

Auswirkungen der sich verändernden Versorgungsstrukturen auf Kompetenzprofile in Pflege und Begleitung

Roland Schmidt (Berlin), Professor für Gerontologie und Versorgungsstrukturen an der FH Erfurt

Vorbemerkung

Meinem Beitrag diskutiert Pflege als ein Feld, in dem unterschiedliche Professionen wirken, insbesondere und heute zentral die Fachpflege. Wird dieser Terminus verwandt, beziehe ich mich auf die Pflegeprofession.

Entscheidend für die zukünftige Nachfrage nach Pflege in Volumen und Struktur sind insbesondere

- der Zusammenhang von Mortalität und Morbidität (= Entwicklung der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit) und
- die Weiterentwicklung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung im Sinne sektoren- und systemübergreifender Diagnostik, Behandlung und Pflege (= Rationalisierung der Versorgungsstruktur).

Ich werde mich vornehmlich auf diese beiden Einflussfaktoren konzentrieren.

Anzumerken ist aber, dass weitere Faktoren hinzukommen und in einem Interpendenzgeflecht wirksam werden: die Entwicklung von Haushalts- und Familienstrukturen (= Entwicklung der Pflegeorte), die Wünsche von Pflegebedürftigen und Pflegehaushalten (= Versorgungspräferenzen), sowie die Flexibilisierung der Pflege (= Generierung neuer Pflegedienstleistungen und Öffnung des Leistungsbringungsrechts mittels Persönlicher Budgets).

1. Pflege im demographischen Wandel

Im Frühjahr 2007 erschien die Studie zur „Zukunft der Pflege“ von Reinhold Schnabel¹, die in erster Linie das Problem der nachhaltigen Sicherung der Finanzgrundlagen des SGB XI erörtert.² Unabhängig von diesem Fokus werden in diesem Kontext aber auch Entwicklungen modelliert, die mit Blick auf meine Themenstellung von Interesse sind.

Prognostiziert wird ein Anstieg der Pflegebedürftigen von rund 2,1 Mio. derzeit auf 3,0 bis 3,6 Mio. in 2030 und auf 4,1 bis 4,7 Mio. in 2050. Die genannten Korridore entstehen dadurch, dass Periodensterbetafeln (= niedrigerer Wert) bzw. Kohortensterbetafeln (= höherer Wert) den Projektionen zu Grunde gelegt wurden.

Bezieht man zusätzlich einen Rückgang der altersspezifischen Pflegerisiken ein, kommt man selbst bei angenommenem stärkeren Mortalitätsrückgang (also den durch Kohortensterbetafeln ermittelten 4,7 Mio. Pflegebedürftigen) auf „nur“ 4,1

¹ Schnabel, R. (2007). Zukunft der Pflege. Universität Duisburg-Essen, (Ms.).

² Der Verfasser gibt dabei der Kapitalfundierung gegenüber der derzeitigen Umlagenfinanzierung den Vorzug.

Mio. Pflegebedürftige im Jahr 2050. Anders formuliert: 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 insbesondere bei der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach 1980 erreicht worden. Dieser Trend könnte andauern, wenn es gelänge, lebensverkürzende Effekte (z.B. durch Übergewichtigkeit) zu kompensieren.

Nach Erkenntnissen des Max-Planck-Instituts für demographische Forschung³ sinkt das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden. Eine „Kompression der Morbidität“ mit mehr Lebensjahren ohne schädigungsbedingte Beeinträchtigungen deutet sich an. Da das Risiko, pflegebedürftig zu werden, bei höherer Bildung sinkt⁴, wird angesichts der Bildungsexpansion seit den 1960er Jahren auch in der Zukunft ein Rückgang des Pflegerisikos vermutet.

2. Pflege zwischen Haushaltsproduktion und Dienstleistung

Auf der Basis von Modellrechnungen zu mittel- und langfristigen Änderungen der Haushalts- und Familienstrukturen⁵ kann zudem argumentiert werden, dass der bis dato dominante Trend zur Singularisierung (v.a. in der Folge von Verwitwung) sich zu Beginn des hohen Alters leicht relativiert. Auch wird er nunmehr überlagert durch eine Pluralisierung der Lebensformen.

