

# Care zwischen Haushaltsproduktion und Dienstleistung

## Nachfrage und Ausdifferenzierung des Profils von Pflege im demographischen Wandel

■ Roland Schmidt

*Die Pflege im Haushalt und in Einrichtungen steht vor großen Veränderungen. Der Rückgang sozialer Ressourcen in der Familie wird vor allem durch professionelle Dienstleistungen kompensiert werden müssen. Das dafür erforderliche Personal wird allerdings schwer zu gewinnen sein. Entscheidend und im Wettbewerb zentral ist deshalb künftig die maßgeschneiderte Konfiguration von Leistungen für Kunden sowie das Management von Veränderungen in einem sich wandelnden Umfeld.*

Pflegefachkräfte stellen bereits heute und erst recht morgen eine knappe Ressource dar, die sich zum einen verstärkt umworben sieht und der zum anderen vermehrt Anforderungen und Optionen zur weiteren Profilierung eröffnet sind. In diesem Spannungsfeld ist auch das Thema »Verantwortung in der Pflege« zu verorten.

Im demographischen Wandel steigt zwar die Zahl der pflegebedürftigen Menschen, jedoch nicht zwingend proportional zur Alterung. Die Verminderung des Sterblichkeitsrisikos im Alter ab 60 Jahren ist durch den medizinischen Fortschritt vor allem bei der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach 1980 erreicht worden. Dieser Trend könnte andauern, sollte es gelingen, lebensverkürzende Effekte durch Übergewichtigkeit zu kompensieren.

- Nach Erkenntnissen des Max-Planck-Instituts (MPI) für demographische Forschung (1), Rostock, sinkt das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden. Eine »Kompression der Morbidität« mit mehr Lebensjahren ohne schädigungsbedingte Beeinträchtigungen deutet sich danach an. Da das Risiko, pflegebedürftig zu werden, bei höherer Bildung sinkt, wird angesichts der Bildungsexpansion seit den 1960er Jahren auch zukünftig ein Rückgang des Pflegerisikos vermutet.
- Der GEK-Pflegereport 2009 beziffert den Rückgang des Pflegerisikos in den

Jahren 2000 bis 2008 bei Männern um ein Prozent pro Jahr (insgesamt acht Prozent) und bei Frauen um 3,4 Prozent pro Jahr (insgesamt 25 Prozent). »In den höheren Altersklassen ist der Anteil der ›population at risk‹ daher zunehmend kleiner.« (2)

Die derzeitige Prävalenz von Pflegebedürftigkeit bleibt nicht konstant. Beeinflussbar ist sie durch Entwicklungen im Gesundheitswesen, die das sich wandelnde Krankheitspanorama besser berücksichtigen (Stichwörter: Gesundheitsförderung und Primärprävention, populationsbezogene Integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme). Drei Trends gewinnen mit Blick auf Familienstrukturen gewinnen an Gewicht:

- Der Geburtenrückgang resultiert in erster Linie aus dem steigenden Anteil von Frauen und Paaren, die zeitlebens kinderlos geblieben sind. Deren soziale Ressourcen, die zur Bewältigung von Pflegesituationen zur Verfügung stehen, sind stark limitiert. (3)
- Der Abstand zwischen den Generationen vergrößert sich. Menschen werden zukünftig mit Pflege von Angehörigen vermehrt in Situationen konfrontiert, in denen sie selbst noch erwerbstätig sind. Will man Sorgearbeit von Familien fördern, stellt sich die Frage nach besserer Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege in der Familie.
- Dies vollzieht sich auf der Folie einer sozial differenzierten, gleichwohl allmählich raumgreifenden Entwicklung hin zur »multilokalen Familie« in Folge von Mobilitätsanforderungen, denen sich jüngere Generationen zu stellen haben.

