

Verantwortung und State-of-the-Art in der Pflege

Dr. Roland Schmidt, Professor für Gerontologie und Versorgungsstrukturen, FH Erfurt

Nachfrage nach Pflege im demographischen Wandel

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 v.a. bei der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach 1980 erreicht worden. Dieser Trend könnte andauern, sollte es gelingen, lebensverkürzende Effekte durch Übergewichtigkeit zu kompensieren.

1. Nach Erkenntnissen des Max-Planck-Instituts (MPI) für demographische Forschung¹, 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.
2. Der GEK-Pflegereport 2009 beziffert den Rückgang des Pflegerisikos in den Jahren 2000 bis 2008 bei Männern um 1 Prozent pro Jahr (insges. 8 Prozent) und bei Frauen um 3,4 Prozent pro Jahr (insges. 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, DMP).

Pflege zwischen Haushaltsproduktion und Dienstleistung

Drei Trends gewinnen mit Blick auf Familienstrukturen gewinnen an Gewicht:

- Der Geburtenrückgang resultiert in erster Linie aus dem steigenden Anteil von Frauen bzw. 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 Raum greifenden Entwicklung hin zur „multilokalen Familie“ in Folge von Mobilitätsanforderungen, denen sich jüngere Generationen zu stellen haben.

¹ Vaupel, J. W./v. Kistowski, K. G. (2008). Die neue Demografie und ihre Implikationen für Gesellschaft und Politik. In: Werz, N. (Hrsg.). 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. (Hrsg.): Sozialer Wandel und individueller Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Ergebnisse der zweiten Welle des Alterssurveys. Berlin, S. 259 f.

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.

Pflegefachkräfte – eine knapper werdende Ressource

Angesichts solcher Entwicklungen prognostiziert Schnabel⁴, 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 Mio. 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 % zusätzlicher Pflegekräfte ab sofort.
- „ohne Heimsog“ – also wenn Ambulantisierungsstrategien nachhaltig greifen sollten – um ein Plus in Höhe von 2,4 % 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 7 Personen und „mit Heimsog“ auf 10 Personen steigen müsste.⁵ Und dies wäre vonnöten, (1) obgleich die Konkurrenz um Auszubildende bei sinkendem Erwerbspotential der Schulabgänger zwischen unterschiedlichen Branchen steigen wird, (2) dadurch Anreize für ein steigendes Lohnniveau in der Pflege gesetzt werden, die Rückwirkungen auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung zeitigen, (3) 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 zu Grunde legt (= konstante alters- und geschlechtsspezifische Diagnosewahrscheinlichkeiten), maximal um zwölf Prozent von 17 Mio. in 2005 auf 19 Mio. in 2030 zu. Geht man hingegen in einem Alternativszenario (= Menschen leben länger gesund und schwere Krankheiten und Krankenhausbehandlungen treten erst später auf) von sinkenden Behandlungsquoten aus, steigt die Zahl der Klinikbehandlungen auf nur mehr 17,9 Mio. 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 intensivierete Nachfrage nach Pflegefachkräften trifft jedoch auf das Faktum, dass die Rate der Schulabgänger, die sich für Pflegeberufe entscheiden, bei 4 bis 4,5 Prozent ver-

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 umgerechneten 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.

weilt.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 (RWI) 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 Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), das am 25. März 2009 in Kraft getreten ist, beinhaltet auch 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 Krankensektor zu verzeichnende Personalabbau wurde durch „notwendige Gegenregulation“ (zunächst) gestoppt.¹⁰
- Eine Übertragung von bestimmten, bis dato Vorbehaltsaufgaben des Arztes auf speziell qualifizierte Fachkräfte eröffnet neue qualifizierte Einsatzmöglichkeiten und Ausbildungsprofile in der Akutpflege (Stichwörter: AGNES und VERAH im Kontext hausarztzentrierter 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 gewissen Vorteilsposition dadurch, dass sie bis heute klarer konturierte Aufstiegsmöglichkeiten zu bieten hat - auf der Grundlage einer fortgeschritteneren vertikalen Spezialisierung unterschiedlicher Qualifikationsniveaus. Diese ist in der Langzeitpflege erst noch einzuleiten, also Verantwortlichkeiten ausdifferenzieren 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 z.B. 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

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 Summary. Essen; vgl. auch N.N. (2009) Experten: Beruf weiterentwickeln. In: Care konkret vom 25. September.

