzeitpunkt 33 Jahre alt, ihr Unternehmen besteht seit drei Jahren und umfasst ca. 60 Beschäftigte. Frau U. berichtet, dass sie durch eine mittlerweile beendete Partnerschaft mit einem Pflegedienstleiter die Pflegebranche und deren spezifischen Regulierungen kennenlernte, insbesondere da sie ihrem damaligen Partner beim Eintritt in die Selbständigkeit und beim Aufbau von dessen Pflegedienst zur Seite stand. Nach der Trennung von ihrem Partner startet sie ihren eigenen Pflegedienst mit zehn Klienten und sieben Beschäftigten. Sie nimmt hierfür einen Kredit in Höhe von ca. 100.000 Euro auf und investiert in Autos, Medizintechnik und Planungs- sowie Abrechnungssoftware.

⁸ So wird beispielsweise die Einnahme der Arbeitgeberperspektive vermieden; das Verhältnis zu den Beschäftigten ist auf Kollegialität ausgerichtet: „Wir arbeiten dann die Schichten genauso mit wie die Mitarbeiter, damit das abgedeckt ist. Und auch an den Wochenenden und so weiter, damit die Mitarbeiter dann mal freikriegen“ (Frau A., Z. 36-38).

Das Leistungsangebot ihres Betriebes hat Frau U. an den durch die Gesetzgebung beschriebenen Finanzierungsrahmen von ambulanten Pflege- und (medizinischen) Versorgungsleistungen ausgerichtet. Neben Pflegeleistungen nach SGB XI bietet ihr Unternehmen technik- und personalintensive Leistungen wie Intensivpflege an, welche über die Krankenkassen abgerechnet werden und anderen Vergütungsstrukturen folgen. Frau U. füllt als Inhaberin die Position der Geschäftsleitung aus. Ist sie in pflegerischen Angelegenheiten auf die Fachkompetenz ihrer Beschäftigten angewiesen, nimmt sie sämtliche wirtschaftlichen Angelegenheiten selbst in die Hand. So ist sie neben der Abrechnung mit den Kranken-, Pflege- und Sozialkassen sowie der Lohnbuchhaltung auch selbst mit den Aushandlungen und dem Abschluss der Pflege- und Betreuungsverträge befasst.

„Also ich bin verantwortlich für die Kundengewinnung, das Unternehmen vorstellen. Ich schaue, was ich halt dem Kunden anbieten kann. Und dann setzen wir uns zusammen und ich sage dann, wir machen das, das und das. Was ist eure Meinung? Und erstelle dann ein Kundenangebot.“ (Frau U., Z. 544-551)

Die von ihr verwendete Begrifflichkeit (Kunden, Angebot) deutet darauf hin, dass hier ein eher ökonomisches Verständnis der Pflegebeziehung vorliegt. Diese wird maßgeblich über den Pflegevertrag strukturiert, da in diesem die Pflegeleistungen und deren Erstellungsbedingungen detailliert werden. Im Unterschied zur ersten Gruppe geht es hier weniger um die Verwirklichung beruflicher Vorstellungen von guter Pflege, sondern dieser Form der unternehmerischen Betätigung liegt ein Einsehen in die Unhintergebarkeit der rechtlich-ökonomischen Strukturen öffentlich finanzierter Pflege zugrunde. Auf Basis dieser Einsicht kommt es in der konkreten Vertragsgestaltung durchaus zu situationsgemäßen Anpassungen.

„Die Kasse hat feste Sätze, und da kannst du machen, was du willst. [...] Das Erstgespräch, das ist notwendig, um die Menschen kennenzulernen, um die Umgebung kennenzulernen, um zu wissen, was kann die Ehefrau übernehmen? Oder um zu sagen, anstatt dieser Leistung machen wir etwas anderes. Dann können wir die Zeit für etwas anderes aufwenden. Es gehört dazu, Geschenke aufzubringen für die Kunden, wo ich sage, es ist mir egal, dass ich meinem Personal eine Stunde mehr zahle. Wir bringen Sie zum Arzt. Das ist halt auch ein kleines Geschenk. Das tut nicht jeder Pflegedienst.“ (Frau U., Z. 940 ff.)