In diesen skizzierten Nachfragesegmenten wird Pflege zukünftig seltener im Sinne von »Haushaltsproduktion« privat realisiert werden können. Der Rückgang sozialer Ressourcen in der Familie wird allein durch steigenden Dienstleistungsbezug zu kompensieren sein. ▶

---

Prof. Dr. Roland Schmidt ist Hochschullehrer für Gerontologie und Versorgungsstrukturen an der Fachhochschule Erfurt.  
E-Mail [roland.schmidt@fh-erfurt.de](mailto:roland.schmidt@fh-erfurt.de)

## Pflegefachkräfte – eine knapper werdende Ressource

Angesichts solcher Entwicklungen prognostiziert Schnabel (4), dass langfristig

- der Trend zur vollstationären Pflege dauerhaft anhält (von 33% aller Pflegebedürftigen im Jahr 2005 auf 48% im Jahr 2050),
- die Familienpflege sukzessiv abnimmt (von 48% der Fälle auf dann 23% in 2050) und
- sich die Zahl der Sachleistungsempfänger in der häuslichen Pflege verdoppelt (auf 1,3 Millionen in 2050).

Mehr Heimpflege und mehr Sachleistungsbezug bewirken zusammen genommen steigende Beschäftigung in der Langzeitpflege:

- »mit Heimsog« handelt es sich rechnerisch um eine jährliche Steigerungsrate von 3,2 Prozent zusätzlicher Pflegekräfte ab sofort
- »ohne Heimsog« – also wenn Ambulantisierungsstrategien nachhaltig greifen sollten – um ein Plus in Höhe von 2,4 Prozent ab sofort.

Unterstellt, diese Annahmen treffen so ein, bedeutet das zudem, dass die heutige Relation – von 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind 2,1 Personen in der Langzeitpflege tätig – »ohne Heimsog« auf dann rund sieben Personen und »mit Heimsog« auf zehn Personen steigen müsste. (5) Und dies wäre vonnöten,

- obgleich die Konkurrenz um Auszubildende bei sinkendem Erwerbspersonenpotential der Schulabgänger zwischen unterschiedlichen Branchen steigen wird,
- dadurch Anreize für ein steigendes Lohnniveau in der Pflege gesetzt werden, die Rückwirkungen auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung zeitigen,
- vermehrte Ausbildungsanstrengungen erforderlich sind. (6)

Die steigende Nachfrage nach Pflegekräften im demographischen Wandel wird vornehmlich durch die Langzeitpflege ausgelöst. Klinikbehandlungen hingegen, so die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder in einer gemeinsam erstellten, abgestimmten Vorausberechnung, nehmen, wenn man ein Status-quo-Szenario zugrunde legt (= konstante alters- und geschlechtsspezifische Diagnosewahrscheinlichkeiten), maximal um zwölf Prozent von 17 Millionen in 2005 auf 19 Millionen in 2030 zu. Geht man

hingegen in einem Alternativszenario (= Menschen leben länger gesund, schwere Krankheiten und Krankenhausbehandlungen treten erst später auf) von sinkenden Behandlungsquoten aus, steigt die Zahl der Klinikbehandlungen auf nur mehr 17,9 Millionen Fälle im Jahr 2030. (7)

Man hat somit von zwei parallelen Prozessen ausgehen: einem markanten Anstieg der Nachfrage nach Personal in der Pflege insgesamt bei gleichzeitiger Ausbalancierung der Gewichte zwischen Akut- und Langzeitpflege zugunsten der Langzeitpflege.

Eine intensivierte Nachfrage nach Pflegefachkräften trifft jedoch auf das Faktum, dass die Rate der Schulabgänger, die sich für Pflegeberufe entscheiden, bei vier vis viereinhalb Prozent verweilt. (8) Der konstante Anteil bedeutet aber angesichts rückläufiger absoluter Schulabgängerzahlen de facto bereits heute sinkende Schülerzahlen in Pflegeberufen (v. a. in der Altenpflegeausbildung). Ausbildung in der Altenpflege wird nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen, was die Situation weiterhin negativ beeinflusst.

Nach Auffassung des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung ist im stationären Sektor der Langzeitpflege bis zum Jahr 2020 mit einem Mehrbedarf in Höhe von rund 50.000 Fachkräften zu rechnen. (9) In der jüngeren Vergangenheit profitierte Langzeitpflege von dem Umstand, dass ausgebildete Fachkräfte in der Akutpflege durch die Krankenhäuser nicht übernommen wurden. Diese Entwicklung allerdings wird so nicht ungebremst andauern. Denn:

- Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG), das am 25. März 2009 in Kraft getreten ist, beinhaltet ein Förderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern. Mit ihm sollen in nächsten drei Jahren bis zu 17.000 neue Stellen bundesweit geschaffen werden (§ 3 Abs. 10 KHRG). Diese Stellen sind zu 90 Prozent von den Krankenkassen zu finanzieren. Der zuletzt im Krankenhaussektor zu verzeichnende Personalabbau wurde durch »notwendige Gegenregulation« (zunächst) gestoppt. (10)
- Eine Übertragung von bestimmten, bis dato Vorbehaltsaufgaben des Arztes auf speziell qualifizierte Fachkräfte er-

öffnet neue qualifizierte Einsatzmöglichkeiten und Ausbildungsprofile in der Akutpflege (Stichwörter: AGNES und VERAH im Kontext hausarzttrierte Versorgung).