Drei Trends gewinnen in diesem Kontext zukünftig 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 Pflege eingesetzt werden können, sind limitiert.⁶
- Es vergrößert sich bekanntermaßen der Abstand zwischen den Generationen, was dem Thema „Vereinbarkeit von Erwerbsbeteiligung und Pflege“ steigende Virulenz verleiht. Menschen werden mit Pflege von Angehörigen vermehrt in Situationen konfrontiert, in denen sie noch Erwerbstätig sind. Und: Sie können sich nur um den Preis versicherungsmathematischer Abschläge, die das eigene Alterseinkommen schmälern, umfassend der Sorge in der Familie widmen.
- Dies vollzieht sich auf der Folie einer sozial differenzierten, gleichwohl allmählich Raum greifenden Entwicklung hin zur „multilokalen Familie“ in

³ So auch Ziegler, U., Doblhammer, G. (2005). Steigende Lebenserwartung geht mit besserer Gesundheit einher. Risiko der Pflegebedürftigkeit in Deutschland sinkt. In: Demographische Forschung, Jg. 2, H. 1, S. 1-2 und 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).

⁴ Gründe sind: besserer Zugang zur medizinischen Versorgung in Folge besserer Lebens- und Arbeitsbedingungen, höheres Bewusstsein für gesunden Lebensstil.

⁵ Enquete-Kommission Demographischer Wandel: Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft von den einzelnen und an die Politik. Berlin 2002.

⁶ 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.

Folge von Mobilitätsanforderungen, denen sich jüngere Generationen zu stellen haben.

In diesen skizzierten Nachfragesegmenten wird Pflege zukünftig seltener im Sinne von „Haushaltsproduktion“ realisiert werden können. Dieser Rückgang wird nur mittels Dienstleistungsbezug kompensierbar sein. Diese Teilgruppen – das sind Pflegebedürftige mit fehlenden oder fragilen privaten Netzwerken – werden verstärkt auf Settings angewiesen sein, die verlässliche, sich bedarfsbezogen verdichtende Dienstleistungen im Spektrum von Pflege und Begleitung verbinden mit Wohnqualität, die Selbstständigkeit erleichtert und die die Aufrechterhaltung gewünschter Regiekompetenz ermöglicht.

3. Pflegefachkräfte – eine knapper werdende Ressource

Angesichts der reduzierten Verfügbarkeit von Pflege in der Familie prognostiziert Schnabel (2007), dass langfristig

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

Konsequenz. Die Verberuflichung der Pflege und die Professionalisierung der Fachpflege schreitet fort.

Dabei ist zu bedenken, dass die Annahme – es werden langfristig konstant rund 1 Mio. Pflegebedürftige durch Angehörige versorgt – optimistisch ist. Denn: Dies impliziert, dass einen steigender Anteil Angehöriger zur Pflege zur Verfügung steht. Wollte man den heutigen Anteil der Bezieher von ausschließlich Pflegegeld konstant halten, impliziert dies, dass die Zahl der in der Familie Gepflegten auf rund 2 Mio. Fälle ansteigen müsste. Also eine Verdopplung des Ausgangsniveaus heute, was angesichts meiner Ausführungen zum Rückgang der Haushaltsproduktion in Teilgruppen der Pflegebedürftigen kaum zu erwarten steht.

Mehr Heimpflege und mehr Sachleistungsbezug bewirken zusammen genommen steigende Beschäftigung im Sektor „Long-term Care“:

- „Mit Heimsog“ handelt es sich rechnerisch um eine jährliche Steigerungsrate von 3,2 % zusätzlicher Pflegekräfte ab sofort.
- „Ohne Heimsog“ – also wenn Ambulantisierungsstrategien auch längerfristig greifen sollten – um ein Plus in Höhe von 2,4 %.