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

Wissensstand übereinstimmen¹¹. Qualität gesundheitlicher und pflegerischer Dienstleistungen hat neben dem Soll-Ist-Vergleich immer auch den Stand des Wissens nach Lexartis 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 Erläuterndes 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 EbP existieren zwischenzeitlich umfassende Handbücher bzw. Monographien.¹⁴ EbP wird auf drei Ebenen eingesetzt und mit Blick auf

- *die klinische Praxis der Patientenversorgung* (= Mikroebene): Hier geht es darum, den individuellen 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

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. (Hrsg.): Kompendium evidenzbasierte Medizin. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 2005 (4. Aufl.), S. XXII.

Ziel ist es, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Stellung des Patienten zu stärken¹⁶.

Anstöße zu einer EbP sind – neben fachlichen Entwicklungen – zudem auch normativer Art. Zum einen handelt es sich um das Wirtschaftlichkeitsgebot, das im Sozialrecht verankert ist. Nur diejenige personenbezogene Dienstleistung darf zu Lasten 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 Sachverständigengutachten voll justiziabel 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 „vorweg genommenes“ 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 auch im multidisziplinären Kontext darzulegen, was der spezielle Beitrag z.B. 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 ergebnisorientiert 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 Profilmerekmale von Fachlichkeit und Verantwortlichkeit sind hier von Belang:

(1) 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).

(2) 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)

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

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

(3) 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/Einrichtungen fachlich abgestimmt und verantwortlich zusammenwirken (v.a. analog klinischer Versorgungspfade).

(4) Es wird zukünftig stärker Aufgabe von Diensten und Einrichtungen, Strukturen und Prozesse eigenverantwortlich so zu gestalten, dass vertraglich vereinbarte *Versorgungsziele* mit größtmöglicher Wahrscheinlichkeit auch erreicht werden könnten.

(5) 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 ggf. angepasst werden müssen (Change-Management-Kompetenz).

Angesichts dieser Profilmerekmale und angesichts der knappen Ressource „Pflegefachkraft“ wird es unumgänglich sein, dass eine Ausdifferenzierung von Funktionen und Aufgaben in der pflegerischen Versorgung einzuleiten (wie z.B. Servicekräfte im Krankenhaus, Pflegeassistenten in Heimen). Aus heutiger Sicht zählen zukünftig 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 -situationen vorbehalten, in denen ein Fachkräfteeinsatz indiziert oder im Zuge von Delegationsleistungen eine supervidierende Begleitung von Nicht-Fachkräften 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).

Folgende Trends sind möglicherweise trägerabhängig mit dieser Globalentwicklung verbunden:

1. Pflege beinhaltet ggf. neue Aufgaben (z.B. die des Gesundheitsberaters, der sich bereits um das Wohlbefinden der Kunden kümmert, bevor Pflegebedürftigkeit eintritt).
2. Managerielle (= PDL) und fachliche (= verantwortliche Pflegefachkraft) Funktionen differenzieren sind perspektivisch aus (vgl. auch das BSG-Urteil 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.
3. Pflegeprozessesteuerung basiert heutzutage noch häufig auf modellgestützter Grundlage, die zu überführen ist in eine assessmentgestützte, um Bedarfslagen (a) spezifisch erkennen, (b) mit anderen Disziplinen kommunizieren und (c) Bedarfgruppen identifizieren zu können.

4. 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.
5. Das Pflegemanagement erstreckt sich zukünftig auch auf die Entwicklung und Implementierung bedarfsnotweniger, leistungsrechtlich sowie leistungserbringungsrechtlich realisierbarer Dienstleistungen. Hierzu ist eine Datenbasis erforderlich, die mittels edv- und assessmentgestützter Pflegeplanung generiert werden kann.

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 bzw. Weiterentwicklung des Dienstleistungsportfolios.

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.