Es zeichnet sich somit ab, dass der Wettbewerb in der Personalrekrutierung zwischen Akut- und Langzeitpflege an Schärfe gewinnen wird. Der Nachfrageschub resultiert zwar aus der Langzeitpflege. Gleichwohl befindet sich die Akutpflege in einer Vorteilposition dadurch, dass sie bis heute klarer konturierte Aufstiegsmöglichkeiten zu bieten hat – auf der Grundlage einer fortgeschrittenen vertikalen Spezialisierung unterschiedlicher Qualifikationsniveaus. Diese ist in der Langzeitpflege erst noch einzuleiten, also Verantwortlichkeiten auszudifferenzieren und steigende Qualifikationsanforderungen einzulösen. Eine Entwicklung, die die Langzeitpflege so in der Vergangenheit nicht nachvollzogen hat und die ihr nunmehr zum Nachteil gereicht. Personalentwicklung in der Langpflege, wenn sie überhaupt stattfand, kennt im Wesentlichen nur Wohnbereichsleitung und Pflegedienstleitung als begrenzte Aufstiegsmöglichkeiten. Anstöße in Richtung auf mehr Fachlichkeit erfolgten zuletzt nicht auf der Ebene sozialwirtschaftlicher Unternehmen in der Langzeitpflege, sondern durch den Impuls des Gesetzgebers, die Evidenzbasierung in der Langzeitpflege zu normieren, und durch die überfällige Diskussion um das Profil der verantwortlichen Pflegefachkraft.

## Evidenzbasierung

Moderne Qualitätsdefinitionen gesundheitlicher oder pflegerischer Dienstleistungen heben nicht allein auf die »Soll-Ist-Relation« im Qualitätsverständnis ab, sondern führen zudem einen weiteren Maßstab ein: den gegenwärtigen Stand professionellen Wissens. So beispielsweise der Sachverständigenrat in seinem Jahresgutachten 2000/2001 zur Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege: Qualität wird hier verstanden als »Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Behandlungsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissensstand übereinstimmen«. (11)

Qualität gesundheitlicher und pflegerischer Dienstleistungen hat neben dem Soll-Ist-Vergleich immer auch den Stand des Wissens nach Lex-*artis* als Bezugspunkt. Professionen (Ärzte, aber auch die Fachpflege) sind gefordert, den unbestimmten Rechtsbegriff »allgemein anerkannter Stand der (...) Erkenntnisse« durch wissenschaftlich begründete Qualitätsfestlegungen, die in einem methodisch strukturierten, Legitimation stiftenden, transparenten Prozess entwickelt wurden, zu konkretisieren.

Man kann den englischen Begriff »Evidence« nicht mit »Evidenz« im Deutschen gleichsetzen. »Evidence« bedeutet eine Aussage, die belegt, bewiesen ist. Der im hiesigen Sprachraum eingeführte Begriff »Evidenz« hingegen meint eine einleuchtende Erkenntnis oder auch eine überwiegende Gewissheit. Im Kontext von Evidenzbasierung ist daher immer die englische Wortbedeutung gemeint.

Zentrale Ausführungen zur Evidenzbasierung sind der »Empfehlung Rec (2001)13 des Europarates und Erläuterns des Memorandum« zu entnehmen. (12) Adressaten sind explizit nicht ausnahmslos Ärzte in den verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen, sondern die Gesundheitsberufe allgemein. Dies ist gewissermaßen in der Sache begründet: Leitlinien v. a. im Bereich chronischer Krankheiten und bei Multimorbidität müssen mit Blick auf Diagnostik und Behandlung zwangsläufig die herkömmliche disziplinäre Arbeitsteiligkeit intern (d. h. innerhalb medizinischer Disziplinen) sowie extern (d. h. gegenüber anderen Gesundheitsprofessionen) überwinden.