Wirkung I: Der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung müsste langfristig auf 4,4 % steigen.

Wirkung II: Unterstellt, diese Annahmen treffen so ein, so bedeutet das weiterhin, dass die heutige Relation – von 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind 2,1 Personen in der Langzeitpflege tätig – „ohne Heimsog“ auf rund 7 in der Pflege Tätigen und „mit Heimsog“ auf 10 in der Pflege Tätigen steigen müsste.

Und dies

- obgleich die Konkurrenz um Arbeitskräfte bei sinkendem Erwerbspersonenpotential steigen wird,

- dadurch Anreize für ein steigendes Lohnniveau in der Pflege gesetzt werden, die später die Nachhaltigkeit der Finanzierung tangiert,
- vermehrte Ausbildungsanstrengungen erforderlich sind,

Ein Anwerben von Pflegekräften im Ausland hingegen ist hoch ambivalent gerade in der Langzeitversorgung (Kommunikationsmöglichkeit).

Ob zukünftig vermehrt Dienstleistungsangebote im Ausland durch wanderungsbereite Pflegebedürftige genutzt werden, bleibt abzuwarten.

4. Impulse zur Rationalisierung und Flexibilisierung der Versorgung

Pflegebedürftigkeit resultiert aus chronischer Krankheit und/oder Behinderung. Mögliche Effekte von Gesundheitsförderung sowie primärer, sekundärer und tertiärer Prävention wurden in der Vergangenheit nur unzureichend erprobt bzw. ausgeschöpft. Sektorengrenzen im Gesundheitswesen und Systemgrenzen zwischen Gesundheits- und Pflegewesen haben dies erschwert.

In den jüngsten Reformen des SGB V und SGB XI setzte der Gesetzgeber allerdings mehrere Impulse, die beide Systeme angemessener aufeinander beziehen sollen, um (a) das Ausmaß des Auftretens von Pflegebedürftigkeit zu beeinflussen oder um (b) Schnittstellenprobleme in der Versorgung zu minimieren.⁷ Zentral hierbei sind:

(1) Die Integrierte Versorgung: Durch das GKV-WSG wurde die Einbeziehung der Langzeitpflege in Verträge zur Integrierten Versorgung (§ 92b SGB XI) ermöglicht. Insbesondere populationsbezogene IV-Verträge könnten sich als geeignet erweisen, um Pflegebedürftigkeit hinauszuschieben, wie sich am Beispiel des IV-Vertrages „Gesundes Kinzigtal“ andeutet.⁸ IV-Verträge oder auch Strukturverträge sind auch in manchen Regionen die Basis für Verträge zur ärztlichen Versorgung von Heimbewohnern.⁹

(2) Die Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“: Sind bei Pflegebegutachtung Leistungen der medizinischen Rehabilitation angezeigt und liegt eine Einwilligung des Versicherten vor, leitet die Pflegekasse nach § 31 SGB XI eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu. Diese Mitteilung gilt als Antragsstellung für das Verfahren nach § 14 SGB IX. Ob diese prozessurale Regelung allerdings geeignet ist, die Verletzung des Finalprinzips auszuheben, ist fraglich.

Weiterhin sind summarisch zu erwähnen: die Besondere medizinische Behandlungspflege, die ärztliche Versorgung von Versicherten im Pflegeheim und die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Solche Impulse stoßen auf je besondere Implementierungshindernisse, die mal systemisch bedingt sind (z.B. die Nichteinhaltung des Grundsatzes „Rehabilitati-

⁷ Schmidt, R. (2008). Impulse zum systemübergreifenden Versorgungsmanagement. In: Sozialwirtschaft, Jg. 18, H. 5, S. 10-12.

⁸ Vgl. Care konkret vom 22. Mai 2009 (Nr. 21, S. 3).