Frau U. stellt sich als eine Unternehmerin dar, der es gelingt, den Gegensatz zwischen betriebswirtschaftlichem Kalkül und den Ansprüchen an Pflegequalität zu überbrücken. Es sind weniger ethische Verpflichtungen oder Selbstverpflichtungen als das Interesse an der Stabilität der Auftragslage und einer guten Wettbewerbsposition, womit sie Zusatzleistungen („Geschenke“) begründet. Doch auch Ansprüche an eine als authentisch empfundene Betriebsführung werden von ihr vorgetragen:

„Und natürlich muss ich ja auch wirtschaftlich denken und alles planen. Aber (räuspert sich) mir ist wichtig, dass eine ältere Person nicht jedes Mal jemand Neuen kennenlernen und alles neu erzählen muss. Da liegen meine Unterhosen oder da liegen meine Einlagen. [...]. Das tue ich halt weder meinen Mitarbeitern noch meinen Kunden an. Die müssen sich kennen, die müssen Vertrauen aufbringen. Denn ich versuche mich immer in die Situation zu versetzen: Was würdest du fühlen, wenn du alt und hilfsbedürftig bist? Das ist das Wichtigste. Also halt nicht das Geld steht im Vordergrund, sondern wirklich gute Arbeit zu erbringen. Und das scheint gut anzukommen. Klar gibt es Fluktuation. Natürlich. Es gibt Menschen, wo ich sage, ich muss aussortieren. Ich muss Entscheidungen treffen. Die erste Kündigung war

für mich eine Katastrophe (lacht). Jemandem zu sagen: Ich bin mir dir unzufrieden. Aber einfach (räuspert sich) diesen Anspruch, zu sagen, ich habe meine Linie und ich führe es durch, das ist mir wichtig. Ich versuche, meinen Kunden das anzubieten, was ich mir potenziell selbst wünschen würde.“ (Frau U., Z. 832-847)

Der wirtschaftliche Erfolg ihres Unternehmens („das scheint gut anzukommen“) wird als Nachweis einer gelingenden Vereinbarkeit wirtschaftlicher und pflegerischer Ansprüche angesehen und scheint zugleich rechtfertigungsbedürftig zu sein („nicht das Geld“). In der Rhetorik authentischer Unternehmensführung („ich habe meine Linie“) rechtfertigt sie sowohl Aspekte der Arbeitsorganisation und der Einsatzplanung (Vertrauen), Personalentscheidungen (Kündigung) als auch ihre Marktstrategien. Dieses Erklärungsmodell ermöglicht ihr, den wirtschaftlichen Erfolg ihres Unternehmens auf ihre Leistungsbeiträge⁹ und ihre Persönlichkeit zurückzuführen. Zugleich führt es vor Augen, dass aus dem Mangel an individueller pflegerischer Fachkompetenz ein legitimatorisches Defizit hinsichtlich ihrer unternehmerischen Betätigung auf diesem Fürsorgemarkt erwächst. Im Feld der Pflege scheint es wichtig zu sein, nicht bloß als kompetent kalkulierende Unternehmerfigur dazustehen. Der Anspruch gelingender Unternehmensführung bedarf hier des Bezugs auf das Patientenwohl, wie von Frau U. vorgeführt.

6 Schluss: Ambivalente Rahmenbedingungen für Fürsorge

Der Artikel versuchte, dem Zusammenhang zwischen Pflegegesetzgebung, Marktentwicklung und unternehmerischer Praxis vertiefend nachzugehen, um das komplexe Wirkungsgefüge, welches die sozialpolitische Regulierung in der ambulanten Pflege entfaltet, mit Blick auf die unternehmerischen Akteure dieses Wohlfahrtsmarktes in quantitativer und qualitativer Hinsicht zu umreißen. Die Kontrastierung des ambulanten Pflegemarktes mit einer idealisierten Beschreibung professioneller Märkte, wie sie auch im Gesundheitssektor vorliegen, zielte auf die Einordnung dieses durch die Pflegeversicherung geschaffenen Wohlfahrtsmarktes ab. Diesen kennzeichnet eine Dynamik, die auf Verschiebungen in der Anbieterstruktur verweist: In dem vormals von Trägern der freien Wohlfahrtspflege dominierten Sektor stellen mittlerweile die überwiegend kleinbetrieblich strukturierten privaten Anbieter die Mehrheit. Aus der hier eingenommenen Perspektive auf die unternehmerischen Akteure zeichnet sich ab, dass diese aus einer Zwischenstellung heraus agieren. Einerseits handeln sie auf Basis von Versorgungsverträgen und bieten die öffentliche Dienstleistung Pflege nach politisch definierten bzw. verhandelten Standards und Bedingungen an. Andererseits befinden sie sich als Marktakteure im zwischenbetrieblichen Wettbewerb; ihre selbständige Erwerbstätigkeit birgt die üblichen Risiken (Auslastung, Einkommenssicherung), wenn auch unter den Bedingungen eines hochgradig regulierten Marktes, insofern die Regelungen der Pflegegesetzgebung einen Teil der Marktrisiken begrenzen, da die Wettbewerbsbedingungen für die verschiedenen Marktteilnehmer ein hohes Maß an Vergleichbarkeit aufweisen und die Handlungsspielräume der Anbieter, beispielsweise auf die Preisgestaltung zu wirken, begrenzt