Evidenzbasierung als Methode des Wissensmanagements wird international umfassend in Feldern des Gesundheitswesens – und dann im Spektrum von Prävention, Kuration, Rehabilitation bis hin zur Langzeitpflege – angewandt. Konsequenterweise wird Evidenzbasierung durch verschiedene Gesundheitsprofessionen in unterschiedlichen Sektoren aufgegriffen. (13) Für alle genannten Disziplinen und Anwendungskontexte von Evidence-based Practice existieren zwischenzeitlich umfassende Handbücher und Monographien. (14) Evidence-based Practice wird auf drei Ebenen eingesetzt, mit Blick auf

- die klinische Praxis der Patientenversorgung (= Mikroebene): Hier geht es darum, den individuelle Patienten nach

der derzeit besten zur Verfügung stehenden Evidenz zu versorgen.

- die Implementierung einer derzeit überlegenen Vorgehensweise in Diagnostik, Behandlung und Pflege (= Mesoebene): Hier geht es zum einen darum, Versorgungsabläufe (z. B. klinische Pfade) gemäß dem Stand der Kunst zu realisieren, zum anderen um die Frage nach geeigneten hochwertigen Assessments.
- die Systemsteuerung mittels Gesundheitszielen (Makroebene): Hier handelt es sich um eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (Evidence-based Health Care), »bei der die Prinzipien der EbM auf alle Gesundheitsberufe und alle Bereiche der Gesundheitsversorgung angewandt werden«. (15)

Grundsätzlich handelt es sich bei Leitlinien um »Instrumente, mit deren Hilfe man Entscheidungen in der medizinischen Versorgung auf eine rationalere Basis stellen kann. Ihr Ziel ist es, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Stellung des Patienten zu stärken.« (16)

gengutachten voll justizierbar ist. Liegen evidenzbasierte Leitlinien vor, so können sie

- durch rechtliche Vorgaben und Aufgreifen von rechtlich legitimierten Prüfinstanzen verbindlich gemacht (so die Bestimmung, dass die Implementierung anerkannter Expertenstandards Voraussetzung der Zulassung zur Versorgung im Bereich SGB XI darstellt) werden oder
- als ein »vorweggenommenes« Sachverständigengutachten haftungsrechtlich bewertet werden. Sie fungieren im letztgenannten Fall als einheitlicher Maßstab, den gerichtlich bestellte Gutachter in ihrer Einzelfallbewertung nicht unberücksichtigt lassen können.

Evidenzbasierung auf monodisziplinärer Basis impliziert, dass eine Profession in der Lage sein muss, zu bestimmen, was zu einem bestimmten Zeitpunkt der allgemein anerkannte Stand ihrer Kunst ist. Je klarer dieses in der Profession formuliert werden kann, desto leichter fällt es, vor allem im multidisziplinären Kontext

## »Die Personalnachfrage wird den Wettbewerb zwischen Akut- und Langzeitpflege verschärfen«

Anstöße zu einer Evidence-based Practice sind – neben fachlichen Entwicklungen – zudem normativer Art. Zum einen handelt es sich um das Wirtschaftlichkeitsgebot, das im Sozialrecht verankert ist. Nur diejenige personenbezogene Dienstleistung darf zulasten der Solidargemeinschaft erbracht werden, die wirksam ist. »Wirksam können nur Maßnahmen sein, die dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Leistungen entsprechen.« (17)

Zum anderen führte der Gesetzgeber in Teilen des Sozialrechts (SGB V und SGB XI) und im Ordnungsrecht (Heimgesetz des Bundes) Lex-*artis*-Klauseln ein. Fachliches Handeln wird an den State-of-the-Art gebunden: ein unbestimmter Rechtsbegriff, der mit Hilfe von Sachverständi-

darzulegen, was der spezielle Beitrag beispielsweise der Pflege zur Lösung eines komplexen gesundheitlichen Problems eines einzelnen Patienten, einer Patientenpopulation oder einer epidemiologisch relevanten Problematik sein kann, um als integraler Bestandteil einer umfassenden Versorgungsstrategie, die sich aus Beiträgen mehrerer Disziplinen speist, einbezogen zu werden.