⁹ Enders, A., Schmidt, R. (2008). Ärztliche Versorgung in der stationären Pflege: Defizite und Impulse zur Problemlösung. In: Dieffenbach, S. u.a. (Hrsg.): Management Handbuch Pflege. E 4500 (S. 1–27). Heidelberg, 18. Aktual.

on vor Pflege“)¹⁰, mal aus Konstruktionsfehlern des Gesundheitsfonds herrühren (v.a. die Politik der Krankenkassen, einen Zusatzbeitrag zu vermeiden), mal aus der Verkennung der Intentionen bestimmter Vertragstypen resultieren (z.B. IV-Verträge nicht als Einsparcontracting¹¹ zu verstehen). Gleichwohl bewirken solche Hindernisse nicht, dass sich die Frage nach einer Rationalisierung der Versorgung ad acta zu legen ist. Die aktuellen Debatten um ein DMP Demenz und um Output-orientierte Ansätze in der Finanzierung von Rehabilitationsleistungen der Krankenkasse durch die Pflegekasse demonstrieren dies schlaglichtartig.

Parallel hierzu hat der Gesetzgeber mit dem PFWG das Leistungserbringungsrecht des SGB XI flexibilisiert (Einzelverträge, Gesamtversorgungsvertrag, Poolen von Leistungen). Die Generierung neuer Versorgungsformen auf Dauer in der Pflege– und jenseits der Experimentierklausel nach § 8 Abs. 3 SGB XI – ist seitdem normativ möglich geworden.

Entscheidend ist, ob Akteure im Kreis der Leistungsträger und Leistungserbringer die ihnen zugewachsenen Spielräume aufgreifen und nutzen, um – neben der Regelversorgung– auch in der Pflege Selektivverträge abzuschließen. Dies ist bis dato allerdings kaum der Fall. Negativ macht sich hier bemerkbar, dass im SGB XI (a) kein Wettbewerb zwischen den Pflegekassen existiert und (b) die Spitze der Pflegekosten nicht durch die Pflegekassen getragen wird. Deren Interesse an der fachlichen Entwicklung einer bedarfsgerechteren und den Präferenzen der Versicherten besser gerecht werdenden Versorgungsformen ist bislang offenkundig limitiert.

Gleichwohl: Ohne Überwindung der System- und Sektorengrenzen wird ein Mehr an Pflegebedürftigkeit aus Gründen systemischer Defizit quasi sekundär produziert. Dies tangiert die Effizienz und Effektivität der Versorgung negativ. Es handelt sich um eine Unterversorgung im SGB V, die zugleich zu einer Fehlversorgung im SGB XI führt. Das ist aus Gründen der Finanzierbarkeit gesundheitlicher Leistungen und aus Gründen des limitierten Personals und Fachpersonals nicht auf Dauer aufrecht zu erhalten.

5. Veränderte professionelle Kompetenzprofile in der Versorgung¹²

Im Gesundheitswesen gilt dies bereits heute, in der Langzeitpflege laufen die Entwicklungen im Zuge fortschreitender Evidenzbasierung auch in der Pflege in diese Richtung: Leistungen und deren Qualität werden ergebnisorientiert bewertet. Dies gilt individuell wie populationsbezogen. Zentral ist die angemessene, den State-of-the-art repräsentierende Versorgung einer Person oder einer Bedarfsgruppe. Erforderlich hierbei ist das systematische Zusammenwirken derjenigen Disziplinen und Professionen, die fachlich an der Erstellung einer Dienstleistung zu beteiligen sind.

¹⁰ Siehe das Gutachten Jahn, R., Lux, G., Walendzik, A., Wasem J. (2009). Weiterentwicklung des RSA zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Universität Duisburg-Essen (Ms.).

¹¹ Hermann, C. u.a. (2006). Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontracting. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 60, H. 5/6, S. 11-29.

¹² In den folgenden Abschnitt fließen Diskussionen ein, die im Kontext des Kuratoriums Wohnen im Alter (KWA gAG) und des AWO Bundesverbandes im Zuge der Erstellung des Sozialberichts 2009 geführt wurden.