⁹ Sie stellt an verschiedenen Passagen des Interviews heraus, wie hart sie in den ersten Jahren gearbeitet hat und wie sehr sie bereit war, Ansprüche an Lebensqualität der wirtschaftlichen Unternehmung unterzuordnen.

bzw. zum Teil untersagt sind. Das führt zu einer ungewöhnlichen Konstellation: Als Anbieter einer öffentlichen, über die Pflegeversicherung (teil-)finanzierten Dienstleistung befinden sie sich gleichwohl gegenüber den medizinischen Akteuren und den öffentlichen Kostenträgern in einer untergeordneten Position. Auch gegenüber der Familie ist ihre Stellung nicht eindeutig. Denn auf dem Pflegemarkt besteht kein Angebots- und Funktionsmonopol. Diesem Umstand korrespondiert ein Akzeptanzkonflikt, insofern die Selbstbeschreibung von Pflege als eine professionelle Tätigkeit, deren Ausübung besondere Fachkompetenzen erfordert, nicht unstrittig ist. Der uneindeutige berufliche Status von Pflege spiegelt sich nicht nur in der normativen Bedeutung und quantitativen Dominanz familialer Pflege sowie deren Ergänzung durch informelle Pflege – wie sie beispielsweise durch meist osteuropäische 24-Stunden-Betreuerinnen, die als Live-ins in den Haushalten leben, angeboten werden – wider. Er ist nicht zuletzt auch folgenreich für die Finanzierungsbedingungen, denen die ambulante Pflege unterliegt. Diese folgen einer Bewertung von Pflege als Familienarbeit und weisen die Tätigkeit dem weiblichen Tätigkeitsspektrum zu, womit eine niedrige soziale Wertschätzung sowie ein relativ knapp bemessenes Vergütungsniveau verbunden ist (Backes et al. 2008). Damit unterscheidet sich die ambulante Pflege deutlich von professionellen Märkten.

Wie die Auswertung der Interviews mit Inhaber/innen von ambulanten Pflegediensten zeigte, stellen diese dem Pflegemarkt eigenen Ambivalenzen sowie insbesondere dessen Finanzierungsbedingungen spezifische Herausforderungen an die Betriebsführung. Anders als niedergelassene Ärzte können die selbständigen Anbieter von Pflegeleistungen nicht lediglich professionell klientenorientiert und unabhängig von Marktmechanismen handeln. Die Integration ökonomischer Kalküle der Betriebsführung ist auf dem Pflegemarkt notwendig; sie wird, wie die Untersuchung zeigte, jedoch nicht von allen privaten Akteuren in der gleichen Weise erfüllt. Während eine Gruppe privater Anbieter die bestehenden Planungssicherheiten strategisch zur Angebots- und Betriebsentwicklung nutzt, wird von einer anderen Gruppe die Erfordernis, die Betriebsführung an kaufmännischen Aspekten auszurichten, als tätigkeitsfremd angesehen und weitestgehend abgelehnt (vgl. ebenfalls Gather/Schürmann 2013). Es wäre jedoch verkürzt, die ausbleibenden Marktstrategien dieser Anbietergruppe als individuelles Versäumnis zu betrachten. Denn gerade sie verweisen auf die in der Pflegegesetzgebung angelegte Tendenz, die Pflegearbeit als etwas Außerökonomisches zu behandeln. Die hohe Regulationsdichte des Pflegemarktes wird von diesem primär ethisch motiviertem Teil der Anbieter als Versprechen zur professionellen Autonomie interpretiert, als Möglichkeit, vorrangig klientenorientiert zu handeln. Dass auf dem Pflegemarkt diese Bedingungen nicht vorliegen, sondern der selbständige Erwerb zugleich mit den Forderungen der Autonomie verbunden ist – dergestalt, dass die Verantwortung und Kontrolle für die Unternehmensführung sowie die entsprechenden Risiken zu tragen sind –, wird von einem Teil der Anbieter, wie hier exemplarisch am Beispiel von Frau A. gezeigt, systematisch unterschätzt.