## Veränderte professionelle Kompetenzprofile

Im Gesundheitswesen gilt dies bereits heute, in der Langzeitpflege tendieren die Entwicklungen in diese Richtung: Leistungen und ihre Qualität werden ergeb-

nisorientiert bewertet. Dies gilt individuell wie populationsbezogen. Zentral ist das Lebensproblem einer Person oder die angemessene Versorgung einer Bedarfsgruppe. Zu bewerten ist der Zielerreichungsgrad, der durch das systematische Zusammenwirken derjenigen Disziplinen und Professionen erreicht wird, die mit Blick auf Case und Care zu beteiligen sind. Folgende Profilmerkmale von Fachlichkeit und Verantwortlichkeit sind hier von Belang:

- Auf der Grundlage einer fachlichen Expertise, die fachgerecht erstellt wurde und effektive Versorgungsoptionen aufzeigt, gilt es in der Pflegeberatung, die Versorgungspräferenzen des Individuums herauszufiltern, um die gegebenen Option zu bewerten, damit diejenige Intervention (= potentiell wirksame Intervention und Versorgungspräferenz) ausgewählt werden kann, die gewünscht ist und die aktiv mitgetragen wird (= partizipative Entscheidungsfindung als Beratungsgrundhaltung).
- Neben der Prozesssteuerungskompetenz wird zudem Care-Management-Kompetenz zentral, soll erreicht werden, dass leistungsrechtliche Impulse bzw. gesellschaftlich bereit gestellte Ressourcen für Bewohner bzw. Patienten auch dann erschlossen werden können, wenn sie vornehmlich Kooperationsleistungen darstellen (z.B. Kooperation mit PCT im Kontext der SAPV)
- Kooperation impliziert, dass das Zeitalter der »Solisten« vorüber ist. Ärzte,

Pflege, therapeutische Berufe, Soziale Arbeit u. a. m. sind Teil einer multidisziplinären Arbeitsweise, in der verschiedene Professionen und Dienste und Einrichtungen fachlich abgestimmt und verantwortlich zusammenwirken (v. a. analog klinischer Versorgungspfade).

- Es wird zukünftig stärker Aufgabe von Diensten und Einrichtungen, Strukturen und Prozesse eigenverantwortlich so zu gestalten, dass vertraglich vereinbarte Versorgungsziele mit größtmöglicher Wahrscheinlichkeit erreicht werden könnten.
- Ins Zentrum rückt daher Wirkungsorientierung auf der Grundlage der besten erreichbaren Evidenz. Dies bedeutet, dass Strukturen und Prozesse kontinuierlich im Hinblick auf die fachliche Angemessenheit von Soll und Ist überprüft und gegebenenfalls angepasst werden müssen (Change-Management-Kompetenz).

Angesichts dieser Profilmerkmale und angesichts der knappen Ressource »Pflegefachkraft« wird es unumgänglich sein, eine Ausdifferenzierung von Funktionen und Aufgaben in der pflegerischen Versorgung einzuleiten, wie beispielsweise Servicekräfte im Krankenhaus und Pflegeassistenten in Heimen (vgl. Kasten »Wer zu den Schlüsselbelegschaften zählen wird«). Folgende Trends sind trägerabhängig mit dieser Globalentwicklung verbunden:

- Pflege beinhaltet neue Aufgaben (z. B. die des Gesundheitsberaters, der sich bereits um das Wohlbefinden der Kun-

den kümmert, bevor Pflegebedürftigkeit eintritt).

- Managerielle (= Pflegedienstleitung) und fachliche (= verantwortliche Pflegefachkraft) Funktionen differenzieren sich perspektivisch aus (vgl. auch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 22. April 2009). Unterhalb dieser Ebene ist wiederum zu unterscheiden zwischen verantwortlichen Pflegefachkräften sowie Fachkräften und – bei Delegationsfähigkeit – Nichtfachkräften, die die erforderlichen Verrichtungen im Rahmen der Pflegeplanung realisieren.
- Pflegeprozessteuerung basiert heutzutage noch häufig auf modellgestützter Grundlage, die zu überführen ist in eine assessmentgestützte, um Bedarfslagen erstens spezifisch erkennen, zweitens mit anderen Disziplinen kommunizieren und drittens Bedarfsgruppen identifizieren zu können.
- Im Falle komplexer Problematik, die ein abgestimmtes Zusammenwirken unterschiedlicher Dienstleister intern und extern erfordert, ist ein pflegerisches Case Management zur Sicherung der Prozessqualität eine Option.
- Das Pflegemanagement erstreckt sich zukünftig auch auf die Entwicklung und Implementierung bedarfsnotwendiger, leistungsrechtlich sowie leistungserbringungsrechtlich realisierbarer Dienstleistungen. Hierzu ist eine Datenbasis erforderlich, die mittels computer- und assessmentgestützter Pflegeplanung generiert werden kann.