Folgende Profilvermerkmale sind hier von Belang:

(1) Neben der Kompetenz, Prozesse der Versorgung eines Individuums zu steuern, wird zukünftig die Kompetenz erforderlich sein, die im Hinblick auf die zu versorgende Bedarfsgruppe benötigten gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen auf einer verlässlichen (vertraglichen) Grundlage zu verknüpfen.

Das gilt für das Zusammenspiel von Langzeitpflege und angrenzenden medizinischen Teilsystemen ebenso wie für die Kooperation zwischen professionellen Segmenten und bürgerschaftlich engagierten Organisationen.

(2) Kooperation und erst recht Vernetzung implizieren, dass das Zeitalter der „Solisten“ vorüber ist. Ärzte, Fachpflege, therapeutische Berufe, Soziale Arbeit u.a.m. sind Teil einer interdisziplinären Arbeitsweise, in der verschiedene Disziplinen sowie Dienste und Einrichtungen fachlich abgestimmt und verantwortlich zusammenwirken (analog z.B. zu klinischen Versorgungspfaden). Disziplinübergreifendes Care-Verständnis heißt nicht, alles wissen zu müssen, was in die Kernkompetenz anderer, beteiligter Professionen fällt. Gemeint ist vielmehr das Bemühen um die Integration fall- und bedarfsorientiert erforderlicher Fachkompetenzen mit Blick auf die abgestimmte Versorgung eines Klienten (= Transdisziplinarität).

(3) Es wird vermehrt Aufgabe von Diensten und Einrichtungen sein, Strukturen und Prozesse eigenverantwortlich so zu gestalten, dass vertraglich vereinbarte Versorgungsziele erreicht werden können. Wirkungsorientierung auf der Grundlage von Evidenzbasierung in den gesundheitlichen Berufen bedeutet zum einen, dass herkömmliche Strukturen (Aufbauorganisation) und Prozesse (Abläufe) immer wieder überprüft werden müssen und zum anderen, dass die hierzu erforderliche Kompetenz, ein Change Management zielgerichtet zu realisieren, in Diensten und Einrichtungen ausgeprägt werden muss.

(4) Auf der Grundlage einer fachlichen Expertise, die normengerecht erstellt wurde und Optionen in Pflege und Begleitung aufzeigt, gilt es, die Versorgungspräferenzen des Individuums einzubeziehen und in einem Prozess kooperativer Entscheidungsfindung – von immer möglich – abzuwägen, um gemeinsam geteilte Ziele aufzustellen und diejenige Intervention auszuwählen, die potentiell wirksam ist, gewünscht und aktiv mitgetragen werden. Hierin fließt die Erkenntnis ein, dass Interventionen, die bei Betroffenen nicht auf Akzeptanz stoßen bekanntermaßen, neben ethischen Problemen, die sie aufwerfen, auch kaum Wirksamkeit entfalten. Anders formuliert: Der Nutzwert einer Intervention ist das Produkt aus seiner Wirksamkeit und der Compliance des Patienten bei der alltäglichen Anwendung.¹³

Angesichts dieser Anforderungen und angesichts der knappen Ressource „Fachpflege“ wird es wahrscheinlich, dass eine vertikale und horizontale Ausdifferenzierung von Funktionen in der pflegerischen Versorgung Raum greift, die sich z.T. bereits heute in Zusammenhang mit Überlegungen zur Personalentwicklung in sozialwirtschaftlichen Unternehmen in der Langzeitpflege abzeichnet.

¹³ Vgl. Scheibler, F., Pfaff, M. (Hrsg.) (2003). Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim/München.