Aus diesen ersten Befunden lässt sich folgern, dass die Wirkungen der Pflegegesetzgebung nicht einheitlich zu bestimmen sind. Zu sehen ist, dass mit den poli-

tisch gesetzten Rahmenbedingungen innerhalb der Gruppe der privatwirtschaftlichen Anbieter unterschiedlich umgegangen wird. Die Heterogenität der privaten Anbieter-schaft wurde auch anhand der Betrachtung der Betriebsgrößen deutlich. Angesichts der zahlenmäßigen Bedeutung kleiner Betriebe stellt sich deswegen die Frage nach deren Stabilität und Wachstum. Weiterer Forschungsbedarf besteht in einer quantita-tiven Bestimmung der betrieblichen Fluktuationsraten. Darüber hinaus schließen sich Fragen nach den Kooperations- und Organisationsstrategien der privatwirtschaftli-chen Anbieter an, insofern die hier bestehenden Verbandskonkurrenzen möglicher-weise zur Schwächung der Verhandlungsposition hinsichtlich des Vergütungsniveaus gegenüber den öffentlichen Kostenträgern beitragen.

Literatur

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago/London.
- Backes, G.; Amrein, L.; Wolfinger, M. (2008): *Gender in der Pflege – Herausforderungen für die Politik*. Friedrich Ebert Stiftung (Hg.). Bonn.
- Bauer, U. (2008): *Die Zukunft der Pflege – Qualitäts- und Strukturfragen aus Nutzer-sicht*. In: Böcken, J.; Braun, B.; Amhof, R. (Hg.): *Gesundheitsmonitor 2008. Ge-sundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölke-rung*. Gütersloh, S. 231-249.
- Behrens, J.; Horbach, A.; Müller, R. (2008): *Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz*. In: *Hallesche Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft*, Jg. 7., H. 1, 66 S.
- Bellmann, L.; Grunau, P.; Maier, F.; Thiele, G. (2013): *Struktur der Beschäftigung und Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen – 2004 bis 2008*. In: *Sozialer Fortschritt*, Jg. 62, H. 3, S. 77-87.
- Blank, F. (2011): *Wohlfahrtsmärkte in Deutschland – Eine voraussetzungs-volle Form der Sozialpolitik*. In: *WSI-Mitteilungen*, Jg. 64, H. 1, S.11-17.
- Blinkert, B.; Klie, T. (2008): *Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen*. In: Bauer, U.; Büscher, A. (Hg.): *So-ziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflege-forschung*. Wiesbaden, S. 238-258.
- Bode, I. (2005): *Alter(n) auf dem Markt der Möglichkeiten. Die Disorganisation der Seniorenversorgung und ihre Folgen für die Strukturen sozialer Ungleichheiten*. DZA Diskussionspapier Nr. 44. Berlin.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2012): *Fachkräfteengpässe in Deutschland. Analyse*. Dezember 2012. Internet: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt/Generische-Publikatio-nen/BA-FK-Engpassanalyse-2012-12.pdf> [zuletzt aufgesucht am 05.09.2013].
- Ehrentraut, O.; Hackmann, T.; Krämer, L.; Schmutz, S. (2016): *Zukunft der Pflege-politik-Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen*. Friedrich Ebert Stiftung (Hg.). Bonn.
- Freidson, E. (1979): *Der Ärztstand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durch-leuchtung einer Profession*. Stuttgart.