## Wer zu den Schlüsselbelegschaften zählen wird

In der pflegerischen Versorgung durch soziale Dienste und Einrichtungen wird künftig eine Ausdifferenzierung von Funktionen und Aufgaben erforderlich sein. Aus heutiger Sicht zählen dann folgende Mitarbeitergruppen zu Schlüsselbelegschaften:

- Assistenz-, Begleitungs- und Servicekräfte: Sie verrichten einfache, für den Kunden sichtbare Tätigkeiten (im Haushalt) und Hilfen bei der Alltagsgestaltung. Sie tun dies jedoch nicht mehr arbeitsteilig. Vielmehr werden solche Aufgaben in einer Person quasi gebündelt. Sie erbringen Assistenzleistungen insgesamt. Damit werden sie Bezugspersonen, die dem »Kunden« (Pflegehaushalt, Bewohner) ein regelmäßig wiederkehrendes »Gesicht« bieten und die deshalb auch einen Blick für Veränderungen seines Zustandes und seiner Befindlichkeit haben, die sie strukturiert den Fachkräften mitteilen. Obwohl sie nur einfache, nicht mehr weiter delegierbare Tätigkeiten ausführen, sind diese

Mitarbeitergruppen für die Zufriedenheit des »Kunden« zentral.

- Pflege: Mit dem Einsatz solcher Mitarbeiter ist zugleich eine Konzentration der Fachkräfte auf ihre Kernaufgaben verbunden – unter Preisgabe weiterreichender Sozialfunktionen. Die knappe Ressource »Pflegefachkraft«, die zudem öfter Add-on-Qualifikationen benötigt, bleibt Bedarfslagen und Bedarfssituationen vorbehalten, in denen ein Fachkräfteeinsatz indiziert oder im Zuge von Delegationsleistungen eine supervidierende Begleitung von Nicht-Fachkräfte haftungsrechtlich unabdingbar ist. Im System der Bezugspflege werden sich also im Zuge eines sich verknappenden Angebots an Fachkräften Steuerungsfunktionen mit Ergebniskontrolle und die Leistungserbringung stärker in den jeweiligen Verantwortlichkeiten ausdifferenzieren (von »flachen Hierarchien« zur Gesamtverantwortung für den Leistungserstellungsprozess bei arbeitsteiliger Erstellung).

Roland Schmidt

## Care Management in der Pflege

Die Steuerung des komplexer werdenden Systems wird stärker in den Mittelpunkt des Managements in der Pflege rücken. Dazu gehören

- die Steuerung eines Netzwerkes interner und externer Dienstleistungen
- die Sicherung von Qualität der Gesamtleistung in einem Verbund und
- die Abrundung und Weiterentwicklung des Dienstleistungspotfolios.

Neben kollektiven vertraglichen Grundlagen im Leistungserbringungsrecht treten (im SGB V bereits heute, im SGB XI möglicherweise morgen) einzelvertragliche Optionen und systemüberschreitende Kooperationen auf vertraglicher Basis.

Entscheidend und im Wettbewerb zentral ist die maßgeschneiderte Konfiguration von Leistungen für Kunden sowie das Management von Veränderungen in einem sich wandelnden Umfeld. ◆

## Anmerkungen

(1) Vaupel, J. W./v. Kistowski, K. G. (2008). Die neue Demografie und ihre Implikationen für Gesellschaft und Politik. In: Werz, N. (Hg.). Demographischer Wandel. Baden-Baden, S. 33–49 (hier: S. 42).

(2) Rothgang, H. u. a. (2009). GEK Pflegereport 2009. Schwäbisch Gmünd, S. 17.

(3) Vgl. Hoff, A. (2004). Intergenerationale Familienbeziehungen im Alter. In: Tesch-Römer, C. (Hg.): Sozialer Wandel und individueller Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Ergebnisse der zweiten Welle des Alterssurveys. Berlin, S. 259 f.