Aus heutiger Sicht zählen dann folgende Mitarbeitergruppen zu Schlüsselbelegschaften in der Pflege:

*Seniorenbegleiter*¹⁴: Sie verrichten einfache, für „Kunden“ sichtbare Haushaltstätigkeiten und Hilfen bei der Alltagsgestaltung. Sie tun dies – besonders in der ambulanten Betreuung, aber nicht nur dort – nicht arbeitsteilig. Vielmehr stellen sie einer Person dar, die Assistenzleistungen umfassend erbringt. Damit sind Seniorenbegleiter gleichzeitig Bezugspersonen, die dem Pflegebedürftigen ein regelmäßig wiederkehrendes „Gesicht“ bieten und die auch einen Blick für Veränderungen seines Zustandes haben. Ist das der Fall, teilen sie dies fachlichen Instanzen mit, die anschließend und bei Einverständnis mittels geeigneter Assessments den Bedarf eruieren. Obwohl Seniorenbegleiter „nur“ einfache, nicht mehr weiter delegierbare Tätigkeiten ausführen, sind sie für die Zufriedenheit des zu unterstützenden Menschen zentral.

Pflege: In der Fachpflege wird es zu einer funktionalen Ausdifferenzierung und Hierarchisierung kommen. Sie konzentriert sich auf fachlich indizierte Interventionen und supervidiert Delegationsleistungen. Folgende Entwicklungen sind zu vermuten

(1) Fachpflege wird i.S. einer „Add-on-Spezialisierung“ neue Aufgaben beinhalten wie z.B. diejenige des Gesundheitsberaters, der sich bereits um das Wohlbefinden der Kunden kümmert, bevor Pflegebedürftigkeit eintritt.

(2) Fachpflege wird den Blick auf den Patienten in seiner Lebenswelt richten müssen, um neue Produkte generieren zu können, die v.a. zur Stabilisierung des Pflegehaushalts mittels Stress reduzierender Interventionen in hybriden Strukturen (mit haupt- und ehrenamtlichen Teilleistungen) beitragen. Also geeignet sind, die Haushaltsproduktion dort zu stabilisieren, wo deren Voraussetzungen fragil geworden sind.

(3) Im System der Bezugspflege werden sich Steuerungsfunktionen mit Ergebniskontrolle einerseits und die Leistungserbringung i.S. der Durchführung von Verrichtungen andererseits in den jeweiligen Verantwortlichkeiten ausdifferenzieren – wo immer dies pflegefachlich indiziert ist. Die bis dato „flachen Hierarchien“ in der Pflege werden sich relativieren. Im Zuge eines sich verknappenden Angebots an Fachkräften und einer Absenkung der Zulassungsanforderungen zur Ausbildung ist dies funktional.

(4) In der Rolle eines Case-Managers in der Pflege profiliert sich die hoch qualifizierte Fachkraft zu einer Versorgung umfassend planenden, organisierenden und evaluierenden Instanz. Dies zielt zunächst auf die Fallebene, entwickelt sich aber auch hin zu einer systematischen Planung der bedarfsbezogen vorzuhaltenden oder zu arrondierenden Dienstleistungen.

Care Management: Die Steuerung eines komplexer werdenden Systems wird stärker im Mittelpunkt des Managements in der Pflege stehen. Dazu gehören

(1) die Steuerung eines Netzwerkes interner und externer Dienstleistungen,
 (2) die Sicherung von Qualität und Profil in einem Verbund (Care Management) sowie

(3) die evidenzbasierte Weiterentwicklung des Dienstleistungsportfolios.

Neben allgemein gültigen vertraglichen Grundlagen im Leistungserbringungsrecht treten allmählich auch einzelvertragliche Optionen und systemüberschrei-

¹⁴ Es hat sich in der Nomenklatur von Berufen und Tätigkeiten hierfür noch kein einheitlicher Terminus durchgesetzt. Gemeint ist das Spektrum von Präsenz-, Begleitungs- und allgemeiner Betreuungstätigkeiten gegen Entgelt.

tende Kooperationen, die bereits unter den derzeitigen Bedingungen realisierbar sind, gleichwohl, wie dargelegt, (noch) zögerlich genutzt werden.

Entscheidend und im Wettbewerb zentral wird die maßgeschneiderte Konfiguration von Leistungen für Patienten sowie das Management von Veränderungen in einem hoch dynamischen, sich auch zukünftig wandelnden Umfeld. Und dass diese Dynamik immer wieder belegt wird, dafür sorgt die Umwelt des Feldes Pflege im demographischen Wandel.