- Freidson, E. (1986): *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago/London.
- Gather, C.; Schürmann, L. (2013): „Jetzt reicht’s. Dann machen wir eben unseren eigenen Pflegedienst auf“. Selbständige in der Pflegebranche – Unternehmertum zwischen Fürsorge und Markt. In: *Feministische Studien*, Jg. 31, H. 2, S. 225-239.
- Gather, C.; Biermann, I.; Schürmann, L.; Ulbricht, S.; Zipprian, H. (Hg.) (2014): *Die Vielfalt der Selbständigkeit. Sozialwissenschaftliche Perspektiven auf eine Erwerbsform im Wandel*. Berlin.
- Geller, H.; Gabriel, K. (2004): *Ambulante Pflege zwischen Familie, Staat und Markt*. Freiburg.
- Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V. (IAW) (2011): *Evaluation bestehender Mindestlohnregelungen Branche: Pflege. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)*. Internet: <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/evaluation-mindestlohn-pflegebranche.html> [zuletzt aufgesucht am 29.04.2013].
- Isfort, M.; Weidner, F.; Messner, T.; Zinn, W. (2004): *Pflege-Thermometer 2004. Frühjahresbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland*. Köln.
- Isfort, M.; Rottländer, R.; Weidner, F.; Tucman, D.; Gehlen, D.; Hylla, J. (2016): *Pflege-Thermometer. Eine bundesweite Befragung von Leistungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) (Hg.). Köln.
- Klie, T. (1998): *Pflege im sozialen Wandel. Wirkungen der Pflegeversicherung auf die Situation Pflegebedürftiger*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Jg. 31, H. 6, S. 387-391.
- Kumbruck, C.; Rumpf, M.; Senghaas-Knobloch, E.; Gerhard, U. (2010): *Unsichtbare Pflegearbeit: Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung*. Berlin.
- Littek, W.; Heisig, U.; Lane, C. (2005): *Die Organisation professioneller Arbeit in Deutschland. Ein Vergleich mit England*. In: Klatetzki, T.; Tacke, V. (Hg.): *Organisation und Profession*. Wiesbaden, S. 73-118.
- Manske, A. (2015): *Kapitalistische Geister in der Kultur- und Kreativwirtschaft. Kreative zwischen wirtschaftlichen Zwang und künstlerischem Drang*. Bielefeld.
- Meyer, D. (2008): *Staat-Markt-Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Ein Versuch zur Klärung mancher Irrtümer und Halbwahrheiten*. In: *Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften*, Jg. 59. Göttingen, S. 114-140.
- Nullmeier, F. (2001): *Sozialpolitik als marktregulative Politik*. In: *Zeitschrift für Sozialreform*, Jg. 47, H. 6, S. 645-667.
- Oschmiansky, H. (2013): *Zwischen Professionalisierung und Prekarisierung: Altenpflege im wohlfahrtsstaatlichen Wandel in Deutschland und Schweden*. Berlin.
- Ostner, I.; Krutwa-Schott, A. (1981): *Krankenpflege – ein Frauenberuf? Bericht über eine empirische Untersuchung*. Frankfurt a. M./New York.
- Parsons, Talcott (1964): *The Professions and Social Structure*. In: Ders. (Hg.): *Essays in Sociological Theory*. New York, S. 34-49.

- Pongratz, H.; Abbenhardt, L. (2015): Selbständigkeit, Unternehmertum oder Entrepreneurship? Differenzierungen der Felder unternehmerischen Handelns. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 64, H. 9-10, S. 209-215.
- Rothgang, H.; Sünderkamp, S.; Weiß, C. (2015): Die Rolle der privaten Anbieter in der Pflegeversorgung in Deutschland. Expertise für den Bpa. In: Bpa-Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (Hg.). Berlin.
- Rumpf, M. (2007): Geschlechterverhältnisse und Ethos fürsorglicher (Pflege-)Praxis im Wandel: Literaturbericht und Problemskizzen zu häuslicher Pflege. Bremen.
- Rüschemeyer, D. (1972): Ärzte und Anwälte: Bemerkungen zu einer Theorie der Professionen. In: Luckmann, T.; Sprondel, W. (Hg.): Berufssoziologie. Köln, S. 168-181.
- Senghaas-Knobloch, E. (2008): Care Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. In: Berliner Journal für Soziologie, Jg. 18, H. 2, S. 221-43.
- Senghaas-Knobloch, E. (2010): Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen fürsorglicher Praxis in der Pflege. In: Kumbruck, C.; Rumpf, M.; Senghaas-Knobloch, E. (Hg.): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Berlin, S. 85-105.
- Siegrist, H. (Hg.) (1988): Bürgerliche Berufe. Zur Sozialgeschichte der freien und akademischen Berufe im internationalen Vergleich. Göttingen.
- Slotala, L. (2011): Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2013): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2011. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2015): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2013. Wiesbaden.
- Theobald, H. (2010): Pflegepolitik, Sorgetätigkeiten und Ungleichheit: Europäische Perspektiven. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 59, H. 2, S. 31-39.
- Theobald, H.; Szebehely, M.; Preuß, M. (2013): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Berlin.
- TNS Infratest (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bundesministerium für Gesundheit (Hg.). Berlin.