(4) Schnabel, R. (2007). Zukunft der Pflege. Universität Duisburg-Essen, (Ms.), S. 17 f.

(5) Der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung müsste in der Folge – unabhängig vom Begriff der Pflegebedürftigkeit – langfristig auf 4,4% steigen.

(6) Das Institut der deutschen Wirtschaft, das sich ebenfalls der zukünftigen Personalsituation in der Langzeitpflege widmet, prognostiziert, dass sich im Zuge der steigenden Hochaltrigkeit – bis 2050 wird sich die Zahl, so die Annahme, der über 80-Jährigen verdreifachen – auch die Zahl der auf Vollzeitstellen umgerechnete

Beschäftigten von rund einer halben Million Personen in 2005 auf dann 1,6 Millionen erweitern wird. N.N. (2009): Zahl der Beschäftigten steigt rasant. In: Care konkret Nr. 5 vom 30. Januar.

(7) Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008). Demographischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden, S. 10 ff.

(8) N.N. (2009). Experten: Beruf weiterentwickeln. Fachkräftemangel in Nordrhein-Westfalen. In: Care konkret vom 25. September.

(9) Augurzky, B. u. a. (2009). Pflegeversicherung, Ratings und Demographie. Herausforderungen für deutsche Pflegeheime. Exekutive Summery. Essen; vgl. auch N.N. (2009) Experten: Beruf weiterentwickeln. In: Care konkret vom 25. September.

(10) Lissom, M. (2009). Pflegekräfte sehen für sich Dauerkonjunktur. In: Ärzte Zeitung vom 25. November.

(11) Sachverständigenrat zit. nach Bieback, K.-J. (2004). Qualitätssicherung in der Pflege im Sozialrecht. Heidelberg, S. 5.

(12) Empfehlung Rec(2001)13 des Europarates und Erläuterndes Memorandum. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung Supplement III/2002.

(13) Mit Blick auf die Methode wird von Evidence-based Practice (EbP) gesprochen. Bezieht man EbP auf die jeweiligen Disziplinen, haben sich in der international gebräuchlichen Terminologie z. B. folgende Teilbereiche herausgebildet: Evidence-based Medicine (EbM), Evidence-based Rehabilitation (EbR), Evidence-based Nursing (EbN) und Evidence-based Social Work Practice (EbSWP).

(14) Stellvertretend sei auf folgende Werke aus unterschiedlichen Disziplinen und Versorgungssystemen bzw. -sektoren hingewiesen: Kunz, R u.a.: Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln 2000; Weinmann, S.: Evidenzbasierte Psychiatrie. Methoden und Anwendung. Stuttgart 2007; Behrends, J./Langer, G.: Evidence-based Nursing and Caring. Bern 2006, 2. vollst. Überarb. u. erg. Aufl.; Gray, M./Plath, D./Webb S. A.: Evidence-based Social Work. A critical Stance. New York 2009; Law, M.: Evidence-based Rehabilitation. A Guide to Practice. Thorofare 2002;

Themenheft: Leitlinien in der Psychiatrie und Psychotherapie, in: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 1/2006.

(15) Kunz, R.: EbM-Glossar, in: Ollenschläger, G./Bucher H.C. u. a. (Hg.): Kompendium evidenzbasierte Medizin. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle 2005 (4. Aufl.), S. XXII.

(16) Empfehlung Rec(2001)13 des Europarates, a. a. O., S. 15.

(17) Vogel G.: (Hg.): Pflegeversicherungs- und Heimrecht. SGB XI – HeimG. Baden-Baden 2005.



### Gesetze für Pflegeberufe

Textsammlung

Herausgegeben von

Prof. Dr. Thomas Klie  
und Prof. Ulrich Stascheit

12. Auflage 2011, 1.235 S.,  
brosch., 22,- €

ISBN 978-3-8329-6052-0

Die umfassend aktualisierte Textsammlung, Stand 15.11.2010, wurde in der 12. Auflage u.a. erweitert um die Behindertenrechtskonvention, das FamFG, die Durchführungsanweisungen mit Hinweisen zu Haushaltshilfen, eine Synopse zum Landesheimrecht, das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz sowie die Empfehlungen BEK und DHPV.



**Nomos**